

# NVIC-standpunten, NVIC-richtlijnen en de juridische implicaties

J. Damen<sup>1\*</sup>, D. van Diejen<sup>2</sup>, J. Bakker<sup>1</sup>, A.R.H. van Zanten<sup>1</sup>

<sup>1</sup> NVIC-Richtlijnontwikkelingcommissie, NVIC, Ede,  
<sup>2</sup> UMC St. Radboud, Nijmegen

**Samenvatting.** De Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC) kent sinds 1999 standpunten, richtlijnen en protocollen [1]. De NVIC ontwikkelt standpunten en de NVIC-Protocollencommissie ontwikkelt 'evidence-based' richtlijnen [1-4]. Protocollen zijn de lokale vertaling van de NVIC-standpunten en NVIC-richtlijnen [1,4] en het opstellen ervan is, gezien de gemaakte afspraken en het gestelde in de Kwaliteitswet Zorginstellingen, de verantwoordelijkheid van de afzonderlijke intensive care afdelingen. De NVIC-standpunten en NVIC-richtlijnen kunnen een cruciale rol spelen bij de beantwoording van de vraag of de intensivist gehandeld heeft als een zorgvuldig en redelijk bekwaam beroepsgeenoot.

## De Nederlandse Vereniging voor Intensive Care

De Nederlandse Vereniging voor Intensive Care (NVIC) is de wetenschappelijke vereniging van intensivisten en heeft momenteel 1560 leden: 1128 Nederlandse medische specialisten, waaronder 439 intensivisten en 37 in opleiding tot intensivist, 67 buitenlandse medische specialisten, 186 artsen in opleiding tot medisch specialist, 34 ziekenhuis-apothekers en 145 anderen met belangstelling voor Intensive Care geneeskunde. Van alle geregistreerde intensivisten is momenteel 79% lid van de NVIC. Intensivisten zijn medische specialisten (anesthesiologen, cardiologen, chirurgen, internisten, longartsen, neurochirurgen en neurologen) die na een 2-jarige opleiding door hun wetenschappelijk vereniging als intensivist zijn erkend. De wetenschappelijke verenigingen laten zich hierbij adviseren door de Gemeenschappelijke Intensivisten Commissie (GIC), die het opleidingsschema in één van de zeven erkende opleidingsziekenhuizen goedkeurt. De registratie in het aandachtsgebied Intensive Care geneeskunde wordt uitgevoerd door de afzonderlijke wetenschappelijke verenigingen. In tabel 1 staan het aantal retrograad erkende intensivisten in 1993 en de toename daarna door antegraad opgeleide intensivisten. In deze tabel zijn de 43 kinderartsen met 19 intensivisten buiten beschouwing gelaten omdat van hen gegevens over de vorige jaren ontbreken.

## Standpunten en richtlijnen: onderdeel van het kwaliteitsbeleid van de NVIC

Eén van de pijlers van het kwaliteitsbeleid van de NVIC is het formuleren van teksten die tot doel hebben het medisch handelen te ondersteunen. In juni 1999 heeft het bestuur van de NVIC een protocollencommissie geïnstalleerd om te komen tot een meer uniforme benadering van de Intensive Care geneeskunde in Nederland [1] met als doel een kwalitatief hoogwaardige en doelmatige zorg [5]. Als eerste beschrijft de commissie een procedure voor de ontwikkeling van richtlijnen en een begripsbepaling ten aanzien van standpunten, richtlijnen en protocollen [1]. Hierbij zijn de uitgangspunten van de Landelijke Specialisten Vereniging (LSV), de voorloper van de huidige Orde van Medisch Specialisten, gehanteerd [6,7]. Het bestuur van de NVIC presenteert in oktober 1999 in het verenigings tijdschrift de begripsbepaling en de procedure voor de ontwikkeling van richtlijnen en vraagt de ledenvergadering zich hierover uit te spreken [1]. Op 8 december 1999 worden de bestuursvoorstellen door de ledenvergadering goedgekeurd. De protocollencommissie ontwikkelt hierna richtlijnen in plaats van protocollen. De naam van de commissie geeft dus niet haar activiteiten weer. Teneinde de eenduidigheid van begrippen te bevorderen heeft de NVIC-Protocollencommissie het bestuur van de NVIC daarom gevraagd haar naam te veranderen in NVIC Commissie Richtlijnontwikkeling. Intussen is dit verzoek door het NVIC-bestuur gehonoreerd. In december 1999 en februari 2000 noemt de commissie expliciet het besluit van de NVIC-ledenvergadering op 8 december 1999 in haar werkrapportage en toekomstplannen [2,3]. Recent is nogmaals een overzicht gegeven over de uitgangspunten, de werkwijze van de commissie en de gemaakte afspraken in december 1999 [4].

## Standaard

Het woord standaard wordt genoemd in de begripsbepaling die in 1999 is geschreven [1], maar het begrip is niet gedefinieerd. Standpunten en richtlijnen van de NVIC zijn delen van de medisch-professionele standaard op het gebied van de Intensive Care geneeskunde. Het geheel van NVIC-standpunten en NVIC-richtlijnen is de NVIC-standaard. De LSV omschrijft in 1995 het begrip standaard als: "onderling overeengekomen uitvoeringsniveau, dat geschikt is voor de aangesproken populatie (definitie Nationale Raad voor de Volksgezondheid (NRV))" [6]. De NVIC-standaard is dus de medisch-professionele norm waaraan in Nederland de Intensive Care geneeskunde behoort te voldoen.

## Standpunten

Standpunten geven de mening van de NVIC weer over onderwerpen, waarover geen of onvoldoende wetenschappelijke consensus bestaat. Minimale normen waaraan een intensive care praktijk moet voldoen kunnen bijvoorbeeld in een standpunt worden verwoord. De ontwikkeling van standpunten vindt plaats in samenspraak met de protocollencommissie [1]. Standpunten worden door het bestuur van de NVIC ter goedkeuring voorgelegd aan de ledenvergadering [1]. Op dit moment heeft de ledenvergadering nog geen NVIC-standpunt goedgekeurd.

## Richtlijnen

De LSV definieert in 1995 een richtlijn als: "Advies waarin de verworven wetenschappelijke inzichten en klinische ervaring op adequate wijze tot uitdrukking komen, of waarin, indien geen eensluidend advies kan worden gegeven, wordt vermeld waarover onzekerheid bestaat (omschrijving Centraal Begeleidingsorgaan voor de Intercollegiale Toetsing (CBO))" [6]. In de "Consensus over Medisch-Specialistische Richtlijnen" uit

Correspondentie:

\* Dr. J. Damen

anesthesioloog-intensivist

Isalaklinieken, Locatie "De Weezenlanden"

Groot Wezenland 20/28, 8011 GM, Zwolle, Nederland

Telefoon 038-424000, fax 038-4242125

e-mail: jdamen@worldonline.nl

1996 wordt gesteld dat richtlijnen voor en door artsen worden opgesteld ter ondersteuning van en betrekking hebbend op de medisch vakinhoudelijke praktijkvoering [7]. Ook wordt gesteld dat de arts de vrijheid moet behouden om van de richtlijnen af te wijken mits daar goede redenen voor zijn [7]. “Richtlijnen dienen in de meeste gevallen gevolgd te worden, maar, afhankelijk van de patiënt en de situatie kan en moet van de richtlijn worden afgeweken opdat aan de individuele behoeften tegemoet wordt gekomen” [7].

Binnen de NVIC is afgesproken [1] dat richtlijnen zoveel mogelijk wetenschappelijk ondersteunde aanbevelingen zijn op medisch-inhoudelijk of medisch-organisatorisch gebied, die onder meer tot doel hebben:

- de intensivist te ondersteunen in het besluitvormingsproces
- de kwaliteit en de doelmatigheid van het medisch handelen te bevorderen
- de uniformiteit in de praktijkuitoefening te bevorderen.

Richtlijnontwikkeling vindt binnen de NVIC plaats volgens een afgesproken procedure [1]. In het kort is deze procedure de volgende: de NVIC-Protocollencommissie ontwikkelt landelijke ‘evidence-based’ richtlijnen, die door het NVIC-bestuur ter goedkeuring aan de NVIC-ledenvergadering worden voorgelegd. De conceptrichtlijnen worden ruim voor de ledenvergadering gepubliceerd in het verenigings tijdschrift. Voor richtlijnen geldt, dat de daarin beschreven aanbevelingen in de meeste gevallen moeten worden gevolgd, aangezien ze de ‘good clinical practice’ van dit moment weergeven, maar afhankelijk van de patiënt en de omstandigheden kan en moet van de aanbevelingen worden afgeweken, opdat aan specifieke situaties tegemoet kan worden gekomen [1].

### Protocollen

Protocollen zijn volgens Van Dale’s groot woordenboek der Nederlandse taal uit 1999 overeenkomsten, die de kracht van een verdrag hebben. De LSV definieert in 1995 een

protocol als: “een document, waarin regels zijn vastgelegd die betrekking hebben op het beroepsmatig handelen en die door de belanghebbende groeperingen in gemeenschappelijk overleg zijn opgesteld en aanvaard (definitie NRV)” [6]. Binnen de NVIC is afgesproken dat protocollen beschrijvingen zijn die aangeven hoe lokaal uitvoering wordt gegeven “aan standaarden en richtlijnen” [1]. Abusievelijk staat in deze beschrijving standaarden, maar het is beter hiervoor de term standpunten te gebruiken. Er is afgesproken dat het opstellen van protocollen de verantwoordelijkheid is van de afdelingen intensive care [1]. Protocollen worden dus aan de hand van NVIC-richtlijnen en NVIC-standpunten geformuleerd. Daarbij wordt rekening gehouden met de bijzonderheden van de eigen intensive care praktijk en het eigen ziekenhuis [1]. Het lokale protocol kan onder bepaalde omstandigheden afwijken van de NVIC-standpunten en NVIC-richtlijnen, maar men dient dit dan goed te onderbouwen en vast te leggen. Als er over bepaald onderwerpen geen landelijke richtlijn bestaan kunnen er op lokaal niveau richtlijnen zijn. Deze lokale richtlijnen kunnen ook al dan niet (op onderdelen) verder worden uitgewerkt in protocollen. Aan werkers in de zorg wordt steeds meer gevraagd de kwaliteit van zorg transparant en toetsbaar te maken. Volgens artikel 4 van de Kwaliteitswet Zorginstellingen dient er sprake te zijn van een systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg [8]. Protocollen gebaseerd op NVIC-standpunten en NVIC-richtlijnen kunnen hieraan een bijdrage leveren.

### De NVIC ontwikkelt ‘evidence-based’ richtlijnen

Er zijn momenteel verschillende systemen voor de waardering van de literatuur en van klinische aanbevelingen bekend. De meeste zijn gebaseerd op de door Sackett beschreven methode van ‘evidence-based medicine’ [9,10]: “the conscientious and judicious use of current best evidence from clinical care research in the management of the individual patient” [9]. ‘Evidence-based’ systemen voor de waardering

van de literatuur en aanbevelingen worden door nationale en internationale medisch-wetenschappelijke colleges gebruikt [11-23], maar de gebruikte systemen zijn niet uniform. Het door de NVIC-Protocollencommissie gehanteerde systeem is eenvoudig en éénvoudig [4]. Het geeft duidelijk de verworven kennis, klinische ervaring en inzichten weer en het geeft aan waarover onzekerheid bestaat. Dit systeem wordt ook gebruikt door de American Society of Critical Care Medicine [20] en het International Sepsis Forum [23]. De literatuur wordt gewaardeerd volgens 5 niveaus; op basis van de literatuuranalyse worden klinische aanbevelingen geformuleerd, die ook in 5 niveaus zijn ingedeeld (tabel 2) De NVIC-ledenvergadering heeft op 6 september 2001 het gebruik van dit systeem goedgekeurd [24].

Aanbevelingen van niveau A dienen te worden gevolgd omdat is aangetoond dat de patiënt voordeel van de behandeling ondervindt [9,10]. Het niet opvolgen van deze aanbevelingen kan de patiënt schade berokkenen. Aanbevelingen van niveau B geven aan dat de patiënt waarschijnlijk baat heeft bij de therapie, maar dat verslechtering niet is uitgesloten [9,10]. Een aanbeveling van niveau C betekent dat niet bewezen is dat de patiënt baat heeft bij de therapie [9,10]. Aanbevelingen van niveau D en E laten ruimte voor persoonlijke interpretatie door individuele professionals omdat deze zijn gebaseerd op niet gerandomiseerd onderzoek, case reports en de meningen van deskundigen in het vakgebied. In de NVIC-Protocollencommissie zijn de aanbevelingen van niveau C, D en E een weergave van de consensus onder deskundigen. Deze consensus is onderbouwd met argumenten uit de relevante medische literatuur. In lokale protocollen kan in principe afgeweken worden van de aanbevelingen van niveau B, C, D en E in de NVIC-richtlijnen, maar men dient dit dan wel te beargumenteren en met de onderbouwing vast te leggen in het lokale protocol.

### Huidige NVIC-richtlijnen

Intussen zijn door de ledenvergaderingen van de NVIC in totaal 9 richtlijnen goedgekeurd. Deze betreffen de waardering van literatuur en aanbevelingen [4], het opname- en ontslagbeleid [25], stress-ulcus profylaxe [13], trombo-embolie profylaxe [14], analgesie en sedatie [15], de preventie van cardiale complicaties [16], immunonutritie [17], het gebruik van centraal veneuze catheters [18] en het transport van IC-patiënten [19]. De richtlijnen zijn op de NVIC-website beschikbaar, maar levende richtlijnen worden voortdurend gevoed vanuit de wetenschap en de praktijk [26]. Ze zullen dus regelmatig ‘ge-update’ moeten worden. Idealiter zijn richt-

Tabel 1. Het aantal intensivisten in 1993 en de toename daarna door antegrad opgeleide intensivisten\*

	1993	2000	2002	2002	2002
	geregistreerde intensivisten	geregistreerde intensivisten	geregistreerde intensivisten	NVIC-lid en intensivist	NVIC-lid
Specialisten					
Anesthesiologen	243	265	268	208	452
Internisten	138	169	179	170	358
Chirurgen	49	54	56	26	131
Overige	16	32	36	16	144
TOTAAL	446	520	539	420	1085

\*43 kinderartsen met 19 intensivisten zijn buiten beschouwing gelaten omdat van hen gegevens over de vorige jaren ontbreken

lijnen onderdeel van andere kwaliteitssystemen, dat wil zeggen dat ze bijvoorbeeld bij visitaties een belangrijke functie hebben [26].

### Wat zijn de juridische implicaties van de NVIC-richtlijnen en -standpunten?

#### Medisch-professionele standaard

Het gezondheidsrecht kent twee grondbeginselen: het zelfbeschikkingsrecht van de mens en het recht op gezondheidszorg onder andere inhoudend het recht op deskundige zorg. Artsen hebben te maken met vier soorten beroepsregels: wettelijke voorschriften, regels voortvloeiend uit de rechten van de patiënt, gedragsregels opgesteld door de beroepsgroep en medisch-technische regels ontleend aan de medische wetenschap en de medische praktijk [27]. De basisnorm is dat de medicus zorgvuldig en bekwaam moet handelen [27]. Bij zorgvuldigheid gaat het om de vraag of de arts jegens de patiënt en jegens derden voldoende nauwgezet en met voldoende toewijding te werk is gegaan. Bij bekwaamheid gaat het om de vraag of de arts blijk geeft van de deskundigheid die verlangd mag worden gezien de discipline die wordt beoefend. De arts dient kundig en uit medisch wetenschappelijk oogpunt aanvaardbaar onderzoek, diagnostiek en behandelingen te verrichten [27]. Het medisch handelen dient gebaseerd te zijn op en uitgevoerd te worden volgens de 'professionele standaard'. Deze is door Leenen omschreven als: "zorgvuldig volgens de inzichten van de medische wetenschap en ervaring handelen als een redelijk bekwaam arts van gelijke medische categorie in gelijke omstandigheden met middelen die in redelijke verhouding staan tot het concreet behandelingsdoel" [28]. De professionele standaard wordt dus niet bepaald door de individuele arts maar door de professie. De term redelijk bekwaam arts geeft aan dat de arts niet aan de hoogste normen behoeft te voldoen. Niet iedere arts behoeft een genie te zijn [28]. De wet inzake de geneeskundige behandelingsovereenkomst beschrijft deze norm in artikel 7: 453 van het Burgerlijk Wetboek als volgt: "de hulpverlener dient bij het uitvoeren van de behandelingsovereenkomst de zorg van een goed hulpverlener in acht te nemen en handelt daarbij in overeenstemming met de op hem rustende verantwoordelijkheid, voortvloeiende uit de voor hulpverleners geldende professionele standaard". De arts mag niet buiten de professionele standaard treden zelfs niet met toestemming van de patiënt. Anderzijds kan de patiënt de arts niet verplichten anders dan conform de professionele standaard te handelen. De professionele standaard wordt onder meer inhoud

**Tabel 2: Beoordeling van de literatuur en de formulering van klinische aanbevelingen**

De literatuur wordt gewaardeerd volgens 5 niveaus:	
I :	groot prospectief gerandomiseerd gecontroleerd klinisch onderzoek met eenduidige resultaten en een kleine kans op een vals positief of vals negatief resultaat; meta-analyse met een kleine kans op een vals positief of vals negatief resultaat
II :	klein prospectief gerandomiseerd gecontroleerd klinisch onderzoek met onzekere resultaten en een matige tot grote kans op een vals positief of vals negatief resultaat; meta-analyse met een matig tot hoog risico op een vals positief of vals negatief resultaat
III :	prospectief gerandomiseerd en gecontroleerd onderzoek maar niet uitgevoerd bij de juiste patiëntengroep; niet-gerandomiseerd maar wel gecontroleerd klinisch onderzoek bij de juiste patiëntengroep; cohortstudies, patiënt-controleonderzoek
IV :	niet-gerandomiseerde historische controles en de mening van deskundigen
V :	case reports, ongecontroleerde studies, de mening van deskundigen
Op basis van de literatuuranalyse worden klinische aanbevelingen geformuleerd, die ook in 5 niveaus zijn ingedeeld:	
A:	indien ondersteund door tenminste 2 onderzoeken van niveau I
B:	indien ondersteund door 1 onderzoek van niveau I
C:	indien alleen ondersteund door onderzoeken van niveau II
D:	indien ondersteund door minimaal 1 onderzoek van niveau III
E:	alleen ondersteund door onderzoek van niveau IV en V
Zie tekst voor details ten aanzien van de 5 niveaus van klinische aanbevelingen	

gegeven door gedragsregels, standaarden, richtlijnen en protocollen [29].

#### Medisch-professionele standaard voor intensivisten

De beroepsgroep van intensivisten stelt in de ledenvergaderingen van de NVIC vast wat in Nederland de medisch-professionele standaard is op het gebied van de Intensive Care geneeskunde. Deze standaard wordt vervolgens vastgelegd in NVIC-standpunten en NVIC-richtlijnen. De lokale intensive care afdelingen dienen dan volgens de Kwaliteitswet Zorginstellingen [8] en volgens de binnen de NVIC gemaakte afspraken deze standpunten en richtlijnen te verwerken in hun lokale protocollen. Op de eerder aangegeven punten kunnen lokale protocollen afwijken van deze standpunten en richtlijnen, maar dit moet men dan wel kunnen beargumenteren en vervolgens vastleggen in het lokale protocol. Medisch-professionele onafhankelijkheid is geen argument om de binnen de beroepsgroep gemaakt afspraken niet te volgen en kan ook geen dekmantel zijn voor kwalitatief onvoldoende hulpverlening [28].

#### Norm van goed hulpverlenerschap

Artsen kunnen te maken krijgen met klachten over hun beroepsuitoefening. De maatstaf bij de beoordeling van het handelen van een arts is de zorgvuldigheid die van een redelijk bekwaam en redelijk handelend arts mag worden verwacht [29]. Dit wordt onder andere geconcretiseerd aan de hand van maatschappelijke normen en bestaande gebruiken, formele en informele gedragsregels, adviezen van de eigen beroepsorganisaties, erkenningseisen en algemeen aanvaarde uitgangspunten voor speciale categorieën van patiënten [29,30]. De rol van de raadsman of advocaat blijft vaak beperkt tot die van procesbewaker [30]. Soms wordt de visie van deskundigen en van landelijke wetenschappelijke verenigingen gevraagd. Ook

kan de vraag aan de orde komen of de verenigingsrichtlijnen en -standpunten op de betreffende intensive care afdeling zijn omgezet in een protocol en of het protocol is gevolgd. De inhoud van een medisch protocol kan van belang zijn voor het vaststellen van de zorgvuldigheidsnorm [29]. De Hoge Raad oordeelt op 2 maart 2001, dat het niet naleven van een medisch protocol als een toerekenbare tekortkoming geldt. Het Hof meent dat een medische protocol niet alleen een intern karakter heeft (als afspraak onder collegae), maar dat het ook aangeeft wat de patiënt in zijn verhouding tot het ziekenhuis en de arts mag verwachten op het punt van de zorg van een goed hulpverlener. De Hoge Raad laat ruimte voor een ander oordeel, indien afwijking van het protocol in het belang van een goede patiëntenzorg wenselijk is of indien binnen de beroepsgroep als geheel verschil van inzicht bestaat omtrent de in het protocol voorgeschreven behandeling [29]. De redenen voor het niet volgen van het protocol moeten voldoende zijn beargumenteerd, onderbouwd en vastgelegd in het medisch dossier, zodat bij een rechterlijke toets bewijs voorhanden is dat de arts gemotiveerd is afgeweken [29].

#### Conclusie

Het is duidelijk dat de afspraken betreffende de standpunten en richtlijnen van de NVIC niet vrijblijvend zijn. Ze kunnen een cruciale rol spelen bij de beantwoording van de vraag of de intensivist als een zorgvuldig en bekwaam medicus heeft gehandeld.

## Literatuur

1. Protocolcommissie: standpunten, richtlijnen en protocollen. *NVICMon* 1999; 3 (5): 16-17
2. Damen J. Protocolcommissie. *NVICMon* 1999; 3 (6): 3
3. Damen J. Mededelingen uit de protocolcommissie. *NVICMon* 2000; 4 (1): 3
4. Damen J. De protocolcommissie: overzicht over de periode 1999-2001. *NVICMon* 2001; 5 (4): 24-25
5. Bestuur van de Nederlandse Vereniging voor Intensive Care. Conceptbeleidsplan Nederlandse Vereniging voor Intensive Care 2002 t/m 2006. *NICC* 2002; 6 (1): 40-41
6. Kwaliteitsbeleid Medische Specialisten 1995. Redactiecommissie PJ Theuvenet, APPM Driessen, JMMW Merkus, AF Casparie, I van de Wiel-Maas en WLR Kuipers. Landelijke Specialisten Vereniging, Utrecht 1995.
7. Consensus over Medisch-Specialistische Richtlijnen 1996. Redactiecommissie MJMH Lombarts, JJE van Everdingen, PJ Theuvenet, AF Casparie. Landelijke Specialisten Vereniging, Utrecht 1996.
8. Kwaliteitswet Zorginstellingen. Staatsblad 1996, 80
9. Sackett DL. Rules of evidence and clinical recommendations on the use of antithrombotic agents. *Chest* 1989;95:25-45.
10. Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM. Second Edition. Churchill Livingstone. Edinburgh, London, New York, Philadelphia, St Louis, Sydney, Toronto. 2000
11. Richtlijn diep veneuze trombose en longembolie 1999. Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, Utrecht 1999
12. NVA. Richtlijn antistolling en neuraxis blokkade. Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie 2001.
13. De Bel EE, Van der Spoel JI. Concept richtlijn stress ulcus prophylaxe (SUP). *NVICMon* 2000; 4 (4): 5-8
14. Wester JP, Van der Spoel JI. Concept-richtlijn veneuze trombo-embolie profylaxe bij Intensive care patiënten. *NVICMon* 2000; 4 (5): 6-12
15. Snellen FTE. Richtlijn intraveneuze analgesie en sedatie voor volwassen patiënten op de Intensive Care. *NVICMon* 2001; 5 (1): 6-10
16. Damen J. Perioperatieve myocardischemie en niet-cardiale chirurgie. Deel III: Preventie van myocardischemie en cardiale complicaties: een conceptrichtlijn. *NVICMon* 2001; 5 (5): 4-18
17. Tepaske R. Immunonutritie bij Intensive Care patiënten. *NVICMon* 2001; 5 (5): 19-29
18. Polderman KH. Richtlijnen voor het gebruik van centraal veneuze catheters. *NVICMon* 2001; 5 (6): 15-21
19. Van Lieshout EJ. Richtlijn voor het transport van Intensive Care patiënten. *NVICMon* 2001; 5 (6 ): 22-25
20. Practice parameters for hemodynamic support of sepsis in adult patients in sepsis. Task Force of the American College of Critical Care Medicine, Society of Critical Care Medicine. *Crit Care Med.* 1999; 27: 639-660.
21. ASA guidelines. Practice guidelines for perioperative transesophageal echocardiography. A report by the American Society of Anesthesiologists and the Society of Cardiovascular Anesthesiologists Task Force on Transesophageal Echocardiography. *Anesthesiology* 1996; 84: 986-1006.
22. ASA guidelines. Practice guidelines for pulmonary artery catheterization. A report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Pulmonary Artery Catheterization. *Anesthesiology* 1993; 78: 380-394.
23. Sprung CL, Bernard GR, Dellinger RP. Introduction. *Intensive Care Med.* 2001; 27: S1-S2.
24. Verslag algemene ledenvergadering 6 september 2001. *NVICMon* 2001; 5 (5 ): 53-54
25. Bakker J. Criteria voor opname en ontslag van Intensive Care afdelingen in Nederland. *NVICMon* 2000; 4 (6): 5-8
26. Maassen H. Tussen droom en daad. Assendelft (NHG) en Van Barneveld (CBO) over evidence-based medicine. *Medisch Contact* 2001; 56: 1800-1802
27. Gevers JKM. De rechter en het medisch handelen. Kluwer, Deventer, 1984
28. Leenen HJJ. Handboek Gezondheidsrecht, deel II. Gezondheidszorg en recht. Houten, Bohn Stafleu Van Loghum, 1999.
29. Meulemans EWM. Gezichtspunt. Protocollen als veiligheidsnorm?. *Tijdschrift voor Gezondheidsrecht* 2001; 25: 137
30. Wagemakers ECM en Taminau HWPB. Aparte werelden. Gezondheidsrecht als schakel tussen geneeskunst en rechtspraak. *Medisch Contact* 2001; 56: 973-978.