

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2017.202

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2017.202 van:

A., anesthesioloog, werkzaam te B.,
appellant, verweerder in eerste aanleg,
gemachtigde: mr. O.L.Nunes, advocaat te Utrecht,
tegen

C., wonende te B., verweerster in beroep, klaagster in eerste aanleg.

1. Verloop van de procedure

C. - hierna klaagster - heeft op 1 maart 2016 bij het Regionaal Tuchtcollege te Den Haag tegen A. - hierna de anesthesioloog - een klacht ingediend. Bij beslissing van 21 maart 2017, onder nummer 2016-056a heeft dat College de maatregel van berisping opgelegd en publicatie gelast.

De anesthesioloog is van die beslissing tijdig in beroep gekomen. Klaagster heeft een verweerschrift in beroep ingediend.

De zaak is in beroep tegelijkertijd maar niet gevoegd met de zaken C2017.201 en C2017.203 behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 29 maart 2018, waar zijn verschenen de anesthesioloog, bijgestaan door mr. Nunes. Klaagster is, hoewel behoorlijk uitgenodigd, niet verschenen. Als getuige is gehoord mevrouw D., anesthesie-assistent.

Mr. Nunes heeft de standpunten van de anesthesioloog toegelicht aan de hand van pleitnotities die aan het Centraal Tuchtcollege zijn overgelegd.

2. Beslissing in eerste aanleg

Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing het volgende ten grondslag gelegd.

“(…)

2. De feiten

2.1 Klaagster is op 23 maart 2014 om 1.52 uur tijdens de bevalling van haar eerste kind door de verloskundige overgedragen aan de dienstdoende gynaecoloog in de nachtdienst van het E. te B. (hierna: het ziekenhuis). In het ziekenhuis was bekend dat klaagster Jehova's getuige is en om die reden geen bloedtransfusie wenste. Het ziekenhuis is het enige ziekenhuis in de regio dat klinische bevallingen bij Jehova's getuigen begeleidt.

2.2 De overdracht van de verloskundige naar het ziekenhuis vond plaats omdat klaagster in de ontsluitingsfase pijnstilling wenste. Om 3.38 uur is een epidurale catheter ingebracht en is de infusie van ropivacaine en sufentanil gestart op een stand van 10 ml/uur. In verband met een matig vorderende ontsluiting werd om 3.55 uur tevens gestart met een weeën stimulerend middel. De epidurale blokkade werkte goed; klaagster had geen pijn. Om 9.43 uur had klaagster volledige ontsluiting. Als gevolg van de pijnstilling

voelde klaagster echter geen persweeën, in verband waarmee de toediening van epidurale pijnstilling is stopgezet. Omstreeks 11.30 uur, toen het gevoel langzaamaan weer terugkwam, is klaagster begonnen met persen, maar omdat de uitdrijving niet vorderde heeft de dienstdoende gynaecoloog in de dagdienst (hierna: de gynaecoloog) om 12.36 uur besloten tot een keizersnede. In dat kader heeft de gynaecoloog in het partusverslag genoteerd:

“Medebeoordeling: VT buiten wee. Caput H2 =. Tijdens persen caput wel mooi dieper maar met benig deel niet voorbij H2. Tevens inderdaad nauwe arcus. B/ secundaire sectio caesarea. Mw is overigens 1.57 meter.”

2.3 Verweerder is als anesthesioloog verbonden aan het ziekenhuis en werd door de gynaecoloog verzocht te assisteren bij de keizersnede die klaagster diende te ondergaan. Uit het door verweerder opgestelde anesthesieverlag blijkt dat klaagster om 12.54 uur op de OK was en dat om 12.56 uur de anesthesie is gestart. Om 12.59 uur heeft verweerder via de epidurale katheter 6 ml lidocaïne 2% (20 mg/ml) toegediend en om 13.04 uur nog eens 3 ml lidocaïne 2%. Op enig moment tussen 12.59 uur en 13.08 uur gaf klaagster bij het testen van het block met behulp van een pincet net boven de navel (de zogenoemde “pincetproef”) aan dat dit pijnlijk was. Om 13.08 uur is gestart met de keizersnede en om 13.12 uur heeft verweerder via de epiduraal katheter nogmaals 2 ml lidocaïne 2% toegediend. Om 13.15 uur werd een gezonde dochter geboren. Om 13.15 uur (na de geboorte van het kind) is 10 microgram sufentanil (een opiaat) toegediend. Om 13.45 uur heeft verweerder nogmaals 10 microgram sufentanil toegediend, alsmede extra sedatie in de vorm van 60 mg propofol, omdat klaagster aangaf de hechtingen te voelen en als gevolg daarvan moeilijk stil op haar rug kon blijven liggen. Om 13.50 uur werd de ingreep beëindigd.

2.4 Het door de gynaecoloog en/of de arts-assistent gynaecologie opgestelde verslag van de keizersnede vermeldt, voor zover hier van belang:

“Wijze van anaesthesie: opgespoten epiduraal

Pincet-proef: pijnlijk. Wel doorgezet. Nare ervaring voor patiente

(...)

Complicaties: vrij pijnlijke sectio voor patiente, 700 ml BV”

Verder wordt in het eerdergenoemde partusverslag eveneens melding gemaakt van het feit dat de keizersnede pijnlijk voor klaagster was:

“(...)

13.30 (...) NB pte verbleef pijnlijk onder de epiduraal, extra pijnstilling op OK gehad.

(...)

14.40 (...) Mevr heeft de sectio als erg pijnlijk ervaren. Mevrouw heeft nu nog steeds veel pijn. Mevr krijgt nu nog morfine sc en perfagan. Mevr mag nog geen dico omdat de ruggeprik nog in zit (...)

Voorts is op 24 april 2014 een melding gemaakt in de complicatieregistratie, waarin staat vermeld:

“Complicatie pijn gevoeld tijdens sectio

Toelicht. Wijze van anaesthesie: opgespoten epiduraal Pincet-proef: pijnlijk.

Wel doorgezet. Nare ervaring voor patiente”

2.5 Verweerder is bij de verdere behandeling van klaagster in maart/april 2014 – die in diverse opzichten problematisch is verlopen – niet meer betrokken geweest. Uiteindelijk heeft klaagster het ziekenhuis op 3 april 2014 in redelijke conditie verlaten.

3. De klacht

Klaagster verwijt verweerder – kort en zakelijk weergegeven – dat met de keizersnede is begonnen en doorgegaan, ondanks dat klaagster zowel voorafgaand – bij de pincetproef – als tijdens de ingreep heeft aangegeven dat zij (veel) pijn had. Verweerder had zorg moeten dragen voor adequate pijnstilling, bijvoorbeeld in de vorm van algehele anesthesie. Door dit na te laten en de door klaagster aangegeven pijn te bestempelen als gevoeligheid of angst – waardoor klaagster zich niet serieus genomen voelde – heeft zij onnodig veel pijn geleden en heeft verweerder niet de zorg betracht die hij als anesthesioloog jegens klaagster had moeten betrachten.

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder heeft de klachten en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.

5. De beoordeling

5.1 *Het College stelt allereerst vast dat de lezingen van partijen omtrent het verloop van de keizersnede en dan met name de pijnbeleving van klaagster aanzienlijk van elkaar verschillen. Klaagster stelt dat zij tijdens de ingreep veel pijn had en dat zij dit meerdere malen duidelijk aan verweerder heeft aangegeven, maar dat hij heeft nagelaten daar adequaat op te reageren. Verweerder stelt dat de keizersnede wat hem betreft probleemloos is verlopen. Klaagster zal de ingreep waarschijnlijk wel hebben gevoeld, maar van (objectiveerbare) pijn was geen sprake; het block zat goed en klaagster was goed verdoofd, aldus verweerder.*

5.2 *Ter onderbouwing van dit standpunt stelt verweerder – in zijn weergave van de feiten onder punt 14 en 15 van het verweerschrift alsmede ter zitting – dat hij klaagster op de operatiekamer 6 ml lidocaïne heeft toegediend en vervolgens ca.*

10 minuten heeft gewacht tot het block was gestegen tot Th6-Th8. Daarna is de hiervoor onder 2.3 genoemde “pincetproef” verricht, waarvan verweerder erkent dat deze voor klaagster pijnlijk was en dat zij dat heeft aangegeven. Vervolgens heeft verweerder naar zijn zeggen via de epidurale katheter nogmaals eerst 3 ml en later nog 2 ml lidocaïne toegediend en heeft hij 10 microgram sufentanil toegediend tot hij er zeker van was dat het block goed zat en klaagster goed was verdoofd. Het College begrijpt dit aldus dat verweerder heeft bedoeld te zeggen dat hij deze middelen vóór de ingreep heeft toegediend en dat hij de gynaecoloog pas heeft laten weten dat met de ingreep kon worden gestart nadat verweerder zich ervan had vergewist dat klaagster goed verdoofd was.

5.3 *Deze weergave van de feiten en met name het tijdsverloop tussen (en de volgorde van) de verschillende handelingen – welk tijdsverloop in het kader van de inwerking van de verdoving van groot belang is – rijmt naar het oordeel van het College niet met de verslaglegging van het verloop van de ingreep zoals weergegeven in de door verweerder kort na de ingreep opgestelde anesthesiologische verslaglegging. Zoals hiervoor onder 2.3 beschreven, blijkt uit die verslaglegging dat om 12.59 uur via de epidurale katheter 6 ml lidocaïne 2% is toegediend. Na de pijnlijke pincetproef is om 13.04 uur nogmaals 3 ml lidocaïne 2% toegediend. Om 13.08 uur is gestart met de keizersnede. Om 13.12 uur – dus na aanvang van de ingreep – heeft verweerder nogmaals 2 ml lidocaïne 2% toegediend en om 13.15 uur (na de geboorte van het kind) is 10 microgram sufentanil intraveneus gegeven. Nu het College geen reden heeft om aan de juistheid van deze schriftelijke verslaglegging te twifelen, zal hier bij de verdere beoordeling van worden uitgegaan.*

5.4 *Uit het partusverslag blijkt dat de epiduraal om 9.43 uur is uitgezet omdat klaagster de persweeën niet voelde. Toen om 12.36 uur door de gynaecoloog tot een keizersnede werd besloten, stond de epiduraalpomp dus bijna 3 uur uit. Klaagster had*

toen al een uur geperst, nadat om 11.30 uur geconstateerd was dat het gevoel terugkwam. Op grond van dit tijdsverloop acht het College aannemelijk dat het block om 12.36 uur uitgewerkt was en klaagster op dat moment dus niet meer was verdoofd, hetgeen ook de bedoeling was van het uitzetten van de pomp. Alhoewel dit in de verslaglegging nergens is genoteerd, geven beide partijen aan dat de epiduraalpomp met het oog op de aanstaande keizersnede weer is aangezet, het College neemt aan op de verloskamer om (ongeveer) 12.36 uur. Het is niet bekend op welke stand de epiduraalpomp stond op het moment dat klaagster om 12.54 uur op de OK arriveerde. Desgevraagd heeft verweerder ter zitting verklaard dat hij klaagster – naast de in de verslaglegging weergegeven doses van 6 ml en 3 ml lidocaïne – voor de ingreep geen oplaaddosis (een zogenoemde bolus) anestheticum heeft toegediend. Onder deze omstandigheden – zelfs als de epiduraalpomp om 12.36 uur op de maximale stand van 10 ml per uur is gezet – acht het College het onwaarschijnlijk dat klaagster na het toedienen van 6 ml lidocaïne om 12.59 uur en het aanvullend toedienen van 3 ml lidocaïne om 13.04 uur afdoende was verdoofd op het moment dat de ingreep om 13.08 uur werd gestart. Het inwerken van een epiduraal block kost tijd (zeker 15 tot 20 minuten) en uit de verslaglegging blijkt dat verweerder die tijd niet heeft genomen, terwijl er geen aanwijzingen zijn dat de situatie zo spoedeisend was dat geen verder uitstel mogelijk was. Het toedienen van 9 ml lidocaïne 2% epiduraal is meestal onvoldoende om een adequaat block voor een sectio te bewerkstelligen. Het is bovendien opvallend dat verweerder na aanvang van de ingreep om 13.12 uur nogmaals 2 ml lidocaïne epiduraal en om 13.15 uur 10 microgram sufentanil intraveneus heeft toegediend. Als verweerder er op dat moment daadwerkelijk van overtuigd was dat het block goed zat en klaagster goed was verdoofd, was dit immers niet nodig geweest. Verweerder heeft het College bovendien niet duidelijk kunnen maken of en hoe hij zich ervan heeft vergewist dat het block uiteindelijk goed zat en klaagster voldoende was verdoofd. In zijn verweer - maar niet in het anesthesieverlag in het medisch dossier - schrijft hij dat er een block tot Th6-8 was. Hij heeft echter niet aangegeven hoe de hoogte van het block vastgesteld is.

5.5 Het feit dat de bloeddruk en polsfrequentie van klaagster geen extremen lieten zien, doet aan het voorgaande onvoldoende af. Niet kan worden uitgesloten dat deze waarden zijn beïnvloed door de overige – pijnstillende en sederende – medicatie die klaagster intraveneus toegediend had gekregen, of dat zij veroorzaakt zijn of tenminste beïnvloed door het bloedverlies en het daarmee gepaard gaande lage hemoglobinegehalte in het bloed. In ieder geval kan op basis van deze waarden achteraf niet worden geconcludeerd dat klaagster op het moment van uitvoering van de keizersnede geen (erge) pijn had.

5.6 Al met al concludeert het College dat verweerder een inschattingfout heeft gemaakt en klaagster onvoldoende (en te laat) anestetica heeft toegediend, waardoor het aannemelijk is dat klaagster wel degelijk erge pijn heeft gevoeld voorafgaand aan en met name ook gedurende de ingreep. Het medisch dossier geeft hier ook blijk van; zowel in het OK-verslag als in het partusverslag wordt er melding van gemaakt dat de keizersnede voor klaagster pijnlijk was (zie hiervoor onder 2.4), terwijl naar aanleiding daarvan bovendien een complicatiemelding is gedaan. Op welke wijze klaagster haar pijn heeft geuit, kan daarmee verder in het midden blijven. Verweerder heeft ten opzichte van klaagster onvoldoende zorg gedragen voor adequate pijnstilling tijdens de keizersnede.

De conclusie is dat verweerder in strijd heeft gehandeld met de zorg die hij ten opzichte van klaagster behoorde te betrachten zoals bedoeld in artikel 47, eerste lid onder a,

van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg. De klacht is dan ook gegrond.

5.7 Het College acht het bovendien verwijtbaar dat verweerder de epidurale anesthesie niet lege artis heeft uitgevoerd en vervolgens zowel tijdens de ingreep – na een pijnlijke pincetproef – als met name ook daarna onvoldoende oog heeft gehad voor de – door het College gelet op het voorgaande reëel geachte – pijnbeleving van klaagster. Zowel het schriftelijke verweer als zijn verklaringen ter zitting geven er blijk van dat verweerder de pijnbeleving van klaagster nog steeds in twijfel trekt en de door haar ervaren pijn blijft kwalificeren als enkel gevoel. Het is goed voorstelbaar dat klaagster zich hierdoor niet serieus genomen voelt. In zijn algemeenheid geldt dat, als de patiënt aangeeft dat hij of zij pijn heeft, een hulpverlener dat – gelet op het subjectieve karakter van pijnbeleving – serieus dient te nemen, ook al wordt die pijn op een subtiele wijze geuit, zoals verweerder heeft betoogd (anders dan klaagster overigens).

5.8 Voor klaagster is de geboorte van haar dochter door de fout van verweerder een erg pijnlijke en nare ervaring geworden. In combinatie met de omstandigheid dat dit door verweerder niet wordt erkend, acht het College een berisping passend en geboden. (...).”

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

Voor de beoordeling van het beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten en omstandigheden zoals weergegeven in de beslissing in eerste aanleg onder het kopje “**2. De feiten**”, welke weergave in beroep niet, althans onvoldoende, is bestreden.

4. Beoordeling van het beroep

4.1 In beroep heeft de anesthesioloog geconcludeerd dat de klacht alsnog ongegrond wordt verklaard, althans zodanig te beslissen als het Centraal Tuchtcollege juist acht.

4.2 Klaagster heeft in beroep haar klacht herhaald en nader toegelicht. Klaagster heeft geconcludeerd tot verwerping van het beroep.

4.3 Bij de beoordeling in beroep wordt uitgegaan van de volgende tijdstippen, ontleend aan het anesthesieverslag:

- 12.54 uur: patiënt (klaagster) in de operatiekamer ;
- 12.56 uur start anesthesie
- 12.59 uur: toediening 6 ml lidocaïne 2% epiduraal;
- 13.04 uur: toediening 3 ml lidocaïne 2% epiduraal;
- 13.08 uur: start chirurgie;
- 13.10 uur: 60 mg propofol intraveneus;
- 13.12 uur: toediening 2 ml lidocaïne 2% epiduraal;
 - 13.15 uur: geboorte dochter;
 - 13.15 uur: toediening 10 mg sufentanil epiduraal;
 - 13.45 uur: toediening 10 mg sufentanil intraveneus;
 - 13.50 uur: einde chirurgie.

4.5 Het Centraal Tuchtcollege neemt als vaststaand aan dat de operatie voor klaagster pijnlijk is geweest. Het door de arts-assistent gynaecologie opgemaakte en door de gynaecoloog geaccordeerde operatieverslag van de keizersnede maakt daar immers melding van: “ Wijze van anesthesie: opgespoten epiduraal

Pincet-proef: pijnlijk. Wel doorgezet. Nare ervaring voor patiënte
Complicaties: vrij pijnlijke sectio voor patiënte, 700 BV”

Verder is in het partusverslag vermeld : “13.30 uur NB pte verbleef pijnlijk onder epiduraal, extra pijnstilling op OK gehad”

“14.40 uur Mevr heeft de sectio als erg pijnlijk ervaren. Mevrouw heeft nu nog steeds veel pijn” .

In de complicatieregistratie is vermeld: “Complicatie pijn gevoeld tijdens sectio”. Het Centraal Tuchtcollege neemt verder als vaststaand aan dat klaagster tijdens de operatie ook heeft geuit dat zij pijn voelde reeds omdat het operatieverslag daarvan melding maakt. Wie anders dan klaagster zelf zou immers de bron van deze informatie kunnen zijn geweest? Dat de lezingen van partijen -puttend uit hun herinnering—uiteenlopen over de wijze waarop en de mate waarin klaagster die pijnklachten heeft geuit, betekent niet dat het Centraal Tuchtcollege de klacht niet zou kunnen beoordelen. Het Centraal Tuchtcollege heeft geen aanwijzingen gevonden dat de pijnklachten van klaagster willens en wetens zijn genegeerd. Het gaat er daarom vanuit dat partijen deze kennelijk anders hebben geïnterpreteerd.

4.6 Het Centraal Tuchtcollege stelt vast dat een pre operatief anesthesiologisch verslag ontbreekt. Uit het medisch dossier blijkt dat de epiduraalpomp om 09.43 uur is uitgezet. Beide partijen hebben verklaard dat de pomp weer liep toen klaagster om 12.56 uur in de operatiekamer was. De anesthesioloog heeft echter niet vastgelegd of en op welke stand de pomp liep. Ook heeft de anesthesioloog niet vastgelegd of en zo ja hoe, hij de hoogte van het epidurale blok heeft gecontroleerd. Getuige het anesthesie verslag heeft de anesthesioloog om 12.59 uur slechts 6 ml lidocaïne 2% en vervolgens – -na de pijnlijke pincetproef- om 13.04 uur slechts 3 ml lidocaïne 2% toegediend. Deze toegediende hoeveelheid van 9 ml is vrijwel zeker te weinig om een adequaat blok voor een keizersnede te bewerkstelligen zeker wanneer deze hoeveelheid gefaseerd wordt toegediend. Daarbij knelt het dat de anesthesioloog niet heeft vastgelegd of op andere wijze heeft kunnen verduidelijken hoe hij heeft gecontroleerd dat het blok daarna wel goed zat toen hij om 13:08, 4 minuten na de aanvullende toediening, toestemming voor de incisie aan de gynaecoloog gaf. Aldus heeft de anesthesioloog niet lege artis gehandeld. Evenals het Regionaal Tuchtcollege neemt het Centraal Tuchtcollege aan dat klaagster niet adequaat was verdoofd. In dit verband ziet het Centraal Tuchtcollege ook de intraveneuze toediening van propofol direct na de incisie, kennelijk om de pijnreactie van patiënte te dempen.

De door de anesthesioloog ter zitting in beroep overgelegde “Leidraad voor het opspuiten van een reeds geplaatste epiduraal voor een (spoed) sectio caesaria, streef naar een blok tot Th 4.” brengt het Centraal Tuchtcollege niet tot een ander oordeel. Daargelaten dat een bronvermelding bij deze leidraad ontbreekt, heeft de anesthesioloog de door hem op deze leidraad aangekruiste route, die uitkomt op toediening in één keer (en niet gefaseerd) van 2 ml sufenta met 8 ml lidocaïne 2% en 2-5 ml bupivacaïne 0,5%, niet gevolgd. Ook de medisch specialistische rapportage van prof. dr F., emeritus hoogleraar anesthesiologie, die door de anesthesioloog in beroep is ingebracht, kan hem niet baten omdat het Centraal Tuchtcollege zich -anders dan deze deskundigen- kan vinden in het oordeel van het Regionaal Tuchtcollege dat voor de beoordeling van de klacht en de daarvoor noodzakelijke vaststelling van de feiten groter gewicht toekomt aan de elektronische verslaglegging dan aan naderhand gegeven verklaringen die geen bevestiging vinden in het medisch dossier.

4.7 Wat de bloeddruk en polsfrequentie van klaagster betreft komt het Centraal Tuchtcollege tot dezelfde bevindingen als het Regionaal Tuchtcollege onder 5.5 heeft weergegeven. Aan deze waarden kan—gelet op de mogelijke beïnvloeding door de toegediende medicatie- geen doorslaggevende betekenis voor een ander oordeel worden toegekend.

4.8 Ook voor het overige heeft de behandeling in beroep niet geleid tot andere beschouwingen over het beroepsmatig handelen van anesthesioloog dan die van het

Regionaal Tuchtcollege in eerste aanleg. Het Centraal Tuchtcollege deelt dan ook de conclusie van het Regionaal Tuchtcollege dat de anesthesioloog klaagster onvoldoende anesthetica heeft toegediend en het effect van de toegediende anesthetica onvoldoende heeft gecontroleerd waardoor klaagster gedurende de ingreep pijn heeft geleden. De anesthesioloog heeft aldus gehandeld in strijd met de zorg die hij ten opzichte van klaagster behoorde te betrachten als bedoeld in artikel 47, eerste lid onder a van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg.

4.9 Wat de op te leggen maatregel betreft laat het Centraal Tuchtcollege meewegen dat de anesthesioloog tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld en dat het er niet van overtuigd is dat de anesthesioloog ook lering uit deze casus heeft getrokken. Om die reden kan niet worden volstaan met een waarschuwing maar acht het Centraal Tuchtcollege, evenals het Regionaal Tuchtcollege, een berisping op zijn plaats. Dit betekent dat het beroep zal worden verworpen

4.10 Het Centraal Tuchtcollege hecht er aan op te merken dat—hoewel het geen deel uitmaakt van de klacht- het in de rede had gelegen dat de anesthesioloog eigener beweging had getracht met klaagster in contact te treden en dat het nalaten daarvan als een gemiste kans moet worden beschouwd.

4.11 Om redenen aan het algemeen belang ontleend zal het Centraal Tuchtcollege bepalen dat deze beslissing op na te noemen wijze bekend wordt gemaakt.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

verwerpt het beroep, hetgeen betekent dat de maatregel van berisping gehandhaafd blijft;

bepaalt dat deze beslissing op de voet van artikel 71 Wet BIG zal worden bekendgemaakt in de Nederlandse Staatscourant, en zal worden aangeboden aan het Tijdschrift voor Gezondheidsrecht, Gezondheidszorg Jurisprudentie en Medisch Contact met het verzoek tot plaatsing.

Deze beslissing is gegeven door: mr. C.H.M. van Altena, voorzitter,
mr. Y. Buruma en mr. H. de Hek, leden juristen en dr. J.S. Pöll, drs. J.G. van Unnik,
leden beroepsgenoten en mr. J.S. Heidstra, secretaris.

Uitgesproken ter openbare zitting van 15 mei 2018.

Voorzitter w.g. Secretaris w.g.