

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: 1614b

Uitspraak: 4 januari 2017

**HET REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDS-
ZORG**

TE EINDHOVEN

heeft het volgende overwogen en beslist omtrent de op 3 februari 2016 binnengekomen klacht van:

[A]
wonende te [B]
klaagster

tegen:

[C]
internist
werkzaam te [B]
verweerder
gemachtigde mr. O.L. Nunes te Utrecht

1. Het verloop van de procedure

Het college heeft kennisgenomen van:

- het klaagschrift en de aanvullingen daarop, waaronder een kopie van het medisch dossier en een cd-rom;
- het verweerschrift en twee aanvullingen daarop, te weten een kopie van het medisch dossier en twee cd-roms;
- de brief van 12 oktober 2016 met bijlagen van de gemachtigde van verweerder;
- de brief van 25 oktober 2016 met bijlagen van klaagster;
- stukken op 1 november 2016 ontvangen van klaagster;
- de brief van 3 november 2016 met bijlagen van de gemachtigde van verweerder;
- de pleitnotities overgelegd door klaagster en de gemachtigde van verweerder.

Na ontvangst van het verweerschrift heeft de secretaris de zaak naar een openbare zitting van het college verwezen.

Partijen hebben geen gebruik gemaakt van het aangeboden mondelinge vooronderzoek. De klacht is ter openbare zitting van 9 november 2016 behandeld, gezamenlijk met de klachten 1614a, 1614c, 1614e, 1614l, 1614m en 1614n. Partijen waren aanwezig, verweerder bijgestaan door zijn gemachtigde.

2. De feiten

Het gaat in deze zaak om het volgende.

Op 11 juni 2013 meldde klaagster, geboren 18 augustus 1965, zich bij verweerder, internist in het ziekenhuis, in verband met een prikkelhoest en subfebriele temperatuur. Klaagster was op dat moment reeds geruime tijd bij verweerder in behandeling in verband met diverse klachten. Zij was bekend met een uitgebreide ziektegeschiedenis en gebruikte medicijnen waaronder prednison 2x 20 mg dd en methotrexaat 1x 20 mg per week. Verweerder heeft laboratorium onderzoek ingezet. Het onderzochte bloed van klaagster toonde een licht verhoogde CRP waarde 25 mg/l, (normaal = tot 10 mg/l). De waarde van de witte bloedcellen bedroeg $9,2 \times 10^9/l$, trombocyten waren $289 \times 10^9/l$. In de laboratorium uitslag werd als voetnoot vermeld "*Afwijkend rood bloedbeeld, m.n. anisocytose. Granulocyten: toxisch beeld*". Voorts heeft verweerder een X-thorax laten maken. Verweerder heeft klaagster vervolgens lichamelijk onderzocht. Hij voerde overleg over de X-thorax met een collega reumatoloog en gezamenlijk concludeerden zij tot een mogelijk virale luchtweginfectie. Over de X-thorax noteerde verweerder in het dossier "*streepvormige afw. ROK [College: RechterOnderKwab]*" Later heeft de radioloog de X-thorax opnieuw beoordeeld en in zijn verslag van 11 juni 2013 noteerde hij het volgende:

"*THORAX*

Er wordt vergeleken met 9-6-2012. Ongewijzigd beeld van het thoraxskelet. Diafragma-koepels zijn scherp afgrensbaar met heldere sinus pleurae beiderzijds. Rechts basaal wordt er een plaatatelectase gezien. Ongewijzigd beeld van de interstitiele longvaattekening. Retrocardiaal links wordt er een verdichting gezien met een luchtbronchogram, passend bij een infiltratieve afwijking. Geen aanwijzingen voor pleuravocht. Mediastinum, hili en corfiguur hebben een ongewijzigd aspect.

Conclusie:

Plaatatelectase rechts basaal en een infiltraat links basaal. "

Klaagster mocht naar huis met de instructie zich te melden als ze zieker zou worden. Klaagster werd thuis steeds zieker. Zij werd op 12 juni 2013 door haar echtgenoot naar de afdeling SEH gebracht met dyspneu en koorts. Tijdens klaagsters verblijf op de SEH heeft de arts-assistent interne geneeskunde in opleiding onder supervisie van de dienstdoende internist een anamnese verricht, werd klaagster lichamelijk onderzocht en werd laboratorium onderzoek gedaan. De navolgende stollingswaarden kwamen daaruit naar voren:

"Stolling INR	INR	1.1
Stolling APTT	sec	< 20*
Stolling PT	sec	13
Stolling Fibrinogeen	g/l	4.5* "

Voorts werd een nieuwe X-thorax gemaakt. Als werkhypothese/diagnose werd vermeld: "*1. Pneumonie PSI klasse III (bacterieel) dd schimmel bij Methotrexaat en prednison gebruik.*

2. Wit beslag keel, dd candida, bacterieel."

Klaagster werd opgenomen op de afdeling interne geneeskunde en op 14 juni 2013 wegens verslechtering overgeplaatst naar de afdeling IC waar zij onder andere uitgebreide antibiotische behandeling kreeg. Als diagnose werd een pneumocystic jirovecii pneumonie (PJP) gesteld. Klaagster is op 24 juni 2013 van de IC voor verder herstel naar de afdeling interne geneeskunde gegaan. Gedurende haar verblijf op de interne gaven twee bloedonderzoeken verhoogde de trombocytenwaarden aan (24 juni: 449 x10⁹/l, 28 juni 722 x10⁹/l, bij een normaalwaarde van 150-400 x10⁹/l). Op 2 juli 2013 werd klaagster uit het ziekenhuis ontslagen.

Op zaterdagavond 6 juli 2013 kwam klaagster op eigen initiatief naar de afdeling SEH van het ziekenhuis. Bij klaagster is toen een anamnese afgenomen, lichamelijk onderzoek verricht en laboratorium- en röntgenonderzoek ingezet door de dienstdoende ziekenhuisarts in opleiding in samenspraak met de dienstdoende internist, tegen welke artsen klaagster ook klachten heeft ingediend bij het college onder nummers 1614c en 1614e. De ziekenhuisarts in opleiding noteerde: *“niet acuut zieke vrouw, suf apathisch. Kracht symmetrisch, geen evidente motorische of sensibele uitval, niet nekstijf”*. In overleg met de dienstdoende internist is klaagster door de ziekenhuisarts in opleiding ter observatie opgenomen op de afdeling interne geneeskunde onder de werkdiagnose *“progressieve sufheid en moeizaam lopen daarbij, geen aanwijzingen voor neurologisch uitval, geen evident infect”*.

Op verzoek van de internist, niet verweerder, is een neurologisch consult uitgevoerd op 7 juli 2013. De neuroloog stelde als diagnose: *“diffuse encephalopathie bij MTX [college: methotrexaat] gebruik en st na pneumonie”*. De aanvullend aangevraagde CT-hersenen en een lumbaalpunctie lieten geen afwijkingen zien. Vervolgens is klaagster op 8 juli 2013 en

15 juli 2013 onderzocht door een arts-assistent neurologie, tegen wie klaagster ook een klacht bij het college heeft ingediend onder nummer 1614l. Op 8 juli 2013 is door de arts-assistent neurologie, in overleg met de neuroloog, een MRI-hersenen met contrast aangevraagd bij de radioloog, tegen wie klaagster onder nummer 1614n ook een klacht bij het college heeft ingediend. Het MRI-onderzoek werd op 9 juli 2013 uitgevoerd en de radioloog noteerde: *“Conclusie: Normale bevindingen”*. Op 23 juli 2013 heeft verweerder aan de neuroloog gevraagd klaagsters situatie nogmaals te beoordelen. De neuroloog, tegen wie klaagster onder nummer 1614a ook een klacht heeft ingediend bij het college, trof klaagster aan die haar verhaal en klachten niet goed kon verwoorden, traag was in denken en verschijnselen had van een hypokinetisch rigide syndroom (parkinsonisme). Op 26 juli 2016 heeft een multi-disciplinair overleg plaats gevonden tussen verweerder en de neuroloog. Op 1 augustus 2013 is door de radioloog opnieuw een MRI-scan gemaakt, welke scan werd vergeleken met de scan van 9 juli 2013. Deze laatste scan toonde afwijkingen, die in retrospectie ook op de eerste scan te zien waren. Hierover is een addendum van 2 augustus 2013 toegevoegd aan het verslag van 9 juli 2013:

“MRI cerebrum.

Dit is een aanvullend/correctie verslag d.d. 02-08-13, [radioloog]:

In tweede instantie wordt op de diffusie coupes afwijkend signaal gezien in de pedunculus cerebri links passend bij relatief recent infarct ter plaatse.”

Op 2 augustus 2013 is klaagster overgeplaatst van de afdeling interne geneeskunde naar de afdeling neurologie. Op 12 augustus 2013 is zij ontslagen uit het ziekenhuis. Verweerder is na haar ontslag uit het ziekenhuis haar poliklinisch behandelend internist gebleven.

Op 20 augustus 2013 is een second opinion gevraagd bij de neuroloog van een ander ziekenhuis. Het neurologisch onderzoek door die neuroloog vond plaats op 19 september

2013. In de brief van 3 oktober 2013 van die neuroloog aan klagsters huisarts staat (voor zover hier van belang): *“MRI hersenen: hyperintense afwijking op de T2 gewogen beelden in de linker cerebrale pedunkel met tevens enige zwelling bilateraal in de thalamus met tevens hoog signaal afwijkingen op de diffusie opnamen echter niet op de ADC map passend bij T2 shine through ofwel vasogeen oedeem en geen cytotoxisch oedeem.”*

3. Het standpunt van klagster en de klacht

Klagster verwijt verweerder dat hij:

1. op 11 juni 2013 de gemaakte X-thorax niet juist heeft beoordeeld en dat hij over deze X-thorax geen overleg heeft gepleegd met de dienstdoende radioloog. Hierdoor is de PCP Pneumonie te laat gediagnostiseerd;
2. tijdens klagsters eerste opname van 12 juni 2013 tot 2 juli 2013 geen acht heeft geslagen op de afwijkende bloeduitslagen, namelijk:
 - 24 juni 2013- trombocyten 449 x109/l
 - 28 juni 2013 -trombocyten 772 x109/l;
3. tot half november 2013 geen verder onderzoek wilde doen naar de oorzaak van de verhoogde trombocyten waarden;
4. niets wilde doen met de verlaagde ferritine- en zinkwaarden (bepaald in de week van 26 november 2013);
5. na 8 juli 2013 geen externe expertise heeft ingeroepen bij het blijvende en onduidelijke beeld vanaf 6 juli 2013;
6. onprofessionele bewoordingen heeft gebruikt naar aanleiding van de foutieve beoordeling van de X-thorax van 11 juni 2013;
7. ten onrechte in zijn status schrijft dat er geen evidente neurologische uitval op de SEH is geconstateerd, aangezien klagster nauwelijks kon praten, evenwichtsstoornissen had en een verminderd bewustzijn;
8. niet heeft gekeken naar de afwijkende stollingsuitslagen van 12 juni 2013. De APTT waarde is verder nooit gecontroleerd of in verband gebracht met het verhoogd aantal trombocyten.

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder betreurt het dat klagster niet tevreden is over de door hem verleende zorg maar stelt zich op het standpunt dat hem tuchtrechtelijk geen verwijt treft.

Verweerder reageert –zakelijk weergegeven – als volgt op de klachtonderdelen:

Ad 1:

Op de X-thorax signaleerde verweerder enkel een streepvormige verdichting in de rechter long passend bij atelectase en niet bij een infectie. Verweerder overlegde hierover met een collega-reumatoloog, waarna zij samen concludeerden dat klagster mogelijk een virale infectie had. De X-thorax werd later op de gebruikelijke manier beoordeeld door een radioloog. Deze signaleerde links bij het hart een klein luchtbronchogram. Dit past bij een infiltratieve afwijking, maar ook bij vocht in de long of het samenvallen van een gedeelte van de long, zoals bij bepaalde typen atelectase.

Gelet op de bevindingen van de radioloog kan niet worden aangenomen dat verweerder de

X-thorax van 11 juni 2013 onjuist heeft beoordeeld, noch dat hem het verwijt treft dat hij geen overleg heeft gepleegd met de radioloog. Dat de radioloog mede op basis van voortschrijdend inzicht tot een andere beoordeling kwam betekent niet automatisch dat verweerder niet tijdig een juiste diagnose heeft gesteld. Verweerder zou zijn beleid niet hebben aangepast indien hij de X-thorax juist zou hebben geïnterpreteerd.

Ad 2:

De trombocytenwaarden van klaagster waren een aantal dagen verhoogd. De verhoging van deze waarden heeft verweerder geduid als een acute fase reactie, wat vaker wordt gezien bij opgenomen patiënten. Deze waarden behoren na een paar dagen weer te dalen. Dit gebeurde ook bij klaagster (op 4 augustus 2013 waren de trombocyten $339 \times 10^9 / l$). Verweerder mocht aannemen dat er daarmee sprake was van een reactieve trombocytose. In overeenstemming met de bestaande literatuur behoefde geen verdere actie te worden genomen door verweerder. Verweerder heeft acht geslagen op de bloeduitslagen en heeft daarvoor een verdedigbare verklaring gegeven. Verweerder heeft van een onjuiste interpretatie geen blijk gegeven.

Ad 3:

Verweerder heeft geen apart verweer gevoerd ten aanzien van dit klachtonderdeel.

Ad 4:

De neuroloog had een zinkbepaling aangevraagd en de dermatoloog een onderzoek naar ferritine. De interpretatie van de resultaten van deze niet door verweerder aangevraagde onderzoeken en het verdere beleid daaromtrent vallen primair onder de verantwoordelijkheid van de aanvragende arts en in het bijzonder de behandelaar. Verweerder liet zodoende – in overeenstemming met de geldende praktijk – eventueel beleid ten aanzien van de zink- en ferritiewaarden over aan de andere behandelend artsen van klaagster.

Ad 5:

Gelet op de aangevraagde neurologie consulten is reeds in een vroegtijdig stadium (externe) expertise ingewonnen. In een eerder stadium was reeds externe expertise door verweerder ingewonnen bij de internist en (later) de neuroloog van een ander ziekenhuis. Niet is gebleken dat de externe expertises ontijdig zouden zijn ingeroepen en als dat al het geval zou zijn verweerder daarvoor een persoonlijk verwijt zou treffen.

Ad 6:

Verweerder herkent zich in het geheel niet in het verwijt dat hij onprofessionele bewoordingen heeft gebruikt naar aanleiding van de foutieve beoordeling van de X-thorax van 11 juni 2013. Verweerder behandelt en bejegent alle aan zijn zorg toevertrouwde patiënten met aandacht en respect. Zo ook klaagster. De feiten die aan dit klachtonderdeel ten grondslag liggen, betwist verweerder.

Ad 7:

Verweerder heeft zijn statusvoering gebaseerd op de op 6 juli 2013 door de ziekenhuisarts in opleiding op de afdeling SEH en de door de neuroloog op 7 juli 2013 gemaakte aantekening in klaagsters medisch dossier. De op basis van deze gegevens gevoerde statusvoering is niet onjuist. Verweerder heeft hiermee niet tuchtrechtelijk verwijtbaar gehandeld.

Ad 8:

De laboratoriumonderzoeken van klaagster zijn tijdens het SEH bezoek van klaagster op 12 juni 2013 door de arts-assistent interne geneeskunde onder supervisie van de dienstdoende internist verricht en beoordeeld. Dit in verband met de koorts en in het kader van het sepsis-protocol. De bepalingen worden verricht om in acute situaties te

zien hoe ziek een patiënt(e) is en om een eventuele sepsis vroegtijdig te kunnen detecteren. Bij klaagster werd voor het uitsluiten van diffuse intravasale stolling bij sepsis (DIS) ook een stollingsstatus geprikt.

Deze paste niet bij DIS. Er was geen trombopenie, verlengde APTT (bij klaagster was deze zelfs verkort, passend bij acute stress), PT of verlaagd fibrinogeen. Verweerder heeft deze laboratoriumuitslagen gezien. Niet is gebleken dat op basis daarvan door hem een onjuist of foutief beleid is gevoerd.

5. De overwegingen van het college

Het college stelt voorop dat het bij de tuchtrechtelijke toetsing van professioneel handelen er niet om gaat of dat handelen beter had gekund, maar dat beslissend is het antwoord op de vraag of de arts vanuit tuchtrechtelijk perspectief gezien, is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard.

Klachtonderdeel 1

Het college acht dit klachtonderdeel gegrond.

Klaagster was bekend met een uitvoerige ziektegeschiedenis en was in dat kader reeds langere tijd onder behandeling bij verweerder. Klaagster gebruikte medicatie waaronder prednison en methotrexaat. Onder de door verweerder ontvangen en bekeken laboratoriumuitslagen van het door verweerder aangevraagde bloedonderzoek, werd als voetnoot vermeld "*Afwijkend rood bloedbeeld, m.n. anisocytose. Granulocyten: toxisch beeld*". Tegen de achtergrond van deze informatie heeft verweerder de X-thorax beoordeeld. Hoewel het infiltraat op de twee foto's voor een redelijk bekwaam internist duidelijk herkenbaar was, heeft verweerder op de

X-thorax geen van belang zijnde afwijking gezien. Mede gelet op klaagsters medische voorgeschiedenis, de mogelijk door de medicatie gemaskeerde CRP waarde van 25 mg/ml en de daardoor vereiste extra waakzaamheid bij verweerder, valt de onjuiste interpretatie van de twee thorax foto's aan verweerder tuchtrechtelijk te verwijten.

Hieraan doet niet af dat verweerder heeft overlegd met een collega-reumatoloog. Verweerder heeft nagelaten een radioloog te raadplegen. Dat het beleid en het beloop niet anders zouden zijn geweest, maakt het voorgaande niet anders. Beoordeeld dient immers te worden of de arts vanuit tuchtrechtelijk perspectief gezien, is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsuitoefening, waarbij het gevolg van het handelen buiten beschouwing blijft.

Klachtonderdeel 2

Dit klachtonderdeel is ongegrond.

De trombocytenwaarden van klaagster waren op 24 juni en 28 juni 2013 verhoogd, respectievelijk 449 en 772 x10⁹/l. Verweerder heeft deze waarden geduid als een acute fase reactie. Gelet op klaagsters bezoek aan de SEH, de opname van klaagster in het ziekenhuis, de opname vervolgens op de IC alsmede de uitgebreide behandeling die klaagster onderging en de medicatie die zij kreeg, waren de verhoogde trombocytenwaarden verklaarbaar en was verweeders inschatting dat deze na een paar dagen weer zouden dalen terecht. Er bestond geen aanleiding voor verweerder om nadere actie te ondernemen. Van verwijtbaar tuchtrechtelijk handelen door verweerder is geen sprake.

Klachtonderdeel 3

Dit klachtonderdeel is ongegrond.

Bij ontslag uit het ziekenhuis waren de trombocytenwaarden van klaagster normaal. Voor verweerder was er geen aanleiding om, nadat klaagster uit het ziekenhuis was ontslagen, (nader) onderzoek naar de passagere verhoogde trombocytenwaarden van klaagster te doen. Van verwijtbaar tuchtrechtelijk handelen door verweerder is geen sprake.

Klachtonderdeel 4

Dit klachtonderdeel is ongegrond.

Hoewel het standpunt van verweerder dat de interpretatie van de resultaten van deze niet door verweerder aangevraagde onderzoeken en het verdere beleid daaromtrent primair onder de verantwoordelijkheid van de aanvragende arts en bij de behandelaar vallen inderdaad juist is, had verweerder wel aan klaagster kunnen uitleggen waarom hij met die verlaagde waarden niets deed. Van tuchtrechtelijke verwijtbaar handelen door verweerder op dit punt is echter geen sprake.

Klachtonderdeel 5

Dit klachtonderdeel is ongegrond.

Op 6 juli 2013 werd klaagster voor de tweede keer in het ziekenhuis op de afdeling interne opgenomen. Reeds op 7 juli 2013 heeft de op dat moment superviserend internist een neuroloog in consult gevraagd vanwege het neurologisch beeld. Vanaf dat moment is er veelvuldig overleg gepleegd tussen verweerder en de neuroloog. In overleg met verweerder heeft de neuroloog later een neuroloog van een ander ziekenhuis in consult gevraagd toen de klachten onbegrepen bleven.

Niet gezegd kan worden dat verweerder – op basis van de aan verweerder gepresenteerde klachten – eerder of meer expertise had moeten inroepen. Vanuit tuchtrechtelijk perspectief is verweerder gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsbeoefening, rekening houdend met de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake de norm of standaard was aanvaard.

Klachtonderdeel 6

Dit klachtonderdeel is ongegrond.

De lezingen van klaagster en verweerder over welke bewoordingen verweerder heeft gebruikt naar aanleiding van de foutieve beoordeling van de X-thorax van 11 juni 2013, lopen uiteen. Nu niet kan worden vastgesteld welke van de beide lezingen aannemelijk is, kan een verwijt dat is gebaseerd op de lezing van klaagster in beginsel niet gegrond worden bevonden. Dit berust niet op het uitgangspunt dat het woord van klaagster minder geloof verdient dan dat van verweerder, maar op de omstandigheid dat voor het oordeel dat een bepaalde gedraging of bepaald nalaten verwijtbaar is eerst moet worden vastgesteld dat er een voldoende feitelijke grondslag voor dat oordeel bestaat.

Klachtonderdeel 7

Dit klachtonderdeel is ongegrond.

Ten tijde van klaagsters verblijf op de SEH werd zij onderzocht door de dienstdoende ziekenhuisarts in opleiding op uitvalsverschijnselen. Deze heeft in overleg met de dienstdoende internist klaagster ter observatie opgenomen op de afdeling interne geneeskunde.

Anders dan waar klaagster in dit klachtonderdeel vanuit gaat, heeft verweerder geen bemoeienis gehad met het onderzoek en het besluit tot opname van klaagster op 6 juli

2013. Hij heeft evenmin bemoeienis gehad met de vermeldingen in de status door de ziekenhuisarts in opleiding en de dienstdoende internist.

Klachtonderdeel 8

Dit klachtonderdeel is ongegrond.

Het college verwijst allereerst naar het hiervoor weergegeven tuchtrechtelijk toetsingskader. Tegen het licht van dat toetsingskader stelt het college vast dat verweerder is gebleven binnen de grenzen van een redelijk bekwame beroepsbeoefening, rekening houdend met de gepresenteerde klachten, de stand van de wetenschap ten tijde van het klachtwaardig geachte handelen en met hetgeen toen in de beroepsgroep ter zake als norm of standaard was aanvaard. De laboratoriumuitslagen van 12 juni 2013 waarnaar klaagster verwijst, pasten goed bij het acute ziektebeeld waarmee klaagster tijdens de eerste opname was opgenomen en mochten derhalve ook zo geduid worden. Voor verweerder was er geen aanleiding de APTT waarde nader of opnieuw aan controle of vergelijking te onderwerpen.

De maatregel

Resumerend leidt het vorenstaande tot de conclusie dat de klacht deels gegrond is (te weten klachtonderdeel 1).

Het college acht het opleggen van een waarschuwing passend en houdt daarbij rekening met de aard en de ernst van het verwijt, beschouwd op zichzelf maar ook in de context met de overige relevante aspecten van de zaak. Het college slaat in de onderhavige klachtzaak ook acht op omstandigheden buiten de geformuleerde klachtonderdelen om. Meer in het bijzonder verrichtte verweerder (te) weinig controlehandelingen. Zo heeft verweerder, hoewel klaagster kortademig was, geen zuurstofsaturatiemeting verricht, geen bloeddruk genoteerd en evenmin de temperatuur gemeten.

6. De beslissing

Het college:

- verklaart de klacht deels gegrond, zoals hiervoor overwogen;
- legt op de maatregel van waarschuwing;
- wijst de klacht voor het overige af.

Aldus beslist door mr. A.H.M.J.F. Piëtte als voorzitter, mr. L. Ritzema als lid-jurist, dr. M.H. Godfried, dr. G.A. Hoffland en dr. H. van Santbrink als leden-beroepsgenoten, in aanwezigheid van mr. I.H.M. van Rijn als secretaris en in het openbaar uitgesproken op 4 januari 2017 in aanwezigheid van de secretaris.