

Van deftige doktersjassen tot veilig vrijen

Een onderzoek naar de benaderingen van
gezondheid, ziekte en dood in televisieprogramma's op de NPO

Naam student: Emmy Schoenmakers

Studentnummer: 382339

Begeleider: Prof. Dr. Martine Bouman

*Master Media Studies, Media & Cultuur
Erasmus School of History, Culture and Communication
Erasmus University Rotterdam*

*Master scriptie
Juni 2018*

Voorwoord

Voor u ligt mijn masterscriptie '*Van deftige doktersjassen tot veilig vrijen: Een onderzoek naar de benaderingen van gezondheid, ziekte en dood in televisieprogramma's op de NPO*'. Deze scriptie is geschreven ter afronding van mijn master Media & Cultuur aan de Erasmus Universiteit in Rotterdam. Onder begeleiding van Bijzonder Hoogleraar Martine Bouman heb ik onderzoek gedaan naar de gezondheidsbenaderingen die worden gehanteerd in televisieprogramma's op de NPO.

Bij deze wil ik graag Martine Bouman in het bijzonder bedanken voor de prettige begeleiding tijdens het traject. Tijdens de dagen die ik spendeerde in het Centrum Media & Gezondheid heeft zij mij niet alleen kunnen voorzien van waardevolle feedback, maar ook van motivatie en zelfvertrouwen. Ook wil ik Jeroen Jansz bedanken voor het snel oppakken van de begeleiding toen Martine Bouman dit door persoonlijke omstandigheden tijdelijk naast zich neer moest leggen.

Tevens wil ik de respondenten van de interviews hartelijk bedanken voor hun tijd en de fijne gesprekken die hebben geleid tot waardevolle inzichten voor het onderzoek.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Emmy Schoenmakers

Rotterdam, 21 juni 2018

ABSTRACT

Gezondheidskwesties en medische thema's zijn onderwerpen die relatief veel aandacht krijgen op de televisie in vergelijking tot andere wetenschapsgebieden. Er bestaan verschillende invalshoeken en perspectieven om gezondheid, ziekte en/of dood in beeld te brengen en betekenis te geven aan deze onderwerpen. Karpf (1988) identificeert vier verschillende perspectieven van deze onderwerpen binnen televisieprogramma's, die zij gezondheidsbenaderingen noemt. Hierbij onderscheidt zij de medische benadering, de consumenten benadering, de zorg-voor-jezelfbenadering en de omgevingsbenadering. Het is van belang dat al deze gezondheidsbenaderingen te zien zijn op televisie, zodat voor de kijker een veelzijdig beeld van gezondheid, ziekte en dood wordt gecreëerd. Wanneer bepaalde perspectieven worden uitgesloten kan dit leiden tot een versmalling van het publieke debat (Karpf, 1988; Kline, 2011) en een gebrek aan oriëntatie op het gebied van gezondheid en ziekte (Dutta, 2007).

De hoofdvraag van deze scriptie luidde: *Welke gezondheidsbenaderingen zijn aanwezig in televisieprogramma's over gezondheid, ziekte en/of dood die worden uitgezonden door de NPO?* Om een antwoord te formuleren op deze vraag is een kwalitatieve inhoudsanalyse gedaan naar televisieprogramma's op de NPO over gezondheid, ziekte en/of dood in de tijdsspanne van september 2017 tot en met december 2017. Daarnaast zijn diepte-interviews gehouden met een aantal programmamakers, redacteurs of andere betrokkenen van de geanalyseerde programma's. Uit onderhavig onderzoek kwam allereerst naar voren dat de vier gezondheidsbenaderingen van Karpf (1988) nog steeds worden gehanteerd in televisieprogramma's. Gezondheid, ziekte en dood worden via een breed scala aan invalshoeken in beeld gebracht: van televisieprogramma's waarin het klassieke beeld van de arts in de deftige witte doktersjassen in stand wordt gehouden, tot aan programma's waarin tips worden gegeven over veilig vrijen en het veilig gebruiken van drugs. Tevens is een nieuwe gezondheidsbenadering gevonden: de kwaliteit-van-levenbenadering. Deze nieuwe benadering draait om het leren leven met en accepteren van een ziekte of naderende dood, zodat kwaliteit aan het leven gegeven kan worden. Echter blijkt de verhouding tussen de benaderingen niet in balans te zijn. De medische benadering is namelijk nog steeds een dominant perspectief op televisie. Daarnaast krijgt ook de kwaliteit-van-levenbenadering veel aandacht. Dit is in mindere mate het geval bij de andere gezondheidsbenaderingen. Voorts is een duidelijke verschuiving richting de patiënt waarneembaar binnen alle gezondheidsbenaderingen. De patiënt krijgt een grotere rol binnen de televisieprogramma's en de mogelijkheid om in te gaan op zijn of haar belevingen en ervaringen met de ziekte of medische behandeling. Er wordt een podium geboden voor het laten zien van emoties. Mogelijk spelen nieuwe mediatechnieken, zoals het invoegen van vlogs en het gebruikmaken van hoofdcamera's in de televisieprogramma's, een rol in deze verschuiving, omdat de kijker op die manier dichterbij de hoofdpersoon kan komen.

KEYWORDS: *gezondheidsbenaderingen, televisieprogramma's, NPO, framing, agenda-setting, gezondheid, ziekte, dood*

Inhoudsopgave

Voorwoord	2
Abstract	3
1. Inleiding	6
1.1 Ontwikkelingen binnen het televisielandschap en gezondheidsprogramma's	7
1.2 Nederlandse Publieke Omroep	8
1.3 Onderzoeksvraag	9
1.4 Maatschappelijke relevantie	10
1.5 Wetenschappelijke relevantie.....	12
1.6 Leeswijzer.....	12
2. Theoretisch Kader	13
2.1 Agenda-setting theory	13
2.2 Framing.....	14
2.2.1 Framing en gezondheidsprogramma's.....	14
2.3 Gezondheidsbenaderingen	16
2.3.1 Karpf's gezondheidsbenaderingen	16
2.3.2 Seale's basisverhalen.....	19
3. Methode en Verantwoording	21
3.1 Kwalitatief onderzoek	21
3.1.1 Kwalitatieve Inhoudsanalyse	22
3.1.2 Kwalitatieve Interviews	22
3.2 Dataverzameling.....	23
3.2.1 Selectiecriteria televisieprogramma's.....	23
3.2.2. Dataverzameling Thematische Inhoudsanalyse.....	25
3.2.3. Dataverzameling Kwalitatieve Interviews	26
4. Resultaten	29
4.1. Medische benadering	29
4.1.1 Operatie Live	29
4.1.2 Dokters van Morgen	32
4.1.3 Van DNA tot Z	34
4.2 Omgevingsbenadering	35
4.2.1 Kiloknallers	35
4.3 Zorg-voor-jezelfbenadering	38
4.3.1 Nederland in Beweging	38

4.3.2 Spuiten en Slikken.....	38
4.4 Consumentenbenadering	40
4.4.1 Radar	40
4.5 Kwaliteit van leven.....	43
4.5.1 Over mijn lijk	43
4.5.2 Hallo, ik heb kanker	45
4.5.3 Je zal het maar hebben	47
4.6 Combinatie van benaderingen	48
4.6.1 De Kennis van Nu.....	48
4.6.2 Topdoks	50
4.7 Verhouding tussen de gezondheidsbenaderingen	51
5. Conclusie.....	53
Deelvraag 1	53
Deelvraag 2	54
Deelvraag 3	55
Hoofdvraag	56
5.1 Discussie en aanbevelingen.....	57
Literatuurlijst.....	59
Bijlage 1: Omschrijving Programma's	62
Bijlage 2: Sensitizing concepts	71
Bijlage 3: Lijst respondenten	73
Bijlage 4: Topiclijst.....	75
Bijlage 5: Kaartjes Interview	76
Bijlage 6: Codes Interviews	78
Bijlage 7: Kenmerken Gezondheidsbenaderingen	91

1. Inleiding

“Het is natuurlijk allemaal niet zo vanzelfsprekend dat je gezond bent. En het kan zomaar in één keer gebeuren, het kan iedereen gebeuren, en ook jonge mensen, ook een jongen van 21.

En ja, geniet van het leven! Voor je het weet ben je er niet meer”

(R. Hoekstra (programmamaker), persoonlijke communicatie, 2018)

Gezondheid wordt beïnvloed door verschillende factoren: persoonsgebonden factoren, leefstijlfactoren, omgevingsfactoren en de beschikbare medische voorzieningen (www.volksgezondheidenzorg.info). Een aantal van deze factoren ligt buiten iemands macht en zorgt ervoor dat iemand ziek wordt zonder dat diegene hier zelf iets aan kan doen. Hieronder vallen allereerst de persoonsgebonden factoren die genetisch bepaald kunnen zijn, maar die ook verworven kunnen zijn in de loop van het leven. Ten tweede liggen de omgevingsfactoren buiten de individuele invloedssfeer. Het gaat hier om zowel de fysieke omgeving, bijvoorbeeld luchtverontreiniging of straling, als sociale omgeving, bijvoorbeeld sociale steun. Tot slot spelen de beschikbare medische voorzieningen een rol bij de gezondheidszorg en de genezing van ziekten, maar ook in de preventie, waarbij gedacht kan worden aan anticonceptie of het voorkomen van geslachtsziekten. Gezondheid ligt echter in eigen handen in het geval van de factor leefstijl, waar preventie van ziekten centraal staat.

In Nederland worden preventiemaatregelen ingedeeld in een aantal methoden die ingezet kunnen worden om gezondheid te bevorderen en de kans op ziektes te verkleinen. Deze vijf methoden zijn: 1) inrichten van fysieke en sociale omgeving, 2) regelgeving en handhaving, 3) voorlichting en educatie aan groepen, 4) signaleren en individueel advies geven en 5) ondersteunen (www.loketgezondleven.nl). De derde methode, voorlichting en educatie, is een methode waar de media een rol in kunnen spelen.

Het verschaffen van informatie door middel van voorlichting en educatie is een manier waarop preventieve gezondheidszorg op de agenda wordt gezet. Naast groepsvoorlichtingen, lesprogramma's op scholen en landelijke publiekscampagnes spelen ook massamedia mee in de manier waarop mensen ingelicht worden en informatie over gezondheid verkrijgen: “mass mediated messages are an integral part of health promotion” (Kline, 2011, p. 252). Massamedia oefenen grote invloed uit op het publiek en het bewustzijn over bepaalde onderwerpen (Bouman, 1999; Karpf, 1988). Dit betekent ook dat de media een belangrijke rol spelen als het gaat om het publieke debat over gezondheid, ziekte en medicijnen (Karpf, 1988).

Kline (2011) stelt dat informatie over gezondheid in de massamedia misleidend kan zijn door de manier waarop het wordt geframed. Zo beschrijft ze bijvoorbeeld dat wanneer borstkanker wordt besproken op televisie, vaak informatie wordt gegeven over de risico's die gepaard gaan met bepaalde medicijnen, maar hierdoor informatie over een risicovolle leefstijl en andere omgevingsfactoren, zoals roken en chemische verontreinigingen, achterwege worden gelaten (Atkin, Smith, McFeters & Ferguson, 2008; Kline, 2011). Wanneer bepaalde perspectieven over

gezondheidszorg worden uitgesloten kan dit leiden tot een versmalling van het publieke debat (Karpf, 1988; Kline, 2011). Voor het publiek dat de televisie als een belangrijke informatiebron beschouwt is een grote variatie in het aanbod van gezondheidsprogramma's belangrijk, omdat een te kleine variatie kan leiden tot een gebrek aan oriëntatie op het gebied van gezondheid en ziekte (Dutta, 2007).

Onder gezondheidsprogramma's verstaan we in onderhavig onderzoek programma's waarin thema's over gezondheid, ziekte of dood centraal staan. Het thema dood past onder gezondheidsprogramma's, omdat dit in televisieprogramma's vaak samenhangt met terminale ziekten en kwaliteit geven aan het leven (Castledine, 2007). Gezondheid, ziekte en dood worden via een breed scala aan invalshoeken in beeld gebracht: van programma's waarin het klassieke beeld van de arts in de deftige witte doktersjassen in stand wordt gehouden, tot aan programma's waarin tips worden gegeven over veilig vrijen en het veilig gebruiken van drugs. Bij gezondheid spelen allerlei factoren dus een rol, zoals eerder is beschreven. Echter, in hoeverre zijn deze factoren te zien op televisie?

1.1 Ontwikkelingen binnen het televisielandschap en gezondheidsprogramma's

Toen in de jaren '50 het televisietoestel haar intrede deed in Nederland, bracht dit grote veranderingen met zich mee voor de samenleving. Vanuit de huiskamers waren mensen in staat om te zien wat er gebeurde in de wereld. Dit heeft ertoe geleid dat televisie als belangrijk cultureel product wordt gezien en niet buiten de sociaal-culturele context waarmee het verbonden is kan worden geplaatst (Olthuis & Struijs, 2009). Sinds de komst van televisie, is menig wetenschapper en criticus gedoken in de wereld van de televisie en is onderzoek gedaan naar zowel de inhoud als de productie- en receptiekant hiervan. Er is veel over onderzocht, geschreven, gediscussieerd en bekritiseerd. Hoewel de meningen erover zijn verdeeld, wordt vaak gesteld dat de televisie invloed uitoefent op de kijker en de kijker voorziet van zowel informatie als entertainment. De effecten die televisie uitoefent zijn echter complex, omdat er veel verschillende aspecten bij komen kijken (Bouman, 1999). Het medium zelf en de content die erop te zien is, heeft inmiddels veel ontwikkelingen ondergaan. Zowel technologische ontwikkelingen als de komst van de commerciële omroepen worden hiervoor verantwoordelijkheid gehouden (Olthuis & Struijs, 2009).

Gezondheidskwesities en medische ontwikkelingen zijn onderwerpen die relatief veel aandacht krijgen en hebben gekregen op de televisie in vergelijking tot andere wetenschapsgebieden (Europese Commissie, 2001; Ostherr, 2013; Verhoeven, 2008). Karpf (1988) identificeert vier verschillende gezondheidsbenaderingen binnen televisieprogramma's: de medische benadering, de consumenten benadering, de zorg-voor-jezelfbenadering en de omgevingsbenadering.

De opkomst van de commerciële omroep in 1989 heeft een verandering veroorzaakt in onder andere de manier waarop gezondheidsonderwerpen werden gecommuniceerd op televisie (Verhoeven, 2008). Verhoeven (2008) beschrijft dat de wetenschappelijke invalshoek van de medische wereld steeds vaker achterwege wordt gelaten en het een meer gepersonifieerd beeld geeft van gezondheid en ziekte doordat de patiënt een grotere rol heeft gekregen. Het 'minder medisch maken' van gezondheidsprogramma's brengt met zich mee dat verhalen worden gepersonaliseerd en

er een gezicht wordt gegeven aan een bepaalde behandeling, ziekte of aandoening. In plaats van een expliciete rol voor wetenschappers en dokters wordt deze meer symbolisch en impliciet en wordt de nadruk gelegd op infotainment. Dit wil zeggen dat met behulp van entertainment een bepaalde informatieve boodschap wordt meegegeven aan de kijker. De aandacht van alledaagse medische onderwerpen is verschoven naar persoonlijke verhalen die verteld worden door patiënten en hun naasten (Verhoeven, 2008).

Binnen deze ontwikkelingen in het televisielandschap, waarbij sprake is een vager wordende scheidslijn tussen privésfeer en het publieke domein, is naast een verandering binnen gezondheidsprogramma's ook een aantal andere veranderingen in de content van televisieprogramma's waarneembaar. Het portretteren van het echte leven van mensen, oftewel reality-televisie, is een genre dat steeds meer te zien is. Deze tendens die een overvloed aan beelden van het menselijk lichaam laat zien wordt ook wel 'medialisering' genoemd: "de aanwezigheid van media bij zelfs de meest intieme aspecten van ons dagelijks leven begint steeds normaler te worden" (Van Dijck, 2001, p. 17). Vanaf het begin van de jaren '90 vindt de opkomst van dit genre plaats en is mede dankzij het goedkope format een aantrekkelijk genre om te produceren. Reality-tv blijkt tevens een podium te bieden voor het tonen van emoties. Volgens Beunders (2002) neemt dit belang van emoties, oftewel de 'emo-factor', op televisie toe en spelen persoonlijke gevoelens een steeds grotere rol in het publieke domein. Het taboe op emoties in het openbaar wordt hiermee verbroken.

De opkomst van nieuwe formats, zoals docusoaps, reality-tv en infotainment, waarin alledaagse ethische problemen vaak de basis vormen van het format, hebben ertoe geleid dat "ethics have become entertainment" (Hawkins, 2001, p. 412). In deze nieuwe formats worden vaak grenzen geïllustreerd tussen goed en slecht, juist en onjuist, en wordt tevens de innerlijke strijd die mensen hiertussen ervaren aangegeven. Dit uit zich in programma's waarin wordt gemoraliseerd en de kijker wordt verteld hoe deze gezond moet leven door gezond te eten, genoeg te bewegen, veilige seks te hebben en niet teveel te drinken of roken. Daarnaast zijn er programma's die de kijker moreel uitdagen en bijvoorbeeld verschillen tussen mensen in beeld brengen. Hierdoor worden eigen opvattingen aan de tand gevoeld, wat kan leiden tot meer begrip voor anderen (Hawkins, 2001).

1.2 Nederlandse Publieke Omroep

In Nederland is sprake van een duaal omroepbestel waarin publieke en commerciële omroepen naast elkaar bestaan. De Nederlandse Publieke Omroep (hierna: NPO) heeft een maatschappelijke verantwoordelijkheid te vervullen tegenover de samenleving in relatie tot 1) publieke belangen, 2) het verschaffen van diverse, betrouwbare en kwalitatief hoogstaande informatie en 3) minderheden in een veranderende maatschappij (Bardoel & Brants, 2003). Dit is in 1988 vastgesteld in de Mediawet, waarin eisen zijn gesteld aan het programma-aanbod. Zo moeten de televisieprogramma's van de publieke omroep voor tenminste 5% uit educatie bestaan, 20% cultuur, 25% informatie en 25% verstrooiing.

In 2016 is de Mediawet voor het laatst gewijzigd en is bepaald dat de NPO nu als doel heeft "de programmering van de landelijke publieke omroep te versterken door deze meer onderscheidend

te laten zijn ten opzichte van het commerciële aanbod” (“Mediawet aangenomen door Eerste Kamer”, 15 maart 2016). De wet heeft invloed op drie dingen: ten eerste wordt de kerntaak van de NPO beperkt tot het verschaffen van programma’s waarin informatie, cultuur en/of educatie centraal staan. Amusement mag als middel gebruikt worden om bij te dragen aan de versterking van de drie kerntaken. Ten tweede wordt de creatieve competitie vergroot. Dit betekent dat programmamakers van buiten het bestel ook direct toegang hebben tot de NPO. Tot slot krijgt de NPO een steviger regierol en een centrale rol in de keuze voor programma-ideeën. Dit houdt in dat de positionering van de omroep als geheel wordt versterkt (“Mediawet aangenomen door Eerste Kamer”, 15 maart 2016).

Vanwege het publieke belang en de sociale verantwoordelijkheid die de NPO als taak heeft te vervullen, is het belangrijk dat niet alleen de inhoud van de programma’s voldoet aan de eisen, maar ook dat er tussen de programma’s die worden uitgezonden op de NPO een juiste balans bestaat. Dit betekent dat er een bepaalde mate van variatie moet zijn binnen de programmering en de kijker wordt voorzien van een veelzijdig beeld van de onderwerpen die aan bod komen. Dit is tevens één van de prioriteiten van de NPO: “Door de grote variatie aan thema’s streven we naar een evenwichtig beeld van de samenleving en de pluriformiteit van opvattingen en interesses” (Nederlandse Publieke Omroep, 2015, p. 21).

1.3 Onderzoeksvraag

De NPO dient een maatschappelijke functie door de kijkers te voorzien van informatie. Dit onderzoek richt zich op de NPO, omdat deze een sociale en maatschappelijke verantwoordelijkheid heeft. De variatie tussen de gezondheidsprogramma’s en de manier waarop gezondheid, ziekte en dood in beeld wordt gebracht maakt deel uit van deze verantwoordelijkheid. Televisieprogramma’s waarin thema’s worden behandeld met betrekking tot gezondheid of ziekte zijn al jarenlang zeer populair onder de kijkers (Verhoeven, 2008). De media hebben een belangrijke functie in het verschaffen van informatie over deze thema’s, zodat de kijker bijvoorbeeld een weloverwogen keuze kan maken over een geneeskundige behandeling of informatie krijgt over een gezonde leefstijl. Op deze manier wordt de autonomie van de kijker versterkt.

Een inhoudsanalyse van gezondheidsprogramma’s op de BBC in 1982 toonde aan dat het overgrote deel van de programma’s vanuit een medisch perspectief werd gemaakt. Maar liefst 94 procent van de gezondheidsprogramma’s richtte zich op medische behandelingen in het ziekenhuis, met de dokter als hoofdpersoon. Slechts een klein percentage bracht andere gezondheidsaspecten in beeld (Richardson & Corner, 1984). Dutta (2007) heeft onderzoek gedaan naar de effecten van een te kleine variatie in aanbod van gezondheidsprogramma’s op de Amerikaanse televisie. Uit dit onderzoek blijkt dat gezondheidsoriëntering wordt verkleind als gevolg van een versmald aanbod. Onder gezondheidsoriëntering verstaan we bewustzijn en overtuigingen over gezondheid en gezonde activiteiten. Mensen die minder worden blootgesteld aan verschillende soorten programma’s over gezondheid en ziekte zijn zich minder bewust van gezondheid en nemen minder deel aan gezonde activiteiten in vergelijking met mensen die dit wel waarnemen op televisie. Uit deze resultaten kan geconcludeerd worden dat het ook voor het Nederlandse publiek van belang is dat er een breed

aanbod aan gezondheidsprogramma's te zien is op de televisie, zodat de oriëntatie wat betreft gezondheid zo breed mogelijk is.

Er bestaan verschillende invalshoeken of perspectieven om gezondheid, ziekte en/of dood in beeld te brengen en betekenis te geven aan deze onderwerpen. De combinatie van 1) de NPO die een maatschappelijke functie dient, 2) gezondheid en ziekte als populair thema op televisie en 3) het belang van het creëren van een allesomvattend beeld van gezondheid en ziekte brengt me bij de volgende hoofdvraag voor mijn onderzoek:

Welke gezondheidsbenaderingen zijn aanwezig in televisieprogramma's over gezondheid, ziekte en/of dood die worden uitgezonden door de NPO?

Om deze onderzoeksvraag te kunnen beantwoorden, zijn de volgende deelvragen gesteld:

Deelvraag 1: Hoe zijn de verschillende gezondheidsbenaderingen die worden gehanteerd in televisieprogramma's te herkennen?

Deelvraag 2: Hoe zijn de gezondheidsprogramma's tot stand gekomen? Wat was het doel van het programma volgens de producenten?

Deelvraag 3: Wat is de verhouding/balans tussen deze gezondheidsbenaderingen? Is er een dominant perspectief aanwezig?

Dit onderzoek richt zich op gezondheidsbenaderingen in televisieprogramma's die zijn uitgezonden door de NPO in de periode september 2017 tot en met december 2017.

1.4 Maatschappelijke relevantie

Het is van maatschappelijk belang dat het debat rondom gezondheid, ziekte en dood zo breed mogelijk wordt gehouden. De gezondheidsbenaderingen van Karpf (1988) omvatten de verschillende perspectieven die bestaan over gezondheid, ziekte en dood. Wanneer bepaalde gezondheidsbenaderingen worden uitgesloten van de programmering op de NPO, kan dit leiden tot een versmalling van het publieke debat. Dit staat in lijn met de agenda-setting theory, waar in het Theoretisch Kader nader op in wordt gegaan. Mensen verkrijgen nog steeds een groot deel van hun informatie via massamedia en dit geldt ook voor informatie over gezondheid en gezondheidszorg:

“When people get sick, or make decisions about health, or visit their health service providers, or decide what to think and vote about health care policy and finance, their behavior may be formulated in large part from resources drawn from various mass media” (Seale, 2003).

Binnen Nederland speelt voornamelijk de NPO binnen het televisielandschap een belangrijke rol in het verschaffen van informatie. En zelfs nu de cijfers van kijkers van lineaire televisie elk jaar dalen, blijkt uit marktonderzoek dat de gemiddelde Nederlander in 2017 nog steeds 178 minuten televisie per dag

kijkt. De NPO heeft hierin het grootste marktaandeel in vergelijking tot de andere zenders (Stichting Kijkonderzoek, 2018).

In de Mediawet is bepaald dat informatie, cultuur en/of educatie centraal moet staan in de programma's die worden uitgezonden door de NPO, omdat zij een sociale verantwoordelijkheid hebben en moeten voldoen aan de maatschappelijke functie. De NPO geeft aan dat ze met de programma's het maatschappelijke debat willen stimuleren: "Hoe beter mensen geïnformeerd zijn over maatschappelijke vraagstukken hoe hoger de deelname aan politieke en maatschappelijke processen in een land. Programma's uitgezonden door de NPO leveren een bijdrage aan het maatschappelijke debat en bevorderen wederzijds begrip" (www.npomaatschappelijkewaarde.nl). Daarnaast wil de NPO bijdragen aan de algemene ontwikkeling en kennis van het publiek. Dit betekent dat de verschillende factoren die meespelen in gezondheid door de media in beeld moeten worden gebracht, mede omdat er sprake is van een divers publiek dat bereikt moet worden en iedereen andere behoeftes heeft: "audiences are increasingly more diverse, faced with a multiplicity of health threats, and bombarded with health messages from a proliferation of media" (Kline, 2011, p. 262). Dit betekent dat verschillende doelgroepen op andere manieren aangesproken moeten worden om de boodschap zo goed mogelijk over te brengen.

Een voorbeeld waarin de zojuist genoemde redenen voor de maatschappelijke relevantie van dit onderzoek worden geïllustreerd is de documentaire *Emma wil Leven* van de omroep BNNVARA. Deze documentaire over een achttienjarig meisje dat na zes jaar de strijd met anorexia verloor is uitgezonden op 22 november 2016 op NPO 3 tijdens de *Anorexia Special*. Betrokkenen en naasten van Emma kwamen na de uitzending van de documentaire in een talkshow bij elkaar om na te praten over de ziekte en te bespreken welke lessen eruit getrokken konden worden. De uitzending en de talkshow was het gesprek van de dag en had als gevolg dat veel jongeren meldden nieuwe inzichten te hebben opgedaan over eetstoornissen. Stichting Korrelatie, een stichting die zich onder andere richt op psychische problemen waaronder eetstoornissen, ontving de volgende dag honderden telefoontjes. Het Algemeen Dagblad kopte de volgende dag: "'Emma wil leven' schudt hulpverleners wakker" (Nederlandse Publieke Omroep, 2016; Van der Ploeg, 2016). Door dit medische onderwerp te verwerken in een documentaire op televisie, werd het op de publieke agenda gezet. Hierdoor werd het maatschappelijke debat aangewakkerd en werden kijkers zich bewust van deze ziekte en de gevolgen ervan. Dit voorbeeld maakt het maatschappelijke belang van een goede representatie van gezondheidskwesties op televisie duidelijk.

Tot slot is onderhavig onderzoek van maatschappelijk belang voor toekomstige producties van televisieprogramma's over gezondheid, ziekte of dood. Het ontrafelen van de gezondheidsbenaderingen in televisieprogramma's en onderzoek naar de verhoudingen zouden ten eerste waardevolle ideeën kunnen bieden voor de producenten van mediacontent over de manier waarop de mediaframes worden ingezet en voor de NPO voor het programmeren van gezondheidsprogramma's.

1.5 Wetenschappelijke relevantie

Dit onderzoek levert een bijdrage aan wetenschappelijke theorieën over gezondheidscommunicatie. Kline (2007) stelt dat wanneer we erkennen dat massamedia een belangrijke factor is die invloed uitoefent op onze maatschappij, en dat individuen kennis en ervaring opdoen van de content beschikbaar op televisie, het van belang is om onderzoek te blijven doen naar betekenissen en implicaties van de beelden die worden uitgezonden op televisie. Onderhavig onderzoek levert hier een bijdrage aan.

Een groot deel van de media-onderzoeken naar gezondheid en ziekte richt zich ofwel op de accurateheid waarmee gezondheid en ziekte worden weergegeven, ofwel op de receptie van het publiek en de sociale en politieke implicaties die ermee gepaard gaan (Kline, 2011). Tevens zijn er onderzoeken naar de wijze waarop een bepaald gezondheidsthema binnen één televisieprogramma wordt benaderd (Kielman, 2014; Lawrence, 2004). Onderhavig onderzoek is daarin onderscheidend, omdat het zich richt op de gezondheidsbenaderingen die worden gebruikt en de verhoudingen tussen deze benaderingen in verschillende programma's binnen de publieke omroep. Dit betekent dat framing op een ander niveau wordt onderzocht in onderhavig onderzoek. Verhoeven (2008) stelt dat er weinig empirisch onderzoek bestaat naar de ontwikkeling van medische televisieprogramma's, waarna hij een inhoudsanalyse heeft uitgevoerd op Nederlandse non-fictie medische programma's over een tijdsspanne van 40 jaar. Deze tijdsspanne loopt echter tot 2000, waarna er niet meer dergelijke onderzoeken naar gezondheidsprogramma's zijn gedaan. Daarnaast is het interessant om te onderzoeken of de benaderingen van Karpf (1988) die centraal staan in dit onderzoek aangepast of aangevuld dienen te worden naar aanleiding van huidige televisieprogramma's en thema's. Dit betekent dat dit onderzoek tevens een bijdrage levert aan de mediawetenschappen, omdat deze concepten centraal staan.

1.6 Leeswijzer

Om een antwoord te definiëren op de deelvragen en uiteindelijk de hoofdvraag, wordt om te beginnen een aantal concepten die centraal staan in onderhavig onderzoek uiteengezet en geoperationaliseerd in het hoofdstuk 'Theoretisch Kader'. Deze concepten zijn onder andere de agenda-setting theory en framing, gevolgd door een uiteenzetting van verschillende gezondheidsbenaderingen. In dit onderdeel staan de benaderingen die Karpf (1988) heeft opgesteld centraal en worden daarnaast de basisverhalen die Seale (2003) benoemt in gezondheidsprogramma's toegelicht.

Vervolgens worden in het hoofdstuk 'Methoden' de onderzoeksmethoden toegelicht en wordt ingegaan op de keuze van deze methoden en de manier waarop het onderzoek is uitgevoerd. Gekozen is voor een onderzoek met twee verschillende methoden: allereerst heeft een inhoudsanalyse plaatsgevonden waarin inzichten vanuit de thematische inhoudsanalyse zijn toegepast, gevolgd door interviews met de makers van een aantal televisieprogramma's over gezondheid, ziekte of dood. De resultaten hiervan zijn te vinden in het hoofdstuk 'Resultaten', waarin de bevindingen van de inhoudsanalyse van de interviews uiteen worden gezet. Tot slot is hier een conclusie uit getrokken en een antwoord geformuleerd op de deelvragen en hoofdvraag. De scriptie eindigt met een discussie en aanbevelingen voor vervolgonderzoek.

2. Theoretisch Kader

In dit hoofdstuk worden de relevante theorieën en benaderingen die handvatten bieden voor dit onderzoek uiteengezet. Allereerst wordt de invloed van televisie en de manier waarop programma's de agenda kunnen bepalen toegelicht, waarna dieper wordt ingegaan op framing, de gezondheidsbenaderingen van Karpf (1988) en de basisverhalen van Seale (2003).

2.1 Agenda-setting theory

De invloed die de media uitoefenen op het publiek is op veel manieren onderzocht. De theorie waarmee de macht wordt omschreven die media hebben om aandacht te vestigen op bepaalde onderwerpen en deze onderwerpen op de agenda van het publiek te zetten heet de agenda-setting theory. Volgens deze theorie bepalen de media welke onderwerpen de kijker te zien krijgt, die vervolgens belangrijk worden gevonden en waarover zal worden gepraat: "agenda setting is a theory about the transfer of salience from the mass media's picture of the world to those in our heads" (McCombs & Ghanem, 2001). Roger en Dearing (1996) identificeren drie typen 'agenda', die samen de agenda-setting theory vormen: de media agenda (de onderwerpen die worden besproken in de media), de publieke agenda (onderwerpen die persoonlijk relevant zijn voor het publiek) en de politieke agenda (onderwerpen die politici belangrijk achten).

De theorie berust op twee veronderstellingen. Ten eerste wordt verondersteld dat de media verhalen niet alleen vertellen aan het publiek door deze weer te geven zoals ze zijn, maar de verhalen ook filtert en vormgeeft. Hierin speelt een vorm van framing een rol. Dit wordt in paragraaf 2.2 verder toegelicht. De tweede veronderstelling houdt in dat hoe meer aandacht wordt gegeven aan een bepaald onderwerp door de media, hoe groter de kans wordt dat ook het publiek hier meer aandacht aan besteedt en dit onderwerp belangrijker gaat vinden. Dit betekent dat de kijker wordt beïnvloed door de media en zal denken dat thema's die veel in beeld zijn belangrijker zijn dan andere thema's (McCombs, 1977). Een voorbeeld hiervan is het voorpaginanieuws in de krant. De meeste mensen nemen aan dat het nieuws dat op de voorpagina staat, belangrijker is dan het nieuws op de andere pagina's.

In de inleiding is gesteld dat de media een belangrijke rol spelen met betrekking tot het publieke debat over gezondheid, ziekte en medicijnen. Dit is gerelateerd aan de agenda-setting theory. Hoe meer aandacht wordt besteed aan een onderwerp, hoe sneller dit wordt opgepikt door het publiek (McCombs & Ghanem, 2001). Wanneer de invalshoeken van gezondheid, ziekte en dood die bij een bepaalde gezondheidsbenadering passen niet in beeld worden gebracht door de massamedia, in dit geval televisie, kan dit betekenen dat dit onderwerp niet op de publieke agenda komt en de kijker er minder kennis over zal hebben.

2.2 Framing

Gerelateerd aan de agenda-setting theorie is het concept 'framing'. Dit concept is geïntroduceerd door Goffman (1974) in zijn boek *Frame Analysis*, waarin hij stelt dat de manier waarop iets wordt gerepresenteerd naar de kijkers, invloed heeft op de wijze van het verwerken van deze beelden en het omgaan met deze informatie en daardoor op de keuzes die zij maken. Een frame wordt gedefinieerd als "het organiseren van mediacontent, waardoor een bepaald onderwerp of probleem wordt gesuggereerd door een selectie van beelden te laten zien, achterwege te laten, te benadrukken of samen te voegen" (Entman, 1993). Volgens Van Gorp (2007) is een frame een overtuigende stimulans om een verhaal op een bepaalde manier in beeld te brengen. Frames in de media kunnen subtiele, doch krachtige effecten hebben op het publiek en leiden uiteindelijk tot een morele beoordeling door het publiek.

Het verschil tussen framing en de agenda-setting theorie is dat de oorsprong van framing in de cinematografie ligt en de keuzes die gemaakt worden in de visuele context. Van Gorp (2007) noemt dit 'framing devices', welke volgens hem bestaan uit woordgebruik, formuleringen, metaforen, beeldmateriaal, argumenten en voorbeelden. Tevens kan wat betreft het framen van beeldmateriaal gedacht worden aan cameraposities of -technieken, de lengte van scènes en de personen die in beeld worden gebracht. Door middel van deze cinematografische keuzes wordt een bepaalde inhoud gesuggereerd, in tegenstelling tot de agenda-setting theorie waar het vooral draait om bepaalde onderwerpen waar door de media nadruk op wordt gelegd door het bijvoorbeeld dikwijls te bespreken of te behandelen in programma's. De kijker wordt dan beïnvloed in wat deze belangrijk acht.

2.2.1 Framing en gezondheidsprogramma's

De theorie over framing is van belang wanneer inhoudelijk wordt gekeken naar gezondheidsprogramma's en de manier waarop thema's over gezondheid, ziekte en dood in beeld worden gebracht en worden geframed. Volgens Gallagher en Updegraff (2012) kan een boodschap over gezondheid worden geframed door nadruk te leggen op bepaalde voordelen van verandering van gedrag (*gain-framed message*) of juist consequenties van het falen van het aannemen van bepaald gedrag (*loss-framed message*) te benadrukken. Een voorbeeld hiervan is het promoten van beweging en sporten, wat leidt een betere conditie en een gezonder gewicht (*gain-framed message*), of juist het tonen van gewichtstoename bij het eten van ongezond voedsel (*loss-framed message*). Framing waarbij een positieve verandering plaatsvindt, blijkt een beter effect te hebben op het publiek (Gallagher & Updegraff, 2012). Hieruit kan worden geconcludeerd dat de manier waarop een bepaalde boodschap in beeld wordt gebracht en aan het publiek wordt aangeboden, en dus de manier waarop gezondheidskwesties worden geframed, impact heeft op de keuze die de kijker maakt over deze kwestie en hoe deze zijn of haar gedrag verandert. Alhoewel in beide gevallen het doel is om de kijker iets te leren over een gezonde leefstijl, heeft de manier waarop dit in beeld wordt gebracht invloed op de kijker.

Kline (2011) stelt dat één van de problemen van het framen van gezondheidskwesties in de media te maken heeft met incomplete dekking of complete vermindering van bepaalde onderwerpen. Dit wordt 'misrepresentation' genoemd, waarbij sprake kan zijn van over- of onderreporting:

"In cases where information was incomplete or absent, the problem was not so much that the information provided was inaccurate or even problematic; rather the problem was that additional information about the subject was needed in order for individuals to make truly informed health decisions" (Kline, 2011, p. 254).

Daarnaast is een gevaar van misrepresentatie volgens Kline (2011) dat hierdoor bepaalde socio-demografische groepen buiten beschouwing worden gelaten, terwijl massamedia voor veel mensen een belangrijke bron voor het verkrijgen van informatie over gezondheid zijn (Kline, 2011). De manier waarop deze informatie in beeld wordt gebracht, en dus wordt geframed, kan mogelijk leiden tot bepaalde keuzes over gezondheidszorg die het publiek maakt (Bomlitz & Brezis, 2008).

Verhoeven (2008) heeft door middel van een kwalitatieve inhoudsanalyse onderzoek gedaan naar Nederlandse non-fictieve medische programma's over een tijdsspanne van 40 jaar. Hierbij zijn zeven medische series die zijn uitgezonden op de publieke omroep geanalyseerd, waarna met behulp van een aantal indicatoren uitspraken zijn gedaan over de media content. De belangrijkste indicator waarmee iets gezegd kan worden over de manier waarop medische programma's geframed worden is de tijd die wordt gegeven aan bepaalde personen in het programma om te praten: de 'speaking time'. Non-fictieve medische programma's laten drie categorieën participanten zien, namelijk experts, journalisten en leken. De experts kunnen worden opgedeeld in wetenschappers, andere experts en dokters. Dokters kregen over het algemeen de meeste speaking time, gevolgd door wetenschappers. Journalisten spelen een verschillende rol in de programma's, bijvoorbeeld als commentator op locatie of als bemiddelaar. Tot slot bestaat de laatste categorie uit leken, die opgedeeld kunnen worden in patiënten, familie en het publiek. Naast de speaking time is ook de inhoud van de afleveringen gemeten. Zo blijkt dat na 1980 steeds meer persoonlijke onderwerpen werden behandeld in programma's en dat verhalen vaak in de vorm van patiënten met families werden verteld. Ook werd minder aandacht besteed aan basis gezondheidsproblemen, zoals zwangerschap en tandheelkunde. De aandacht verplaatste zich naar specifieke ziekten, zoals kanker en hart- en vaatziekten. In 2000 bestonden medische programma's voornamelijk uit een verpersoonlijkt beeld van de geneeskunde, waarin wetenschap niet langer expliciet werd uitgelegd.

Tot slot blijkt het belang van de manier waarop gezondheid wordt geframed uit onderzoek van Lawrence (2004), waarin hij zich richt op het publieke debat over obesitas en de manier waarop deze ziekte wordt geframed in het nieuws. Het publieke debat over specifieke gezondheidsproblemen gaat vaak over wie de verantwoordelijkheid draagt van het ontstaan of in stand houden van de ziekte. De meningen over de oorzaak van obesitas zijn verdeeld en schommelen heen en weer tussen persoonlijke verantwoordelijkheid en de omgeving als verantwoordelijke. Partijen die de omgeving de schuld geven, leggen de verantwoordelijkheid bij de overheid die volgens hen actie moet ondernemen om de publieke gezondheid te verbeteren en te stimuleren. Dit kan bijvoorbeeld gebeuren door veilige

speelplaatsen voor kinderen te creëren of gezonde keuzes in kantines te stimuleren. Daarnaast wordt obesitas door medische en farmaceutische bedrijven vaak geframed als een aandoening die begrepen en genezen kan worden met behulp van de medische wetenschap. In de tijdsspanne van 1985 tot 2003 blijkt de omgeving het dominante frame te zijn waar de oorzaak van obesitas aan wordt toegekend door de media. Echter, er zijn verschillende oorzaken van obesitas, wat betekent dat er ook verschillende oplossingen voor zijn waar het publiek zich bewust van moet zijn. Wanneer de oorzaak wordt toegekend aan een specifieke partij, in dit geval de omgeving, wordt de genetische oorzaak of het persoonlijke aandeel aan de oorzaak van de ziekte veronachtzaamd.

2.3 Gezondheidsbenaderingen

De manier waarop gezondheid, ziekte en dood worden benaderd en geportretteerd op televisie is veranderlijk over tijd. Verhoeven (2008) stelt dat er een verschuiving zichtbaar is richting de patiënt en de dokter en wetenschap niet langer het middelpunt vormt. Daarnaast wordt de medische wetenschap vaak vanuit een populairdere invalshoek benaderd en wordt entertainment toegevoegd om de kijker op een luchtige wijze te voorzien van medische informatie (Bouman, 1999; Seale, 2003).

Tevens is de manier waarop over de dood wordt nagedacht aan veranderingen onderhevig. Deze veranderende tijdsgeest brengt met zich mee dat de dood niet langer wordt gezien als iets waar niet over gesproken mag worden (Harrison, 2015). Seale (2003) stelt dan ook dat de dood, of de dreiging van de dood, een belangrijk onderdeel vormt van gezondheidsrepresentatie op televisie: “perhaps most importantly, media health stories often oppose life with the threat, of the actuality, of death” (Seale, 2003, p. 518).

2.3.1 Karpf's gezondheidsbenaderingen

Karpf (1988) identificeert vier verschillende benaderingen in gezondheids- en medische programma's: de medische benadering, de consumenten benadering, de zorg-voor-jezelfbenadering en de omgevingsbenadering. Deze benaderingen zijn niet bedoeld om elk programma in een hokje te plaatsen, maar als “skeletons which individual programmes flesh out in their own way, with cross-breeds and hybrids aplenty” (Karpf, 1988, p.9). Dit betekent dat de benaderingen niet zwart-wit worden gehanteerd in programma's of altijd op dezelfde manier worden geportretteerd. Ze zijn echter wel van belang om een uitspraak te kunnen doen over de manier waarop gezondheid, ziekte en dood worden geframed en welke kenmerken en perspectieven eraan verbonden zijn. Daarnaast kan, door te identificeren welke gezondheidsbenadering wordt gehanteerd, worden beoordeeld of de verschillende invalshoeken van deze thema's voldoende in beeld komen op de NPO en er dus niet een eenzijdig beeld wordt gecreëerd.

Medische benadering

De medische benadering volgens Karpf (1988) is georganiseerd rondom ziekten, die worden beschouwd als indringers van het functionerende lichaam. In deze benadering gaat het niet zozeer om

de oorzaak of verloop van de ziekte, maar vooral om de genezing van de ziekte door de dokter waar vaak een 'eurekamoment' aan vooraf gaat. Ook wordt er bij de medische benadering dikwijls een acute ziekte vertoond in plaats van bijvoorbeeld een chronische ziekte. Genezing wordt regelmatig gelijkgesteld aan medicijnen, operaties en andere medische behandelingen. De dokter staat centraal en wordt gezien als de legitieme autoriteit die de oplossing voor de ziekte zal bieden. Bovendien wordt de mening van de dokter over gezondheid en ziekte beschouwd als een unieke waarde die meer biedt dan de mening en het advies van andere gezondheidsspecialisten. Karpf stelt dat "a major aspect of the medical approach is the cure, effected by the doctor applying medical treatment to the patient's body" (Karpf, 1988, p. 10).

Een belangrijk kenmerk van de medische benadering is dus dat de mening van experts wordt bekrachtigd en in het bijzonder de expertise van de dokter. Dit wordt benadrukt door een aantal visuele aspecten, zoals het standpunt van de camera. Deze is vaak gericht op de patiënt, waardoor je de patiënt door de ogen van de dokter ziet. Ook is de patiënt aan het eind van het programma meestal op weg om beter te worden, of is deze genezen. Net zoals Verhoeven (2008) benoemt ook Karpf een grote verandering omtrent de manier waarop de patiënt wordt benaderd en in beeld wordt gebracht. Volgens Karpf (1988) heeft dit te maken met een groeiende interesse in de consument, dat tevens heeft geleid tot de consumentenbenadering (zie paragraaf hieronder). De patiënt wordt niet meer gezien als een "stuk vlees" dat wordt behandeld, maar wordt nu ook op een menselijke manier in beeld gebracht, bijvoorbeeld in de aanloop naar de medische behandeling of na de behandeling:

"The change is significant: a response to the new spirit of the consumer approach, so that the patient wouldn't be seen simply as a slab of meat, awaiting the surgeon's knife" (Karpf, 1988, p. 13).

Een voorbeeld van de medische benadering zien we in televisieprogramma's die een kijkje geven in het dagelijks leven van het personeel en de patiënten in ziekenhuizen. Patiënten worden binnengebracht in het ziekenhuis, waarna door de dokters een diagnose wordt gesteld en een behandeling wordt vastgesteld. Zowel de patiënten als de dokters worden in beeld gebracht en komen aan het woord, maar de genezing door de dokter staat centraal.

Consumentenbenadering

De tweede benadering volgens Karpf (1988) is de consumentenbenadering. Hier staan de consument en het consult centraal. De relatie tussen dokter en patiënt wordt aan de tand gevoeld en er wordt soms een belangenverstrengeling of machtsconflict geschetst. In deze consumentenprogramma's wordt vaak informatie gegeven die door de dokter zelf niet snel zou worden gegeven, maar die de patiënt wel zou kunnen helpen bij het maken van bepaalde keuzes. Op deze manier wordt de autonomie van de patiënt en de consument versterkt. Er is bijvoorbeeld sprake van een vergelijking tussen verschillende behandelingen, of er worden consequenties van medicijnen beschreven. Omdat de nadruk op de patiënt ligt, deelt deze ook de eigen ervaring met de ziekte. Wanneer in de consumenten programma's wordt gekeken naar de oorzaak van de ziekte, wordt de schuld vaak gegeven aan de medische behandeling. De focus in programma's waarin de consumentenbenadering

centraal staat ligt op de kwaliteit van de zorg en de keuzes die je als patiënt kan maken. Daarnaast worden belangrijke vragen over de kwaliteit van een ziekenhuis gesteld, evenals wat je als patiënt kan verwachten van je huisarts. Bepaalde behandelingen en zorgpolissen worden bijvoorbeeld in dit soort programma met elkaar vergeleken en geven de kijker informatie over de keuzes die zij hebben. De doelgroep is volgens Karpf (1988) voornamelijk vrouwelijk en tot slot zijn deze programma's vaak opgenomen in studio's.

Zorg-voor-jezelfbenadering

In de zorg-voor-jezelfbenadering staat preventieve gezondheidszorg op de agenda. Medicijnen worden in deze benadering niet langer gezien als de oplossing voor de ziekte. Ziekten worden vooral beschouwd als iets dat veroorzaakt wordt door slechte leefgewoontes, waar men op een actieve wijze zelf iets aan kan doen. De patiënt is hier niet een hulpeloos slachtoffer zonder macht die afhankelijk is van de gezondheidszorg, maar kan het heft in eigen handen nemen door gezond te leven en zo ziekte te voorkomen. Een aantal onderwerpen die aan bod kan komen zijn slechte eetgewoontes, roken, alcoholmisbruik, te weinig beweging, overgewicht en stress.

Deze benadering wordt bijvoorbeeld gehanteerd in programma's waarin deelnemers met obesitas het doel hebben om af te vallen en een bewuster en gezonder leven te leiden. De deelnemers worden gevolgd in hun strijd met de overvloedige kilo's en in de manier waarop zij hun leven aanpassen, waarmee de patiënt in een actieve positie wordt geplaatst om de leefstijl aan te passen. Vervolgens wordt in beeld gebracht wat voor positieve gevolgen deze gezonde leefstijl op het lichaam en de gezondheid heeft.

Kielman (2014) heeft de wijze waarop obesitas wordt geframed onderzocht in het realityprogramma *Obese*. Ze geeft aan dat obesitas in dit programma wordt gekoppeld aan persoonlijke verantwoordelijkheid. De oorzaak van de ziekte wordt in de schoenen van de kandidaat geschoven en de levensstijl die deze hanteert. Dik zijn is een keuze. Mogelijke oorzaken die liggen bij de maatschappij worden niet behandeld in het programma. Kielman concludeert dat dit een eenzijdig beeld creëert.

Omgevingsbenadering

Tot slot bespreekt Karpf (1988) de omgevingsbenadering, waarin wordt gepleit vóór het voorkómen van ziekten en tegen het gebruik van medicijnen om te kunnen genezen. De voorstanders van de omgevingsbenadering geloven dat de oorzaak van ziekten en ongezondheid te herleiden is naar het milieu en andere sociale omstandigheden. Zij pleiten dat een rijkere maatschappij een gezondere is, waarbij de sociale structuur ook een rol speelt. Er wordt in deze benadering gesuggereerd dat patronen van gezondheid en ziekte niet kunnen worden gescheiden van de manier van produceren. Deze gezondheidsbenadering is dus vanuit een meer beleidsmatig en politiek oogpunt weergegeven.

Een weergave van deze benadering is te zien in documentaires waarin bijvoorbeeld een aanklacht wordt gedaan tegen de fastfoodindustrie. In een dergelijke documentaire wordt betoogd dat deze industrie het maken van ongezonde keuzes stimuleert door bijvoorbeeld het super size menu

aan te bieden bij bestellingen en de consument te misleiden. Dit zou zorgen voor ziekten en aandoeningen, wat te wijten is aan deze industrie. In zo'n documentaire wordt de schuld van ongezondheid gelegd bij de omgeving.

2.3.2 Seale's basisverhalen

Terwijl Karpf (1988) de manier waarop betekenis wordt gegeven aan gezondheid of ziekte analyseert, richt Seale (2003) zich op verhaallijnen binnen televisieprogramma's over gezondheid of ziekte. Seale (2003) onderscheidt 5 basisverhalen in de manier waarop op de Nederlandse televisie aandacht wordt besteed aan gezondheid en ziekte. Deze 5 verhaallijnen zijn:

1. De gevaren van het moderne leven
2. Schurken en freaks
3. Slachtoffers
4. Professionele helden
5. Amateurlhelden

De gevaren van het moderne leven

De media proberen de gevaren van het moderne leven te benadrukken door bijvoorbeeld beelden van milieugevaren (klimaatveranderingen, luchtvervuiling, kernenergie) te linken aan gezondheidsgerelateerde 'schrikverhalen. Zo zou luchtvervuiling tot kanker leiden en zijn er tal van medische wetenschappelijke ontwikkelingen die fout gaan en leiden tot ziekten (Seale, 2003). Deze gevaren komen overeen met de omgevingsbenadering van Karpf (1988), waarin ook wordt gesteld dat gevaren vanuit de omgeving zorgen voor ongezondheid.

Schurken en freaks

Niet alleen wordt de publieke en individuele gezondheid bedreigd door de omgeving of door ziekten, maar ook andere mensen kunnen een risico voor de eigen gezondheid vormen. In deze verhaallijnen krijgt een groep mensen een negatief etiket aangemeten en worden ze neergezet als schurken die een bedreiging vormen voor de publieke gezondheid. Gedacht kan worden aan prostituees en drugsgebruikers die enge ziekten zouden verspreiden.

Slachtoffers

De gezondheidsbedreigingen die in 'gevaren van het moderne leven' en 'schurken en freaks' zijn belicht, zorgen ervoor dat de kijker zichzelf kan inbeelden als potentieel slachtoffer. Mediaproductenten verbeelden dit slachtofferschap en hebben volgens Seale (2003) dikwijls de neiging om mensen te kiezen die het meest kwetsbaar lijken, zoals kinderen en ouderen. Een voorbeeld uit deze categorie is de documentaire *Malcolm and Barbara: Love's farewell*, waarin de strijd van Malcolm tegen Alzheimer wordt geportretteerd en daarbij de toewijding en liefde van zijn echtgenote Barbara in beeld brengt. In

deze documentaire worden zijn laatste dagen getoond en wordt zijn fysieke en mentale aftakeling daarbij niet vermeden. De reacties op de documentaire waren gemengd. Aan de ene kant zou het te intiem, persoonlijk en onmenselijk zijn, maar aan de andere kant droeg het bij aan een reëlere beeldvorming van de dood (Olthuis & Struijs, 2009). Castledine (2007) stelt dat televisie waarin omgang met het levenseinde in beeld wordt gebracht een positief effect heeft op ons vermogen om met de werkelijkheid om te gaan en dus ook met het kwaliteit van leven en de dood.

Professionele helden & amateurhelden

In dit basisverhaal spelen helden, zowel professioneel als amateur, de hoofdrol en redden ze de slachtoffers die worden bedreigd door ziekten en schurken. De professionele helden zijn in het geval van gezondheidsprogramma's dikwijls zorgprofessionals die werken bij zorginstellingen. Reality-tv is een genre dat zich goed leent voor deze verhaallijn. Terwijl aan de ene kant het leed van de patiënt wordt laten zien, vormen voornamelijk de kracht en de mogelijkheden van de patiënt een essentieel onderdeel in dit programma (Olthuis & Struijs, 2009). Amateurhelden binden de strijd aan met een ziekte of stellen bepaalde misstanden aan de kaak. Er is dan ook vaak sprake van een bepaalde spanning tussen deze twee soorten helden (Seale, 2003). Deze twee verhaallijnen vertonen dezelfde kenmerken als zowel de medische benadering als de consumentenbenadering. Terwijl in de medische benadering professionele helden centraal staan, staan in de consumentenbenadering amateurhelden centraal.

3. Methode en Verantwoording

In dit gedeelte wordt toegelicht welke onderzoeksmethoden zijn gehanteerd en waarom voor deze methoden zijn gekozen. Daarnaast worden de dataverzameling en de betekenisgeving van de data uiteengezet. De hoofdvraag die gesteld wordt in dit onderzoek is:

Welke gezondheidsbenaderingen zijn aanwezig in televisieprogramma's over gezondheid, ziekte en/of dood die worden uitgezonden door de NPO?

Om deze hoofdvraag te kunnen beantwoorden, zijn de volgende deelvragen gesteld:

Deelvraag 1: Hoe zijn de verschillende gezondheidsbenaderingen die worden gehanteerd in televisieprogramma's te herkennen?

Deelvraag 2: Hoe zijn de gezondheidsprogramma's tot stand gekomen? Wat was het doel van het programma volgens de producenten?

Deelvraag 3: Wat is de verhouding/balans tussen deze gezondheidsbenaderingen? Is er een dominant perspectief aanwezig?

3.1 Kwalitatief onderzoek

In dit onderzoek is een tweeledig kwalitatief onderzoek gehanteerd die bestaat uit zowel een kwalitatieve inhoudsanalyse als kwalitatieve interviews. Kwalitatief onderzoek biedt methoden en strategieën aan voor het systematisch verzamelen, organiseren en interpreteren van tekstueel materiaal dat verkregen kan zijn door middel van gesprekken en/of observaties (Boeijs, 2014). Gekozen is voor deze onderzoeksmethode, omdat er weinig voorgaand onderzoek bestaat naar gezondheidsbenaderingen in televisieprogramma's en omdat deze methoden het best passen bij het handmatig analyseren en betekenisgeven van de visuele data en interviews. Onderhavig onderzoek richt zich op de gezondheidsprogramma's zelf en de productie van deze programma's en niet op de receptie ervan door het publiek.

Er is bewust gekozen voor een combinatie van twee verschillende kwalitatieve onderzoeksmethoden, omdat deze elkaar aanvullen en versterken. Daarnaast maakt de combinatie van de twee onderzoeksmethoden het onderzoek meer betrouwbaar. Terwijl de inhoudsanalyse informatie biedt over de inhoud, de terugkerende patronen van het programma en de frames die worden gehanteerd, bieden de interviews informatie over het proces en aanpak van de productie vanuit het oogpunt van de programmamakers zelf. Het geeft daarom een algeheel beeld van de intenties van de producenten en van de inhoud van het programma zelf. Een kwalitatieve inhoudsanalyse is nodig om deelvraag 1 te beantwoorden, interviews zijn essentieel om deelvraag 2 te beantwoorden, zodat uiteindelijk deelvraag 3 en tot slot de hoofdvraag beantwoord kan worden.

Bovendien is de inhoudsanalyse toegepast om een eerste categorisering te maken van de televisieprogramma's in de verschillende benaderingen. Naar aanleiding van deze indeling is vervolgens een keuze gemaakt voor de te houden interviews. Na de eerste stap van dataverzameling zijn deze data geanalyseerd, waarna hierop is gereflecteerd en op basis daarvan een keuze is gemaakt voor de volgende stap in de dataverzameling (De Boer, 2016). Dit wordt nader toegelicht in de volgende paragrafen. Allereerst wordt de keuze voor de thematische inhoudsanalyse en de interviews toegelicht, gevolgd door de manier waarop data zijn verzameld en geanalyseerd.

3.1.1 Kwalitatieve Inhoudsanalyse

Een kwalitatieve inhoudsanalyse wordt beschreven als een systematische methode voor het analyseren van geschreven, verbale of visuele communicatieve boodschappen om hier vervolgens betekenissen van te achterhalen (Boeije, 2014; Schreier, 2012). In onderhavig onderzoek worden inzichten vanuit de thematische inhoudsanalyse toegepast. De thematische inhoudsanalyse is een methode die wordt gebruikt om bepaalde thema's en betekenissen binnen de kwalitatieve data te identificeren, analyseren en interpreteren.

“A theme captures something important about the data in relation to the research question, and represents some level of patterned response or meaning within the data set.” (Braun & Clarke, 2006, p. 82).

De data worden op een logische wijze geordend en beschreven. Verschillende aspecten van het onderwerp dat wordt onderzocht worden geïnterpreteerd. Volgens Braun en Clarke (2006) kenmerkt de thematische inhoudsanalyse zich door de flexibiliteit die gepaard gaat met deze methode. Deze methode is gebruikt bij het beantwoorden van deelvraag 1, omdat een inhoudsanalyse zich het beste leent voor een diepere verkenning van de inhoud en frames van de gezondheidsprogramma's.

3.1.2 Kwalitatieve Interviews

Het tweede deel van de analyse bestaat uit kwalitatieve interviews. Dit wordt omschreven als “een gespreksvorm waarin een persoon – de interviewer – zich bepaalt tot het stellen van vragen over gedragingen, opvattingen, houdingen en ervaringen ten aanzien van bepaalde sociale verschijnselen, aan één of meer anderen – de participanten of geïnterviewden – die zich voornamelijk beperken tot het geven van antwoorden op die vragen” (Maso, 1987). Het voordeel van kwalitatief interviewen is dat het de mogelijkheid biedt aan de onderzoeker om over het sociale leven te leren vanuit de ervaring van de geïnterviewde. Daarnaast krijgt de geïnterviewde de mogelijkheid om uit te wijden en kennis over te dragen vanuit zijn/haar eigen perspectief. In onderhavig onderzoek is gekozen voor een kwalitatief interview, omdat door middel van interviews een diepgaand gesprek gevoerd kon worden, waarin tevens aanvullende vragen zijn gesteld. Op deze manier was het mogelijk om een goed beeld te krijgen van de visie van de programmamakers, de doelstellingen die zij voor ogen hadden voor het programma en de bewuste keuzes die gemaakt zijn tijdens het productieproces. Dit leverde een

bijdrage aan de kennis over bepaalde kenmerken die passen bij de programma's en de visie en doelstelling van de makers, welke cruciaal waren voor het vormen van een volledig beeld en het beantwoorden van de hoofdvraag van het onderzoek. Wanneer gekozen zou zijn voor een thematische inhoudsanalyse zonder interviews, bestond er een mogelijkheid dat er aspecten over het hoofd gezien zouden worden. Het onderzoek zou daardoor een mindere mate van validiteit bevatten.

3.2 Dataverzameling

3.2.1 Selectiecriteria televisieprogramma's

De inhoudsanalyse is gedaan op gezondheidsprogramma's die voldeden aan de volgende selectiecriteria:

1. Gezondheid of ziekte staat centraal in het programma
2. Het programma is uitgezonden op de NPO 1, 2 of 3.
3. Het programma is uitgezonden in de tijdsspanne van september 2017 tot en met december 2017.
4. Het betreft een programma dat uitgezonden is op de lineaire televisie en niet alleen online programma's.
5. Het betreft een format met een serie van afleveringen en niet een programma dat slechts uit één uitzending bestaat.

Op basis van deze criteria is een eerste selectie van de programma's gemaakt (zie tabel 1). De selectie van deze programma's vond plaats op basis van de beschrijving op de website van de NPO.

Tabel 1: Voorlopige samenstelling programma's

BNN-VARA	KRO-NCRV	MAX	EO
<ul style="list-style-type: none"> • Jan wordt vader • Over mijn lijk • Je zal het maar hebben • Spuiten en Slikken • Het Instituut • Drugslab 	<ul style="list-style-type: none"> • Keuringsdienst van Waarde 	<ul style="list-style-type: none"> • Nederland in Beweging • Operatie Live 	<ul style="list-style-type: none"> • Topdoks • Hallo, ik heb kanker
VPRO	NTR	AVRO-TROS	WNL
<ul style="list-style-type: none"> • Kiloknallers 	<ul style="list-style-type: none"> • De Kennis van Nu • Van DNA tot Z 	<ul style="list-style-type: none"> • Radar • Dokters van Morgen 	<ul style="list-style-type: none"> • Doden liegen niet

3.2.2.1 Geselecteerde televisieprogramma's

Braun en Clarke (2006) beschrijven 6 fases of stappen die moeten worden doorlopen bij een thematische analyse. De onderzoeksmethode van onderhavig onderzoek is gebaseerd op inzichten vanuit deze thematische inhoudsanalyse. Ten eerste moet de onderzoeker zich vertrouwd maken met de data. De voorlopige dataset bestond uit 17 series. De dataset werd nogmaals gecheckt en er is nagegaan of alle programma's aan de criteria voldeden en of er geen programma's waren vergeten. Vervolgens is informatie verzameld over de programma's: de inhoud, de omroep, de uitzendperiode, het genre, de producent, de lengte van de aflevering en de doelgroep. Deze informatie is in bijlage 1 te vinden. Daaropvolgend zijn twee afleveringen per serie bekeken. Dit betekent dat er in totaal 34 afleveringen online zijn bekeken, die te vinden waren op www.npo.nl. De afleveringen zijn steekproefsgewijs geselecteerd met behulp van de *random number generator* van Google. Dit programma kiest een willekeurig getal binnen een geselecteerde schaal. De aflevering die bij dit nummer past is geanalyseerd. Bij een aantal programma's was dit echter niet mogelijk, omdat dit programma's zijn waar per aflevering verschillende maatschappelijk onderwerpen worden behandeld en gezondheid, ziekte of dood niet in elke aflevering centraal staan. Dit is bijvoorbeeld het geval bij *Radar* of *De Kennis van Nu*. Bij deze programma's is derhalve specifiek een aflevering geselecteerd waarin gezondheid, ziekte of de gezondheidszorg centraal staan.

De programma's *Keuringsdienst van Waarde*, *Doden Liegen Niet*, *Jan wordt vader* en *Het Instituut* bleken achteraf niet in zodanige mate thema's over gezondheid, ziekte of dood te belichten dat ze relevant waren voor dit onderzoek en zijn daarom niet meegenomen in de uiteindelijke analyse. In *Keuringsdienst van Waarde* worden voornamelijk thema's behandeld waarin de herkomst van producten die te koop zijn in de supermarkt wordt onderzocht. Er wordt verder niet ingegaan op de invloed hiervan op het lichaam, of bijvoorbeeld over het maken van gezonde keuzes. *Doden Liegen Niet* bleek na het kijken van het programma ook niet relevant voor onderhavig onderzoek, omdat de doden die worden onderzocht door de forensisch patholoog vaak zijn overleden na een misdrijf en niet aan lichamelijke oorzaken. In *Jan wordt vader* staat het vaderschap centraal en worden er tips gegeven voor aanstaande vaders. Alhoewel er een aantal gezondheidsgerelateerde kwesties aan bod komt, zoals het voorkomen van een slaaptkort, bleek na het kijken van de geselecteerde afleveringen dit programma niet relevant genoeg te zijn voor de analyse. De nadruk ligt hier namelijk niet op gezondheid of ziekte. Ook is besloten om *Het Instituut* niet mee te nemen in het onderzoek. In dit televisieprogramma worden 100 proefpersonen gezamenlijk opgesloten in een voormalige kazerne waarin ze een week lang worden onderworpen aan verschillende experimenten. Echter, dit zijn voornamelijk sociale en psychologische testen, zoals een proef waarin wordt getest of mensen met een rechtse politieke voorkeur banger zijn dan mensen met een linkse politieke voorkeur. In dit programma komt gezondheid of ziekte minimaal aan bod en is daarom besloten ook dit programma achterwege te laten. Tot slot is ook *Drugslab* niet meegenomen in de analyse, omdat dit wordt uitgezonden op Youtube en niet op lineaire televisie. Het is een spin-off van *Sputten en Slikken* en er worden nagenoeg dezelfde thema's behandeld. Het verschil is voornamelijk dat het op een ander kanaal naar buiten wordt gebracht. Dit heeft uiteindelijk geleid tot de volgende definitieve lijst van programma's, te zien in tabel 2.

Tabel 2: Definitieve lijst programma's

BNN-VARA	EO	MAX
<ul style="list-style-type: none"> • Over mijn lijk • Je zal het maar hebben • Spuiten en Slikken 	<ul style="list-style-type: none"> • Topdoks • Hallo, ik heb kanker 	<ul style="list-style-type: none"> • Nederland in Beweging • Operatie Live
VPRO	NTR	AVRO-TROS
<ul style="list-style-type: none"> • Kiloknallers 	<ul style="list-style-type: none"> • De Kennis van Nu • Van DNA tot Z 	<ul style="list-style-type: none"> • Radar • Dokters van Morgen

3.2.2. Dataverzameling Thematische Inhoudsanalyse

De dataset van de inhoudsanalyse bestaat uit 12 programma en dus 24 afleveringen van ongeveer een uur per aflevering. De volgende stap is het transcriberen van deze data. Er is gekozen voor een transcriptie van de relevante citaten in de afleveringen. Braun en Clarke (2006) stellen namelijk dat in een thematische analyse geen strikte richtlijnen bestaan voor het transcriberen. De transcripties bevatten dus de citaten die als *coding units* dienen en de analyse onderbouwen.

“As there is no way to conduct thematic analysis, there is no set of guidelines to follow when producing a transcript (...). What is important is that the transcript retains the information you need, from the verbal account, and in a way is ‘true’ to its original nature.” (Braun & Clarke, 2006, p. 17).

De tweede stap van thematische analyse volgens Braun en Clarke (2006) bestaat uit het creëren van codes vanuit de data. Deze codes identificeren een kenmerk van de data op semantisch of latent niveau. De data worden dus ingedeeld in betekenisvolle groepen. Een keuze die belangrijk is bij een thematische analyse is het niveau waarop de thema's worden geïdentificeerd. Hierbij kan gekozen worden tussen een semantisch, oftewel expliciet niveau, óf een latent niveau, ook wel interpretatief genoemd. Bij een semantische benadering worden thema's geïdentificeerd die zich op de oppervlakte afspelen en wordt niet gekeken naar de achterliggende betekenis of gedachte. Er wordt een beschrijving gegeven van wat er te zien in. Een latente analyse richt zich daarentegen wel op de achterliggende betekenis van een thema, waarbij assumpties en ideologieën worden geïdentificeerd (Braun & Clarke, 2006). In onderhavig onderzoek is gekozen voor een latente analyse, waarbij de achterliggende gedachte bij de geanalyseerde thema's is onderzocht.

Tijdens deze tweede stap wordt tevens een keuze gemaakt tussen een data-driven analyse en een concept-driven analyse, alhoewel bij kwalitatieve inhoudsanalyses veelal een combinatie van deze twee methoden van toepassing is. Terwijl een data-driven analysis directe informatie vanuit de beelden voorop stelt, staat kennis van bestaande theorieën in een concept-driven analysis centraal

(Schreier, 2012). Omdat de gezondheidsbenaderingen van Karpf (1988) en de basisverhalen van Seale (2003) worden toegepast, is er sprake van een combinatie van de twee soorten analyses.

De derde stap van deze thematische analyse betreft het sorteren van de verschillende codes in thema's. Tevens wordt nagedacht over de relatie tussen codes, thema's en het niveau van de thema's. Op basis van de benaderingen van Karpf (1988) en Seale (2003) is, voordat de programma's zijn bekeken, een coding sheet opgesteld met kenmerken die passen bij deze gezondheidsbenaderingen; dit zijn de sensitizing concepts. Deze sensitizing concepts zijn te vinden in bijlage 2. Een aantal kenmerken en aspecten die meespeelt, zijn de hoofdpersonen, de oorzaak van de ziekte, de manier van genezing, de manier waarop het is gefilmd (bijvoorbeeld de camerapositie en de omgeving) en welke expertise het belangrijkste wordt bevonden. Het doel hiervan is uiteindelijk om te achterhalen welke gezondheidsbenadering wordt gehanteerd in het programma. Omdat er een combinatie van data-driven en concept-driven analysis heeft plaatsgevonden, zijn tevens codes opgesteld die gebaseerd zijn op de data zelf. Dit betekent dat, naast de bestaande codes die zijn opgesteld vanuit de literatuur, nieuwe codes zijn ontstaan vanuit de data. Zoals hiervoor is vermeld zijn er twee afleveringen per serie bekeken. De analyse van de eerste aflevering richtte zich met behulp van het codeerschema op de benadering die is gehanteerd en het meest kenmerkend is voor het programma. De tweede aflevering diende als controle, waarbij is bestudeerd of het programma en de bevindingen afwijken of overeenkomen met wat gevonden is in de eerste aflevering. Ook deze tweede aflevering is gecodeerd.

Bij de vierde stap zijn de thema's herzien en verfijnd. Dit betekent dat is gekeken of er sprake is van een samenhangend patroon in de thema's en de gecodeerde data. De validiteit van de individuele thema's in relatie tot de dataset zijn overwogen en gecontroleerd.

De vijfde stap bestond uit het definiëren en benoemen van de thema's. Vervolgens zijn in de zesde en laatste stap resultaten beschreven. Op basis van de resultaten van de inhoudsanalyse is een voorlopige indeling gemaakt van de programma's in de verschillende benaderingen. Hierna vonden de interviews plaats, waar in onderstaande paragraaf over uitgeweid wordt.

3.2.3. Dataverzameling Kwalitatieve Interviews

3.2.3.1. Respondenten

Van elke benadering is op zijn minst één programma uitgekozen die op basis van de voorlopige indeling als representatie van de benadering dient. Vervolgens zijn respondenten geworven die kennis hebben van dit televisieprogramma omdat deze ofwel zelf hebben meegewerkt aan de productie als producent, redacteur of regisseur, ofwel het een woordvoerder van het programma betreft. Ze waren op de hoogte van het productieproces en de keuzes die gemaakt zijn bij de totstandkoming van het programma. In bijlage 3 is een lijst te zien van de respondenten en de bijbehorende functie binnen het specifieke televisieprogramma.

Tijdens het selectieproces van de programma's voor de interviews is een aantal keuzes gemaakt. Een aantal programma's viel af voor de interviews. *Van DNA tot Z* is een special van *De Kennis van Nu*, wat leidde tot de beslissing om één van deze twee televisieprogramma's te kiezen

voor een interview. Omdat *De Kennis van Nu* het hoofdprogramma is, is gekozen voor een interview met een programmamaker van dit programma. De makers van *Dokters van Morgen* zaten midden in de productie van het nieuwe seizoen en konden geen tijd vrijmaken voor een interview. Dit is de reden waarom binnen de medische benadering is gekozen voor een interview over *Operatie Live*. Van de geanalyseerde programma's vormde *Radar* het enige consumentenprogramma; hier is dan ook een interview over gedaan. Wat de zorg-voor-jezelfbenadering betreft is gekozen voor *Kiloknallers*. Het televisieprogramma *Nederland in Beweging* is niet voor een interview geselecteerd, omdat het duidelijk onder deze benadering valt. Aan de kijkers worden namelijk sportoefeningen getoond om fitter en gezonder te worden. Het format behoefde geen nadere analyse en interpretatie. Het programma *Kiloknallers* liet daarentegen nog ruimte voor interpretatie, wat betekent dat met behulp van een interview een duidelijker beeld verkregen zou kunnen worden. Tijdens de analyse is een nieuwe gezondheidsbenadering opgesteld, de kwaliteit-van-levenbenadering, omdat de kenmerken van drie programma's niet overeenkwamen met Karpf's (1988) theorie. Hier wordt in het hoofdstuk Resultaten dieper op ingegaan. Voor deze gezondheidsbenadering is gekozen voor een interview over twee verschillende televisieprogramma's in plaats van één, omdat deze benadering nieuw is en niet is beschreven in de literatuur. Omdat *Je zal het maar hebben* ongeveer hetzelfde format heeft als *Over mijn lijk* is ervoor gekozen om één van deze twee te kiezen voor een interview. Ook is de bedenker van *Hallo, ik heb kanker* geïnterviewd. In totaal zijn 7 interviews gehouden.

De respondenten zijn in eerste instantie telefonisch benaderd via de omroep van het programma. Echter, in de meeste gevallen werd gevraagd een mail te sturen. Via deze manier is een aantal respondenten geworven, maar dit bleek niet doeltreffend genoeg. Daarom is op actieve wijze contact gezocht met betrokkenen van de programma's via LinkedIn, wat zeer effectief bleek te zijn. Tot slot hebben enkele benaderde programmamakers doorverwezen naar collega's die een bijdrage konden leveren aan het onderzoek, wanneer zij hier zelf niet toe in staat waren.

De gesprekken hebben 45-60 minuten geduurd en zijn met behulp van de voicerecorder-functie op de mobiele telefoon opgenomen, nadat hiervoor toestemming is gegeven door de respondent. Tevens is mondeling een aantal punten doorgenomen met de respondent en is onder andere toestemming gevraagd voor het mogen gebruiken van de naam van de respondent en het gebruik maken van de gegeven informatie voor onderhavig onderzoek. De interviewvorm die is aangehouden in onderhavig onderzoek is semigestructureerd. Dit betekent dat de inhoud, formulering en volgorde van de vragen niet in zijn geheel vastlagen, maar dat er van tevoren een lijst van onderwerpen is vastgesteld: een topiclijst (Boeije, 2014). De formulering en de vragen die gesteld zijn, waren afhankelijk van de loop van het gesprek en van de doorvragen die gesteld konden worden, maar meestal leidde het gesprek zichzelf. Nadat de interviews plaats hebben gevonden, vond het letterlijk transcriberen van de audio plaats. De transcripten van de interviews vormen de data voor het beantwoorden van de deelvragen.

3.2.3.2. Interviewmethode

Tijdens de interviews zijn vragen gesteld op basis van de topiclijst, die in bijlage 4 te vinden is. Ook is geëxperimenteerd met de 'card sorting' methode. Er zijn 37 kaartjes aan de respondenten laten zien, met daarop een aantal kenmerken van de gezondheidsbenaderingen die geïdentificeerd zijn met

behulp van zowel de concept-driven als de theory-driven analysis. De kenmerken die op de kaartjes zijn geschreven zijn weergegeven in bijlage 5. Nadat deze kaartjes zijn laten zien, heeft de respondent de tijd gekregen om er vijf uit te kiezen die het meest kenmerkend zijn voor het programma. De kaartjes dienden mede als leidraad in het interview. Er zijn naar aanleiding van de keuze van de respondent vragen gesteld over de gekozen kaartjes. Met behulp van deze methode zijn de respondenten gestimuleerd op een actieve manier na te denken over de invulling van het programma, de belangrijkste kenmerken en bewuste keuzes die al dan niet zijn gemaakt in het productieproces. Nadat er vijf kaartjes waren uitgekozen, is deze keuze besproken en zijn vragen gesteld over hoe er invulling is gegeven aan dat bepaalde kenmerk. Als een respondent bijvoorbeeld de “ervaring van de patiënt met de ziekte” het belangrijkste vond, is gevraagd om toe te lichten hoe dit precies in beeld is gebracht en waarom de ervaring van de patiënt het belangrijkste wordt beschouwd. Nadat alle kaartjes waren besproken, is de mogelijkheid gegeven aan de respondent om een blanco kaartje in te vullen met een kenmerk dat er wellicht nog niet tussen stond, maar wel belangrijk is voor het programma. Op deze manier kreeg de respondent de kans om eventuele hiaten te vullen.

3.2.3.3. Coderen

Na afloop van het interview is de audio letterlijk getranscribeerd. De transcripten zijn vervolgens gecodeerd met behulp van het computerprogramma Atlas.ti, een kwalitatief analyseprogramma. Tijdens de eerste fase van het analyseren, wat ook wel open coderen wordt genoemd, wordt nog geen betekenis toegekend aan de codes, maar worden de data gecodeerd naar aanleiding van de letterlijke tekstfragmenten. In dit proces zijn de data dus ‘opengebroke’, geanalyseerd, vergeleken en gecategoriseerd (Strauss & Corbin, 1990). Nadat alle data waren gecodeerd, zijn de codes vergeleken. Wanneer bepaalde codes dezelfde thema’s dekten, zoals bijvoorbeeld ‘cinematografische keuzes’ en ‘uiterlijk programma’, is hier een overkoepelende groep van gemaakt. Dit is gedaan totdat saturatie was bereikt en er geen groepen meer gevormd konden worden. Dit wordt ook wel axiaal coderen genoemd. De laatste stap is selectief coderen, waarbij de codes op systematische wijze werden gecategoriseerd op basis van de relaties tussen deze codes en hoofdcategorieën gevormd konden worden. De gevonden codes zijn ondergebracht onder deze codes op basis van relaties en verbindingen. Van deze hoofdcategorieën zijn codebomen gemaakt, om de codes op een zo overzichtelijk mogelijke wijze te organiseren. Deze codes en codebomen zijn te zien in bijlage 6.

4. Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de inhoudsanalyse en de interviews beschreven. Door middel van een concept-driven analysis zijn theorieën uit de bestaande literatuur, in het bijzonder de gezondheidsbenaderingen van Karpf (1988), gebruikt om sensitizing concepts en een topic lijst op te stellen. Daarnaast is een data-driven analysis uitgevoerd. De combinatie van deze methoden resulteerde in een aantal bevindingen. Op deze bevindingen wordt dieper ingegaan in dit hoofdstuk. In paragraaf 4.1 tot en met 4.6 worden de resultaten met betrekking tot deelvraag 1 en 2 beschreven. Paragraaf 4.7 laat de resultaten zien met betrekking tot deelvraag 3.

Deelvraag 1: Hoe zijn de verschillende gezondheidsbenaderingen die worden gehanteerd in televisieprogramma's te herkennen?

Deelvraag 2: Hoe zijn de gezondheidsprogramma's tot stand gekomen? Wat was het doel van het programma volgens de producenten?

Deelvraag 3: Wat is de verhouding/balans tussen deze gezondheidsbenaderingen? Is er een dominant perspectief aanwezig?

4.1. Medische benadering

In de medische benadering staat volgens Karpf (1988) genezing van een ziekte centraal en wordt er minimale interesse getoond in de oorzaak van de ziekte. De dokter is de hoofdpersoon en de mening van experts wordt bekrachtigd (Karpf, 1988). In Seale's (2003) basisverhalen komt deze benadering tot uiting bij het verhaal over de 'professionele helden'. Deze helden redden de slachtoffers die worden bedreigd door ziekten. De professionele helden zijn in het geval van gezondheidsprogramma's dikwijls zorgprofessionals die werken bij zorginstellingen. Tot slot worden er ontwikkelingen in de medische wetenschap in beeld gebracht en wordt getoond hoe patiënten genezen zijn met behulp van high-tech, geavanceerde behandelingen. De programma's die deze kenmerken vertonen zijn *Operatie Live*, *Dokters van Morgen*, *Van DNA tot Z* en deels in afleveringen van *Topdoks* en *De Kennis van Nu*. Deze programma's draaien dus voornamelijk om genezing door medische behandelingen. Het gaat om geavanceerde nieuwe medische technieken en behandelingen, die zich ofwel in de beginfase bevinden, ofwel waar nog onderzoek naar wordt gedaan. Ook komen patiënten en familieleden aan het woord om te vertellen over hun ervaring met de behandeling. Medische behandelingen vormen dus de rode draad in de verhaallijn van deze televisieprogramma's.

4.1.1 Operatie Live

Bij *Operatie Live* is de kijker getuige van een live operatie. In het seizoen van 2017 volgt *Operatie Live* een DIEP flap operatie, waarbij een borst is gereconstrueerd met eigen weefsel bij borstkanker. Naar

aanleiding van mijn analyse valt dit programma onder de medische benadering, wat wordt bevestigd tijdens het interview met Remco Lentjes, CCO van het productiehuis Zodiak Nederland.

Operatie Live brengt in beeld hoe een team van chirurgen en specialisten een patiënt genezen door middel van een geavanceerde medische ingreep: een duidelijk kenmerk van de medische benadering. *Operatie Live* wil op een spraakmakende, educatieve en nieuwe manier informatie overbrengen op de kijkers, vertelt Lentjes (2018). Het doel van het programma is om op informatieve wijze de kijker op de hoogte te brengen van medische behandelingen en ontwikkelingen:

“Afhankelijk van de operatie die uitgevoerd wordt, kunnen we laten zien, van waar staan we eigenlijk met de techniek van tegenwoordig. Wat is er eigenlijk allemaal mogelijk op medisch vlak.” (R. Lentjes, persoonlijke communicatie, 4 mei 2018)

Het programma bestaat uit een aantal onderdelen: online zijn introducties van de dokters en patiënten te zien, tijdens de uitzending wordt op de lineaire televisie de operatie live in beeld gebracht, maar wordt ook de patiënt in aanloop naar de operatie gevolgd. Tot slot wordt met de chirurg die de operatie heeft uitgevoerd een gesprek gevoerd in *Operatie Live Aftertalk*. Hoewel het programma uit meerdere onderdelen bestaat, vormt de operatie het middelpunt van elk onderdeel. De reden waarom volgens Lentjes (2018) voor dit format is gekozen, heeft te maken met de veranderende behoefte van de kijker. Het programma is uitgerold over verschillende platformen, zodat kijkers die bijvoorbeeld extra verdieping zoeken ervoor kunnen kiezen om de volledige operatie online te bekijken. Een volledige operatie op televisie uitzenden brengt volgens Lentjes (2018) namelijk risico's met zich mee, omdat mensen dit te bloederig kunnen vinden. Er is daarom gekozen voor het deels uitzenden van deze operatie op televisie. De reden dat de operatie live wordt uitgezonden op televisie heeft te maken met het urgent maken van de uitzending:

“Nou, dat is eigenlijk om de urgentie te laten zien en ook de reden om het programma te gaan bekijken te benadrukken. Het gebeurt echt daadwerkelijk nu (...) Ik zit thuis op de bank met een kop koffie en ik weet dat er nu 100 kilometer verderop iemand op de operatietafel ligt. Dat maakt het toch aantrekkelijker... aantrekkelijk is misschien een gek woord in deze zin, maar ehm, urgenter om te gaan kijken.” (R. Lentjes, persoonlijke communicatie, 4 mei 2018)

Terwijl de operatie plaatsvindt, zitten chirurgen in de studio, waar zich ook studiapubliek bevindt, om uitleg te geven bij de beelden die worden getoond. Het studiapubliek krijgt de mogelijkheid om vragen te stellen aan deze chirurgen. Ook geven de artsen een college en leggen ze uit met behulp van props of animaties hoe de operatie precies in zijn werk gaat en wat ze verwachten te kunnen bereiken in de toekomst. Het schetsen van een toekomstbeeld is een kenmerk dat regelmatig terug blijkt te komen in de televisieprogramma's waarin de medische benadering wordt gehanteerd, maar niet door Karpf (1988) wordt genoemd.

Tevens is de nadruk op de expertise en kennis van dokters en wetenschappers kenmerkend voor de medische benadering. In deze benadering wordt een bepaalde behandeling bekeken vanuit het medische, wetenschappelijke perspectief en wordt een dokter of wetenschapper daarover aan het

woord gelaten. Het belang van de kennis en expertise wordt in *Operatie Live* benadrukt door de dokters in de studio:

“Dit soort operaties heeft geen schijn van kans als je niet als multidisciplinair team aan de slag gaat. De oncologisch chirurgen hebben heel ver doorgeleerd om mensen van kanker te genezen, en wij hebben zeg maar doorgeleerd om ervoor te zorgen dat je bijvoorbeeld weefsel kan transplanteren. En als je die kennis bij elkaar brengt, dan krijg je dit soort mooie operaties.” (Tekstfragment *Operatie Live*, 2017).

Ook kwam het belang van deze expertise duidelijk naar voren tijdens het interview:

“Zonder de expertise van de wetenschappers en doktoren bestaat het programma niet. Want dat is kennis die zij natuurlijk hebben” (R. Lentjes, persoonlijke communicatie, 4 mei 2018)

Cinematografische keuzes hebben tevens effect op het nadruk leggen op deze expertise. De handelingen die worden uitgevoerd door de chirurgen worden erg nauw gevolgd en met behulp van nieuwe mediatechnieken kan de kijker nog dichterbij de chirurg worden gebracht. Zoals Karpf (1988) beschrijft kijkt het publiek bij de medische benadering mee door ogen van de dokter. Bij *Operatie Live* wordt dit letterlijk gedaan doordat er een camera op het hoofd van de chirurg is gezet tijdens de operatie. Op deze manier kan de kijker de handelingen van de chirurg bekijken vanuit zijn of haar oogpunt:

“En nieuw dit jaar is dat u de operatie niet alleen kan volgen via deze uitzending, u kunt dat ook live doen via een tweede scherm. Plastisch chirurg Erik Sonnevillie draagt een hoofdcamera, dus u kunt eigenlijk soort van door zijn ogen naar de operatie kijken.” (Tekstfragment *Operatie Live*, 2017)

Alhoewel *Operatie Live* om de operatie draait en de artsen die dit uitvoeren een grote rol krijgen, betekent dit niet dat de patiënt en de manier waarop deze het proces ervaart niet wordt belicht. Dit komt overeen met de theorie van Karpf (1988) en Verhoeven (2008) over de verschuiving van de aandacht van de dokter richting het persoonlijke verhaal in navolging van de consumentenbenadering. Ontwikkelingen op medisch gebied worden in de geanalyseerde programma's benadrukt, maar er wordt daarnaast ook een stem gegeven aan de patiënten en hun naasten. De vrouwelijke patiënt bij wie de operatie plaatsvindt in *Operatie Live* wordt gevolgd gedurende het proces van de operatie. Er worden beelden getoond van voor de operatie, waar ze vertelt over haar ziekte en de invloed die kanker heeft op haar lichaam en haar leven. Daarnaast komt haar familie aan het woord en zien we haar in haar eigen leefomgeving. Volgens Lentjes (2018) is het volgen van de patiënt een belangrijk onderdeel van dit programma, omdat de operatie daardoor een menselijk aspect krijgt. Door het geven van een gezicht aan een ziekte of medische behandeling, wordt de patiënt niet meer gezien als 'een stuk vlees' (Karpf, 1998, p. 13) en kan de kijker zich beter identificeren met deze persoon. Lentjes (2018) ziet de patiënt zelfs, in combinatie met de artsen, als hoofdpersoon van het programma:

“Als je het puur wetenschappelijk zou benaderen, dan heb je alleen de wetenschappelijke expertise van de dokters in het programma. Maar door er een daadwerkelijk persoon aan te koppelen, aan het

programma, het is natuurlijk één persoon die geopereerd wordt, kun je je daarmee identificeren.” (R. Lentjes, persoonlijke communicatie, 4 mei 2018).

In de studio wordt naast de dokters en wetenschappers ook gesproken met ervaringsdeskundigen van de operatie. Zij hebben de operatie zelf meegemaakt en vertellen over hun ervaringen met deze behandeling. Het doel van het weergeven van de verschillende verhalen en perspectieven is om de kijker een algeheel beeld te geven van de opties die er zijn. Op die manier krijgt de kijker thuis een overzicht van de opties en perspectieven, om op die manier een eigen overweging te kunnen maken (Lentjes, 2018). Volgens Karpf (1988) is dit echter een kenmerk van de consumentenbenadering.

Naast het accent dat wordt gelegd op beleving van de patiënt, wat een verschuiving aanduidt in de manier waarop de medische benadering in beeld wordt gebracht, is een andere verandering waarneembaar. Karpf (1988) stelt namelijk dat er in de medische benadering weinig aandacht wordt besteed aan de oorzaak van de ziekte. In *Operatie Live* wordt dit echter wel benoemd en vormt het een redelijk belangrijk onderdeel van het programma. In de studio wordt gepraat over de genetische oorzaak van de ziekte en worden gendragers aan het woord gelaten. Daarnaast worden de opties uiteengezet die deze gendragers hebben.

Op grond van het materiaal uit het interview en de inhoudsanalyse kan worden geconcludeerd dat *Operatie Live* vanuit de medische benadering is gemaakt. Genezing van de patiënt vormt in deze benadering, en dus ook in deze televisieprogramma's, het hoofdthema. Dokters en wetenschappers hebben de hoogste autoriteit en de patiënt is afhankelijk van de medische behandeling. Enkele nieuwe kenmerken zijn de beleving van de patiënt en zijn of haar naasten die een belangrijk onderdeel van het programma vormen, het vormen van een toekomstbeeld en speculeren over verdere ontwikkelingen binnen de geneeskunde, het uitzetten van de verschillende opties die patiënten hebben en tot slot de oorzaak van de ziekte waar aandacht aan wordt besteed. De medische benadering lijkt naar aanleiding van deze nieuwe kenmerken een steeds grotere stap te zetten richting de consumentenbenadering, zoals Karpf (1988) in de jaren '80 ook opmerkte. De voornaamste doelstelling van de totstandkoming dit programma is het informeren van de kijker. Er wordt getracht de kijker kennis bij te brengen over zowel actuele als toekomstige mogelijkheden op medisch gebied.

4.1.2 Dokters van Morgen

In *Dokters van Morgen* gaat de presentatrice Antoinette Hertszenberg in gesprek met wetenschappers, dokters, consumenten en patiënten over bepaalde geavanceerde medische behandelingen. Ze gaat op zoek naar spraakmakende zorginnovaties en nieuwe inzichten in de zorg. Medische behandelingen en de goede werking ervan wordt vastgesteld door de patiënten die ervaring hebben met de behandeling. Op deze manier staat de medische behandeling centraal en wordt het verweven met de ervaring en beleving van de patiënt:

Presentator: “Zag jij die Deep Brain Stimulation als een laatste redmiddel?”

Patiënt: “Ja, ja.”

Presentator: "Want, als dat er niet geweest was, wat dan?"

Patiënt: "Als dat er niet geweest was, dan ja... Dan denk ik dat ik er ook niet geweest meer zou zijn.
(Tekstfragment Dokters van Morgen, aflevering 4)

De presentator en de patiënt zien de Deep Brain Stimulation, een geavanceerde medische behandeling, als het laatste redmiddel. Zonder deze behandeling had de patiënt het niet overleefd. De medische wetenschap wordt hier net als in *Operatie Live* aangeprezen. Daarnaast wordt ook het belang van medicijnen om bepaalde symptomen van een ziekte of aandoening te bestrijden belicht, waarmee genezing dus gelijk wordt gesteld aan een medische behandeling.

Presentatrice: "Het gaat steeds slechter met hem en hij gebruikt dagelijks veel medicijnen die het trillen moeten tegengaan."

Patiënt: "Op dit moment werken bij mij de pillen heel goed, dus ik heb geen trillen."

Presentatrice: "En hoe noem je deze fase als je medicijnen gebruikt?"

Patient: "Dan ben ik 'on' zeg maar."

Presentatrice: "On, dan sta je aan? En wat gebeurt er als je off bent?"

Patient: "Nou, dan ga ik allereerst trillen en ik word stijver en mijn fijne motoriek wordt dan slechter. Ik ga slechter praten en ook slechter lopen. In mijn gehele doen en laten wordt alles moeilijker."

(Tekstfragment Dokters van Morgen, aflevering 4)

Ook wordt veel over aandacht besteed aan de toekomst van de geneeskunde, zoals de titel van het programma al zegt. Net als in *Operatie Live* wordt gespeculeerd hoe de medische wetenschap zich verder zal ontwikkelen en verbeteren. In aflevering 5 wordt bijvoorbeeld gesproken met een dokter die het opereren met robots onderzoekt:

"Het idee van een robot is dat hij ongelimiteerd kleiner kan bewegen, dus als je als chirurg een beweging maakt van 10 cm, kan de robot daar een beweging van 1 cm of zelfs 1 mm van maken. (...) We zitten op een moment in de geneeskunde dat we hele kleine vaatjes aan elkaar kunnen zetten en we lopen tegen de beperkingen aan van de mens zelf." (Tekstfragment Dokters van Morgen, aflevering 5)

Opvallend is dat uit bovenstaand tekstfragment blijkt dat de dokter aangeeft dat de mens zelf beperkingen heeft, die opgelost kunnen worden door technologie. Dit is een interessante verschijnsel in de medische benadering; door Karpf (1988) wordt namelijk aangegeven dat in deze gezondheidsbenadering de dokter boven alles en iedereen wordt geplaatst. In *Dokters van Morgen* worden medische en technische ontwikkelingen echter boven deze dokters geplaatst en worden de beperkingen van de mens toegegeven.

In *Dokters van Morgen* zijn de kenmerken volgens Karpf (1988) niet heel zwart-wit te herkennen, maar toch wordt duidelijk dat in dit programma de medische benadering wordt gevolgd. Medische behandelingen en genezing van ziektes staan centraal in *Dokters van Morgen*. Wetenschappers en dokters komen aan het woord om te vertellen over nieuwe onderzoeken en ontwikkelingen binnen hun vakgebied, waarmee de expertise van de dokters en wetenschappers als

iets waardevols wordt geportretteerd. Ook in dit programma is een aantal overeenkomstige nieuwe kenmerken met *Operatie Live* herkend, zoals het schetsen van het toekomstbeeld en de beleving van de patiënt en zijn of haar naasten. De persoonlijke verhalen van de patiënten en hun naasten worden ingezet als versterking van het verhaal over nieuwe behandelingen, maar ook om emoties in beeld te brengen.

4.1.3 Van DNA tot Z

Van DNA tot Z is een special van *De Kennis van Nu*, waarin dieper wordt ingegaan op thema's rondom DNA-onderzoek. De toekomst van wetenschappelijke, medische ontwikkelingen staat hier centraal en er wordt gespeculeerd over behandelingen waar onderzoek naar wordt gedaan en de manier waarop deze mogelijk ons leven en onze gezondheid kunnen beïnvloeden. De toekomst van de medische wetenschap als nieuw kenmerk in de medische benadering komt in dit programma dus sterk naar voren. De presentator gaat in gesprek met wetenschappers en neemt een kijkje in een laboratorium. Er wordt in *Van DNA tot Z* veel waarde gehecht aan de expertise van onderzoekers en wetenschappers. Zij laten zien waar ze mee bezig zijn en wat ze in de toekomst willen bereiken.

Stamcelonderzoeker: "De droom is dat we veilige methoden kunnen ontwikkelen om menselijke cellen naar een specifieke plek te sturen naar bepaalde organen in een varken. Dat functionerende orgaan kan dan terug worden getransplanteerd in mensen die organen nodig hebben." (Tekstfragment Van DNA tot Z, aflevering Mijn Reserve-ik).

Omdat het thema van dit programma 'DNA' is, wordt veel gesproken over preventie van ziekten met behulp van DNA-onderzoek. Wanneer we zouden weten wat voor afwijkingen er in ons DNA zouden zitten, zouden we ons hier op voor kunnen bereiden door maatregelen te treffen.

Presentator: "Zouden we niet allemaal willen weten welke genetische afwijkingen we hebben? Alleen al om voorbereid te zijn op ziektes die ons misschien te wachten staan. Onderzoekers kunnen tegenwoordig steeds beter ons DNA uitlezen. Kunnen we op basis van deze informatie ook voorspellingen doen over onze gezondheid in de toekomst?" (Tekstfragment Van DNA tot Z, aflevering Nooit meer ziek).

In *Van DNA tot Z* wordt ook met patiënten gesproken over hun ervaringen en beleving, maar draait het voornamelijk om de medische ontwikkelingen die worden onderzocht. Tot slot wordt genezing gelijkgesteld aan medische behandelingen en medicijnen; een belangrijk kenmerk van de medische benadering.

Concluderend kan worden gesteld dat zowel *Operatie Live* als *Dokters van Morgen* als *Van DNA tot Z* draaien om het genezen van patiënten met behulp van geavanceerde medische behandelingen. Wat opvallend is, is dat de dokter niet langer een duidelijke hoofdrol vervult. De patiënt en de beleving en emoties worden steeds belangrijker, waardoor de ziekte een gezicht krijgt. De kijker zou zich hierdoor makkelijker kunnen identificeren met de patiënt (Lentjes, 2018). Tot slot staan alle drie de programma's in het teken van medische ontwikkelingen en de toekomst van de

geneeskunde. De medische benadering lijkt tot slot steeds meer kenmerken te vertonen van de consumentenbenadering.

4.2 Omgevingsbenadering

De omgevingsbenadering wordt gehanteerd in *Kiloknallers*. Daarnaast komen de kenmerken van deze benadering terug in *De Kennis van Nu*, die tevens een combinatie tussen verschillende benaderingen blijkt te zijn.

4.2.1 Kiloknallers

In *Kiloknallers* worden vijf kinderen die worstelen met hun gewicht een jaar lang gevolgd. Dit kinderprogramma brengt de pieken, dalen, overwinningen en worstelingen van deze kinderen en hun strijd tegen obesitas in beeld. De kinderen zijn in dit programma de hoofdpersoon en door middel van vlogs krijgt de kijker een beeld van het dagelijks leven van deze kinderen. Het doel van deze vlogs is “dat je heel dichtbij komt. Dat je echt met ze mee leeft, alle ups en downs” (Hoogakker, 2018). Naar aanleiding van de inhoudsanalyse is *Kiloknallers* aanvankelijk geplaatst onder de zorg-voor-jezelfbenadering, maar tijdens het interview zijn een aantal inzichten verkregen van Charlotte Hoogakker, bedenker en regisseur van *Kiloknallers*, waarna het programma onder de omgevingsbenadering is geschaard.

De reden waarom dit programma volgens de inhoudsanalyse aanvankelijk onder de zorg-voor-jezelf-benadering is geplaatst, is omdat ziekte, in dit geval overgewicht, lijkt te worden gepresenteerd als de oorzaak van een ongezonde leefstijl, waar bijvoorbeeld ongezond eten en te weinig beweging onder vallen. Mohammed, één van de hoofdpersonen zegt dan ook:

Mohammed: “Ik werd te zwaar omdat ik teveel ging eten. Ik ben 10 kilo te zwaar.” (Tekstfragment Kiloknallers, aflevering Diëten en Hamsteren)

Wanneer de patiënt iets verandert in deze leefstijl, zou dit positieve gevolgen hebben voor de gezondheid. Een gezonde leefstijl wordt beloond door bijvoorbeeld het krijgen van een gezond gewicht, fitter te worden en daardoor weer in staat te zijn om mee te kunnen spelen en bewegen met vrienden. De kinderen die worden gevolgd in *Kiloknallers* gaan bewegen en gezonder eten en vallen hierdoor af. Deze gezondere leefstijl wordt dus op een positieve manier benaderd en wordt in beeld gebracht als oplossing tegen obesitas:

Mohammed: “Ik ben dus begonnen sporten, gezond eten, en ik ben ook een kilo afgevallen. En ik ben blij!” (Tekstfragment Kiloknallers, aflevering Diëten en Hamsteren)

Het in beeld brengen van deze verandering naar een gezonde leefstijl en het tonen van manieren om gezonder te leven zijn kenmerken van de zorg-voor-jezelfbenadering. De vergelijking tussen de inhoudsanalyse en het interview geeft interessante uitkomsten. Hoogakker (2018) stelt namelijk dat het programma een ander doel heeft dan de kijker te leren hoe deze gezond kan leven. De aanname

die de maatschappij heeft over te dikke kinderen klopt volgens haar niet en bovendien wordt dit beeld aangedikt door programma's op de commerciële omroep over afvallen. Kinderen hebben inderdaad de keuze om een gezonde leefstijl aan te nemen, maar zijn zelf niet verantwoordelijk voor hun overgewicht (Hoogakker, 2018). De oorzaak van overgewicht is volgens de programmamakers namelijk genetisch bepaald en wordt versterkt door de maatschappij, waardoor het voor deze kinderen erg moeilijk om gewicht kwijt te raken. De publieke omroep dient, zo stelt Hoogakker (2018), de kijker een bredere blik te geven en op een leuke manier informatie te geven, waardoor de vooroordelen over overgewicht die leven onder de kijkers wellicht minder worden. Het doel van dit programma is dan ook om deze vooroordelen te verminderen en in beeld te brengen dat de maatschappij een verkeerd beeld heeft over overgewicht. Op deze manier wordt er door de programmamakers een statement gemaakt.

“De algemene aanname, als ik het allemaal over één kam mag scheren, is eigen schuld dikke bult. Maar het is dikke vette pech. Maar dat zit zo gebakken in onze maatschappij (...) Je wordt nou eenmaal geboren met een figuur (...) Ja, je kunt er wel wat aan doen, maar het is heel moeilijk. Het is dus genetisch, en die omgeving die zorgt ervoor dat het uitkomt” (Hoogakker, persoonlijke communicatie, 2 mei 2018).

In *Kiloknallers* wordt de omgeving dus verantwoordelijk gesteld voor obesitas. Aan de maatschappij die dit versterkt en zorgt dat het 'probleem' in de genen naar voren komt, levert de politiek een groot aandeel. De politiek of overheid moet ervoor zorgen dat bepaalde ziekten of aandoeningen worden voorkomen en er maatregelen getroffen worden om overgewicht tegen te gaan (Hoogakker, 2018). Zo zouden er volgens de makers van het programma strengere regels moeten gelden in bijvoorbeeld supermarkten, of moeten kinderen beter worden ingelicht over (on)gezonde keuzes. De maatschappij en politiek die verantwoordelijk wordt gesteld voor de ziekte of aandoening is kenmerkend voor de omgevingsbenadering.

Interessant is dat de relatie tussen de kinderen en de diëtisten en dokters in dit programma geportretteerd wordt als een relatie die onder spanning staat. Het conflict dat hieruit voortvloeit, kwam zowel in het interview als in de inhoudsanalyse duidelijk naar voren. De kinderen gaan regelmatig naar de dokter of diëtist, maar ze nemen de expertise van deze deskundige niet heel serieus. Dit is te wijten aan de slechte manier van communiceren. Daarnaast wordt duidelijk in beeld gebracht dat ze ontzettend veel tegenzin hebben om naar de dokter te gaan en er een grote spanning heerst wanneer het tijd is voor het doktersbezoek. De kinderen geloven niet meer wat de deskundige beweert en benadrukken de negatieve manier waarop communicatie tussen patiënt en deskundige zich voordoet:

Mohammed: “Eentje zegt, eet geen brood. De ander zegt, eet veel brood.”

Vriendin Mohammed: “De ene zegt, eet genoeg fruit. De ander zegt, niet zoveel fruit eten. Welke moet ik dan geloven?”

Mohammed: “Eén van de nieuwe dokters zei dat boter heel goed voor me was. Maar dat heeft eigenlijk helemaal niet geholpen, dat heeft me juist zwaarder gemaakt.”

Mohammed: “Ik en mijn moeder gingen naar binnen, en toen zeiden ze tegen mijn moeder, ‘sorry, we kunnen u niet meer verder helpen, u kan naar huis’. Voelde me best wel een beetje genaaid, omdat je

daarheen gaat, en dan word je weggestuurd.” (Tekstfragment Kiloknallers, aflevering Diëten en Hamsteren).

Volgens Hoogakker (2018) wordt deze relatie tussen patiënt en arts gekenmerkt door de slechte communicatie waar de deskundigen schuldig aan zijn. Omdat de artsen en diëtisten slecht communiceren met de kinderen, ontstaat er een weerstand tegen deze deskundigen en levert het schade op voor de mentale en fysieke gesteldheid van de kinderen. Op die manier, onder andere, draagt de omgeving bij aan ziekte en ongezondheid van de hoofdpersonen. Deze relatie tussen dokter en patiënt kan worden geduid als een machtsconflict en is volgens Karpf (1988) een kenmerk van de consumentenbenadering. Bij *Kiloknallers* is de dokter dus een onderdeel van de omgeving die, in plaats van de patiënt te genezen, een bijdrage levert aan de ziekte:

“Ze zijn wel psychisch enorm beschadigd door alle vooroordelen en aannames en de diëtist staat eigenlijk voor alles wat tegen ze is. Dus ik denk ook dat daar een enorme slag te halen valt, met de behandeling van kinderen met obesitas. (...) En ik hoop dat dat een soort gesprek op gang brengt, waardoor je ziet dat je elkaar misschien op een andere manier moet benaderen” (Hoogakker, persoonlijke communicatie, 2 mei 2018).

Tot slot een ander aspect dat in het programma sterk wordt belicht, namelijk dat acceptatie van het lichaam belangrijk is. Accepteren van de ziekte of aandoening, in dit geval obesitas, is een kenmerk dat niet wordt benoemd door Karpf (1988). Dit element van acceptatie staat in lijn met de beleving en emoties van de patiënt die volgens onderhavig onderzoek steeds belangrijker is geworden in gezondheidsprogramma's. Het accepteren van de ziekte of aandoening gaat tevens gepaard met een gelukkiger leven:

“Je kan beter eerst jezelf accepteren en dan gaat het allemaal wel een stuk makkelijker (...) Dik betekent ook niet automatisch heel ongezond. Als je je maar zelf goed in je vel voelt en als je maar kan bewegen. En weet je, zij zal altijd curvy blijven, zoals ze dat zelf ook noemt, die wordt nooit een mager lat. Maar als dat je doel is, dan blijf je dus de rest van je leven ongelukkig.” (Hoogakker, persoonlijke communicatie, 2 mei 2018).

Kortom, de omgevingsbenadering die wordt gehanteerd in het programma is in eerste instantie niet opgepikt tijdens de inhoudsanalyse, maar kwam duidelijk naar voren in het interview. In *Kiloknallers* wordt gesteld dat de omgeving, in dit geval de maatschappij, de overheid en de politiek én de dokters een grote bijdrage leveren aan obesitas en verantwoordelijk moeten worden gesteld voor deze aandoening. Het verantwoordelijk stellen van de omgeving voor een bepaalde ziekte of aandoening is kenmerkend voor de omgevingsbenadering. Genezing, of een oplossing van het probleem, kan daarom pas worden bereikt wanneer er vanuit de omgeving, bijvoorbeeld de maatschappij of de overheid, maatregelen worden getroffen. Hierdoor krijgt deze benadering een politieke invalshoek. Tot slot vormt ook in dit programma de beleving en de emotie van de patiënt de basis.

4.3 Zorg-voor-jezelfbenadering

Volgens de analyse worden in twee televisieprogramma's op de NPO de zorg-voor-jezelfbenadering gehanteerd, namelijk *Sputten en Slikken* en *Nederland in beweging*. Daarnaast wordt in een aantal items binnen een aflevering van *Topdoks* deze benadering gehanteerd. In deze programma's staat preventieve gezondheidszorg centraal en wordt gesteld dat ziekten worden veroorzaakt door slechte leefgewoontes. Er wordt in beeld gebracht dat de patiënt de mogelijkheid heeft om zelf actie te ondernemen en iets te doen aan de slechte leefstijl, en daarvoor worden handvatten geboden aan de kijker om de leefstijl te verbeteren.

4.3.1 Nederland in Beweging

Nederland in beweging is een programma van Omroep Max, gericht op de oudere kijker om deze te stimuleren om meer te bewegen. In dit sportieve televisieprogramma worden oefeningen voorgedaan door twee instructeurs en een oefengroep in de studio, waar de kijker thuis gemakkelijk aan mee kan doen.

“Wij wilden ouderen graag stimuleren om meer te bewegen om gezonder en vitaler oud te kunnen worden. (...) De dagelijkse beweegoefeningen op televisie voor ouderen spelen een belangrijke rol in het gezondheidsbeleid en passen uitstekend binnen de functie van de publieke omroep” (Bouman, 2011)

Nederland in beweging valt onder de zorg-voor-jezelfbenadering, omdat de kijker wordt gestimuleerd een gezondere leefstijl aan te nemen en in ieder geval een kwartier per dag aan beweging te doen. De oefeningen kunnen worden aangepast naar eigen kunnen en vermogen. Beweging en sport worden gelijkgesteld aan gezondheid.

4.3.2 Sputten en Slikken

Sputten en Slikken is een televisieprogramma dat zich richt op jongeren, met als voornaamste doel het verschaffen van informatie over seks en drugs voor jongeren. Het interview is gehouden met Rein van Leeuwen, redacteur en redactie-coördinator van *Sputten en Slikken*. Volgens hem draait het programma voornamelijk om voorlichting van jongeren, zodat deze op veilige en gezonde wijze voor zichzelf kunnen zorgen:

“Wat nu onze doelstelling is, is eigenlijk om seks- en drugsvoorlichting te geven op een open, niet-veroordelende manier aan jonge mensen” (R. van Leeuwen, persoonlijke communicatie, 9 mei 2018).

Het is volgens Van Leeuwen (2018) van belang om onderwerpen over seks en drugs bespreekbaar te maken voor jongeren en ervoor te zorgen dat zij op de hoogte zijn van eventuele gevaren die invloed hebben op de gezondheid. In *Sputten en Slikken* wordt open gesproken over het op een veilige manier van gebruiken van drugs. Hierbij worden de effecten en de consequenties van drug

uiteengezet en worden er tips gegeven over het testen van drugs en wat te doen wanneer het bijvoorbeeld mis gaat:

“We proberen gewoon open kaart te spelen, en willen niet aansporen tot het gebruik van drugs, maar is eigenlijk de insteek van nou ja, als je het gaat doen, zorg dan dat je het veilig doet. Dat je weet wat je tot je neemt en dat je weet waar je het kan laten testen en dat je weet wat de effecten zijn. Wat je ook kan doen als je slecht gaat” (R. Van Leeuwen, persoonlijke communicatie, 9 mei 2018)

De verschillende presentatoren onderzoeken eigenhandig deze wereld van seks en drugs met behulp van verschillende deskundigen. Het gebruiken en testen van de effecten van bepaalde drugs wordt door de presentatoren zelf gedaan, terwijl zij samen met de deskundigen informatie geven over de drugs, vertellen hoe de drugs veilig gebruikt kan worden en vervolgens wat de effecten ervan zijn:

Drugsvoorlichter: “LSD is een tripmiddel, met een vrij lange werking. Dat duurt zo’n 6-8 uur, de werking van LSD. Het komt meestal op zo’n blotter, een soort van stukje papier, een papertrip, waar dan een druppeltje LSD op gedruppeld is, maar je kan het ook in vloeibare vorm krijgen. (...) Als je trippen eng vindt, moet je er niet aan beginnen.” (Tekstfragment Spuiten en Slikken, aflevering Foetaal Alcohol Syndroom, Ageplay, Jurre tript op LSD)

Naast informatie over het veilig gebruiken van drugs, wordt ook het belang van bijvoorbeeld veilige seks benadrukt. Wanneer de presentator een luchtig gesprek voert over seks, heeft het gesprek wel steeds een educatieve insteek. De gevolgen van onveilig vrijen worden benoemd, net als de manier waarop de kijker hiermee om moet gaan wanneer het mis gaat. Uit de invalshoek waarmee seks en drugs wordt benaderd, kan worden gesteld dat *Spuiten en Slikken* gezondheid en ziekte vanuit de preventieve gezondheidszorg benaderd. Voorkomen is beter dan genezen en de boodschap is dat de kijker dit zelf in de hand heeft. In *Spuiten en Slikken* worden de gevaren van ongezond en onveilig gedrag namelijk benadrukt door in beeld te brengen wat er kan gebeuren wanneer het fout gaat. Door ziekte, verslaving en ongezondheid in beeld te brengen als gevolg van onveilig gebruik van onder andere drugs en seks, wordt de kijker geconfronteerd met de gevaren ervan en wordt deze gestimuleerd om verantwoord te handelen en goed voor zichzelf te zorgen (Van Leeuwen, 2018). Gezondheid en ziekte worden in *Spuiten en Slikken* dus vanuit de preventieve invalshoek benaderd:

“Ja, dat komt bijvoorbeeld naar voren als we een verslaafde spreken (...) We proberen wel te zeggen dat als je echt roekeloos drugs gebruikt, of je nou een overdosis hebt, of teveel dingen door elkaar gebruikt hebt, waardoor je out gaat, dat proberen we wel te laten zien zeg maar” (R. van Leeuwen, persoonlijke communicatie, 9 mei 2018).

Zoals eerder naar voren is gekomen, krijgt de patiënt in televisieprogramma's steeds vaker een podium voor zijn of haar emoties. Acceptatie is een element dat hiermee verbonden blijkt te zijn. In *Spuiten en Slikken* is dit volgens Van Leeuwen (2018) eveneens een kenmerk en doel van het programma. Door in items personen in beeld te brengen die bijvoorbeeld een ongebruikelijke seksuele voorkeur of fetisj hebben, leert de kijker te accepteren zoals hij/zij is. Dit staat in lijn met een gelukkig(er) leven:

“Ik denk zorg voor jezelf in de letterlijke zin van, inderdaad doe bepaalde dingen niet als het gaat om drugs, of pas daarmee op, of met seks, doe het veilig. Maar ook zorg voor jezelf vanuit een soort meer acceptatie oogpunt, dat als je misschien een soort seksuele voorkeur hebt waarvan je niet zoveel hebt gehoord, of waarvan je niet zoveel mensen kent die het hebben, dat dat niet erg is weet je wel. Dus dat je jezelf ook niet zo snel dingen kwalijk moet nemen of jezelf raar moet vinden. Inderdaad, en dat we de kijkers ook zoveel mogelijk tools willen geven om, ja zodat iemand gewoon goed voor zichzelf kan zorgen, zonder een wijzend vingertje te hebben” (R. Van Leeuwen, persoonlijke communicatie, 9 mei 2018).

Tot slot vormt de expertise van deskundigen een belangrijke basis van het programma. Van Leeuwen (2018) stelt dan ook dat omdat seks- en drugsvoorlichting centraal staat in het programma, de expertise van wetenschappers en dokters ten grondslag aan het programma liggen. Zonder deze expertise zou je het programma niet kunnen verantwoorden als voorlichtingsprogramma. Bij *Spuiten en Slikken* kan de expert zowel een wetenschapper, als dokter, als een drugsvoorlichter, als een tripsitter zijn.

Dit programma heeft een eigentijdse insteek van de zorg-voor-jezelfbenadering. Aan de kijker worden tips meegegeven over verantwoord omgaan met seks en drugs. Het doel is dat de kijker hierdoor voor zichzelf leert te zorgen. Bovendien worden de gevolgen van onveilig gedrag belicht, wat de kijker zal stimuleren om goed voor zichzelf te zorgen en verantwoorde keuzes te maken. Dit zijn dan ook kenmerken waaraan de zorg-voor-jezelfbenadering aan te herkennen zijn.

4.4 Consumentenbenadering

Deze benadering richt zich op consumentenzaken: er worden misstanden gesignaleerd en er wordt onderzoek gedaan naar consumentenaangelegenheden. De consument is in deze benadering de hoofdpersoon. De consumentenbenadering vertoont aanzienlijke overeenkomsten met het basisverhaal van Seale (2003), waarin amateurhelden een grote rol spelen. Amateurhelden binden de strijd aan met een ziekte of stellen bepaalde misstanden aan de kaak. Er is dan ook vaak een bepaalde spanning tussen amateurhelden en professionele helden, zoals artsen en wetenschappers (Seale, 2003).

4.4.1 Radar

De inhoudsanalyse laat zien dat *Radar* een consumentenbenadering hanteert, wat wordt bevestigd in het interview met Yasmine Feriani en Iris van Zaalen, redacteuren bij *Radar*. Omdat niet in elke aflevering een thema wordt behandeld dat gerelateerd is aan gezondheid of ziekte, zijn voor de inhoudsanalyse twee afleveringen specifiek uitgekozen naar aanleiding van de kwesties die aan bod komen.

De doelstelling van *Radar* is het aankaarten van problemen en misstanden voor de consument, om dit vervolgens op een oplossingsgerichte wijze te benaderen. Het programma komt hiermee op voor de belangen van de consument. Er wordt getracht bedrijven en organisaties te

bewegen tot een oplossing van een bepaald probleem door hen kritische vragen te stellen, zodat er aandacht komt voor het probleem. Door de verschillende opties en keuzes uiteen te zetten, krijgen de kijkers en de consument als het ware een stappenplan aangereikt om zelf de beste keuze te kunnen maken (Feriani & Van Zaalen, 2018). Wat duidelijk naar voren is gekomen in het interview is dat er wordt geprobeerd tot een oplossing te komen, of in ieder geval de verschillende opties die de consument heeft voor te leggen zodat deze zelf een weloverwogen keuze zou kunnen maken:

“We proberen daar wel echt handvatten bij te bieden voor de consument, dat die met de informatie die hij heeft gekregen het ook daadwerkelijk kan toepassen in zijn eigen omgeving” (I. van Zaalen, persoonlijke communicatie, 16 mei 2018)

Radar weegt als consumentenprogramma dus verschillende opties tegen elkaar af, zodat de consument zelf de balans op kan maken om een goede keuze te maken. In de aflevering van 30 oktober wordt bijvoorbeeld de behandeling met bacteriofagen besproken, wat in Nederland een omstreden geneesmiddel is en nog niet gebruikelijk is. Een bacteriofaag is een virus dat een specifieke bacterie infecteert en een alternatief voor antibiotica vormt. De presentatrice gaat in gesprek met de dochter van een patiënt die deze behandeling heeft ondergaan. Zij prijst bacteriofagen aan en benadrukt hoe goed het heeft gewerkt bij haar vader.

Presentatrice: “Het is eigenlijk de beste behandeling die je op dit moment zou kunnen krijgen.”

Dochter van patiënt: “Ja absoluut.” (Tekstfragment Radar, aflevering 30 oktober 2017)

De presentatrice gaat vervolgens op bezoek bij de patiënt. Ook hij prijst de behandeling die hij in Georgië heeft ondergaan aan en vertelt hoe de behandeling die hij in Nederland kreeg niet aansloeg. Karpf (1988) stelt dat in consumentenprogramma's dikwijls de ervaring van de patiënt met de ziekte wordt aangekaart, alhoewel gesteld kan worden dat dit tegenwoordig niet meer alleen kenmerkend is voor de consumentenbenadering. De presentator creëert door vragen te stellen over de beleving met de ziekte een soort 'human interest'-verhaal.

*Presentatrice: “U heeft hier een brief dat u een amputatie moet ondergaan. *leest de brief voor* En de patiënt weigert stellig. En hoe zag uw voet er dan uit?”*

Patiënt: “Nou, dat zal ik je laten zien. Dit is een foto die gemaakt is van de ontsteking en dat zag er niet best uit.”

Presentatrice: “En wat deden de artsen daaraan?”

Patiënt: “Antibiotica. Ik had drie antibioticakuren.”

Presentatrice: “Tegelijkertijd?”

Patiënt: “Tegelijkertijd. Maar dat werkte niet. Op dat moment had ik het besluit genomen om te kijken of we met die fagentherapie verder konden komen. En uiteindelijk zijn we terecht gekomen bij die Eliava kliniek in Tblisi. Ik moest twee keer per dag twee flesjes opdrinken en iedere dag als we daar waren voor behandeling dan werden fagen geïnjecteerd in de mond. En ja, we zijn zo verder, ik zeg van, ik heb nog een klein wondje over, maar misschien dat met een dag of tien het helemaal dicht is.” (Tekstfragment Radar, aflevering 30 oktober 2017)

Interessant is dat de internist, die ook te gast is in de studio en aan tafel zit bij de presentatrice, deze behandeling geen goede zaak vindt. De verschillende perspectieven worden naast elkaar gezet, zodat de kijker een algeheel beeld krijgt van de kwestie.

Presentatrice: "Nou gaan we eigenlijk massaal patiënten sturen naar Georgië."

Internist: "Ja dat is geen goede zaak." (Tekstfragment Radar, aflevering 30 oktober 2017)

Deze verschillende meningen die tegenover elkaar worden gezet, zouden door Karpf (1988) als een machtsconflict of belangenverstremming worden aangeduid. Tijdens het interview kwam echter naar voren dat er geen sprake is van een machtsconflict, maar het gaat om het belichten van de verschillende perspectieven. Deze verschillende perspectieven en invalshoeken verschaffen informatie aan de kijker die een dokter tijdens een consult zelden zou geven en waar de kijker baat bij zou kunnen hebben.

In de tweede aflevering die geanalyseerd is wordt aandacht besteed aan CBD-olie, wat een relatief nieuw verschijnsel is en waar nog weinig wetenschappelijk onderzoek naar is gedaan. CBD-olie, ook wel wietolie of cannabisolie genoemd, wordt ingezet tegen een aantal uiteenlopende klachten en is overal vrij verkrijgbaar. In de aflevering wordt niet expliciet verteld wat de consument moet doen, maar door het tonen van de verschillende perspectieven en standpunten zou de kijker zelf een weloverwogen keuze kunnen maken (Feriani & Van Zaalen, 2018).

Presentatrice: "Wat raadt u mensen aan die thuis zo'n flesje hebben staan en zeggen, ik heb er zoveel baat bij, ik wil er niet vanaf zien. Wat moeten zij doen?"

Instituut Verantwoord Medicijngebruik: "Nou ik ga ook niet vertellen dat je het niet moet gebruiken, want ik zie ook dat sommige mensen er baat bij hebben. En ook al werkt het misschien bij sommige mensen niet, het helpt dan misschien nog wel. Want ook een placebo-effect kan ook een rol spelen. In zijn algemeenheid zou ik zeggen, als je het op de aanbevolen manier gebruikt, dan kan het niet zoveel kwaad. Maar wat wel kwaad kan is als er andere dingen in het flesje zitten die er niet in thuishoren." (Tekstfragment Radar, aflevering 2 oktober 2017)

Radar probeert op deze manier een beweging op gang te laten komen richting de oplossing van het probleem. Tijdens het interview wordt toegelicht dat *Radar* een waakhondfunctie dient en opkomt voor de belangen en rechten van de consument (Van Zaalen, 2018). Hieruit komt duidelijk naar voren dat de consumentenbenadering wordt gehanteerd in het programma.

Tot slot vormt de expertise van dokters en wetenschappers een belangrijk onderdeel van het programma, maar wordt het niet beschouwd als het belangrijkste. Aan de andere kant, stelt Van Zaalen (2018), wordt een verhaal nooit gebracht zonder expert. Dit betekent dat experts hun mening geven over bepaalde problemen of verhalen van patiënten en consumenten en op die manier iets toevoegen aan het verhaal. Het begint echter bij de consument, deze is het belangrijkste, en vervolgens wordt het bevestigd door de expert:

"Een item valt of staat meestal wel bij een expert, en er is in die zin wel een expert, en dat hoeft niet altijd een wetenschapper te zijn, maar er is wel een expert bij betrokken, maar het meest belangrijke is

de consument/gedupeerde, degene waar het om gaat” (Y. Feriani, persoonlijke communicatie, 16 mei 2018).

De consument of patiënt staat in *Radar* centraal. Aan de kijker wordt informatie geboden die een dokter zelden zou bieden tijdens een consult, maar die de kijker kan helpen bij het maken van bepaalde keuzes (Feriani & Van Zaalen, 2018). Het gaat dan bijvoorbeeld om alternatieve geneesmiddelen of bepaalde zeldzame bijwerkingen of risico's die een behandeling meebrengen. Een groot deel van de aflevering vindt plaats in de studio, waar de verschillende standpunten van de betrokken partijen worden besproken en vergeleken en waar tevens het studiapubliek wordt betrokken in de kwestie. Dit zijn volgens Karpf (1988) kenmerken van de consumentenbenadering.

4.5 Kwaliteit van leven

In drie programma's, namelijk *Over mijn lijk*, *Je zal het maar hebben* en *Hallo, ik heb kanker*, werden de benaderingen van Karpf niet herkend. Deze programma's vertonen echter een aantal opvallende overeenkomstige kenmerken: het draait in alle drie de programma's om persoonlijke verhalen van de hoofdpersonen die leven met een aandoening of ziekte. Zij laten zien hoe zij in het dagelijks leven omgaan met deze aandoening of ziekte en hoe zij ondanks de ziekte of zelfs de naderende dood kwaliteit geven aan hun leven. Ze hebben geaccepteerd dat ze moeten leven met een ziekte of aandoening en dat geeft ze de mogelijkheid om gelukkig te worden. Deze benadering komt op sommige punten overeen met het basisverhaal over 'slachtoffers' van Seale (2003), alhoewel de patiënten niet worden neergezet als slachtoffer, maar als held die heeft leren leven met een ernstige ziekte. Het gaat in deze programma's niet om de genezing van de ziekte en dokters komen vrijwel niet in beeld. Omdat dit een gezondheidsbenadering is die niet wordt behandeld door Karpf, is de keuze gemaakt een benadering toe te voegen en het de 'kwaliteit-van-leven-benadering' te noemen. De reden waarom gekozen is voor deze naam zal duidelijk worden aan de hand van de resultaten en de kenmerken die passen bij deze programma's. Omdat het een nieuwe gezondheidsbenadering betreft, worden in deze paragraaf de nieuwe kenmerken beschreven die in de drie programma's overeenkomen en waar deze benadering aan herkend kan worden.

4.5.1 Over mijn lijk

In *Over mijn lijk* worden vijf ongeneeslijke zieke jongeren gevolgd in de laatste fase van hun leven. De jongeren hebben kanker en laten zien hoe zij omgaan met de ziekte, maar vooral hoe zij leven. In de introductie wordt het volgende gezegd:

“Deze zes jongeren zijn ernstig ziek, en weten dat ze niet lang meer te leven hebben. Valerio [de presentator] heeft ze gevolgd op de goede, maar ook de mindere momenten. Maar rustig wachten op de dood willen ze niet, ze proberen er juist nog een mooie tijd van te maken.” (Introductie Over Mijn Lijk, 2017)

Aan de oorzaak van de ziekte wordt vrij weinig aandacht besteed, omdat dit voor het verhaal niet relevant is. Rian Hoekstra, eindredacteur van het programma met wie het interview is gehouden, zegt dan ook:

“Het is gewoon ‘2 jaar geleden stond hij onder de douche, had hij in één keer knallende koppijn, bleek hij een hersentumor te hebben: zijn hele leven stort in. Punt.’ Kijk, en als het bijvoorbeeld iemand zou zijn met borstkanker en dat is vanwege een gen, waarvan haar moeder of haar tante het ook zou hebben zeg maar, dan zou dat wel wat meer belicht worden, maar ook niet zo super veel” (R. Hoekstra, persoonlijke communicatie, 9 mei 2018).

De jongeren vertellen welke soort kanker ze hebben en hoe de stand van zaken is, maar omdat ze uitbehandeld zijn, is het rekken van hun leven en er het beste van maken de beste optie die ze hebben. *Over mijn lijk* draait niet om de ziekte, maar om het leven (Hoekstra, 2018). De ziekte is echter wel nodig voor het programma en geeft bovendien de verhalen van de hoofdpersonen een bepaalde lading, omdat ze niet lang meer te leven hebben. Acceptatie van de ziekte speelt hierbij een belangrijke rol. Volgens Hoekstra (2018) kenmerken de hoofdpersonen in het programma zich onder andere door het accepteren van de ziekte. Patiënten die niet accepteren dat ze ziek zijn, zijn ten eerste niet geschikt voor het programma, omdat dat vaak betekent dat ze er niet goed over kunnen praten. Ten tweede is het accepteren van de ziekte ook van belang wanneer een patiënt kwaliteit wil geven aan het leven in deze laatste levensfase. Het volgen van patiënten die zich op krampachtige wijze vastklampen aan de laatste hoop op genezing blijkt tevens niet goed te werken in het programma. Het kaartje dat door Hoekstra (2018) het belangrijkste werd gevonden is dan ook ‘Kwaliteit van leven is belangrijker dan een lang en moeizaam ziektebed’. Dit is waar het programma om draait volgens haar en gaat tevens gepaard met het accepteren van de dood. In *Over mijn lijk* is de dood dan ook een onderwerp dat niet wordt ontweken. Eén van de hoofdpersonen wordt bijvoorbeeld binnen een week 17 jaar, maar in plaats van cadeautjes uit te zoeken, voelt ze de noodzaak om samen met haar ouders een grafsteen uit te zoeken.

“Er wordt wel gesproken over de dood: hoe zie je de dood, ben je bang voor de dood.” (R. Hoekstra, persoonlijke communicatie, 2018).

Ondanks dat Hoekstra (2018) stelt dat het programma voornamelijk gaat over het leven, staat dit leven bij terminale patiënten echter in het teken van de naderende dood en proberen ze er alles uit te halen wat erin zit:

Daan: “Heel veel zijn er bang voor, maar uiteindelijk gaat iedereen dood (...) Ik vind dat je niet de hele tijd depressief moet zijn dat je ziek bent. Ik vind dat je er gewoon wat van moet maken.”
(Tekstfragment *Over mijn lijk*, aflevering 1).

Bovendien worden de hoofdpersonen gestimuleerd om realistisch te blijven en zoveel mogelijk uit het leven te halen, omdat het snel voorbij kan zijn:

Vader van Jermaine: "Kan hij niet nog beter van worden?"

Dokter: "Ik kan niks garanderen. We moeten met zijn allen hopen en realistisch blijven. En we hopen dat het zo lang mogelijk zo goed mogelijk gaat en dat de kwaliteit van leven zo lang mogelijk zo goed mogelijk is. En daar gaat het om." (Tekstfragment Over mijn lijk, aflevering 6).

We kunnen dus concluderen dat in *Over mijn lijk* kwaliteit van leven belangrijker wordt geacht dan vechten tegen de ziekte en het leven zo lang mogelijk rekken. Er wordt dan ook niet diep ingegaan op de behandeling van de ziekte, omdat deze patiënten niet meer te genezen zijn. Dit is een kenmerk van het televisieprogramma dat niet voorkomt binnen Karpf's (1988) gezondheidsbenaderingen. In elk van deze benaderingen gaat het namelijk over gezondheid of ziekte, maar niet over het leven met een ziekte en de dood die hier nauw mee verbonden is.

Doktersbezoeken en medische behandelingen maken deel uit van het leven van de hoofdpersonen en worden daarom in beeld gebracht. Echter draait het bij deze bezoeken om de hoofdpersoon en de emoties die deze erbij voelt. Er wordt dus geen aandacht besteed aan de medische kant van het verhaal. Hoekstra (2018) wil hierdoor kijkers laten nadenken over het leven, zodat ze dankbaar zijn met wat ze hebben:

"Om mensen wel te laten nadenken, onder andere natuurlijk, te laten nadenken over nou ja, het is natuurlijk allemaal niet zo vanzelfsprekend dat je gezond bent. En het kan zomaar in één keer gebeuren, het kan iedereen gebeuren, en ook jonge mensen, ook een jongen van 21. En ja, geniet van het leven! Voor je het weet ben je er niet meer" (R. Hoekstra, persoonlijke communicatie, 9 mei 2018)

Uit de zojuist genoemde citaten komt voornamelijk naar voren dat het leven met een bepaalde ziekte en de emoties die daarbij komen kijken de rode draad vormen in het programma en in deze nieuwe gezondheidsbenadering. Acceptatie van de ziekte ligt hieraan ten grondslag. Het programma draait om de verhalen van deze hoofdpersonen. De medische wereld is iets wat bij hun leven hoort en daarom in beeld wordt gebracht, maar is niet iets waar de focus op ligt. Omdat ze niet lang meer te leven hebben, wordt over de dood gesproken, maar draait het voornamelijk om betekenis en kwaliteit geven aan de laatste fase in hun leven.

4.5.2 Hallo, ik heb kanker

In *Hallo, ik heb kanker* worden vier tieners die kanker hebben gevolgd en die van dichtbij laten zien hoe het is om deze ziekte te hebben. Er wordt in beeld gebracht hoe kinderen en hun naasten omgaan met kanker en wat voor impact het heeft op hun leven. Hierbij wordt niet ingegaan op de oorzaak van de ziekte, noch de genezing, noch het medische traject. Over *Hallo, ik heb kanker* is een interview gehouden met bedenker en eindredacteur van het programma, Robert Fortuyn. Hij beschrijft het format als volgt:

"Hallo, ik heb kanker, waarin wij kinderen volgen die kanker hebben. Dat is eigenlijk het programma. Het is eigenlijk heel simpel. Dat was ook het formatidee. We willen in een aantal afleveringen een

aantal kinderen volgen die kanker hebben. Hoe is hun leven.” (R. Fortuyn, persoonlijke communicatie, 3 mei 2018).

Net als in *Over mijn lijk* willen ook deze hoofdpersonen zoveel mogelijk uit het leven halen en genieten van de dingen die ze nu nog kunnen doen. De beleving van het kind met de ziekte en de emoties die erbij komen kijken vormen de rode draad in het programma:

“In die zin is het niet zo medisch. Het gaat meer om van ja, je wordt hiermee opgezaald. Als kind begrijp je ook niet alles. Ja, hoe deal je daar nou mee?” (R. Fortuyn, persoonlijke communicatie, 3 mei 2018)

De relatie tussen de beleving van de patiënt en acceptatie van de ziekte is al genoemd in een aantal bovenstaande programma's. Ook in *Hallo, ik heb kanker* wordt deze relatie duidelijk. Het accepteren van de ziekte maakt het makkelijker om te genieten van de leuke momenten, waardoor kwaliteit wordt gegeven aan het leven. De mindset die de hoofdpersonen laten zien komt overeen met *Over mijn lijk*:

Julian: “Als je de hele dag op je bed gaat zitten huilen, ja het gaat toch niet weg. Dan kan je beter gewoon genieten van wat je nu nog kan doen.” (Tekstfragment *Hallo, ik heb kanker*, aflevering 26 november 2017)

De doelstelling van dit programma is echter anders dan die van *Over mijn lijk*. Fortuyn (2018) stelt namelijk dat het in *Hallo, ik heb kanker* gaat om het wegnemen van bepaalde vooroordelen die de maatschappij heeft van zieke kinderen. De programmamakers willen hiermee een soort statement maken. Door ze te volgen in hun dagelijks leven en een portret te maken van deze kinderen, wordt een gezicht gegeven aan de ziekte en wordt getracht eventuele barrières tussen gezonde en zieke kinderen neer te halen (Fortuyn, 2018). Een belangrijke cinematografische keuze die gemaakt is om de kinderen een gezicht te geven en ze zo dicht mogelijk bij de kijker te laten komen, is het programma te laten leiden door de kinderen. De programmamakers hebben tijdens het productieproces besloten de kinderen te laten vloggen en deze vlogs leidend te maken voor de verhaallijn. De beelden die daarnaast worden gefilmd met de filmcamera worden gebruikt ter ondersteuning van de vlogs om een algeheel beeld te geven aan de kijker.

“De kinderen vloggen, dus we volgen heel erg de bal. Dus die kinderen vertellen zelf wat ze meemaken en ze filmen het zelf waardoor je heel dichtbij bent, waardoor je er soort van naast staat. (...) Je identificeert je met het kind wat geportretteerd wordt, dat je denkt ‘zo, dat is heftig’, dat je daar begrip voor krijgt” (R. Fortuyn, persoonlijke communicatie, 3 mei 2018).

De kinderen worden gevolgd in hun dagelijks leven, dus wanneer zij naar school of naar de dokter gaan wordt dit in beeld gebracht. Aan het doktersbezoek zit uiteraard een bepaalde lading, omdat de uitslag of de test voor de hoofdpersonen bepalend is voor hun gezondheid. Er wordt echter geen extra aandacht besteed aan bijvoorbeeld de dokter, de expertise of de medische behandeling. Dit is een kenmerk dat de drie programma's van de kwaliteit-van-levenbenadering gemeen hebben. Fortuyn (2018) beschrijft dit als bijvangst:

(Over de expertise van dokters) *“Dat is echt een beetje een soort bijvangst. (...) Het is dus niet persé hun expertise, maar meer hun betrokkenheid in het leven. Dus de relatie tussen zo’n kind en een dokter, dat wordt wel geportretteerd. Maar altijd een beetje aan de rand, want we volgen niet echt die dokter”* (R. Fortuyn, persoonlijke communicatie, 3 mei 2018).

Er wordt tevens, gelijkend aan *Over mijn lijk*, in minimale mate ingegaan op de oorzaak van de ziekte. Dit heeft er volgens Fortuyn (2018) mee te maken dat de oorzaak van het ontstaan van een tumor bij een kind vaak onduidelijk is en het bovendien niet belangrijk is voor het verhaal. Tot slot staat het hebben van zo’n ernstige ziekte vaak in relatie tot de dood. Volgens Fortuyn (2018) is dit echter niet waar het programma over gaat, maar zorgt deze dreiging wel voor een bepaalde spanning.

“We wilden niet een programma maken over de dood, we wilden een programma maken over kinderen die met iets heftigs te maken hebben. En dat is ook een tikje universeel, het doet iets met je van, dat je als kijker denkt: ‘hoe reageer je als met zoiets wordt opgezadeld’. En dan niet iemand als een kankerpatiënt neerzetten” (R. Fortuyn, persoonlijke communicatie, 3 mei 2018).

Kortom, uit zowel de inhoudsanalyse als het interview blijkt dat het programma draait om de emotie en de beleving van de hoofdpersoon met het leven en de ziekte. De dokters, de oorzaak van de ziekte en de medische behandelingen krijgen minimale aandacht en worden alleen in beeld gebracht wanneer dit deel uitmaakt van de dagelijkse activiteit van de hoofdpersoon. Daarnaast speelt acceptatie van de ziekte een rol in het geven van kwaliteit aan het leven.

4.5.3 Je zal het maar hebben

In *Je zal het maar hebben* worden jongeren met een ziekte of aandoening gevolgd. De presentator gaat met deze hoofdpersonen op pad en ervaart hoe het is om te leven met deze ziekte of aandoening. Dit wordt soms vrij letterlijk gedaan, door aan de presentator dezelfde beperkingen op te leggen als de hoofdpersoon. Net als in het programma *Hallo, ik heb kanker* krijgt de kijker daardoor mee begrip en kennis over deze onderwerpen en worden eventuele vooroordelen getracht weg te nemen. Tevens staan wederom de ervaringen en verhalen van patiënten, het accepteren van de ziekte of aandoening, en het kwaliteit geven aan het leven ondanks de ziekte centraal. In de twee geanalyseerde programma’s vertellen de jongeren aan presentator Valerio wat voor impact hun ziekte heeft en hoe hun leven is veranderd sindsdien.

Valerio: “Hee en wat zijn nou dingen in het dagelijks leven waar je tegenaan loopt? Die moeilijk voor jou gaan, of niet?”

Mirna: “Uhhh, nou eh, versnellen, dus snel lopen voor een tram ofzo. Of eh, eh, trap op, is ook lastig.”

Valerio: “En waarom lukt dat niet”

Mirna: “Nou het lukt wel, maar het gaat gewoon langzaam.” (Tekstfragment *Je zal het maar hebben*, aflevering Mirna Roosma)

Over de oorzaak of andere medische aspecten, zoals de genezing van de ziekte, wordt niet veel gepraat. De hoofdpersonen beschouwen het hebben van de aandoening als pech en toeval:

Valerio: "Maar dit komt dus allemaal omdat jouw vriend tegen je been aanstootte?"

Mirna: "Nou, dat is onaardig! Nee, dat is niet waar. Ik denk dat ik gewoon de ongelooflijke pech heb gehad dat ik de vleesetende bacterie heb gehad. En dat is zo is zo zeldzaam. Mijn chirurg zei, als je een lot had gekocht voor de loterij, dan had je misschien nog wel meer kans gehad om een miljoen te winnen dan om dit te krijgen. Dus ja, ik was toevallig degene die dit dan weer moest hebben."

(Tekstfragment *Je zal het maar hebben*, aflevering Mirna Roosma)

Tot slot worden in *Je zal het maar hebben* ongeneeslijke ziekten behandeld, wat betekent dat de hoofdpersonen er de rest van hun leven mee moeten leven. Het programma creëert begrip voor ziekten en aandoeningen en laat zien hoe je ondanks een beperking kwaliteit kan geven aan je leven.

Uit bovenstaande resultaten van de drie televisieprogramma's komen duidelijke kenmerken naar voren die onder geen van Karpf's (1988) gezondheidsbenaderingen passen. Alhoewel de beleving en emoties van de hoofdpersonen of patiënten in bijna alle gezondheidsbenaderingen een steeds belangrijkere rol gaan spelen, vormt dit de basis in de kwaliteit-van-levenbenadering. De beleving van de ziekte gaat gepaard met het accepteren van de ziekte en dus ook met het kwaliteit geven aan het leven, ondanks de ziekte of aandoening. De medische aspecten worden losgelaten en komen slechts in beeld wanneer dit deel uitmaakt van het leven van de hoofdpersoon. Daarnaast krijgen deze televisieprogramma's een bepaalde lading of spanning, omdat de hoofdpersonen rekening houden met overlijden op korte termijn.

4.6 Combinatie van benaderingen

Twee programma's, namelijk *De Kennis van Nu* en *Topdoks*, zijn niet te rangschikken onder één specifieke gezondheidsbenadering van Karpf (1988). Beide programma's zijn opgebouwd uit een reeks items, waarin vanuit een wetenschappelijke invalshoek informatie wordt gegeven over verschillende onderwerpen. In deze items wordt gezondheid of ziekte niet vanuit één gezondheidsbenadering belicht, maar wordt er een combinatie tussen verschillende gezondheidsbenaderingen gehanteerd.

4.6.1 De Kennis van Nu

De Kennis van Nu is een wetenschapsprogramma, waarin verschillende wetenschappelijke onderwerpen worden belicht. Omdat niet alle afleveringen gezondheidsgerelateerde thema's bevatten, is ten behoeve van de inhoudsanalyse gekozen voor de afleveringen waarin deze thema's wel expliciet aan bod komen: *De Schoonste Lucht* en *Onze Pijngrens*. Zoals eerder is genoemd verschilt de benadering die wordt gehanteerd per onderwerp of item binnen het programma en is daarom niet eenduidig. In het interview met Astrid Crebas, redacteur-researcher bij *De Kennis van Nu*, kwam naar voren dat verschillende invalshoeken en perspectieven in beeld worden gebracht om een

allesomvattend beeld te geven van een thema. Binnen een aflevering wordt een rode draad gevolgd; dit is het thema van deze aflevering. Hieromheen worden verschillende verhalen en perspectieven belicht, zodat een zo breed mogelijk beeld wordt geschetst en de kijker informatie tot zich krijgt vanuit de verschillende invalshoeken (Crebas, 2018). De basis van het programma wordt gevormd door wetenschappelijke ontwikkelingen, waarmee het voornaamste doel van het programma het informeren van de kijker is. Uiteindelijk willen de makers van het programma dat de kijkers er iets van leren:

“Mensen informeren over wetenschappelijke onderwerpen. Ja, dat is wel het doel ja.” (A. Crebas, persoonlijke communicatie, 1 mei 2018).

Deze doelstelling heeft te maken met belangrijke speerpunten van de NTR, de omroep waarop het programma wordt uitgezonden, namelijk kennis en informatie. Dit laat een zekere beleidsmatige afhankelijkheid zien van de omroep op de inhoud en insteek van het programma.

De aflevering *De Schoonste Lucht* valt volgens de inhoudsanalyse onder de omgevingsbenadering. Er wordt onderzocht wat de invloed is van vervuilde lucht op de gezondheid van de mens. De schuld van bepaalde kwaaltjes en gezondheidsklachten wordt gegeven aan luchtvervuiling:

“Voor mensen met longklachten is vervuilde lucht een groot probleem, en je kan ook luchtklachten krijgen van slechte lucht” (Tekstfragment De Kennis van Nu, aflevering De Schoonste Lucht).

De twee presentatoren gaan langs bij verschillende experts op het gebied van lucht en luchtvervuiling. Deze experts vertellen dat de oplossing voor dit gezondheidsprobleem het beperken van de uitstoot en het instellen van milieuzones is. In deze aflevering wordt dus gesuggereerd dat de Nederlandse staat meer zou moeten ondernemen om deze vervuiling tegen te gaan. Ongezondheid wordt gekoppeld aan luchtvervuiling en luchtvervuiling wordt gekoppeld aan de overheid en het gebrek aan maatregelen die worden getroffen. De aflevering kreeg hierdoor een politieke lading:

Presenter: “Vervuilde lucht is slecht voor onze gezondheid. Als je als Nederlander in een grote, drukke stad woont, kan dat zomaar gemiddeld een jaar van je leven kosten. De rechter oordeelde deze maand dan ook dat de Nederlandse staat meer moet ondernemen om luchtvervuiling tegen te gaan.” (Tekstfragment De Kennis van Nu, aflevering De Schoonste Lucht).

In deze aflevering wordt dus de omgevingsbenadering gehanteerd. Tevens is in deze aflevering het basisverhaal van Seale (2003) ‘gevaren van het moderne leven’ te zien. De gevaren van het moderne leven worden volgens Seale (2003) benadrukt door bijvoorbeeld beelden te tonen van milieugevaren, zoals luchtvervuiling, die gelinkt zijn aan ongezondheid en ziekte. De controleaflevering vertoont echter kenmerken van de medische benadering. In deze aflevering gaat het over chronische pijn en wordt met chirurgen en wetenschappers gesproken over de medische behandelingen hiervoor:

Presentatrice: “Voor Jan is een uitzonderlijke oplossing bedacht. Hij heeft een apparaatje in zijn rug gekregen dat pijnprikkels verdoofd, voordat ze zijn hersenen bereiken.” (Tekstfragment De Kennis van Nu, aflevering Onze Pijngrens)

Deze tweede aflevering geeft een andere invulling aan gezondheid en ziekte dan de eerste aflevering. Bovendien wordt binnen een aflevering een onderwerp belicht vanuit verschillende oogpunten en is er geen sprake van een eenduidig perspectief dat wordt gekozen om te belichten. Crebas (2018) stelt dat *De Kennis van Nu* de kijker een algeheel beeld wil laten zien, waarin een onderwerp vanuit verschillende perspectieven wordt belicht. Er is een rode draad in een aflevering, dat wordt opgevuld met een aantal items. Dit is dan ook de reden waarom in *De Kennis van Nu* niet één gezondheidsbenadering wordt gehanteerd, maar het een combinatie tussen de medische benadering en de consumentenbenadering betreft.

4.6.2 Topdoks

In dit kinderprogramma wordt een kijkje genomen in en rond het ziekenhuis en worden vragen beantwoord over het menselijk lichaam. In de afleveringen worden verschillende onderwerpen behandeld, die elk op een andere manier worden benaderd. *Topdoks* is daarom niet te classificeren onder één benadering. Op basis van de inhoudsanalyse kan worden gesteld dat zowel de zorg-voor-jezelf- als de medische benadering wordt gehanteerd in het programma. De kijker leert namelijk voor zichzelf te zorgen en krijgt tips voor preventieve zorg, maar krijgt daarnaast ook een kijkje in het ziekenhuis bij een aantal medische behandelingen. De zorg-voor-jezelfbenadering komt naar voren in items over bijvoorbeeld hoe kinderen veilig kunnen spelen in het bos en kunnen passen op teken, of over het schoonmaken van de oren:

Presentatrice (over teken): “Ja, hartstikke leuk, spelen in het bos, maar eigenlijk moet je echt zorgen dat je op de paden blijft. Want hier in de bosjes zitten ze he, die supergevaarlijke beesten, de teken! (...) En als hij de Lyme bacterie bij zich heeft, kan je daar flink ziek van worden!” (Tekstfragment Topdoks, aflevering 10 december 2017).

Presentatrice (over oren schoonmaken): “Moet je even voorzichtig doen he, je moet nooit thuis zomaar met dingen in je oor gaan frunniken, want daar kan je echt je trommelvlies mee beschadigen.” (Tekstfragment Topdoks, aflevering 31 december).

Wanneer het wel fout gaat met en je wordt gebeten door een teek, wordt uitgelegd dat het dan van belang is om naar de huisarts te gaan. In deze delen wordt de medische benadering gehanteerd.

Laboratoriumonderzoeker: “Dan is het belangrijk om zo snel mogelijk naar de huisarts te gaan. Je moet dan ook vertellen dat je een tekenbeet hebt gehad en dan kan de huisarts je behandelen.” (Tekstfragment Topdoks, aflevering 10 december 2017).

Daarnaast wordt ook uitgelegd dat door lichamelijke tekortkomingen, een patiënt last kan krijgen van een bepaalde ziekte of aandoening. Het ziek worden heeft de patiënt niet zelf in de hand en de oplossing voor deze ziekte ligt is dan een medische behandeling, wat duidt op de medische benadering. In deze delen wordt genezing namelijk gelijkgesteld aan medische behandelingen door de dokter:

Presentator: "Je denkt er eigenlijk nooit over na, maar je hersenen zorgen ervoor dat goed kan bewegen. Maar het kan zijn dat er iets mis is met de signalen die je hersenen geven, zoals bij Naomi. Haar spieren spannen zich aan zonder dat ze daar iets aan kan doen en daardoor is haar rechterbeen scheef gegroeid. Nu kan ze er niet goed op lopen. Maar dankzij een operatie gaat dat veranderen." (Tekstfragment Topdoks, aflevering 31 december 2017).

In *Topdoks* wordt dus aan kinderen geleerd hoe zij zelf gezond kunnen blijven en ziekten of aandoeningen kunnen voorkomen. Daarnaast wordt ze geleerd wat ze moeten doen als het wel mis gaat, of wat de geneeskunde kan betekenen bij genezing. In deze items krijgt de dokter een hoofdrol. De items binnen een aflevering belichten elk een ander perspectief en laat gezondheid en ongezondheid zien vanuit verschillende invalshoeken. *Topdoks* is daarom niet binnen één benadering gecategoriseerd en kunnen we daarom een combinatie tussen de medische benadering en de zorg-voor-jezelfbenadering noemen.

4.7 Verhouding tussen de gezondheidsbenaderingen

Het representeren van de verschillende gezondheidsbenaderingen die zojuist beschreven zijn is van belang voor het zo breed mogelijk houden van het publieke debat over de thema's die in deze programma's worden aangehaald. Bovendien kan een te kleine variatie in het aanbod leiden tot een gebrek aan oriëntatie op het gebied van gezondheid en ziekte, wat invloed kan hebben op de mate van de gezondheid van de kijker (Dutta, 2007). Op basis van de televisieprogramma's die in de voorgaande paragrafen zijn besproken is de verhouding tussen de benaderingen bepaald. In onderstaande tabel 3 is dit op overzichtelijke wijze weergegeven. Uit deze tabel blijkt dat elke gezondheidsbenadering wordt gehanteerd in televisieprogramma's op de NPO in de tijdspanne september 2017 tot en met december 2017.

Zoals te zien is in de tabel wordt in 5 van de 12 televisieprogramma's de medische benadering gehanteerd, waaruit blijkt dat deze benadering nog steeds dominant is. Ook wordt aan de nieuwe benadering, de kwaliteit-van-levenbenadering, veel aandacht besteed door programmamakers. De consumenten- en omgevingsbenadering worden slechts in één televisieprogramma gehanteerd en de zorg-voor-jezelfbenadering in 3 programma's. Tevens zien we dat in 2 programma's meerdere gezondheidsbenaderingen worden gehanteerd en het een combinatie tussen benaderingen betreft. In het hoofdstuk Conclusie wordt nader ingegaan op deze bevindingen.

Tabel 3: Indeling gezondheidsprogramma's

	Medische benadering	Consumenten benadering	Zorg-voor- jezelf- benadering	Omgevings- benadering	Kwaliteit van leven
	Dokters van Morgen	Radar	Nederland in Beweging	Kiloknallers	Over mijn Lijk
	Van DNA tot Z		Spuiten en Slikken		Je zal het maar hebben
	Operatie Live				Hallo, ik heb kanker
Combinatie	Topdoks		Topdoks		
Combinatie	De Kennis van Nu			De Kennis van Nu	

5. Conclusie

In dit hoofdstuk wordt op basis van de resultaten die beschreven zijn in het voorgaande hoofdstuk een antwoord geformuleerd op de hoofdvraag van onderhavig onderzoek: *Welke gezondheidsbenaderingen zijn aanwezig in televisieprogramma's over gezondheid, ziekte en/of dood die worden uitgezonden door de NPO?* Daarnaast worden de theoretische en maatschappelijke implicaties van onderhavig onderzoek beschreven en vindt een kritische reflectie plaats. Tot slot worden aanbevelingen voor vervolgonderzoek gedaan.

Deelvraag 1: Hoe zijn de verschillende gezondheidsbenaderingen die worden gehanteerd in televisieprogramma's te herkennen?

Om een antwoord te formuleren op deze vraag is gebruik gemaakt van de kenmerken van de gezondheidsbenaderingen die Karpf (1988) benoemt. Deze kenmerken vormen de basis van onderhavig onderzoek. Zoals eerder is gesteld is de manier waarop gezondheid, ziekte en dood wordt benaderd en geportretteerd op televisie veranderlijk over tijd. Het blijkt dan ook dat een aantal kenmerken die Karpf in de jaren '80 benoemt bij de gezondheidsprogramma's niet meer overeenkomt met de hedendaagse televisieprogramma's, omdat deze kenmerken ofwel verouderd, ofwel incompleet zijn geworden. Met behulp van de kwalitatieve inhoudsanalyse en diepte-interviews zijn de gezondheidsbenaderingen die in televisieprogramma's worden gehanteerd onderzocht en zijn de kenmerken waaraan de benaderingen herkend kunnen worden aangepast en versterkt. Echter, zoals Karpf (1988) ook aanduidt, zijn deze kenmerken en benaderingen niet bedoeld om elk programma in een hokje te plaatsen, maar als "skeletons which individual programmes flesh out in their own way, with cross-breeds and hybrids aplenty" (Karpf, 1988, p.9). Dit betekent dat de kenmerken niet altijd zwart-wit worden gehanteerd in programma's of altijd op dezelfde manier terugkomen in de gezondheidsbenaderingen. In het hoofdstuk Resultaten is per gezondheidsbenadering omschreven welke kenmerken erbij horen en hoe de verschillende gezondheidsbenaderingen die worden gehanteerd kunnen worden herkend. In bijlage 7 is dit op overzichtelijke wijze per benadering weergegeven in een tabel. In dit deel wordt dieper ingegaan op de verschillen tussen de resultaten van onderhavig onderzoek en de benaderingen van Karpf (1988).

Opvallend is dat de verschillende gezondheidsbenaderingen van Karpf (1988) nog steeds waarneembaar zijn in de huidige programmering van de NPO, maar dat er wel een aantal veranderingen heeft plaatsgevonden. De medische benadering wordt bijvoorbeeld genuanceerder in beeld gebracht dan voorheen. Ten eerste is binnen deze medische benadering een verschuiving richting de consumentenbenadering opgemerkt. Zo worden bijvoorbeeld verschillende opties van medische behandelingen naast elkaar gezet en vergeleken, zodat de kijker zelf een weloverwogen keuze kan maken. Daarnaast heeft nu ook de patiënt een belangrijke rol toegemeten gekregen binnen deze televisieprogramma's en vormt niet alleen de dokter het expliciete middelpunt. De patiënt die een stem heeft gekregen zien we overigens terug in alle benaderingen. Emoties en ervaringen van deze

persoon worden gedeeld met de kijker. Hierdoor krijgt de ziekte een gezicht en is het voor de kijker makkelijker om zich met de patiënt te identificeren. Een cinematografische keuze die hiermee samenhangt, is het gebruik vlogs van de patiënten in de televisieprogramma's, waardoor de hoofdpersoon nog dichterbij de kijker komt. Door middel van nieuwe mediatechnologieën en mogelijkheden die de techniek biedt, is deze verschuiving, die leidt tot een verpersoonlijking in de televisieprogramma's, waarneembaar geworden. Het accent is komen te liggen op het meekijken door de ogen van de hoofdpersoon. De kijker kan door nieuwe mediatechnieken tevens letterlijk meekijken door de ogen van de dokter, wanneer deze een camera op zijn of haar hoofd aangemeten krijgt. Op deze manier kan de kijker de handelingen van de dokter precies volgen. Deze techniek wordt in de medische benadering gebruikt. De dokter is in de medische benadering nog steeds de hoofdpersoon, maar de patiënt komt steeds vaker in beeld en krijgt een grotere rol. In de andere gezondheidsbenaderingen geldt ook dat de patiënt of consument vaker centraal staat.

Tot slot is naar aanleiding van een drietal televisieprogramma's die overeenkomstige kenmerken vertoonden, maar niet onder een gezondheidsbenadering van Karpf (1988) geschaard konden worden, een nieuwe benadering benoemd: de kwaliteit-van-levenbenadering. Het in het middelpunt zetten van de patiënt is een kenmerk dat in deze benadering sterk naar voren komt. De patiënt, die leidt aan een chronische of ongeneeslijke ziekte of aandoening, wordt gevolgd in zijn of haar dagelijks leven. Deze hoofdpersoon laat de kijker zien hoe deze kwaliteit geeft aan zijn of haar leven, ondanks de ziekte of naderende dood. Het accepteren van de ziekte is een aspect dat vaak in combinatie met een gelukkiger leven, en dus kwaliteit van leven, wordt geportretteerd.

Deelvraag 2: Hoe zijn de gezondheidsprogramma's tot stand gekomen? Wat was het doel van het programma volgens de producenten?

Uit de interviews kwam een aantal doelstellingen naar voren die hebben geleid tot de totstandkoming van de programma's. Een belangrijke doelstelling in veel gezondheidsprogramma's is het overdragen van kennis. Deze kennisoverdracht kan puur gaan om het informeren van de kijker op wetenschappelijk en medisch gebied, maar ook om bijvoorbeeld voorlichting op het gebied van preventie of een gezonde leefstijl, of het tonen van de verschillende opties en keuzes die mogelijk zijn bij een bepaalde medische behandeling. Aan de totstandkoming van een televisieprogramma liggen de speerpunten van de omroep en het beleid dat wordt gevoerd vanuit de NPO en de overheid ten grondslag. Zoals is aangegeven in de inleiding heeft de NPO een aantal maatschappelijke verantwoordelijkheden die ze moet nakomen. Informeren van de kijker is een belangrijke doelstelling en komt duidelijk naar voren in deze programma's.

Tijdens de interviews is opgevallen dat het maken van een bepaald statement vaak een belangrijke beweegreden vormt voor programmamakers om een programma te maken. Dit statement kan te maken hebben met maatschappelijke problemen die aangekaart moeten worden of het willen wegnemen van vooroordelen en wordt vaak gedaan met behulp van de hoofdpersoon die het leven of een bepaalde ervaring vanuit zijn of haar beleving laat zien. Programmamakers willen aan de kijkers

een ander perspectief tonen, zodat taboes en vooroordelen kunnen worden doorbroken. Hierdoor wordt een televisieprogramma taboedoorbrekend en wordt het publieke debat aangewakkerd.

Tot slot kan een beweegreden, die leidt tot het maken van televisieprogramma's over gezondheid en ziekte, het willen meegeven van een bepaalde boodschap of levensles zijn. Dit kan te maken hebben met bijvoorbeeld zelfacceptatie, of het leren genieten van het leven en accepteren hoe het leven komt. Ook bij deze doelstelling speelt de beleving van de hoofdpersoon een grote rol. Door bijvoorbeeld in beeld te brengen hoe een terminale patiënt betekenis geeft aan de laatste maanden van zijn of haar leven wordt getracht een bepaalde levensles mee te geven aan de kijker. Castledine (2007) stelt dat televisieprogramma's waarin omgang met het levenseinde in beeld wordt gebracht, een positief effect hebben op ons vermogen om met de werkelijkheid om te gaan en dus ook met de kwaliteit van het leven en de dood. Het praten over ongeneeslijke ziekten en de dood is niet langer een taboe en past in de huidige tijdsgeest. Daarnaast speelt medialisering wellicht een rol in deze nieuwe tendens, omdat het steeds normaler wordt dat de media aanwezig is bij de meest intieme momenten van het dagelijks leven. Medialisering gaat gepaard met reality-tv, dat een podium biedt voor emoties (Van Dijck, 2001).

Deelvraag 3: Wat is de verhouding/balans tussen deze gezondheidsbenaderingen? Is er een dominant perspectief aanwezig?

Door aan alle televisieprogramma's die zijn geanalyseerd een gezondheidsbenadering toe te kennen, is de balans tussen deze benaderingen opgemaakt. In tabel 3 op pagina 52 is deze verhouding weergegeven. Wat allereerst opvalt, is dat in 5 van de 12 televisieprogramma's over gezondheid, ziekte en dood de medische benadering wordt gehanteerd. We kunnen hieruit concluderen dat het medische perspectief nog steeds een dominant perspectief vormt, zoals ook door Karpf (1988) een aantal jaar geleden is beschreven.

De consumentenbenadering wordt in één programma gehanteerd. Ondanks dat er op de NPO meer programma's worden uitgezonden voor de consument, zoals bijvoorbeeld *Kassa*, worden in deze programma's bijna geen medische kwesties behandeld. De consument delft dus het onderspit op de NPO en wordt weinig gerepresenteerd. Omdat deze benadering zich richt op het vergelijken van behandelingen en er informatie wordt gegeven die een dokter niet snel zou geven, heeft de consument hier veel baat bij wat het maken van een weloverwogen gezondheidsgerelateerde keuze betreft. Deze benadering is dus van belang voor het versterken van de autonomie en het kunnen maken van een eigen keuze door de consument. Er zou overwogen kunnen worden om deze benadering vaker te hanteren in televisieprogramma's.

De zorg-voor-jezelfbenadering wordt gehanteerd in twee programma's en deels in *Topdoks*. Drie programma's lijkt veel, maar wat belangrijk is om mee te nemen in deze balans is dat deze programma's niet alle doelgroepen bereiken. *Sputten en Slikken* is voornamelijk gericht op tieners, *Nederland in beweging* richt zich op 50-plussers en *Topdoks* op kinderen. Hieruit kan worden geconcludeerd dat daartussen een grote doelgroep zit die wordt veronachtzaamd, namelijk de 20-50-

jarigen en dat voor deze doelgroep bepaalde perspectieven binnen gezondheid en ziekte niet zijn gerepresenteerd in televisieprogramma's op de NPO.

De omgevingsbenadering wordt slechts in één programma gehanteerd, namelijk *Kiloknallers*, en daarnaast in één van de geanalyseerde afleveringen van *De Kennis van Nu*. In *Kiloknallers* wordt de omgevingsbenadering echter op subtiële wijze gehanteerd en voert deze benadering de ondertoon in plaats van dat het er dik bovenop ligt. Dit geldt tevens voor *De Kennis van Nu*, waarin deze benadering naar voren komt in delen van afleveringen. Deze benadering wordt momenteel weinig gehanteerd en zou vaker in beeld gebracht kunnen worden om de kijker een zo breed mogelijk beeld te geven van de mogelijke oorzaken van ziekten en aandoeningen. Bovendien is *Kiloknallers* een kinderprogramma en komt deze gezondheidsbenadering weinig voor in televisieprogramma's die gericht zijn op volwassenen.

De kwaliteit-van-levenbenadering lijkt een nieuwe en populaire trend te zijn binnen televisieprogramma's. In een kwart van de programma's over gezondheid en ziekte wordt deze benadering gehanteerd. Praten over de dood is geen taboe meer en kwaliteit van leven is belangrijker dan een lang en moeizaam ziektebed. Bovendien is de beleving en ervaring van hoofdpersonen en patiënten een grote rol gaan spelen binnen gezondheidsprogramma's. In deze benadering draait het programma om deze beleving en het persoonlijke perspectief. Ondanks dat het een nieuwe manier betreft van betekenis geven aan gezondheid en ziekte, is dit perspectief in redelijk hoge mate aanwezig in de programmering van de NPO.

Hoofdvraag: Welke gezondheidsbenaderingen zijn aanwezig in televisieprogramma's over gezondheid, ziekte en/of dood die worden uitgezonden door de NPO?

Concluderend kunnen we stellen dat in de televisieprogramma's op de NPO, die zijn uitgezonden tussen september en december 2017, alle vier de gezondheidsbenaderingen van Karpf (1988) terugkomen. Daarnaast is een nieuwe benadering, de kwaliteit-van-levenbenadering, gevonden, met kenmerken die in geen van Karpf's benaderingen terugkomen. Echter, de gezondheidsbenaderingen waren niet geheel in balans in deze tijdsspanne, wat tot gevolg kan hebben dat sommige doelgroepen niet een allesomvattend perspectief van gezondheid en ziekte tot hun beschikking hadden op de NPO. Ook blijkt dat sommige kenmerken niet meer geheel overeenkomen of minder zwart-wit zijn zoals beschreven door Karpf.

Op de NPO zijn twee dominante perspectieven te zien, namelijk de medische benadering en de kwaliteit-van-levenbenadering. Dit is een interessant gegeven, omdat de twee benaderingen lijnrecht tegenover elkaar staan. Terwijl het in de medische benadering draait om de medische behandelingen, het genezen van de patiënt en de ontwikkelingen in de medische wereld, ligt de focus in de kwaliteit-van-levenbenadering op het accepteren van de ziekte en het verhaal en de beleving van de patiënt. Ondervertegenwoordigd is zowel consumentenbenadering als de omgevingsbenadering. Daarnaast is de zorg-voor-jezelfbenadering gehanteerd in programma's die gericht zijn ofwel op kinderen en tieners, ofwel op ouderen, wat betekent dat de tussenliggende

leeftijdsgroep van 20- tot 50-jarigen wordt veronachtzaamd. Om de kijker een zo breed en compleet mogelijk beeld te geven van gezondheid en ziekte, zou de NPO of programmamakers in de toekomst rekening kunnen houden met de verschillende gezondheidsbenaderingen in televisieprogramma's.

5.1 Discussie en aanbevelingen

Theoretische implicaties

Onderhavig onderzoek levert een bijdrage aan de bestaande theorie over gezondheidsbenaderingen in televisieprogramma's. De benaderingen die Karpf in de jaren '80 heeft geanalyseerd en benoemd zijn toegepast op onderhavig onderzoek en aangevuld naar aanleiding van de programmering van de NPO. Op basis van de kwalitatieve inhoudsanalyse en de interviews zijn de kenmerken die door Karpf (1988) worden beschreven aangevuld op basis van de huidige televisieprogramma's en is ook een nieuwe benadering opgesteld: de kwaliteit-van-levenbenadering. Tot slot is een belangrijke toevoeging aan de theorie dat de focus in bijna alle programma's lijkt te liggen op de beleving van de hoofdpersoon en de ervaringen en emoties van deze. Hiermee wordt dus een verschuiving en verandering geïmpliceerd binnen de tendens van gezondheidsprogramma's en de benaderingen die hierin worden gehanteerd.

Maatschappelijke implicaties

De resultaten van onderhavig onderzoek bieden ideeën voor programmamakers voor de invulling van een programma over gezondheid, ziekte of de dood en een aanbeveling voor de NPO betreffende de keuzes binnen de programmering. Het is van belang dat alle benaderingen worden gehanteerd in de programmering, zodat de kijker niet een eenzijdig beeld te zien krijgt van gezondheid, ziekte en dood. De gezondheidsbenaderingen bieden handvatten voor de omroepen en NPO om invulling te geven aan gezondheidsprogramma's en een veelzijdig beeld aan de kijker te bieden. Enkele benaderingen lijken namelijk te worden ondervertegenwoordigd, of lijken niet beschikbaar te zijn voor alle doelgroepen. Hier zouden de NPO of de omroepen in de toekomst rekening mee kunnen houden. Ook zouden gezondheidsorganisaties kunnen overwegen een actieve samenwerking aan te gaan met producenten en omroepen en zelf ideeën voor programma's te ontwikkelen om gezondheid en kennis over gezondheid onder de kijkers van de NPO te bevorderen. De verschillende gezondheidsbenaderingen kunnen hierbij als uitgangspunt worden genomen.

Kritische reflectie & aanbevelingen voor vervolgonderzoek

In onderhavig onderzoek is gekozen voor een tweeledige kwalitatieve onderzoeksmethode. De twee verschillende methoden bleken een goede aanvulling op elkaar te zijn en zorgden voor een complete analyse en een allesomvattend beeld van de productie van televisieprogramma's over gezondheid, ziekte en dood. Tevens bleek de 'card sorting method' een effectieve methode: het diende als leidraad voor het gesprek, en zorgde voor structuur binnen de interviews. Daarnaast reageerden veel respondenten erg enthousiast op deze methode en lieten ze achteraf weten dat ze het een prettige manier van interviewen vonden.

Wat de interviewmethode betreft, is gekozen voor één interview per gezondheidsbenadering en bij uitzondering twee. Er is bij 7 van de 12 programma's een interview afgenomen met de makers. Alhoewel de keuze voor de interviews weloverwogen was, zou het afnemen van een interview bij elk programma dat geanalyseerd is mogelijk een meer valide resultaat opleveren. Echter, de beschikbaarheid van de respondenten had veel invloed op de keuzes die gemaakt konden worden voor de interviews en het werven van de respondenten. De programmamakers *Dokters van Morgen* waren bijvoorbeeld moeilijk te bereiken, omdat zij bezig waren met een nieuw seizoen en daarom geen tijd vrij konden maken. Bovendien was een groter aantal interviews niet haalbaar binnen het tijdsbestek, omdat naast de interviews ook een inhoudsanalyse is uitgevoerd. Voor toekomstig onderzoek wordt dan ook aanbevolen om voor elk programma een interview uit te voeren.

Tijdens de interviews is opgevallen dat een aantal programmamakers bepaalde visies wil overbrengen op de kijker en daarvoor bepaalde invalshoeken van gezondheid en ziekte hanteert. Echter, om de aandacht van de kijker te blijven trekken en ervoor te zorgen dat deze niet afhaakt tijdens de aflevering, blijkt het standpunt dat zij willen overbrengen en de gezondheidsbenadering die daarbij wordt gehanteerd, soms genuanceerder in beeld te worden gebracht. In sommige gevallen is aan de kijker een soort voorproefje gegeven tijdens de aflevering en is deze voor verdieping doorverwezen naar de filmpjes die online beschikbaar zijn. Dit kan betekenen dat de overduidelijke boodschap, en dus het gehele plaatje bij de gezondheidsbenadering, wellicht niet via de afleveringen die op televisie worden uitgezonden opgepikt wordt door de kijker. Voor een compleet beeld wordt aanbevolen bij een vervolgonderzoek een crossmediale aanpak te hanteren en ook aanvullende online content mee te nemen in het onderzoek.

Door de respondenten is tijdens de interviews een aantal keer een vergelijking gemaakt tussen de publieke omroep en de commerciële omroep. Ze verwezen hierbij op negatieve wijze naar de manier waarop gezondheid of ziekte wordt gerepresenteerd op de commerciële omroep. Een vervolgonderzoek waarin nader wordt ingegaan op de verschillen en overeenkomsten tussen de gezondheidsbenaderingen op de publieke en de commerciële omroep zou interessante bevindingen kunnen opleveren.

Tevens is de doelstelling en de visie van de programmamakers uitvoerig besproken tijdens de interviews. De respondenten hebben een bepaald beeld bij wat zij over willen brengen op de kijker en wat zij de kijker willen leren. Er wordt uitgegaan van een bepaald effect op de kijker, wat ook in de agenda-setting theory en framing theory wordt gesteld. Daarnaast spelen ook de kijk- en waarderingcijfers door de kijker mee in keuzes die worden gemaakt. Vervolgonderzoek zou zich kunnen richten op de kant van de receptie van dit onderwerp en dit effect kunnen meten.

Tot slot wordt voor een vervolgonderzoek een monitorstudie aanbevolen om ofwel een grotere tijdsspanne te analyseren, ofwel de resultaten van onderhavig onderzoek te vergelijken met een andere periode van een half jaar. Het zou interessante resultaten kunnen opleveren wanneer bijvoorbeeld wordt onderzocht of de resultaten van een andere periode van een half jaar vergelijkbaar zijn met huidige resultaten, en of de tijdsgeest en de trends onder gezondheidsprogramma's verandert gedurende de tijd.

Literatuurlijst

- Atkin, C.K., Smith, S.W., McFeters, C., & Ferguson, V. (2008). A comprehensive analysis of breast cancer news coverage in leading media outlets focusing on environmental risks and prevention. *Journal of Health Communication, 13*, 3-19.
- Bandura, A. (2001). Social Cognitive Theory of Mass Communication. *Media Psychology, 3*(3), 265-299.
- Bandura, A. (1999). A social cognitive theory of personality. In Pervin, L. & John, O. *Handbook of personality* (pp. 154-196). 2e druk. New York: Guilford Publications.
- Bardoel, J., & Brants, K. (2003). From Ritual to Reality: Public Broadcasters and Social Responsibility in the Netherlands. In G.F. Lowe, & T. Hujanen, *Broadcasting & Convergence: New Articulations of Public Service Remit* (pp. 167 – 185). Göteborg, Zweden: Nordicom.
- Beunders, H. (2002). *Publieke tranen. De drijfveren van de emotiecultuur*. Amsterdam/Antwerpen: Contact.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using Thematic Analysis in Psychology. *Qualitative Research in Psychology, 3*(2), 77-101.
- Braun, V., & Clarke, V. (2017). Thematic Analysis. *The Journal of Positive Psychology, 12*(2), 297-298.
- Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek: denken en doen*. 2^e druk. Amsterdam: Boom.
- Bomlitz, L.J., & Brezis, M. (2008). Misrepresentation of health risks by mass media. *Journal of Public Health, 30*(2), 202-204.
- Bouman, M. (1999). *The Turtle and the Peacock: Collaboration for Prosocial Change: The Entertainment-Education Strategy on Television*. (Proefschrift). Universiteit van Wageningen, Wageningen.
- Bouman, M. (2011). *Nederland in Beweging-TV*. Geraadpleegd van <http://www.media-gesondheid.nl/projecten/nederland-in-beweging-tv>.
- Castledine, G. (2007). Real life death: has reality TV gone too far? *British Journal of Nursing, 16*(15), 954.
- Dearing, J.W., & Rogers, E. (1996). *Agenda-setting*. London: Sage Publications.
- De Boer, F. (2016). De Grounded Theory Approach: een update. *Kwalon: Tijdschrift voor Kwalitatief Onderzoek, 16*(1), 25-33
- Dutta, M.J. (2007). Health Information Processing From Television: The Role of Health Orientation. *Health Communication, 21*(1), 1-9.
- Entman, R.M. (1993). Framing: Toward Clarification of a Fractured Paradigm. *Journal of Communication, 43*(4), 51-58.
- European Commission (2001). *Europeans, Science and Technology*. Eurobarometer 55.2. Brussels: European Commission, Research Directorate-General.
- Gallagher, K.M., & Updegraff, J.A. (2012). Health Message Framing Effects on Attitudes, Intentions and Behavior: A Meta-analytic Review. *The Society of Behavioral Medicine, 43*, 101-116.
- Goffman, E. (1974). *Frame Analysis: An Essay on the Organization of Experience*. Boston:

Northeastern University Press.

- Gorp, Van B. (2007). Het reconstrueren van frames via inductieve inhoudsanalyse: uitgangspunten en procedures. *Tijdschrift voor Kwalitatief Onderzoek*, 12(2), 13-18.
- Guttman, N. (2003). Ethics in health communication interventions. In *Handbook of Health Communication*, 651-679.
- Hawkins, G. (2001). The ethics of television. *International Journal of Cultural Studies*, 4(4), 412-426.
- Karpf, A. (1988). *Doctoring the Media: The Reporting of Health and Medicine*. Londen: Routledge.
- Kielman, M. (2014). "Ooit was jij strak, slank en fit. Hoe kan het dan zijn dat je deze keuze maakt?" *De framing van obesitas in reality-programma 'Obese'*. (Masterthesis). Geraadpleegd van <https://openaccess.leidenuniv.nl/handle/1887/28721>.
- Kline, K.N. (2011). Popular Media and Health. In T.L. Thompson, R. Parrott & J.F. Nussbaum (Red.). In T.L. Thompson (Red.), *The Routledge Handbook of Health Communication* (Pp. 252-267). New York: Routledge.
- Kline, K.N. (2007). A Decade of Research on Health Content in the Media: The Focus on Health Challenges and Sociocultural Context and Attendant Informational and Ideological Problems. *Journal of Health Communication*. 43-59.
- Larsson, A., Oxman, A.D., Carling, C., & Herrin, J. (2003). Medical messages in the media – barriers and solutions to improving medical journalism. *Health Expectations*, 6, 323-331.
- Lawrence, R.G. (2004). Framing Obesity: The Evolution of New Discourse on a Public Health Issue. *The International Journal of Press/Politics*, 9(3), 56-75.
- Maso, I. (1987). *Kwalitatief Onderzoek*. Amsterdam: Boom.
- McCombs, M. (1977). Agenda Setting Function of the Mass Media. *Public Relation Review*, 3(4), 89-95.
- McCombs, M., & Ghanem, S.I. (2001). The Convergence of Agenda Setting and Framing. In S.D. Reese (Red.), *Framing Public Life: Perspectives on Media and Our Understanding of the Social World* (pp. 67 – 83). New York: Routledge.
- Montgomery, K.C. (1990). Promoting Health through Entertainment Television. In C.K. Atkin & L. Wallack, *Mass Communication and Public Health: Complexities and Conflicts*. Newbury park, CA: Sage Publications.
- Olthuis, G. & Struijs, A. (2009). Met de camera aan het ziekbed: morele overwegingen bij gezondheidszorg op televisie. *Centrum voor ethiek en gezondheid*. Geraadpleegd van <https://www.ceg.nl/uploads/publicaties/signalement-cameraziekbed.pdf>.
- Reese, S.D., Gandy Jr., O.H. & Grant, A.E., (2001). *Framing Public Life: Perspectives on Media and Our Understanding of the Social World*. London: Taylor & Francis Group.
- Richardson, K., & Corner, J. (1986). Reading reception: mediation and transparency in viewers' accounts of a TV programme. *Media, Culture & Society*, 8(4), 485-508.
- Schreier, M. (2012). *Qualitative Content Analysis in Practice*. London: Sage Publications.
- Seale, C. (2003). Health and Media: An Overview. *Sociology of Health & Illness*, 25(6), 513-531.
- Singhal, A., Cody, M.J., Rogers, E.M. & Sabido, M. (2004) *Entertainment-Education and Social Change*. New York: Routledge.

- Singhal, A. (1990). *Entertainment Education Communication Strategies for Development* (PhD Thesis). Los Angeles: University of Southern California, Annenberg, School for Communication.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1990). *Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Van der Ploeg, K. (2016, 24 november). "Emma wil leven' schudt hulpverleners wakker". *Algemeen Dagblad*. Geraadpleegd van <https://www.ad.nl/nieuws/emma-wil-leven-schudt-hulpverleners-wakker-abf71a32/>.
- Van Dijk (2001). *Het transparante lichaam: medische visualisering in media en cultuur*. Amsterdam: Amsterdam University Press.
- Verhoeven, P. (2008). Where has the doctor gone? The mediatization of medicine on Dutch television, 1961-2000. *Public Understanding of Science*, 17, 461-472.
- Wallack, L. (1990). Two Approaches to Health Promotion in the Mass Media, *World Health Forum*, 11(2), 143-154.

Online bronnen

- Nederlandse Publieke Omroep. (2015). *Meerjarenbegroting 2016-2020*. (2015). Geraadpleegd van file:///C:/Users/382339es/Downloads/meerjarenbegroting_2016-2020.pdf
- Nederlandse Publieke Omroep. (2016). *Maatschappelijke waarde – Rapportage 2016*. NPO. Geraadpleegd van <http://www.npomaatschappelijkewaarde.nl/wp-content/uploads/2017/06/NPO-Maatschappelijke-Waarde-2016.pdf>.
- Mediawet aangenomen door Eerste Kamer. (2016, 15 maart). Geraadpleegd van <https://www.rijksoverheid.nl/actueel/nieuws/2016/03/15/mediawet-aangenomen-door-eerste-kamer>
- Stichting Kijkonderzoek. (2018, 17 januari). *Jaarrapport TV 2017*. Geraadpleegd van https://kijkonderzoek.nl/images/Persberichten_algemeen/SKO_Jaarrapport_TV_2017.pdf

www.npo.nl

www.loketgezondleven.nl

www.volksgezondheidenzorg.info

Bijlage 1: Omschrijving Programma's

Titel	De Kennis van Nu
Uitzendperiode	Januari 2013 - 2018
Genre	Wetenschapsjournalistiek
Omroep	NTR
Producent	NTR
Aantal seizoenen en afleveringen	Sinds 2013 op televisie
Lengte aflevering	25 minuten
Doelgroep	Nederlandse samenleving
Inhoud/doel	In De Kennis van Nu worden verschillende wetenschappelijke onderwerpen belicht.
Geselecteerde afleveringen	Aflevering 'De Schoonste Lucht' Aflevering 'Onze Pijngrens'
Geraadpleegd van	https://www.dekennisvanu.nl/site/media/Schoonste-lucht/6550 https://www.dekennisvanu.nl/site/media/Onze-pijngrens/6650

Titel	Doden liegen niet (Niet meegenomen in de analyse)
Uitzendperiode	December 2016 - 2018
Genre	Reportage
Omroep	WNL
Aantal seizoenen en afleveringen	2 seizoenen
Lengte aflevering	30 minuten
Doelgroep	Nederlandse samenleving
Inhoud/doel	Forensisch patholoog Frank van de Goot laat de kijker zien hoe hij forensisch onderzoek doet en hoe mensen aan hun einde zijn gekomen. Zo laat hij zien welke scenario's kunnen leiden tot fataal letsel.
Geselecteerde afleveringen	Aflevering 14 december Aflevering 21 december
Geraadpleegd van	https://www.npo3.nl/doden-liegen-niet/14-12-2016/POW_03407246/seizoen-1/POW_03407243 https://www.npo3.nl/doden-liegen-niet/21-12-2016/POW_03407247/seizoen-1/POW_03407243

Titel	Dokters van Morgen
Uitzendperiode	Oktober 2017 – november 2017
Genre	Reportageprogramma
Omroep	AVROTROS
Producent	AVROTROS
Aantal seizoenen en afleveringen	5 afleveringen
Lengte aflevering	50 minuten
Doelgroep	Nederlandse samenleving
Inhoud/doel	Antoinette Hertsenberg gaat op zoek naar spraakmakende zorginnovaties en nieuwe inzichten in de zorg. Hiervoor gaat ze op bezoek bij patiënten, dokters en ziekenhuizen.
Geselecteerde afleveringen	Aflevering 4 Aflevering 5
Geraadpleegd van	https://www.npostart.nl/dokters-van-morgen/07-11-2017/AT_2084799 https://www.npostart.nl/dokters-van-morgen/14-11-2017/AT_2084800

Titel	Drugslab (Niet meegenomen in de analyse)
Uitzendperiode	September 2016 - heden
Genre	Experimenteel, educatief
Omroep	BNN-VARA
Producent	BNN-VARA
Lengte aflevering	11 minuten
Doelgroep	Jongeren
Inhoud/doel	Drugslab is een educatief programma (en Youtubekanaal) over drugs. Verschillende soorten drugs worden uitgetoet in de naam van de wetenschap.
Geselecteerde afleveringen	Aflevering 51: Nellie tript buiten op LSD Aflevering 50: Bastiaan voelt zich vlak door Methylfenidaat (Ritalin)
Geraadpleegd van	https://www.npostart.nl/drugslab-afl-51-nellie-tript-buiten-op-lsd/01-09-2017/WO_BV_10595395 https://www.npostart.nl/drugslab-afl-50-bastiaan-voelt-zich-vlak-door-methylfenidaat-ritalin/25-08-2017/WO_BV_10489114

Titel	Hallo, ik heb kanker
Uitzendperiode	Februari 2017 – november 2017
Genre	Reality
Omroep	Zapp
Producent	EO
Aantal seizoenen en afleveringen	10 afleveringen
Lengte aflevering	24 minuten
Doelgroep	Kinderen
Inhoud/doel	Hallo, ik heb kanker gaat over vier tieners die kanker hebben. In het programma filmen de tieners zichzelf en laten ze van dichtbij zien hoe zij met de ziekte omgaan.
Geselecteerde afleveringen	Aflevering 12 november Aflevering 26 november
Geraadpleegd van	https://www.zapp.nl/1789-hallo-ik-heb-kanker/gemist/VPWON_1282876 https://www.zapp.nl/1789-hallo-ik-heb-kanker/gemist/VPWON_1282878

Titel	Het Instituut (Niet meegenomen in de analyse)
Uitzendperiode	November 2017 – december 2017
Genre	Experimenteel wetenschappelijk programma
Omroep	BNN-VARA NTR
Producent	Blazhoffski
Aantal seizoenen en afleveringen	1 seizoen, 14 afleveringen
Lengte aflevering	40 minuten
Doelgroep	Nederlandse samenleving
Inhoud/doel	Een week lang worden honderd mensen die een representatie zijn van de Nederlandse samenleving opgesloten in een kazerne. De proefpersonen ondergaan deze week allerlei psychologische, sociale en fysieke experimenten.
Geselecteerde afleveringen	Aflevering Heeft het zin om iemand te martelen? Aflevering Zijn mooie mensen beter dan lelijke?
Geraadpleegd van	https://www.npostart.nl/het-instituut-heeft-het-zin-om-iemand-te-martelen/02-11-2017/VPWON_1275700 https://www.npostart.nl/het-instituut-zijn-vrouwen-al-beter-dan-mannen/09-11-2017/VPWON_1275701

Titel	Jan wordt vader (Niet meegenomen in de analyse)
Uitzendperiode	December 2017
Genre	Reality
Omroep	BNN-VARA
Producent	BNN-VARA
Aantal seizoenen/afleveringen	1 seizoen, 4 afleveringen
Lengte aflevering	40 minuten
Doelgroep	Nederlandse samenleving
Inhoud/doel	Jan Versteegh zoekt uit hoe hij een goede vader kan worden en laat zien hoe hij de voorbereiding op het vaderschap aanpakt.
Kijkcijfers	121.000
Geselecteerde afleveringen	Aflevering 1 Aflevering 4
Geraadpleegd van	https://www.npo3.nl/jan-woordt-vader/06-12-2017/BV_101385095 https://www.npo3.nl/jan-woordt-vader/27-12-2017/BV_101385090

Titel	Je zal het maar hebben
Uitzendperiode	2001 - 2018
Genre	Reality
Omroep	BNN-VARA
Producent	Zokiak Nederland
Aantal seizoenen en afleveringen	18 seizoenen, 182 afleveringen
Lengte aflevering	15-20 minuten
Doelgroep	Nederlandse samenleving
Inhoud/doel	In dit programma worden jongeren met een aandoening gevolgd. De presentator gaat met deze jongeren op pad om te ervaren hoe het is om met deze aandoening te leven.
Geselecteerde afleveringen	Aflevering 'Mirna Roosma' Aflevering 'Ronald Oosterom'
Geraadpleegd van	https://www.npo3.nl/je-zal-het-maar-hebben/15-11-2017/BV_101385495 https://www.npo3.nl/je-zal-het-maar-hebben/30-11-2017/BV_101385485

Titel	Keuringsdienst van Waarde (Niet meegenomen in de analyse)
Uitzendperiode	2003 - 2018
Genre	Consumentenprogramma
Omroep	KRO-NCRV
Producent	Blazhoffski
Aantal seizoenen en afleveringen	16 seizoenen
Lengte aflevering	25 minuten
Doelgroep	Nederlandse samenleving
Inhoud/doel	In de KvW stellen onderzoeksjournalisten vragen over bepaalde producten. Ze onderzoeken wat fabrikanten ons wijs willen maken en geven ons inzicht in de productie van voedsel en andere consumentenproducten
Geselecteerde afleveringen	Aflevering 'Suiker' Aflevering 'Kip'
Geraadpleegd van	https://www.npo3.nl/keuringsdienst-van-waarde-terug-naar-de-basis/14-12-2017/KN_1694699 https://www.npo3.nl/keuringsdienst-van-waarde/28-09-2017/KN_1692968

Titel	Kiloknallers
Uitzendperiode	Januari 2017 - 2018
Genre	Reality
Omroep	VPRO
Producent	Zapp
Aantal seizoenen en afleveringen	1 seizoen,
Lengte aflevering	25 minuten
Doelgroep	Kinderen
Inhoud/doel	Kiloknallers laat een jaar lang het leven zien van vijf kinderen die worstelen met hun gewicht. Hierin worden overwinningen en worstelingen laten zien met hun strijd tegen obesitas.
In samenwerking met	STINAFO en Stichting Agis Zorginnovatie
Geselecteerde aflevering	Aflevering 'Diëten en Hamsteren' Aflevering 'Hongerige hersenen en duizenden dokters'
Geraadpleegd van	https://www.zapp.nl/1787-kiloknallers/gemist/VPWON_1281109 https://www.zapp.nl/1787-kiloknallers/gemist/VPWON_1281113

Titel	Nederland in Beweging
Uitzendperiode	2000 – 2018
Genre	Sport
Omroep	MAX
Producent	MAX
Aantal seizoenen en afleveringen	Sinds 2000 dagelijks op televisie
Lengte aflevering	15 minuten
Doelgroep	55+
Inhoud/doel	In dit programma worden kijkers gestimuleerd meer te bewegen. Er worden sportieve oefeningen voor gedaan en uitgelegd, waar de kijker thuis makkelijk aan kan mee doen. Het doel van het programma is om mensen meer in beweging te krijgen
Geselecteerde afleveringen	Aflevering 30 november Aflevering 13 december
Geraadpleegd van	https://www.npostart.nl/nederland-in-beweging/13-12-2017/POW_03406613 https://www.npostart.nl/nederland-in-beweging/30-11-2017/POW_03406604

Titel	Operatie Live
Uitzendperiode	2010 – 2017
Genre	Informatief
Omroep	MAX
Producent	Zodiak
Aantal seizoenen en afleveringen	8 afleveringen
Lengte aflevering	40 minuten
Doelgroep	Nederlandse samenleving
Inhoud/doel	In Operatie Live is de kijker getuige van een live operatie.
Kijkcijfers	690.000
Geselecteerde aflevering	Borstweefselreconstructie met eigen weefsel Operatie Live Aftertalk
Geraadpleegd van	https://www.npostart.nl/operatie-live/01-11-2017/POW_03569034 https://www.npostart.nl/operatie-live-aftertalk/01-11-2017/T_POW_03706612

Titel	Over Mijn Lijk
Uitzendperiode	2006 - heden
Genre	Reality
Omroep	BNN-VARA
Producent	Skyhigh TV
Aantal seizoenen en afleveringen	7 seizoenen, 8 afleveringen per seizoen
Lengte aflevering	30 minuten
Doelgroep	Nederlandse samenleving
Inhoud/doel	In dit programma worden vijf ongeneeslijke zieke jongeren gevolgd in de laatste fase van hun leven. Ze vertellen hoe ze met de ziekte en de dood omgaan.
Kijkcijfers	650.000
Geselecteerde afleveringen	Aflevering 1 Aflevering 6
Geraadpleegd van	https://www.npostart.nl/over-mijn-lijk/30-11-2017/BV_101385603 https://www.npostart.nl/over-mijn-lijk/11-01-2018/BV_101385598

Titel	Radar
Uitzendperiode	1995 – 2018
Genre	Consumentenprogramma
Omroep	AVROTROS
Producent	AVROTROS
Aantal seizoenen en afleveringen	Sinds 1995 op televisie
Lengte aflevering	30-45 minuten
Doelgroep	Nederlandse samenleving
Inhoud/doel	In dit multimediale programma wordt een kritische blik geworpen op consumentenzaken. Er worden misstanden gesignaleerd en onderzoek gedaan naar consumentaangelegenheden in de breedste zin van het woord.
Geselecteerde afleveringen	Aflevering 30 oktober Aflevering 2 oktober
Geraadpleegd van	https://www.npostart.nl/radar/30-10-2017/AT_2083050 https://www.npostart.nl/radar/02-10-2017/AT_2083044

Titel	Topdoks
Uitzendperiode	2016 - 2018
Genre	Educatie
Omroep	EO
Producent	Zapp
Aantal seizoenen en afleveringen	3 seizoenen, 29 afleveringen
Lengte aflevering	24 minuten
Doelgroep	Kinderen
Inhoud/doel	In Topdoks wordt een kijkje genomen in en rond het ziekenhuis en worden vragen beantwoord over het menselijk lichaam
Geselecteerde afleveringen	Aflevering 10 december Aflevering 3 december
Geraadpleegd van	https://www.npostart.nl/topdoks/10-12-2017/VPWON_1273606 https://www.npostart.nl/topdoks/03-12-2017/VPWON_1273605

Titel	Spuiten en Slikken
Uitzendperiode	2005 - heden
Genre	Jongeren/informatief/praat programma
Omroep	BNN-VARA
Producent	BNN-VARA
Aantal seizoenen en afleveringen	23 seizoenen
Lengte aflevering	50 minuten
Doelgroep	Jongeren
Inhoud/doel	Dit programma richt zich op seks en drugs. Het doel is om jongeren in te lichten over deze onderwerpen en hen informatie te verschaffen over het (veilig) gebruik van drugs en seks.
Geselecteerde afleveringen	Aflevering 'Foetaal Alcohol Syndroom, Ageplay, Jurre tript op LSD' Aflevering 'Online seks shaming, microdosing'
Geraadpleegd van	https://www.npostart.nl/spuiten-en-slikken/BNN_101378019 https://www.npostart.nl/spuiten-en-slikken/19-09-2017/BV_101384998

Titel	Van DNA tot Z
Uitzendperiode	Augustus 2017 – oktober 2017
Genre	Wetenschapsjournalistiek
Omroep	NTR
Producent	Tuvalu Media
Aantal seizoenen en afleveringen	6 afleveringen
Lengte aflevering	40 minuten
Doelgroep	Nederlandse samenleving
Inhoud/doel	In deze special van <i>De Kennis van Nu</i> wordt dieper ingegaan op thema's rondom DNA-onderzoek
Geselecteerde afleveringen	Aflevering 'Mijn reserve-ik' Aflevering 'Nooit meer ziek?'
Geraadpleegd van	https://www.npostart.nl/van-dna-tot-z/24-09-2017/VPWON_1264352 https://www.npostart.nl/van-dna-tot-z/03-09-2017/VPWON_1264349

Bijlage 2: Sensitizing concepts

Hoofdpersoon
Centrale thema's
Oorzaak ziekte
Manier van genezing
Camerapositie
Expertise

Medische benadering

<i>Categorie</i>	<i>Coding unit</i>
Hoofdpersoon	Dokter
Centrale thema's	Genezing (door dokter), acute ziekte, geavanceerde high-tech behandelingen Patiënt wordt aangemoedigd te vechten tegen de ziekte
Oorzaak ziekte	Minimale interesse, hier ligt niet de focus op. Oorzaak is vaak biologisch, genetisch
Manier van genezing	Medicijnen, geavanceerde behandelingen
Camerapositie	Door de ogen van de dokter, gericht op de patiënt. Camera bevindt zich al in het ziekenhuis
Expertise	Dokter boven iedereen

Consumentenprogramma

<i>Categorie</i>	<i>Coding unit</i>
Hoofdpersoon	Patiënt
Centrale thema's	Consult, informatie over behandelingen die een dokter niet zou geven, behandelingen, ervaring van de patiënt met de ziekte, machtsconflict tussen dokter en patiënt
Oorzaak ziekte	Kan het gevolg zijn van het gebruik van bepaalde medicijnen
Manier van genezing	Verskillende behandelingen en medicijnen worden vergeleken. Genezing ook door geavanceerde technieken
Camerapositie/locatie	Studio
Expertise	Wordt niet beschreven door Karpf

Zorg-voor-jezelf benadering

<i>Categorie</i>	<i>Coding Unit</i>
Hoofdpersoon	Patiënten
Centrale thema's	Individuele preventieve gezondheidszorg
Oorzaak ziekte	Ongezonde leefstijl (niet genetisch of biologisch)
Manier van genezing	Leefstijl aanpassen, het individu heeft het heft in eigen handen
Expertise	Wordt niet beschreven door Karpf

Omgevingsbenadering

<i>Categorie</i>	<i>Coding Unit</i>
Hoofdpersoon	Wordt niet beschreven door Karpf
Centrale thema's	Preventieve gezondheid, politieke invalshoek
Oorzaak ziekte	Omgeving, sociale factoren
Manier van genezing	Maatregelen/wetgeving
Camerapositie	Wordt niet beschreven door Karpf
Expertise	Wordt niet beschreven door Karpf

Bijlage 3: Lijst respondenten

Respondent 1

Naam: Astrid Crebas

Programma: *Kennis van Nu/Focus*

Omroep: NTR

Functie binnen programma: Redacteur-researcher

Respondent 2

Naam: Charlotte Hoogakker

Programma: *Kiloknallers*

Omroep: VPRO

Functie binnen programma: Regisseur, bedenker van format

Respondent 3

Naam: Robert Fortuyn

Programma: *Hallo, ik heb kanker*

Omroep: EO

Functie binnen programma: Bedenker van het format, eindredacteur

Respondent 4

Naam: Remco Lentjes

Programma: *Operatie Live*

Bedrijf: Zodiak Nederland

Functie: CCO van Zodiak Nederland

Respondent 5

Naam: Rian Hoekstra

Programma: *Over mijn lijk*

Bedrijf: Skyhigh TV

Functie binnen programma: Eindredacteur

Respondent 6

Naam: Rein van Leeuwen

Programma: *Sputten en Slikken*

Omroep: BNNVARA

Functie binnen programma: Redacteur/redactie-coördinator

Respondent 7

Namen: Yasmine Feriani en Iris van Zaalen

Programma: *Radar*

Omroep: AVROTROS

Functie binnen programma: allebei redacteur

Bijlage 4: Topiclijst

Topics	Vragen
Introductie	Voorstellen
Productie van het programma	<p>Wat is uw functie binnen het programma? Kunt u kort iets vertellen over programma?</p> <p>Vanuit welk idee is het programma ontstaan? Hoe is het programma tot stand gekomen?</p> <p>Wat is het doel van het programma?</p> <p>Kan de kijker iets leren van het programma? Zo ja, wat? Welke boodschap zou de kijker mee moeten krijgen door het programma?</p>
<i>Kiezen kaartjes</i>	Ik heb hier een aantal kaartjes, kunt u 5 kaartjes eruit pakken die volgens u de kern van uw programma beschrijven?
Centrale thema's	Wat zijn de centrale thema's van het programma?
Hoofdpersonen	<p>Wie vormen de hoofdpersonen van het programma?</p> <p>Vanuit welk oogpunt worden deze hoofdpersonen benaderd?</p> <p>Hoe worden deze personen in beeld gebracht?</p> <p>Welke expertise is het belangrijkst?</p>
Gezondheid/ziekte	<p>Wat is de oorzaak van de ziekte?</p> <p>Hoe wordt de ziekte genezen?</p> <p>Hoe wordt dit in beeld gebracht?</p> <p>Waarom is hiervoor gekozen?</p>
Gezondheidsbenadering	<p><i>Uitleggen waarin het programma volgens mijn analyse past</i></p> <p>Kunt u zich vinden in mijn analyse?</p> <p>Waarom wel? Waarom niet?</p>

Bijlage 5: Kaartjes Interview

1. In het programma is de dokter de hoofdpersoon
2. De focus ligt op de genezing van de ziekte
3. Patiënten worden behandeld met behulp van geavanceerde, high-tech behandelingen
4. De oorzaak van de ziekte wordt geportretteerd als biologisch/erfelijk
5. Genezing wordt gelijkgesteld aan het gebruik van medicijnen
6. Er wordt weinig aandacht besteed aan de oorzaak van de ziekte
7. De patiënt is de hoofdpersoon
8. Er wordt ingegaan op een mogelijk machtsconflict tussen de dokters/geneeskunde en de patiënt
9. Er wordt extra informatie verschaft die een dokter zelden zou geven
10. Verschillende behandelingen worden met elkaar vergeleken en de voor- en nadelen worden afgewogen
11. Een gezonde leefstijl en preventieve gezondheidszorg staan centraal
12. De patiënt of kijker kan zelf een grote bijdrage leveren aan zijn of haar gezondheid en het voorkomen van ziekte
13. Gezondheid/genezing wordt bereikt met het aanpassen van de leefstijl
14. Medicijnen worden niet gezien als de oplossing voor de gezondheidsproblemen
15. De kijker leert hoe deze gezonder kan leven
16. De fysieke leefomgeving wordt verantwoordelijk gesteld voor bepaalde ziekten
17. De overheid/politiek moet ervoor zorgen dat bepaalde ziekten/aandoeningen kunnen worden voorkomen
18. Kwaliteit van leven is belangrijker dan een lang en moeizaam ziektebed
19. Het programma draait voornamelijk om de verhalen van de patiënten en consumenten
20. Het dagelijks leven van de patiënt staat centraal
21. De kijker kijkt mee door de ogen van de dokter
22. De kijker kijkt mee door de ogen van de patiënt
23. Het programma gaat vooral over ongeneeslijke ziekten
24. Er worden voornamelijk chronische aandoeningen belicht
25. Er wordt veel gesproken over de dood
26. De patiënt accepteert het leven en de ziekte zoals het loopt
27. Medische experimenten vormen een belangrijk onderdeel van het programma
28. De kijker leert verantwoord om te gaan met bepaalde medicijnen of drugs
29. De kijker leert dat bepaalde daden gevolgen kunnen hebben voor de gezondheid
30. Het effect van medicijnen/drugs op het lichaam wordt laten zien
31. Entertainment wordt ingezet om de kijker iets te leren over gezondheid en ziekte
32. De expertise van wetenschappers en dokters is het meest belangrijke in het programma
33. De bedoeling van het programma is dat de kijker zich kan identificeren met de hoofdpersoon
34. De patiënt wordt aangemoedigd te vechten tegen de ziekte

35. De ervaring van de patiënt met de ziekte is het belangrijkste
36. De gevaren van onveilig en ongezond gedrag worden benadrukt
37. De ziekte wordt met een knipoog geportretteerd

Bijlage 6: Codes Interviews

- Aanleiding item
 - o Actualiteit
 - o Automatische/aanvoelen
 - o Bal volgen
 - Activiteiten van hoofdpersonen
 - o Inclusiviteit
 - Begrip creëren
 - o Maatschappelijk probleem
 - o Past binnen thema
 - o Problematiek schetsen
 - o Voorlichting
 - o Wetenschappelijk relevant

- Doelstelling programma
 - o Wegnemen vooroordelen
 - Menselijke kant tonen
 - Maatschappelijk probleem
 - Weghalen bij medische
 - Taboes doorbreken; begrip creëren
 - Identificatie met hoofdpersoon
 - o Informatie overbrengen
 - Opties tonen; bewustwording
 - Voorlichting
 - Seks
 - o Veilig
 - o Fetisj
 - Drugs
 - o Veilig
 - Ervaringsdeskundigen
 - Experts
 - Preventie: voor jezelf leren zorgen
 - Wetenschappelijk
 - Medische ontwikkelingen
 - o Van het leven genieten
 - o Probleemstelling oplossen
 - o Opkomen belangen consument
 - Waakhondfunctie

- Keuzes tijdens productieproces/format
 - Inhoud
 - Afwisseling, diversiteit, balans
 - Afhankelijk van omroep
 - Opbouw scenes/indeling programma
 - Automatische pilot/aanvoelen/uitproberen
 - Cinematografische keuzes
 - Camerapositie
 - Vlogs
 - Filmlocatie
 - Op locatie
 - Studio
 - Live
 - Urgentie
 - Kijkers trekken
 - Interactie met kijker
 - Social media
 - Uiterlijk
 - Keuze hoofdpersonen
 - Diversiteit
 - Verschillende verhalen
 - Niet te ziek
 - Ziekte geaccepteerd
 - Keuze studiogasten
 - Experts
 - Ervaringsdeskundigen
 - Politici
 - Consumenten
 - Patiënten
 - Organisaties
 - Meebewegen met kijker
 - Verschillende platformen
 - Presentatoren
 - Functie
 - Ervaren/beleven
 - Onderzoeken
 - Niet opvallend/achtergrond
 - Gezicht programma
 - Patiënten volgen
 - Activiteiten

- Dagelijks leven
 - Bal volgen
- Samenwerking met organisaties

- Omroep
 - Vergelijking commerciële omroep
 - Publieke omroep
 - Invloed op inhoud/benadering
 - Regelgeving

- Onderwerpen
 - Doktersbezoek
 - Emotie
 - Ervaring patiënt
 - Dood/leven
 - Lading/emotie
 - Leven met ongeneeslijke ziekte
 - Kwaliteit van leven
 - Drugs/seks
 - Voorlichting
 - Veilig gebruik
 - Ervaring door presentator
 - Ziekte
 - Oorzaak ziekte
 - Wordt geen aandacht aan besteed
 - Genetisch
 - Pech
 - Omgeving
 - Maatschappij
 - Ongezond eten
 - Slankheidsindustrie
 - Welvaart
 - Onverantwoord/ongezond gedrag
 - Verslaving
 - Ongezonde leefstijl
 - Genezing
 - Medische, geavanceerde behandeling
 - Operatie

- Ontwikkelingen op medisch gebied
 - Gezond leven
 - Beweging
 - Conditie
 - Gezond eten
 - Moeilijk
 - Ongeneeslijk
 - Dood
 - Mee leren leven/acceptatie
 - Doktersbezoek
 - Emotie
 - Ervaring patiënt
- Omgang met ziekte
 - Niet-medisch
 - Menselijk
 - Emotie
- Misstanden
 - Voor consument/patiënt
 - Verschillende perspectieven
 - Diepgang
 - Oplossingsgericht
 - Afwisseling
 - Compleet beeld
 - Oplossingsgericht
 - Actualiteit
 - Goede zorg
- Wetenschap
 - Expertise dokters
 - Informatief
 - Nieuwe medische ontwikkelingen

- Oorsprong programma

- Film
- Buitenland
- Informatie overbrengen/wetenschap
- Voor de consument

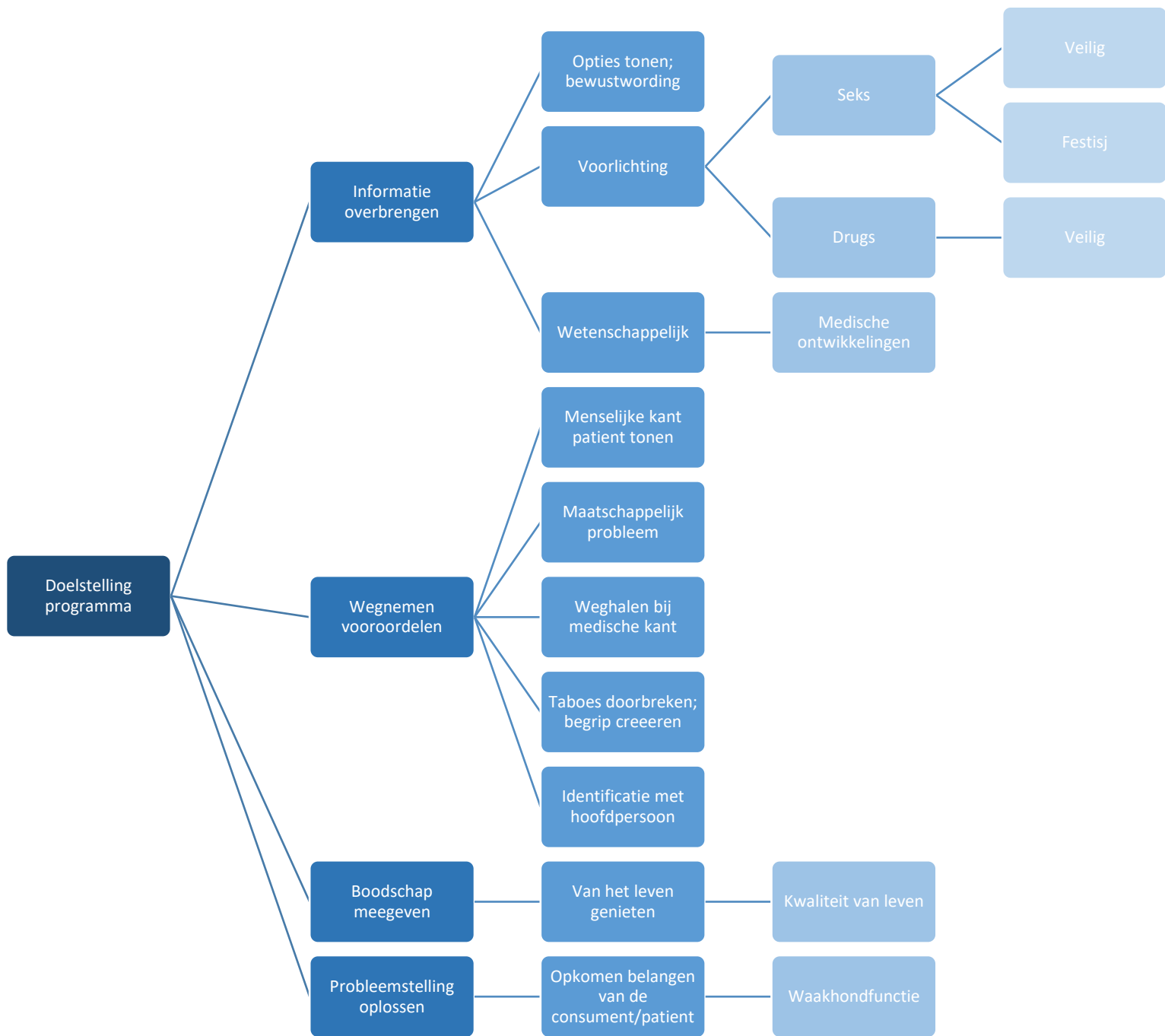
- Productie
 - o Samenstelling team productie
 - o Overleg
 - o Taakverdeling

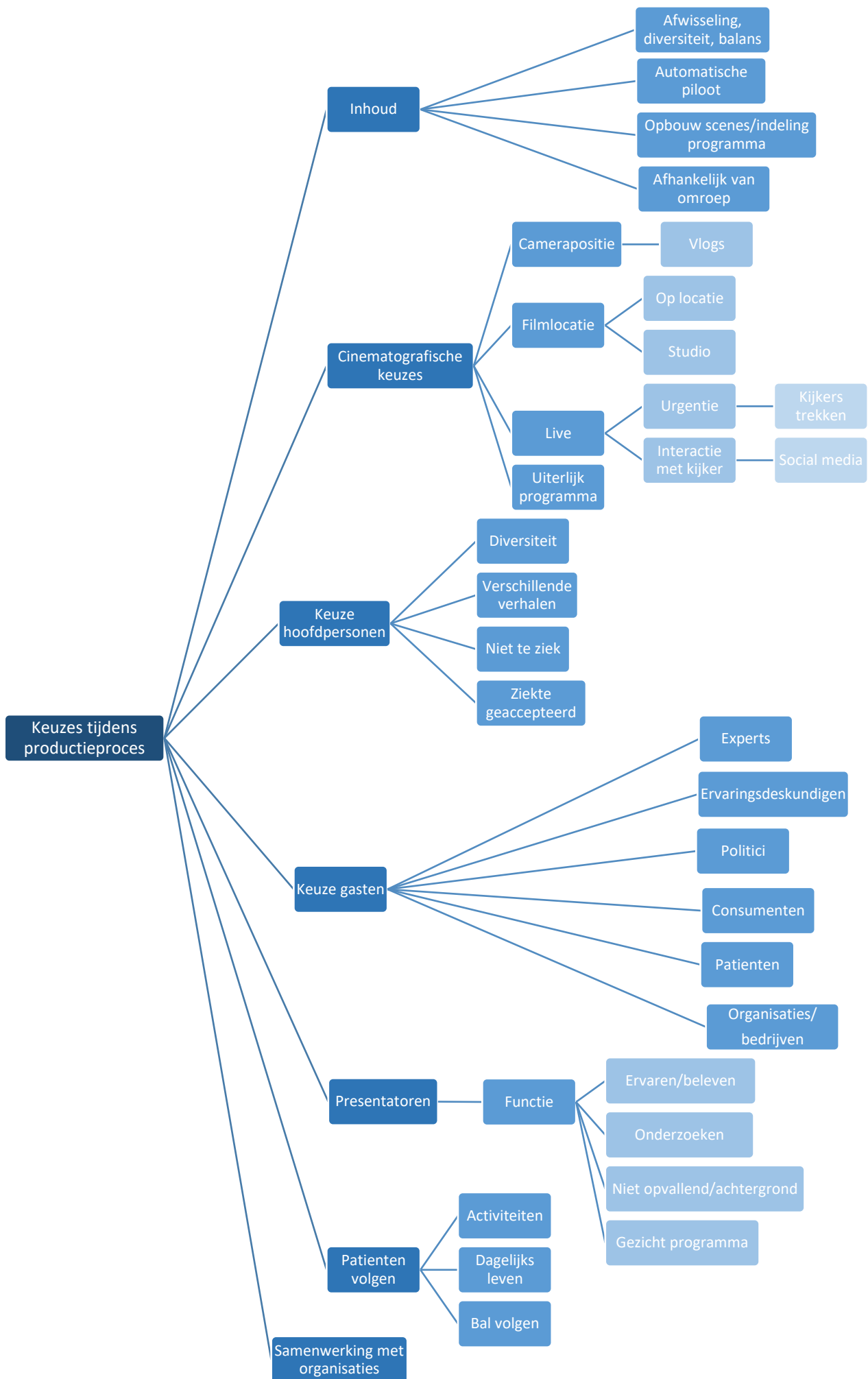
Kaartjes die gekozen zijn tijdens de interviews:

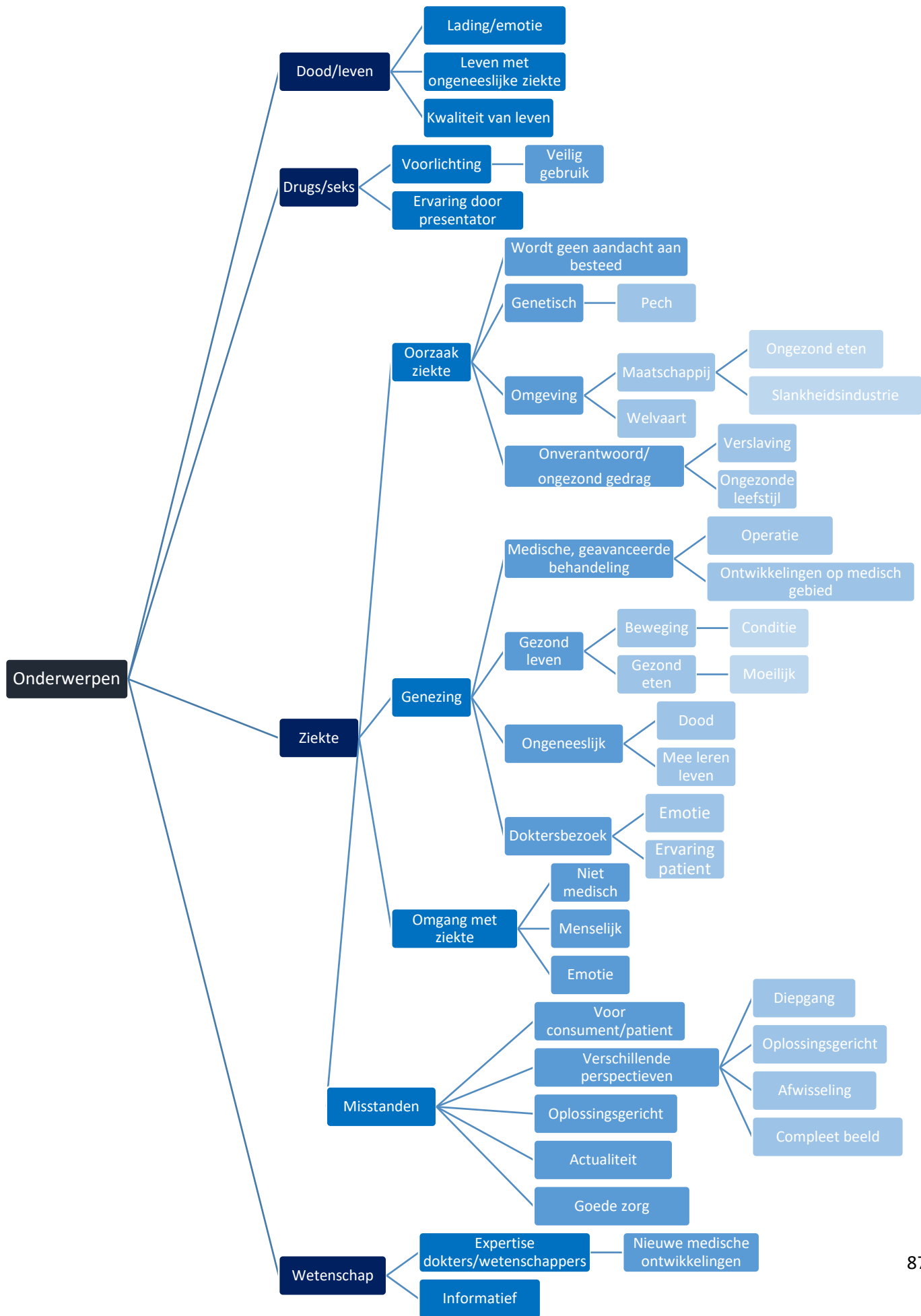
- Patiënten worden behandeld m.b.v. geavanceerde, high-tech behandelingen
 - o Afhankelijk van de operatie
 - o Hoort bij wetenschappelijk programma
- Er wordt weinig aandacht besteed aan de oorzaak van de ziekte
 - o Oorzaak beschrijven past niet bij programma
- De patiënt is de hoofdpersoon
 - o Combinatie
 - o Patiënt is hoofdpersoon in de items
- Er wordt ingegaan op een mogelijk machtsconflict tussen de dokters/geneeskunde en de patiënt
 - o Machtsconflict door beslissingen van bovenaf
 - o Conflict tussen consument en organisatie
 - o Wordt niet uit de weg gegaan
 - o Haat
 - o Scheve verhoudingen tussen patiënt en dokter
- Er wordt extra informatie verschaft die een dokter zelden zou geven
 - o Kijker zou er anders niet mee in aanraking komen
 - o Extra informatie voor consument
 - Consument kan zelf stappen ondernemen
 - o Kijkje achter de schermen
 - o Psychologisch
- Verschillende behandelingen worden met elkaar vergeleken en de voor- en nadelen worden afgewogen
 - o Door arts
 - o Door ervaringsdeskundige
 - o Opties voorleggen
- De kijker leert hoe deze gezonder kan leven
- De fysieke leefomgeving wordt verantwoordelijk gesteld voor bepaalde ziekten
- De overheid/politiek moet ervoor zorgen dat bepaalde ziekten/aandoeningen kunnen worden voorkomen
 - o Maatregelen treffen
- Kwaliteit van leven is belangrijker dan een lang en moeizaam ziektebed
 - o Acceptatie

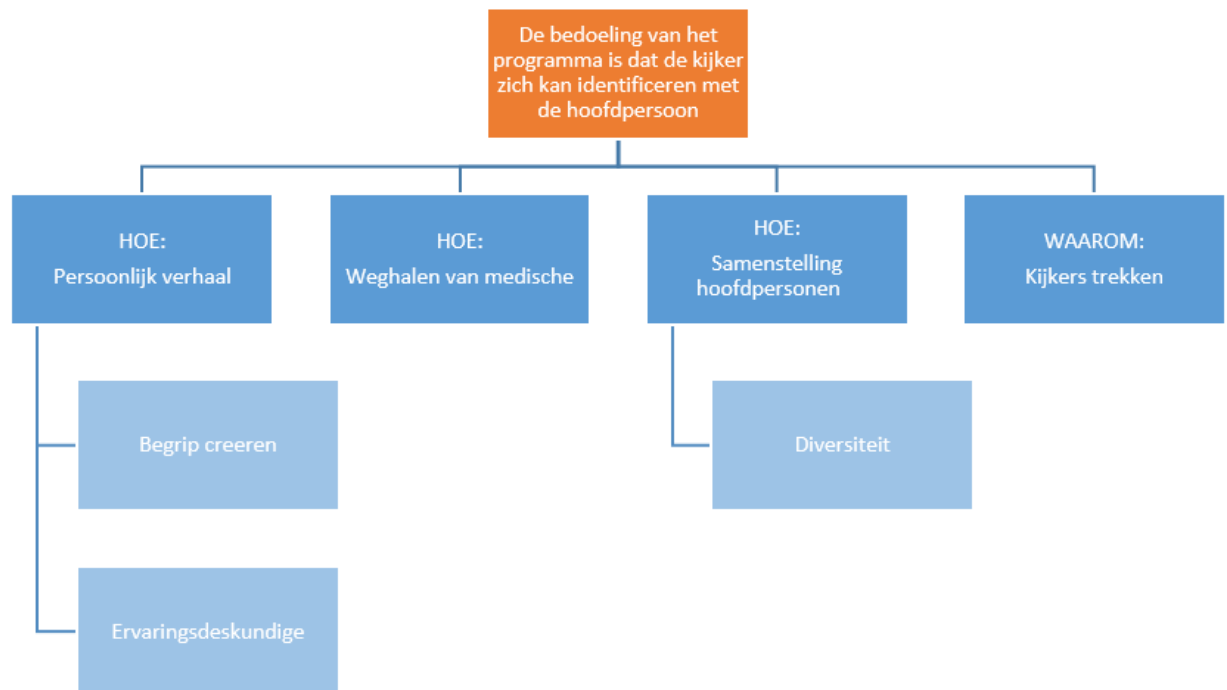
- Niet medisch
 - Leven
- Het programma draait voornamelijk om de verhalen van de patiënten en consumenten
 - Ervaringsdeskundigen
 - Problemen van consumenten aankaarten
 - Oplossingsgericht
- Het dagelijks leven van de patiënt staat centraal
 - Basis van het programma
 - Onderdeel
 - Bal volgen
 - Vloggen
- De kijker kijkt mee door de ogen van de dokter
 - Letterlijk
 - Camerapositie
 - Niet-letterlijk
- De kijker kijkt mee door de ogen van de patiënt
 - Identificatie kijker met hoofdpersoon
 - Kijker staat dichtbij de hoofdpersoon
 - Letterlijk
 - Vlogs
 - Camerapositie
 - Niet-letterlijk
 - Ziekte volgen
- Het programma gaat vooral over ongeneeslijke ziekten
 - Kanker
- Er worden voornamelijk chronische aandoeningen belicht
 - Kanker
- Er wordt veel gesproken over de dood
 - Kanker
 - Accepteren ziekte
- De patiënt accepteert het leven en de ziekte zoals het loopt
 - Geschikter voor programma
 - Hoort bij kwaliteit van leven
 - Accepteren maakt leven makkelijker
- De kijker leert verantwoord om te gaan met bepaalde medicijnen of drugs
 - D.m.v. voorlichting
- Het effect van medicijnen/drugs op het lichaam wordt laten zien
 - Ervaringsdeskundige
- De expertise van wetenschappers en dokters is het meest belangrijke in het programma
 - Basis van programma

- Voorlichting
 - Informatief
 - Wetenschappelijk
 - Veiligheid
 - Betrouwbaarheid
 - Bevestiging door expert
- Onderdeel van programma
 - Bijvangst
 - Relatie tussen patiënt en dokter
- De bedoeling van het programma is dat de kijker zich kan identificeren met de hoofdpersoon
 - Persoonlijk verhaal
 - Begrip
 - Ervaringsdeskundige
 - Taboe doorbreken
 - Niet-medisch
 - Samenstelling hoofdpersonen
 - Diversiteit
 - Kijkers trekken
- De ervaring van de patiënt met de ziekte is het belangrijkste
 - Persoonlijke verhaal
 - Bal volgen
- De gevaren van onveilig en ongezond gedrag worden benadrukt
 - Ervaringsdeskundigen
 - Verhalen waarin het fout gaat
 - Onveilige seks
 - Onveilig drugsgebruik
 - Door experts
 - Door presentator













Bijlage 7: Kenmerken Gezondheidsbenaderingen

Medische benadering

Hoofdpersoon	De dokter of wetenschapper vervult een duidelijke hoofdrol. Hij of zij zorgt ervoor de patiënt genezen wordt of demonstreert nieuwe medische ontwikkelingen. Echter, de patiënt is onmisbaar geworden. Deze krijgt een stem, zodat het programma een menselijke kant krijgt en de kijker zich kan identificeren met het verhaal.
Centrale thema's	Medische behandelingen door artsen, genezing van de ziekte of aandoening van de patiënt en onderzoeken naar nieuwe behandelingen staan centraal in de medische benadering. In de medische benadering draait het om het tonen aan de kijker waar de medische wereld momenteel toe in staat is en bovendien om te tonen wat er in de toekomst wellicht mogelijk zal zijn.
Oorzaak ziekte	Aan de oorzaak van de ziekte wordt niet veel aandacht besteed. Wanneer het aan bod komt, blijkt dat het voornamelijk gaat om ziekten of aandoeningen die genetisch of biologisch bepaald.
Manier van genezing	De patiënt is afhankelijk van de medische behandeling, omdat het gaat om een ziekte die niet is ontstaan naar aanleiding van externe factoren, maar van genetische of lichamelijke factoren. De artsen of de wetenschap spelen de hoofdrol in de genezing, omdat deze daadwerkelijk zorgen dat de patiënt van de ziekte genezen wordt. Genezing wordt gelijkgesteld aan medicijnen, operaties en andere medische behandelingen. Deze behandelingen zijn leidend in de verhaallijn van deze benadering.
Cinematografische keuzes	Er is een aantal cinematografische keuzes die bijdraagt aan de kenmerken van de medische benadering. Zo speelt de filmlocatie en –positie een grote rol om nadruk te leggen op bepaalde elementen.
Expertise	De expertise van dokters en wetenschappers vormt de basis van deze benadering: zonder deze expertise zouden deze programma's niet kunnen bestaan.

Hoofdpersoon	De hoofdpersoon in de consumentenbenadering is de consument.
Centrale thema's	De centrale thema's in deze benadering zijn de misstanden die aan het licht worden gebracht. Door met verschillende partijen te praten, wordt gezocht naar een oplossing die het beste is voor de consument. Alhoewel deze benadering zich volgens Karpf (1988) kenmerkt door machtsconflicten die zich tussen patiënten en dokters afspelen, blijkt dit iets gecompliceerder te liggen. De misstanden waar de consument de dupe van is, blijken vaak de oorzaak te zijn van beslissingen van hoger hand, zoals de regering en zorgverzekeraars. Dokters staan hierbij vaak machteloos en staan aan de kant van de patiënt. Tot slot draait het in de consumentenbenadering om het vinden van een oplossing voor het probleem van de consument. Dit betekent niet dat er een hapklare oplossing wordt geboden, maar aan de consument handvatten worden gegeven voor het maken van een weloverwogen keuze en deze de verschillende opties te zien krijgt.
Oorzaak ziekte	Hier wordt niet veel aandacht aan besteed en is niet eenduidig.
Manier van genezing	Er wordt informatie gegeven die een dokter zelden zou geven. Dit betekent echter niet dat de dokter deze informatie expres achterhoudt; het gaat om extra informatie die bijvoorbeeld niet aan bod zou komen tijdens een consult. Er worden alternatieve oplossingen geboden aan de consument.
Cinematografische keuzes	Deze gezondheidsbenadering speelt zich vaak af in een studio, zodat aan tafel gesproken kan worden met de verschillende betrokken partijen en het studiopubliek er ook bij betrokken kan worden.
Expertise	De expertise van wetenschappers is een belangrijk onderdeel in de consumentenbenadering, omdat door hen een bepaald standpunt wordt geverifieerd. Het is echter niet zo dat deze expertise het belangrijkste is.

Hoofdpersoon	Patiënten of presentatoren zijn de hoofdpersoon.
Centrale thema's	In de zorg-voor-jezelfbenadering draait het om een gezonde leefstijl en het leren zorgen voor jezelf. Dit kan worden opgevat in de breedste zin van het woord: het programma kan zich richten op beweging en een gezond eetpatroon om op die manier fitter en gezonder te worden, of op bijvoorbeeld voorlichting over het veilig gebruik van drugs en veilige seks.
Oorzaak ziekte	De oorzaak van de ziekte ligt in de handen van de persoon zelf. Het vertonen van onverantwoord of ongezond gedrag kan met bepaalde consequenties hebben op het gebied van gezondheid en kan dus worden voorkomen.
Manier van genezing	In deze gezondheidsbenadering wordt voornamelijk preventieve gezondheidszorg belicht. Het naleven van een gezonde leefstijl wordt aangemoedigd, waardoor ziekten en aandoeningen kunnen worden voorkomen. Wanneer je wel ziek wordt ten gevolge van onverantwoord of ongezond gedrag, ligt gezondheid in eigen handen, en kan je er zelf wat aan doen om weer gezond te worden. Genezing wordt dus bereikt door hier zelf op actieve manier iets aan te doen.
Expertise	Net als bij de voorgaande benaderingen vormt ook bij de zorg-voor-jezelfbenadering de expertise van dokters en wetenschappers een belangrijke basis. Bevestiging van experts is nodig, omdat zonder deze expertise het programma niet overkomt als betrouwbaar. Zij moeten de kijker op betrouwbare wijze leren hoe je gezond kan leven.

Omgevingsbenadering

Hoofdpersoon	Patiënten zijn de hoofdpersoon
Centrale thema's	In de omgevingsbenadering draait het om bepaalde ziekten of aandoeningen die te wijten zijn aan de omgeving. De omgeving kan slaan op de maatschappij, maar ook bijvoorbeeld ook op de politiek die te weinig maatregelen treffen. Met een politieke invalshoek worden deze ziekten en aandoeningen belicht.
Oorzaak ziekte	De omgeving is de oorzaak van de ziekte. Bepaalde kwaaltjes, zoals overgewicht of astma, zijn vaak genetisch bepaald en worden versterkt door de maatschappij en omgeving.
Manier van genezing	Omdat de grootste oorzaak van de ziekte te wijten is aan de omgeving, zal deze dus bij moeten dragen aan de genezing en voorkoming. Ook hier gaat het om preventie, alhoewel het op een ander niveau wordt getrokken. Wanneer maatregelen worden getroffen door bijvoorbeeld de overheid, kunnen ziekten worden voorkomen of genezen.
Cinematografische keuzes	De camerapositie of achtergrond kan bijdragen aan het benadrukken van de standpunten die worden aangehangen in deze benadering.
Expertise	De manier waarop de expertise van deskundigen in beeld wordt gebracht is niet eenduidig in deze benadering.

Kwaliteit-van-levenbenadering

Hoofdpersoon	De hoofdpersoon in deze benadering is de patiënt.
Centrale thema's	In de kwaliteit-van-levenbenadering ligt de focus op het dagelijks leven van de hoofdpersoon die laat zien hoe deze omgaat met een bepaalde ziekte of aandoening. De emoties en beleving van de hoofdpersoon staat hier centraal.
Oorzaak ziekte	De oorzaak van de ziekte is genetisch of lichamelijk, maar hier wordt niet veel aandacht aan besteed
Manier van genezing	Omdat het programma draait om de manier waarop de hoofdpersoon omgaat met een bepaalde ziekte en hoe het invloed heeft op zijn/haar leven, zijn de ziekten vaak ofwel ongeneeslijk ofwel chronisch. Genezing is niet waar het om draait in deze benadering. In plaats van de medische kant van een ziekte te tonen, gaat het in deze benadering om de menselijke en emotionele kant.
Cinematografische keuzes	In deze benadering wordt veel gebruik gemaakt van vlogs, zodat de hoofdpersonen dicht bij de kijker komen. Daarnaast speelt de presentator in deze benadering een belangrijke rol, alhoewel het niet om deze persoon draait. De kwaliteit-van-levenbenadering heeft vaak overeenkomsten met reality-tv.
Expertise	Omdat het dagelijks leven van de patiënt de lijn van het verhaal bepaald, komen er ook dokters in beeld. Zij krijgen echter geen belangrijke rol.