



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 vervoelvoudigd, 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 vervoelvoudingen 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 onderzaging 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 beslis-
kunde 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 causaliteitskwesitie	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 allerlei 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	Gedragbeïnvloeding: 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 preprocesuele 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

