

Ben ik in beeld? Dokters en patiënten op televisie.

Gert Olthuis & Alies Struijs

Pro memorie ZAPs (beroepsgeheim)

[dit artikel is verschenen in De Kwestie. Praktijkboek ethiek voor de gezondheidszorg. Redactie: Inez de Beaufort, Medard Hilhorst, Sofie van Damme en Suzanne van de Vathorst. 2^e druk 2011.]

Casus – ‘Het is in orde. We hebben het er straks over’

Als de heer Van Elst op een ochtend zijn vrouw buiten bewustzijn in de woonkamer vindt, doet hij twee dingen. Hij belt eerst 112 en vervolgens zijn zoon Hans die om de hoek woont. Zowel hulpdiensten als zoon zijn snel in de woning aanwezig. De kleine woonkamer bevindt zich op de eerste etage. Hans en zijn vader worden verzocht zich naar de begane grond te begeven, zodat het ambulancepersoneel de ruimte heeft. Terwijl zij beneden gespannen afwachten, zien zij twee mannen, die er uitzien als ambulancebroeders, de woning binnenkomen en naar boven lopen. Een van hen heeft een camera op de schouder. Hans reageert direct: “Dit wil ik niet, ga weg.” Het tweetal, dat al halverwege de trap staat, zegt: “Het is in orde, hoor. We hebben het er straks even over.” Ze lopen door en beginnen met filmen. Hans dringt er nogmaals sterk op aan dat ze moeten vertrekken. Hij voegt er aan toe dat hij zich onbehagelijk voelt bij de hele gang van zaken. Een aanwezige politieagent spreekt de cameraman en zijn collega aan en stuurt hen beiden de woning uit.

Gezondheidszorg op TV: samenspel van belangen

De bovenstaande gang van zaken is gebaseerd op een reële casus. Het laat zien hoe handig programmamakers van dit soort situaties gebruik maken om goed scorende TV-programma's te maken. De kwetsbaarheid en hulpvraag van zomaar een burger – je zou het zelf kunnen zijn – biedt prachtig materiaal om in te spelen op de kijkbehoeften van een groot TV-publiek. Achter de schermen roept het ethische vragen op. Want doet zich hier niet een botsing van waarden en belangen voor? Verdragen belangen van TV-makers, zoals nieuwswaarde, snelheid en openheid, zich met waarden in de gezondheidszorg, als vertrouwen, autonomie en privacy? Hoe tegengesteld ook, gezondheidszorg en TV-makers hebben elkaar gevonden en lijken elkaar nodig te hebben. Dat blijkt wel als we inzoomen op het samenspel van verschillende partijen met hun belangen bij gezondheidszorg op TV.

Zo biedt televisie *ziekenhuizen* de kans zich van hun beste kant laten zien. Ze laten bijvoorbeeld graag zien hoe patiëntvriendelijk en efficiënt ze werken om hun imago te verbeteren. Omgekeerd geeft de gezondheidszorg *televisiemakers* de gelegenheid om relatief goedkope, succesvolle programma's te maken en fungeert ze als een bijna dagelijkse bron van nieuws. Ook *patiënten* grijpen TV-programma's aan om hun wel en wee en hun ziekte bij een breed publiek onder de aandacht te brengen. En de *zorgverleners*? Ook zij doen er hun voordeel mee. Ze tonen welke nieuwste behandelingen er mogelijk zijn en wat er zoal bij dagelijkse patiëntenzorg komt kijken.

Of het nu als nieuwsitem is, als reality-programma of als onderwerp voor een documentaire: gezondheidszorg op TV doet het goed. Zelfs een openhartoperatie is live op de TV te volgen (Dekker, 2011). Het kan allemaal, maar moeten we er ook aan meedoen? Het Centrum voor

Ethiek en Gezondheid onderzocht in hoeverre de werelden van zorg en TV zich laten combineren en welke morele afwegingen zich daarbij voordoen (CEG/RVZ, 2009). Deze bijdrage is hierop gebaseerd en richt zich vooral op de dokter die in beeld kan komen.

Dat kan op twee manieren gebeuren: *in actie* in een reality-programma en *in de actualiteit* van nieuwsprogramma's. Voor beide situaties bespreken we de morele haken en ogen. Als aankomend dokter moet je voorbereid zijn op de vraag of je medewerking wilt verlenen aan dergelijke TV-producties. Welke overwegingen spelen in zo'n beslissing een rol? Waarom doe je mee en welke gevolgen heeft jouw besluit voor de belangen van anderen, zoals die van je patiënten of van je ziekenhuis?

Reality-TV: de dokter *in actie*

Een camera die de meest intieme momenten van het dagelijkse leven registreert en verspreidt over een groot publiek is steeds normaler geworden. Deze "medialisering" van de samenleving vindt plaats door TV-camera's, maar ook via *social media* als Facebook en Twitter. Wat voorheen nog privé was, wordt steeds meer publiekelijk gedeeld. Sinds enkele decennia kennen we reality-TV dat handig de belangrijkste troeven van televisie benut: onmiddellijkheid en een directe, levendige echtheid (Van Dijck, 2002).

Box 1 – Waarom kijken we naar zieke mensen?

Reality-programma's over gezondheidszorg scoren al jaren onverminderd goed. In de top 100 van best bekeken programma's in week 41 van 2010 staan er bijvoorbeeld zes: De Dorpsdokter, Ingang Oost, De Vakantiedokter, Centrale Huisartsenpost, Afslag UMC Utrecht en Trauma Centrum (bron: www.kijkonderzoek.nl).

Waarom trekt het mensen aan om naar zieke of gewonde andere mensen te kijken op TV? Tenminste twee factoren spelen mee. Allereerst gaat het om amusement, spanning en nieuwsgierigheid, maar ook herkenning. De aandacht van de kijker wordt vastgehouden door een spanningsboog te creëren. Het is volgens sommigen te vergelijken met de vertelvorm van het sprookje, met in de hoofdrol de hulpbehoevende patiënt en de reddende dokter. Een tweede factor is dat de kijker getuige is van iets wat normaal gesproken niet zichtbaar is en vertrouwelijk blijft (een bezoek aan de huisarts of aan de spoedeisende hulp), maar daar anderzijds ook buiten staat. Hulpeloos gruwelend kan toegezien worden hoe een dienstdoende chirurg een spijker uit een vinger verwijderd, maar er kan altijd gezapt worden. "Je ziet hypochonders met wezenloze klachten, mensen met chronische ziekten, artsen die foto's bestuderen, en heel veel beleefdheid, heel veel geruststelling en (de kijker haalt opgelucht adem) heel veel goede aflopen. Voor respect een tien, voor integriteit een nul," schreef columniste Beatrijs Ritsema in HP/De Tijd (2009).

Bij het filmen van de arts-patiëntsituatie zijn er minstens drie morele overwegingen:

1 Openheid of misleidende beeldvorming?

'Ik zag het als een kans om aan het eind van mijn carrière mijn prachtige vak in de schijnwerpers te zetten,' zegt een huisarts over zijn beweegreden mee te doen aan *De*

Dorpsdokter (Groenier, 2010a). Een soortgelijke motivatie heeft een kinderchirurg die regelmatig optreedt in *Afslag UMC Utrecht*: “Ik vind het leuk om de mensen een kijkje in de keuken te geven bij de afdeling kinderchirurgie. We genieten internationale bekendheid met onze kijkoperaties voor pasgeborenen. Het is mooi om te laten zien hoe we in die hele kleine lichaampjes de zaken recht kunnen breien” (Groenier, 2010a).

Openheid en transparantie over wat er gebeurt achter de muren van een ziekenhuis of huisartsenpraktijk of achter de gesloten deuren van de ambulance is de belangrijkste reden om mee te werken aan TV-programma. Het sluit aan bij de tijdgeest van authenticiteit. Pionier in medische televisie, Ria Bremer, begon in 1980 met het programma *Vinger aan de pols*. Niet alleen zorgverleners willen graag laten zien wat ze doen, mensen willen ook graag geïnformeerd worden: “Toen ik er dertig jaar geleden mee begon, heb ik een groot onderzoek laten doen naar wat mensen willen zien op televisie. Daaruit bleek toen al dat mensen vooral geïnformeerd willen worden over wat hen het dierbaarst is: hun gezondheid. Ze willen meer weten voor zichzelf, maar ze zijn ook heel benieuwd naar hoe het met buurman gaat. En ook naar degene die in de wachtkamer zit en de persoon die in de ambulance ligt die met sirenes voorbij rijdt” (Groenier 2010b).

Deze openheid kent ook een keerzijde. De openheid over patiëntenzorg geeft vaak een vertekend beeld van de werkelijkheid: de nadruk ligt op succesverhalen, wachttijden lijken zich nauwelijks voor te doen op de spoedeisende hulp, de zorgverleners zijn altijd voorkomend en beleefd, en de onderlinge samenwerking verloopt immer soepel. Dergelijke beeldvorming leidt bij patiënten gemakkelijk tot overschatting van mogelijkheden en hogere verwachtingen dan de dokter kan waarmaken.(Geiderman et al, 2002).

2. De toestemming van de patiënt tegenover de vertrouwelijkheid van de zorgverlening?

Een ander zorgwekkend punt zijn de gevolgen van medische reality-TV voor de vertrouwelijkheid van het verlenen van zorg (privacy). Toen mevrouw Pleeging (73) met hartproblemen op de Spoedeisende Hulp van het ziekenhuis kwam, stond daar een man in een witte jas. Hij vroeg haar te mogen filmen. “Ik dacht dat het een arts was en dat de opnames voor intern gebruik waren. Dus ik zei: ‘als het moet, dan moet het maar’. Stond er ineens een hele cameraploeg aan mijn bed. Bleek ik in het EO-programma *Ingang Oost* te zitten” (Tamsma, 2009). Het verkrijgen van toestemming is een heikele kwestie bij het filmen van patiëntenzorg. Hoewel TV-makers en zorginstellingen vaak goede afspraken maken met elkaar, alle ziekenhuizen een PR & Communicatieafdeling hebben, veel instellingen mediabeleid formuleren, patiënten op elk moment hun medewerking kunnen intrekken en de toestemming contractueel afgedekt is, blijft het de vraag hoe weloverwogen de toestemming van patiënten altijd is.

Allereerst is er de situatie, zoals die van mevrouw Pleeging, dat de cameraploeg al aanwezig is en klaarblijkelijk toestemming heeft van de zorginstelling en het aanwezige personeel om te filmen. Voor sommige patiënten kan zo’n situatie de indruk wekken dat het lastig of nadelig is om opnames te weigeren of dat het juist vanzelfsprekend is om mee te werken. Ook is niet iedere patiënt op elk moment even goed in staat informatie tot zich te nemen en een goede afweging te maken (Gerads, 2010).

Een stap verder is het filmen van een patiënt die buiten bewustzijn is, zoals mevrouw van Elst. TV-makers vragen soms toestemming aan aanwezige familie en vervolgens achteraf – wanneer deze weer aanspreekbaar is – aan de patiënt in kwestie. Dit is in strijd met de Wet op Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO), die stelt dat alleen met instemming van de patiënt het mogelijk is dat er derden aanwezig zijn. Artsen hebben dus een verantwoordelijkheid om het filmen van bewusteloze patiënten te voorkomen.

Het komt ook voor dat niet de programmamakers, maar zorgverleners patiënten informeren over de aanwezigheid van een cameraploeg en hen om toestemming vragen voor het filmen van de behandeling. Het is de vraag of zorgverleners zich daarvoor moeten lenen en programmamakers niet op een oneigenlijke wijze gebruik maken van het vertrouwen dat patiënten hebben in de zorg. Patiënten vinden het niet altijd gemakkelijk het verzoek van hun zorgverlener te weigeren.

3. Beroepsgeheim of voor altijd publiek bezit?

“Extreme vormen van ‘openheid’ over het wel en wee van patiënten zijn de live-opnames van spreekuren en operaties in reality-series op bijna alle tv-netten. Zelfs sterfscènes worden niet meer geschuwd.” Dit stelde een hoofdredactioneel commentaar in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde enige tijd geleden. De morele normen die de artseneed reflecteert, geven aanleiding tot ‘openheid met beleid’, waarschuwen de auteurs: “We moeten voorkomen dat nonchalance tot verlies aan respect leidt” (De Leeuw et al, 2008). De verschuiving van de grens tussen privé en publiek, zet een belangrijke morele norm van het artsenvak het beroepsgeheim (‘het geheim van de patiënt’) onder druk. Die norm mag alleen om zwaarwegende redenen worden geschonden, wanneer het welzijn van de patiënt ernstig in het geding is of wanneer anderen in gevaar zijn. Er is sprake van een conflict van plichten, waarbij je door het beroepsgeheim te doorbreken ernstige schade voor de patiënt of voor derden kunt voorkomen. Het grote belang van het beroepsgeheim is gebaseerd op twee overwegingen. In de eerste plaats moeten individuele patiënten alles aan hun dokter kunnen vertellen en erop kunnen vertrouwen dat dit niet aan anderen wordt doorverteld. Dat is een individueel belang. In de tweede plaats is het een publiek belang dat iedereen zich tot een arts moeten kunnen wenden zonder de angst dat vertrouwelijke gegevens bij derden belanden. Het zou de toegang tot de gezondheidszorg ernstige ondergraven. Dit beroepsgeheim speelt niet alleen bij mondelinge informatie, maar ook voor beeldmateriaal van scans en testresultaten (Ten Have et al, 2009).

Het beschermen van de privacy van patiënten mag een groot goed zijn in de zorg, het zijn dikwijls ook de patiënten zelf die toestemming geven voor het maken en uitzenden van opnamen. Dat de kwaliteit van de toestemming soms te wensen overlaat, zeker als het patiënten buiten bewustzijn betreft, kwam al eerder ter sprake. De mogelijkheden van verspreiding op het internet maakt dat een ‘weloverwogen consent’ nog meer omstreden. Producenten hebben weliswaar de rechten op de gemaakte beelden, maar weten zelf vaak ook niet wat er na de uitzending met die beelden gebeurt. En belangrijker: patiënten én artsen realiseren zich vaak niet dat toestemming geven voor een uitzending op TV kan betekenen dat beelden het ‘eeuwige leven’ tegemoet gaan op websites als Youtube en Uitzending gemist.

De dokter in de actualiteit

De enorme hoeveelheid geld die erin omgaat, de dynamiek van het zorgsysteem en het algemeen gevoelde belang van een goede gezondheid maken de gezondheidszorg een dankbare bron voor journalistieke nieuwsgaring. Berichten over een nieuwe behandeling zijn de volgende dag al gespreksonderwerp in de spreekkamer. Transparantie van zorginstellingen over hun patiëntenzorg en bedrijfsvoering is tegenwoordig heel gewoon. Sommige ziekenhuisbestuurders pleiten daarom voor een glazen ziekenhuis, “waar geborgenheid is, maar niets verborgen blijft. De doorzichtigheid van glas waarborgt dat de buitenwacht kan meekijken, en daarmee de binnenwacht een spiegel kan voorhouden” (Lohman, 2008). Hoe groot het belang van openheid en controleerbaarheid ook is, toch zijn aan ‘de dokter in het nieuws’ twee morele overwegingen verbonden waarop we de aandacht willen vestigen: de kwaliteit van de berichtgeving en de verantwoordelijkheid van de individuele zorgverlener.

1. De kwaliteit van het nieuws

De impact van gezondheidszorgnieuws kan groot zijn, maar dat is nog geen garantie voor de kwaliteit ervan. Informatie voor het brede publiek wordt steeds vaker gepresenteerd volgens een medialogica (RMO, 2003). De concurrentie in medialand is moordend, de snelheid waarmee nieuws wordt gebracht is daarom cruciaal en de nieuwswaardigheid hangt af van conflicten, tegenstellingen en scherpe stellingnamen (Evers, 2008). Zo’n logica is niet altijd gediend van een genuanceerde mening. Dit betekent bovendien dat journalisten soms te weinig oog hebben voor de complexe context van hun boodschap (Dentzer, 2009). De gevolgen daarvan zijn terug te lezen in een debat over medische missers in de media (www.mediadebat.nl), waar regelmatig sprake is van ‘eenzijdige berichtgeving’ en van ‘makkelijk nieuwtjes’ die verpakt worden in een pakkende oneliner. Om de kwaliteit van het nieuws mee te kunnen bepalen, beschikken de meeste zorginstellingen tegenwoordig over afdelingen communicatie die de kneepjes van het vak kennen. Zij regisseren meestal de perscontacten.

2. De verantwoordelijkheid van de dokter

In mei 2010 stortte in Libië een Airbus neer waarbij meer dan zestig Nederlanders om het leven kwamen. Een jongetje van 9 jaar was de enige die de ramp overleefde. Hij verloor zijn ouders en broertje en belandde in een ziekenhuis in Tripoli. Een journaliste belde het ziekenhuis en kreeg een behandelend arts aan de lijn. Deze gaf de telefoon door aan de jongen in bed en de journaliste slaagde erin een gesprekje te voeren met het slachtoffer. Dit leidde tot groot nieuws in haar krant De Telegraaf. Daarnaast verschenen al snel filmpjes van de slapende jongen in het ziekenhuisbed op Youtube (zie ook box 2). Een fel debat over goede smaak in de journalistiek volgde. De Raad voor de Journalistiek (2010) oordeelde dat met publicatie van de inhoud van het telefoongesprek een maatschappelijk aanvaardbare grens overschreden is.

Box 2 – ‘Undercover nurse’

Met de voortschrijdende digitalisering van de samenleving, steekt een heel nieuwe vorm van mediamacht de kop op. Zo kunnen ontevreden familieleden heimelijk met een mobieltje de onhygiënische situatie in een verpleeghuis waar hun moeder is opgenomen filmen en dat online zetten. Ook zorgverleners valt die macht toe. Opmerkelijk is bijvoorbeeld het verhaal

van verpleegkundige Margaret Haywood. In 2005 ging zij werken in een ziekenhuis in het Engelse Brighton. Ze schrok van de ondermaatse zorg die ze aantrof: 'There was a failure to meet basic human needs' (Grant, 2010). Het aanpakken van de problemen bij het management had geen succes. Haywood besloot de falende patiëntenzorg te filmen en monteerde een cameraatje zo klein als een speldenknop onder haar badge. De BBC kreeg het materiaal en maakte er een programma dat voor veel ophef zorgde in juli 2005. Dit klokkenluiderschap kostte haar in april 2009 haar registratie als verpleegkundige. Niettemin ging ze in beroep en werd in oktober van dat jaar gerehabiliteerd. Er zitten verschillende ethische kanten aan deze zaak. Enerzijds was het heimelijk filmen een grove schending van het vertrouwelijke karakter dat inherent is aan patiëntenzorg en had Haywood ook naar een krant kunnen stappen in plaats van naar de BBC. Anderzijds filmde ze met het oog op het verbeteren van de gezondheid en het welzijn van anderen en gaf ze zo een stem aan minder mondige, kwetsbare patiënten.

Los van het debat over de beelden op Youtube, is de rol van het Libische ziekenhuispersoneel en die van de dokter die de telefoon doorgaf aan de zwaargewonde jongen ronduit kwetsend. Zij speelden een sleutelrol in de evidente schending van de privacy van de jongen en van het beroepsgeheim. Patiënten zijn vrij hun verhaal doen over hun ervaringen in de zorg, maar zorgverleners (en instellingen) zijn gehouden aan hun zwijgplicht. Zij kunnen in het openbaar nooit inhoudelijk reageren op wat individuele patiënten op TV te berde brengen.

Tot slot

De vraag of je als dokter in beeld wilt, streelt wellicht de ijdelheid en biedt een mooie kans om je vak(kennis) aan een breed publiek te presenteren. Bedenk echter dat die vraag niet zonder morele spanning is. En hoewel je als dokter een verantwoordelijkheid hebt voor goede patiëntenzorg, de instelling waar je werkt, je directe collega's, en de gezondheidszorg in het algemeen en de beroepsgroep in het bijzonder, zul je ook je eigen afweging moeten maken. Want als je in beeld bent, ben je medeverantwoordelijk voor de beelden en verwachtingen waarmee patiënten in je spreekkamer zitten en de kwaliteit van het medische nieuws.

Opdracht:

Als arts kun je op verschillende manieren betrokken raken bij gezondheidszorg op TV. Denk eens na over onderstaande vragen en test die eens bij elkaar uit in een rollenspel:

1. Wat zijn voor jou als (aankomend) arts goede redenen om mee te werken aan een programma waarbij een patiënt en jij als arts in een behandelsituatie gefilmd worden? Geef aan welk doel je ermee zou willen dienen, in wiens belang de opname zou zijn, en welke waarden daarbij voor jou leidend zijn?
2. Wat doe je als je niet zelf in beeld komt, maar wel gevraagd wordt patiënten te selecteren op deelname aan een programma? Zou je daaraan meewerken? Stel je besluit mee te werken, hoe pak je het aan? Welke zorgvuldigheidseisen ('protocol') neem je in acht?

3. Sommige artsen zijn mordicus tegen iedere vorm van filmopnames in het ziekenhuis omdat ze hun patiënten willen beschermen tegen privacyschending. Ben je het hiermee eens?
4. Zoek eens naar een ziekenhuis die op zijn website en via een protocol laat weten of en hoe het medewerking verleent aan gezondheidszorgprogramma's op TV. Vind je dat elk ziekenhuis dit zou moeten doen?
5. *Situatie:* een programmamaker benadert een ziekenhuis dat enige tijd geleden imagoschade heeft opgelopen door een slecht functionerende afdeling. Het verzoek is om een mooi TV-programma te maken over het ziekenhuis, waarbij de programmamaker een vernieuwend aspect van het ziekenhuis in beeld wil brengen. Het betreft de laagdrempelige inloofunctie van het ziekenhuis dat in samenwerking met de lokale eerstelijnszorg is opgezet, bedoeld om mensen vroegtijdig te helpen bij gezondheidsrisico's door ongezond gedrag (roken, vetzucht). Voor het programma is de medewerking van enkele (huis)artsen, gespecialiseerde verpleegkundigen en patiënten nodig.

Speel de volgende situatie: de Raad van bestuur van het ziekenhuis heeft in principe geen bezwaar tegen filmopnames. Het vraagt de leidinggevende arts van de betreffende afdeling met de programmamakers de mogelijkheden voor filmopnamen te onderzoeken en met een voorstel te komen. Het gesprek hierover vindt nu plaats. Aan tafel zitten de leidinggevende arts, verantwoordelijk voor de inloofunctie. Hij leidt het gesprek waaraan ook een gespecialiseerd verpleegkundige, een communicatieadviseur, een ethicus, een vertegenwoordiger van de cliëntenraad, de programmamaker en een camaraman deelnemen. Wat zijn de belangrijkste bespreekpunten en welke afspraken willen zij vastleggen? Wat zal het voorstel zijn aan de Raad van bestuur?

Bronnen

Dekker, R. Openhartig over live-operatie op TV. Webartikel op www.ceg.nl

Dentzer S. Communicating medical news – Pitfalls of health care journalism. *New England Journal of Medicine* 2009; 360: 1-3.

Dijck J van. *Televisie in het tijdperk van de digitale manipuleerbaarheid*. Amsterdam: Vossiuspers UvA, 2002.

Evers H. Gezonde berichtgeving. In: I. De Beaufort et al (red). *De Kwestie. Praktijkboek ethiek voor de gezondheidszorg*. De Haag: Lemma, 2008 (Eerste druk) pp. 408-12.

Geiderman JM, Larkin GL. Commercial filming of patient care activities in hospitals. *JAMA* 2002; 288: 373-79.

Gerads RAE. *Komt een patiënt bij zijn coach...* Den Haag: RVZ, 2010

Grant P. Ethical lessons from the 'undercover nurse': implications for practice and leadership. *Journal of Medical Ethics* 2010; 36: 469-72.

Groenier R. Elke dag witte jassen op televisie. 'Niets is zo relevant als je gezondheid'. *KRO Magazine* 2010(a); 16-22 januari.

Groenier R. Doktertjes kijken verveelt nooit. *Het Parool*, 16 oktober 2010(b).

Have HAMJ ten, Meulen RHJ ter, Leeuwen E van. *Medische ethiek*. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2009.

Leeuw PW de, Zaat JOM, Verheugt FWA. Hippocrates in het tijdperk van de 'reality-tv'. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde* 2008; 152: 785-86.

Lohman E. Het glazen ziekenhuis. In: H. Geerts (red). *De dokter in het nieuws. Over media en gezondheidszorg*. Beek-Ubbergen: KIM-college, 2008, pp. 9-24.

Raad voor de Volksgezondheid en Zorg. *Met de camera aan het ziekbed. Morele overwegingen bij gezondheidszorg op televisie*. De Haag: Centrum voor Ethiek en Gezondheid, 2009. [te downloaden via www.ceg.nl]

Raad voor de Journalistiek. *Ambtshalve uitspraak over de vliegtuigramp bij Tripoli in Libië*. 4 augustus 2010. [zie: <http://www.rvdj.nl/2010/35>]

Ritsema B. *De gluurcultuur*. *HP/De Tijd*, 5 juni 2009. [te lezen op www.ceg.nl]

Tamsma F. *Televisie over leven en dood is een industrie*. *Nederlands Dagblad*, 28 mei 2009. www.mediadebat.nl. *Medische missers in de media*, 30 oktober 2008.