Universiteit Leiden
The Netherlands

Aansprakelijkheid van artsen : juridische theorie en medische praktijk

Giard, R.W.M.

Citation
Giard, R. W. M. (2005, November 21). *Aansprakelijkheid van artsen : juridische theorie en medische praktijk*. Boom Juridische uitgevers, Den Haag. Retrieved from https://hdl.handle.net/1887/3731

Version:	Corrected Publisher's Version
License:	Licence agreement concerning inclusion of doctoral thesis in the Institutional Repository of the University of Leiden
Downloaded from:	https://hdl.handle.net/1887/3731

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Aansprakelijkheid van artsen

Aansprakelijkheid van artsen

Juridische theorie en medische praktijk

PROEFSCHRIFT

ter verkrijging van
de graad van Doctor aan de Universiteit Leiden,
op gezag van de Rector Magnificus Dr. D.D. Breimer,
hoogleraar in de faculteit der Wiskunde en
Natuurwetenschappen en die der Geneeskunde,
volgens besluit van het College voor Promoties
te verdedigen op maandag 21 november 2005
klokke 16.15 uur

door

Raimond Walthère Michel Giard

geboren te 's-Gravenhage
in 1950

Promotiecommissie:

Promotoren:	Prof. mr. C.J.J.M. Stolker
	Prof. mr. W.H. van Boom (Erasmus Universiteit Rotterdam)
Referent:	Prof. mr. J.K.M. Gevers (Universiteit van Amsterdam)
Leden:	Prof. mr. J.M. Barendrecht (Universiteit van Tilburg)
	Prof. mr. A.C. Hendriks
	Prof. dr. H.L.G.J. Merckelbach (Universiteit van Maastricht)
	Prof. mr. J.H. Nieuwenhuis
	Prof. dr. A.J.P.M. Overbeke (Radboud Universiteit Nijmegen)

Lay-out: Anne-Marie Krens – Tekstbeeld – Oegstgeest

© 2005 R.W.M. Giard / Boom Juridische uitgevers

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet van 1912 gestelde uitzonderingen mag niets uit deze uitgave worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de uitgever.

Voorzover het maken van reprografische verveelvoudigingen uit deze uitgave is toegestaan op grond van artikel 16h Auteurswet 1912 dient men de daarvoor wettelijk verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht (Postbus 3051, 2130 KB Hoofddorp, www.reprorecht.nl). Voor het overnemen van (een) gedeelte(n) uit deze uitgave in bloemlezingen, readers en andere compilatiewerken (art. 16 Auteurswet 1912) kan men zich wenden tot de Stichting PRO (Stichting Publicatie- en Reproductierechten Organisatie, Postbus 3060, 2130 KB Hoofddorp, www.cedar.nl/pro).

No part of this book may be reproduced in any form, by print, photoprint, microfilm or any other means without written permission from the publisher.

ISBN 90-5454-633-6
NUR 822
www.bju.nl

Oorzaak en gevolg. – Vóór het gevolg gelooft men aan andere oorzaken dan er na.

Friedrich Nietzsche,
De Vrolijke Wetenschap [217]

Woord vooraf

Geïnterviewd door Bas Heijne zegt de Zwitsers-Engelse schrijver en filosoof Alain de Botton "Zo veel academische boeken zijn met zo weinig hartstocht geschreven, ze zijn zo abstract. Nergens krijg je een idee van wat de schrijver persoonlijk heeft bewogen om zijn boek te schrijven, waar het hem werkelijk om gaat".[1] Wat heeft mij ertoe aangezet dit boek te schrijven?

Wie als arts werkzaam is, zal fouten maken en ontkomt niet aan de onaangename gevolgen daarvan. Soms moeten we ons daarvoor juridisch verantwoorden. Maar zelf geconfronteerd met de rechtspraktijk – gelukkig in de rol van deskundige – schrok ik van de wijze waarop die afhandeling plaatsvond. In het 'toernooimodel' worden door advocaten over en weer uitspraken gedaan die nauwelijks serieus genomen kunnen worden, het duurt voor alle betrokkenen onmenselijk lang, het kost schatten en de arme rechter moet – vooral pragmatisch en veelal op goed geluk – uiteindelijk een beslissing nemen. Zou ik willen dat mijn medische gedragingen op deze wijze afgehandeld zouden worden?

Wie dit terrein in ogenschouw neemt, wordt geconfronteerd met tal van vragen van wetenschappelijke, normatieve en praktische aard. Nemen artsen de patiëntveiligheid wel voldoende serieus? Staat het probleem hoog genoeg op hun agenda? Weten we eigenlijk wel hoe (on)veilig de Nederlandse geneeskunde is? En hoe gaan we om met onze misslagen? Zijn juristen bereid om kritisch afstand te nemen van hun praktijk en zich ook af te vragen waar ze mee bezig zijn? Niemand lijkt tevreden met de huidige situatie van medische aansprakelijkheid: het slachtoffer niet, de vermeende dader niet, de advocaat niet, de verzekeraar niet, juist de overheid niet.

Deze kwesties hebben een zoektocht in gang gezet. Een propedeusejaar rechten en ontmoetingen met kritisch ingestelde juridische onderzoekers die vanuit hun vak eveneens grote belangstelling toonden voor dit gemeenschappelijke terrein deed het plan ontstaan om een gecombineerde medisch-juridische analyse van dit onderwerp te verrichten, een constructief onderzoek van medische aansprakelijkheid met een tikkeltje filosofisch georiënteerde ondervraging van uitgangspunten en gehanteerde methoden in beide kampen. Dat sloot mooi aan bij het gegeven dat ik me al jarenlang bezig hield met norma-

---

1 Bas Heijne *Tafelgesprekken* (2004), Amsterdam: Prometheus.

tieve aspecten van het beoefenen van de geneeskunde via de medische besliskunde en de klinische epidemiologie. Het kan niet alleen beter, nee, het moet duidelijk anders zowel in het medische als in het juridische kamp. Dát zijn mijn motieven en emoties.

Voorschoten, juli 2005

Raimond Giard

Inhoudsopgave

LIJST VAN AFKORTINGEN XVII

1 MEDISCHE MISSERS EN DE MAATSCHAPPIJ 1
1.1 Een maatschappelijk vraagstuk 1
1.2 Normering en regulatie van gedrag 3
1.2.1 Recht: een normenwetenschap 3
1.2.2 Gedragsbeïnvloeding van artsen 3
1.3 Een systeembeoordeling 5
1.3.1 Twee wetenschappen, drie vragen en twee motieven 5
1.3.2 Een model voor analyse 5
1.3.3 Doelstellingen van het aansprakelijkheidsrecht 6
1.4 Aansprakelijkheid van artsen in context 9
1.4.1 De medische context 9
1.4.2 De juridische context 11
1.4.3 De maatschappelijke context 14
1.4.4 Klachten, conflicten en geschiloplossing 15
1.4.5 Interacties tussen de verschillende belanghebbenden 15
1.4.6 Complexiteit 16
1.5 Onderzoek van medische aansprakelijkheid 17
1.5.1 Algemeen 17
1.5.2 Medische zorg: een risicosysteem 18
1.5.3 Drie niveaus van vragen 18
1.5.4 De uitkomsten van deze verkenning 19
1.6 De structuur van het onderzoek 20
1.6.1 Hoofdvragen 20
1.6.2 Algemeen: het aansprakelijkheidsrecht 20
1.6.3 Specifiek: medische aansprakelijkheid 20
1.6.4 Leren van fouten 21
1.6.5 Formuleren van het wenselijke recht 21
1.6.6 Het onderzoek: methoden en bronnen 21
1.7 Opbouw en leeswijzer 23

2 HET ANALYSEREN VAN AANSPRAKELIJKHEIDSRECHT 25
2.1 Een beoordelingskader 25
2.1.1 De rationaliteit van het systeem 26
2.1.2 De functionaliteit van het systeem 26

2.2 Fundamentele aspecten 27
2.2.1 Grondslagen van het aansprakelijkheidsrecht 27
2.2.2 Functies van het aansprakelijkheidsrecht 30
2.2.3 Repressiefunctie 30
2.2.4 Compensatiefunctie 31
2.2.5 Preventiefunctie 32
2.2.6 Overige functies 32
2.2.7 Verhouding tot strafrecht 32
2.2.8 Vormen van aansprakelijkheid 34
2.3 Conceptuele aspecten 34
2.3.1 Verantwoordelijkheid 35
2.3.2 Zorgvuldig beslissen: waarschuwingsplicht 36
2.3.3 Zorgvuldig handelen: zorgplicht 37
2.3.4 Schuld en risico 38
2.3.5 Gevaarzetting 39
2.3.6 Schade 39
2.3.7 Causaliteit 40
2.3.8 Slachtofferbescherming 41
2.3.9 Normatieve kaders 42
2.3.10 Welk type norm? 43
2.3.11 Van concept naar praktijk 44
2.4 Operationele aspecten 44
2.4.1 Mogelijkheden voor geschilbeslechting 44
2.4.2 Preprocessuele afhandeling 45
2.4.3 Processuele afhandeling 46
2.4.4 Alternatieve geschillenbeslechting 46
2.4.5 Cognitieve valkuilen bij oordeelsvorming 47
2.4.6 Maken rechters geen fouten? 48
2.5 Methodologische aspecten 50
2.5.1 Inleiding 50
2.5.2 Casusgerichtheid en onderzoek van het rechtssysteem 50
2.5.3 Verzamelen van casuïstiek 51
2.5.4 Descriptieve en prescriptieve methoden van onderzoek 52
2.6 Het wetenschappelijke tekort 53
2.6.1 Het epistemologische tekort 54
2.6.2 Het empirische tekort 55
2.7 Maatschappelijke aspecten 58
2.7.1 Wat zoeken de claimanten? 58
2.7.2 Kritiek op het functioneren van het aansprakelijkheidsrecht 58
2.7.3 De kosten van het systeem 59
2.8 Leren en controleren 59
2.9 Beroepsaansprakelijkheid 60
2.10 Slotsom 61

3 SYSTEEM BRENGEN IN MEDISCHE AANSPRAKELIJKHEID 63
3.1 Het systeem in actie 63
3.2 De pool van potentiële claimanten 66
3.2.1 Doel van het onderzoek naar de frequentie van medische fouten 66
3.2.2 Methodologische kwesties 66
3.2.3 Definitieproblematiek 66
3.2.4 Risicoschatting 67
3.2.5 Een grote pool van potentiële claimanten 67
3.3 De pool van feitelijke claimanten 68
3.3.1 Hoe vaak leidt een medisch incident tot een claim? 68
3.3.2 Motieven om te claimen 69
3.3.3 Claims: het historische perspectief 70
3.3.4 Claims: het psychologische perspectief 73
3.3.5 Twee verschillende perspectieven: het medische en het maatschappelijke 75
3.3.6 Klachtenstelsel 76
3.4 Beoordeling door de letselschadeadvocaat 77
3.4.1 De beoordeling van de feiten 78
3.4.2 Economische overwegingen 78
3.4.3 Expertise van het kantoor 79
3.4.4 De gedaagde partij 79
3.5 Aantal claims, schikkingen en het oordeel van de rechter 80
3.5.1 Aantallen onder de rechter 80
3.5.2 Hoe vaak leidt een claim tot een schadevergoedings-overeenkomst? 81
3.5.3 Hoe terecht is de veroordeling vanuit medisch oogpunt? 82
3.6 Schadevergoeding en appel 83
3.6.1 Schadevergoeding: hoogte en effecten 83
3.6.2 Appel 84
3.7 Doelen van het systeem: verantwoording en gedragsbeïnvloeding 85
3.7.1 Gedragsbeïnvloeding: via recht of moraal? 86
3.7.2 Legitimiteit van medische aansprakelijkheid 86
3.8 De preventiefunctie 88
3.8.1 Bepalende factoren voor een preventief effect 88
3.8.2 Empirische toetsing 90
3.8.3 Teveel preventie: defensieve geneeskunde 91
3.9 Compensatiefunctie 92
3.10 Slotsom 93

4 METHODOLOGISCHE KWESTIES BIJ MEDISCHE FOUTEN 95
4.1 Onzekerheid uit kennistekort: effect op oordelen en beoordelen 95
4.2 Het definiëren van medische incidenten 97
4.2.1 De noodzaak van normstelling 97
4.2.2 Definitieproblematiek 98
4.2.3 Het operationeel definiëren vanuit medisch perspectief 100
4.2.4 Het definiëren vanuit juridisch perspectief 103

4.3 Een taxonomie van medische incidenten 104
4.3.1 Behandelfouten 104
4.3.2 Materiaalgebonden fouten 104
4.3.3 Apparatuurgebonden fouten 105
4.3.4 Verwisselingsfouten 105
4.3.5 Diagnosefout 106
4.3.6 Ziekenhuisinfecties 106
4.3.7 Geneesmiddelenfouten 106
4.3.8 Ongevallen in het ziekenhuis 107
4.3.9 Communicatiefouten 107
4.3.10 Informed consent fouten 108
4.4 De anatomie van medische incidenten 108
4.4.1 Een conceptueel model 109
4.4.2 Een benadering vanuit het zorgsysteem 109
4.4.3 Een psychologische benadering 111
4.4.4 Het feitenonderzoek bij medische fouten 111
4.5 De epidemiologie van medische incidenten 112
4.5.1 Een beeld vormen 112
4.5.2 De frequentie van medische fouten 113
4.5.3 Resultaten van statusonderzoek naar medische incidenten 113
4.5.4 Bij welke omstandigheden meer kans op incidenten? 115
4.5.5 Een Bayesiaanse blik op onderzoek naar medische fouten 116
4.6 Juridische concepten bij medische aansprakelijkheid 117
4.6.1 De contractuele relatie 117
4.6.2 De schade 119
4.6.3 De toerekening 120
4.6.4 De causaliteitskwestie 121
4.6.5 Samenloop van toerekening en causaliteit 121
4.6.6 Bewijsproblematiek 123
4.6.7 Juridisch en medisch-wetenschappelijk bewijs 124
4.7 Slotsom 126

5 VAN CONCEPTUEEL NAAR OPERATIONEEL: DE ARTS-PATIËNTCOMMUNICATIE 127
5.1 De autonome patiënt 127
5.2 De verbintenisrechtelijke modellering van de arts-patiëntrelatie 130
5.2.1 Overeenkomst inzake geneeskundige behandeling (WGBO) 130
5.2.2 Informatieplicht en toestemmingsvereiste 130
5.3 Informatiemanagement: een complex proces 132
5.3.1 Informatiebronnen 132
5.3.2 Communicatieve vaardigheden 133
5.3.3 Cognitieve aspecten 133
5.4 De praktijk van geïnformeerde toestemming vooraf 134
5.4.1 De grondslag voor een informatieplicht 134
5.4.2 De rechtspraktijk 135
5.4.3 De redelijk goed geïnformeerde patiënt 138
5.4.4 Twee kampen: idealisten en realisten 140

5.4.5 Een bredere benadering: 'shared decision making' naast 'informed consent' 141
5.4.6 De medische praktijk: problemen rond risicocommunicatie 141
5.5 Goed omgaan met klachten en fouten 143
5.5.1 De praktijk van communicatie 143
5.5.2 De rol van de aansprakelijkheidsverzekeraars 144
5.5.3 Wat is de juridische status van een apologie? 144
5.5.4 Empirisch onderzoek naar effecten van het melden van fouten 146
5.6 Essentiële elementen van een goede communicatie tussen arts en patiënt 147
5.6.1 De drempelwaarde 147
5.6.2 De inhoud 148
5.6.3 De wijze waarop 148
5.6.4 De medische mentaliteit 149
5.7 Slotsom 149

6 VAN CONCEPTUEEL NAAR OPERATIONEEL: DE STANDAARD VAN ZORG 151
6.1 De noodzaak van een eenduidige norm 151
6.2 De kwalitatieve benadering: het proces 153
6.2.1 De professionele standaard: praktijkrichtlijnen 153
6.2.2 Doel van praktijkrichtlijnen 154
6.2.3 Inhoudelijke eisen te stellen aan praktijkrichtlijnen 156
6.2.4 Procedurele eisen te stellen aan praktijkrichtlijnen 157
6.2.5 Wat is de juridische status van praktijkrichtlijnen? 158
6.2.6 Gebruikt de rechter praktijkrichtlijnen? 159
6.3 De kwantitatieve benadering: de uitkomst 161
6.3.1 De gevaarzettingsleer 161
6.3.2 Juridisch doel en mathematische middelen 162
6.4 Descriptief onderzoek van medische incidenten 163
6.4.1 Cervixcytologische diagnostiek 163
6.4.2 Ziekenhuisinfecties 168
6.4.3 Een val uit bed 171
6.5 Hoe zou het wel moeten? Over allerhande prescriptieve problemen 172
6.5.1 De beschikbaarheid en de bruikbaarheid van data 172
6.5.2 De toepassing voor juridische doeleinden 173
6.6 Slotsom 175

7 VAN CONCEPTUEEL NAAR OPERATIONEEL: DE MEDISCHE DESKUNDIGE 177
7.1 Van juridisch concept naar medische praktijk 177
7.1.1 Zonder deskundigen geen medische aansprakelijkheid 178
7.1.2 Twee illustratieve casusposities 179
7.1.3 De deskundige en het juridische gevecht 181
7.1.4 Ethische dilemma's 182
7.1.5 De deskundige: conceptuele aspecten 183
7.1.6 Op de stoel van de rechter? 184
7.2 Deskundigen en hun deskundigenbericht 184
7.2.1 De persoon van de deskundige 185

7.2.2 Wat wordt er van de deskundige gevraagd? 185
7.2.3 Praktische aspecten van het inschakelen van een deskundige 186
7.2.4 Kwaliteit van de deskundige 186
7.2.5 Eisen aan het deskundigenrapport 187
7.2.6 De deskundige te midden van doctrinair gewoel 187
7.3 Problemen bij het operationaliseren 188
7.3.1 De professionele norm: het gevaar van opdrijving 188
7.3.2 Gebrek aan eensluidendheid 189
7.3.3 Nogmaals: hindsight bias 190
7.3.4 Wetenschap in rechte 191
7.4 De uitwerking van de gedragstoetsing door de deskundige 191
7.4.1 De wetenschappelijke context 192
7.4.2 De klinische context 192
7.4.3 Procedurele toetsing 193
7.4.4 Uitkomsttoetsing 193
7.4.5 Objectiverende herbeoordeling 194
7.4.6 De organisatorische context 195
7.4.7 Is een daderprofiel van belang? 195
7.5 Wat gebeurt er met het deskundigenrapport? 196
7.6 Slotsom 196

8 STURING VAN HET SYSTEEM: LEREN EN CONTROLEREN 199
8.1 Gedragsbeïnvloeding: terugkoppeling, reflectie en verantwoording 199
8.1.1 Verantwoording en vertrouwen 199
8.1.2 Van fouten kunnen leren 200
8.1.3 Verantwoording, controle en toezicht: spanningsvelden 201
8.1.4 Incidentele juridische sancties en systematische bevordering van kwaliteit 202
8.2 Twee voorbeelden van botsende belangen 202
8.3 Hoe bevorder je patiëntveiligheid? 204
8.3.1 Een verplichting tot verantwoording? 205
8.3.2 Noodzaak van het systematisch melden van (bijna) fouten 206
8.3.3 Organisatie van het systematisch rapporteren 206
8.3.4 Redenen om fouten niet te rapporteren 207
8.3.5 Het melden van fouten: hoe nuttig is het? 207
8.4 Schuld vinden en veiligheid bevorderen: twee tegenstrijdige belangen? 209
8.4.1 Juridische aspecten van 'veilig' melden 210
8.4.2 Bezwaren tegen 'veilig' melden 210
8.4.3 Oorzakenonderzoek inhoudelijk en procedureel versterken 212
8.5 De media als virtueel verantwoordingsforum 212
8.6 Een middenweg mogelijk maken 214
8.7 Slotsom 215

9 CONCLUSIES OVER HET SYSTEEM VAN MEDISCHE AANSPRAKELIJKHEID 217
9.1 Doelstellingen systeem zijn niet erg precies 217
9.1.1 Compensatie 218

	9.1.2	Preventie	219
	9.1.3	Gedragsbeoordeling	219
	9.1.4	Gedragsbeïnvloeding	220
9.2	De aard van het systeem wordt onvoldoende begrepen		221
	9.2.1	Geen reductionistische benaderingen	221
	9.2.2	Onderzoek aansprakelijkheid als complex systeem	221
	9.2.3	De valkuil van doctrinaire detaillering en meer regels	222
9.3	Geen goed overzicht over het systeem te krijgen		223
	9.3.1	Grootte en ernst van het probleem van medische fouten	224
	9.3.2	Geen totaalbeeld van frequentie klachten over medische fouten	224
	9.3.3	Geen totaalbeeld van de effecten van (buiten)processuele geschilbeslechting	225
	9.3.4	Geen inzicht in de totale kosten van medische aansprakelijkheid	226
	9.3.5	De behoefte aan systeemonderzoek	226
	9.3.6	Nog te weinig ontwikkeling van methoden voor onderzoek	227
	9.3.7	Geen infrastructuur voor empirisch onderzoek	227
	9.3.8	Geen adequate kennisinfrastructuur	228
9.4	De input van het systeem: te weinig gebruik of verkeerd gebruik		230
	9.4.1	Groot reservoir van potentiële litiganten, kleine klachtenstroom	230
	9.4.2	Het bestaande klachtenstelsel: onduidelijk en onvoldoende	231
9.5	Het informele systeem: buitengerechtelijke schikking		232
	9.5.1	Te weinig empirisch onderzoek van de voorfase	232
	9.5.2	Het voorkomen van escalatie	232
	9.5.3	Een betere organisatie van de preprocessuele fase	233
9.6	Het formele systeem: de overheidsrechter		234
	9.6.1	Het toernooimodel werkt te polariserend	234
	9.6.2	Deskundigheid van de rechter: liever een medische kamer	235
	9.6.3	Meer kwaliteitszorg van het rechtssysteem nodig	237
	9.6.4	De rol van de medische deskundige	238
9.7	De output van het systeem		240
	9.7.1	Gedragsbeïnvloeding	240
	9.7.2	De compensatiefunctie: te onduidelijk, te weinig en te onzeker	240
	9.7.3	De preventiefunctie: een zorgvuldig gekoesterde mythe?	241
	9.7.4	Overige functies	243
9.8	Sleutelen aan het systeem?		244
	9.8.1	Verbeteren of veranderen?	244
	9.8.2	Is risicoaansprakelijkheid een oplossing?	245
	9.8.3	Alternatieve vergoedingssystemen: no-fault systemen als panacee?	245
	9.8.4	De vergeten derde: aansprakelijkheidsverzekeraars	246
	9.8.5	Schadefondsen	247
9.9	Agendapunten voor de medische wetenschap		247
	9.9.1	De pretenties en de prestaties van de geneeskunde	247
	9.9.2	Het noodzakelijke normatieve debat	248

9.9.3 Denk beter na over praktijkrichtlijnen 249
9.9.4 Interventies door toezichthouders 251
9.9.5 Organiseer actieve en betrokken tegenspelers 252
9.9.6 De interferentie tussen aansprakelijkheidsrecht en veiligheidsbevordering 252
9.9.7 Anticipeer op mogelijke juridische gevolgen 254
9.9.8 Implicaties voor de medische opleiding 255
9.9.9 Implicaties voor professionele organisaties 256
9.10 Agendapunten voor de rechtswetenschap 256
9.10.1 Meer observationele rechtswetenschap 256
9.10.2 Meer experimentele rechtswetenschap 257
9.10.3 Meer wetenschappelijkheid: maar hoe dan? 258
9.10.4 Implicaties voor de juridische opleiding 259
9.10.5 De twee werelden van het recht 260
9.11 Een gemeenschappelijk perspectief 261

SAMENVATTING 263
SUMMARY 273
LIJST VAN AANGEHAALDE LITERATUUR 279
TREFWOORDENREGISTER 307
DANKWOORD 313
CURRICULUM VITAE 315

Lijst van afkortingen

AA	Ars Aequi
ADR	Alternative dispute resolution
AJR	American Journal of Roentgenology
APLA	Australian Plaintiff Lawyers Association
BMJ	British Medical Journal
BW	Burgerlijk Wetboek
CMAJ	Canadian Medical Associations Journal
GJ	Gezondheidszorg Jurisprudentie
HR	Hoge Raad
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
JAMA	Journal of the American Medical Association
JHPPL	Journal of Health Politics, policy and Law
KNMG	Koninklijke Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst
MC	Medisch Contact
MJA	Medical Journal of Australia
NEJM	New England Journal of Medicine
NJ	Nederlandse Jurisprudentie
NJB	Nederlands Juristenblad
NJV	Nederlandse Juristen Vereniging
NTBR	Nederlands Tijdschrift voor Burgerlijk Recht
PLOS	Public Library of Science
QSHC	Quality and Safety in Health Care
rov.	rechtsoverweging
Rv	Wetboek van Burgerlijke Rechtsvordering
RvdW	Rechtspraak van de Week
TPR	Tijdschrift voor Privaatrecht
TvGR	Tijdschrift voor Gezondheidsrecht
TVP	Tijdschrift voor Vergoeding Personenschade
WGBO	Wet Geneeskundige Behandelingsovereenkomst
WKCZ	Wet Klachtenrecht Cliënten Zorgverlening
WPNR	Weekblad voor Privaatrecht, Notariaat en Registratie
WRR	Wetenschappelijke Raad voor het Regeringsbeleid