

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: A2022/4642

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG AMSTERDAM
Beslissing van 20 januari 2023 naar aanleiding van de klacht van:

A,

wonende te B, klagster, gemachtigde: F,
tegen

C,

verzekeringsarts, werkzaam te D,
verweerder, hierna ook: de verzekeringsarts, gemachtigde: mr. A.W. Hielkema,
werkzaam te Utrecht.

1. De procedure

Het verloop van de procedure blijkt uit:

- het klaagschrift met de bijlagen, ontvangen op 8 augustus 2022;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- het proces-verbaal van het op 21 november 2022 gehouden mondelinge vooronderzoek. Het college heeft de klacht op basis van de stukken beoordeeld.

2. Waar gaat de zaak over?

2.1 Klagster heeft als docente Spaans gewerkt op een middelbare school. Zij voelde zich gepest door collega's. Op 21 september 2015 heeft zij zich ziekgemeld, nadat zij een e-mail van de directeur van de school had ontvangen waarin stond dat hij pesten uitgesloten achtte. Klagster

heeft de school aansprakelijk gesteld voor de door haar geleden (psychische) schade.

2.2 De schaderegelaar heeft aan de verzekeringsarts opdracht gegeven om een medisch advies uit te brengen over de vraag of er causaal verband bestaat tussen de klachten en de beperkingen van klagster en de werkvloer. De verzekeringsarts heeft in zijn rapport van 26 juli 2021 geconcludeerd

(kort samengevat) dat hij voor een volledige en zorgvuldige beeld- en besluitvorming meer informatie nodig heeft.

2.3 Volgens klagster is het advies frauduleus en had de verzekeringsarts voldoende informatie.

Ook verwijt zij de verzekeringsarts dat hij heeft nagelaten om het medisch advies uit te leggen.

3. De feiten

3.1 Klagster heeft zich op 21 september 2015 ziekgemeld.

3.2 De medisch adviseur van klagster heeft op 6 januari 2021 een medisch advies uitgebracht dat

(samengevat) inhoudt dat klaagster als gevolg van de omstandigheden op het werk psychische klachten heeft ontwikkeld.

3.3 Per e-mail van 26 juli 2021 heeft de schaderegelaar aan de verzekeringsarts geschreven:

“In deze kwestie is medische informatie en een medisch advies van de belangenbehartiger ontvangen en voor je beschikbaar. Wil je mij voorzien van een medisch advies? Blijkt uit de medische informatie een causaal verband tussen de klachten en de beperkingen en de werkvloer? Beschik je over alle benodigde gegevens of mis je nog informatie?”

3.4 Het medisch advies van 26 juli 2021 van de verzekeringsarts houdt in:

“Beschikbare c.q. nieuwe ‘medische’ informatie

- (..)

Geraadpleegde relevante (nieuwe) niet-medische informatie

- (..)

Feitelijke samenvatting beschikbare c.s. nieuwe (medische) informatie

Het gaat in deze casus naar ik begrijp om een aansprakelijkstelling van een werknemer die haar ex-werkgever verantwoordelijk houdt voor psychische gezondheidsschade als gevolg van de omstandigheden

op de werkvloer. Vanuit dat perspectief is het volgende uit de op dit moment beschikbare

dossierstukken meer/minder relevant (zo veel als mogelijk in chronologische volgorde):

- (..)

Interpretatie beschikbare informatie, overwegingen en advies

1. De primaire vraag die voorligt is uiteraard of de psychische problematiek die beschreven staat

in het beschikbare medische dossier, veroorzaakt werd door gebeurtenissen en/of omstandigheden op

het werk (..). De medisch adviseur van wederpartij gaat er zonder enige twijfel of voorbehoud

vanuit dat dat het geval is. Ik kan op dit moment echter nog niet overtuigd zijn. Ik weet althans

niet in hoeverre de auto-anamnestiche mededelingen van de betrokkene over de gebeurtenissen

gevalideerd werden aan de hand van meer objectieve bronnen dan haar subjectieve beleving of op zijn

minst getoetst werden in het kader van hoor en wederhoor van de betrokkenen van de kant van de

werkgever en op basis daarvan voldoende feitelijk aannemelijk zijn gebleken. Dat is uiteraard wel

een belangrijke, zelfs essentiële voorwaarde: een (subjectieve beleving) van pesten bijvoorbeeld

staat immers niet gelijk aan objectief en feitelijk pestgedrag.

2. Daarnaast valt me op dat collega (..), eveneens zonder twijfel of voorbehoud,

concludeert tot een blanco voorgeschiedenis. Waarop hij dat baseert, is mij niet duidelijk. Ik ben in ieder geval niet bekend met expliciete informatie dienaangaande.

En dat klemmt te meer omdat betrokkene pas na de ziekmelding per 21 september

2015 en na de verhuizing van E, naar B, patiënt is geworden van huisarts (..) en tevoren een huisarts elders had.

3. Kortom, een volledige en zorgvuldige beeld- en besluitvorming vraag meer informatie meer informatie dan thans beschikbaar is, nota bene uit meerdere en andere informatiebronnen. Daaronder reken ik op zijn minst duidelijkheid van de vorige huisarts over het al dan niet voorkomen van psychische klachten en/of het bestaan van spanningsbronnen (van wat voor aard dan ook) vóór 21 september 2015 ... en in het bevestigende geval detailinformatie over de klachten in kwestie, de onderzoeksbevindingen, het beleid dat werd ingesteld, het beloop in de tijd, etc. En ook informatie van de bedrijfsarts of arbodienst over eventueel ziekteverzuim of bezoek aan het preventiesprekeuur in bedoelde periode, kan uiteraard bijdragend zijn, net als eerdere berichten van betrokkene aan haar werkgever of de verslaglegging van functioneringsgesprekken.

4. In afwachting daarvan zij alvast opgemerkt dat uit het thans beschikbare dossier geen evident andere majeure spanningsbronnen blijken dan de kennelijk verstoorde verhoudingen met de werkgever.

(..)

5. Ten slotte zij voor dit moment nog opgemerkt dat de het dossier inmiddels sterk gedateerd is geraakt en dat we niet geïnformeerd zijn over de ontwikkelingen na afsluiting van de behandeling door psychotherapeut (..) per 18 januari 2018, inmiddels meer dan drie jaar geleden! Aldus ligt ook een nadere actualisering van de ontwikkelingen nadien uitdrukkelijk in de rede. (..)"

3.5 Op 20 december 2021 heeft de gemachtigde van klagster een brief geschreven aan de

verzekeringsarts die, voor zover relevant, inhoudt:

"(..) Samenvattend:

U kunt slechts tot uw conclusie komen dat op grond van het voorliggende medisch dossier het causale verband tussen de klachten en ziekte van mijn vrouw en omstandigheden op het werk niet vast zou

staan door de bevindingen van specialisten te negeren en deze te degraderen tot stenografen die het

subjectieve relaas van een cliënt vastleggen en verder hun diagnoses te reduceren tot het

uitgeschreven stenografisch verslag hiervan. Dat is volstrekt absurd en daarmee schendt u niet

alleen de ethische normen van uw beroepsgroep. U pleegt hiermee ook verzekeringsfraude. (..) Indien

u uw frauduleuze bevindingen echter handhaaft kunnen wij niet anders dan concluderen dan dat u de

gezondheid van mijn vrouw opzettelijk benadeelt.

Wij geven u een termijn van 10 dagen na dagtekening van deze brief om uw frauduleuze conclusie, dan op basis van het voorliggende medische dossier geen conclusie kan worden getrokken m.b.t. het causale verband tussen de klachten/ziekte van mijn vrouw en de omstandigheden op het werk, te herzien. (..)”

3.6 Op deze brief heeft de schaderegelaar op 24 december 2021 gereageerd. Kort gezegd houdt de reactie in dat een medisch adviseur niet verplicht is om conclusies van derden over te nemen, dat hij een eigen verantwoordelijkheid heeft, vragen mag stellen en zich kritisch mag uiten.

3.7 Op 3 januari 2022 heeft de gemachtigde van klaagster aan de verzekeringsarts verzocht (kort samengevat) om voor 10 januari 2022 te voldoen aan zijn verplichting om zijn bevindingen toe te lichten. Daartoe, zo heeft hij in zijn e-mail geschreven, wil hij antwoord op vier vragen.

3.8 De verzekeringsarts heeft op 5 januari 2022 per e-mail gereageerd. Zijn e-mail houdt in:

“(..)Het zal uiteraard (..) duidelijk moeten zijn op welke gronden mijn in een advies beschreven overwegingen en conclusies rusten en de noodzaak daartoe is uiteraard groter als ze (meer dan gering) afwijken van de *communio opinis* uit die stukken. Ook bij herhaald lezen ben ik van oordeel dat ik aan die voorwaarde heb voldaan. (..)

Het is wellicht een gegeven dat een psycholoog zich niet alleen baseert op spontane autoanamnestische mededelingen maar ook vragen stelt en tests doet. Ook de informatie die daaruit

voortkomt is afkomstig van de eigen patient afkomstig en als zodanig eenzijdig en subjectief. Dat

men in het kader van de behandeling ook interviews afneemt met de werkgever, collega's en/of andere betrokken derden en bijvoorbeeld de werkplek bezoekt, teneinde meer objectieve aspecten aan de

beeldvorming toe te voegen, is in het algemeen niet gebruikelijk en hier niet feitelijk gebleken

noch aannemelijk geworden. Bovendien speelt causaliteit en verwijtbaarheid in het kader van

onderzoek en behandeling in de curatieve sector weinig tot geen rol van betekenis (..) Dat alleen

maakt al dat ik niet onverkort kon en kan varen op hetgeen derden vinden en ruimte moet kunnen

hebben voor eigenstandige beeld- en besluitvorming.

Het is niet juist te veronderstellen dat verwijfsbrieven van huisartsen altijd volledig inzicht in

de volledige voorgeschiedenis bieden. En ook het ontbreken van een formele vermelding van pre-

existente klachten in een episodenoverzicht van de huisarts biedt geen zeker

uitsluitseel voor een blanco voorgeschiedenis. (..) Voornoemde aspecten overziend, en in het kader van onder de gegeven omstandigheden gebruikelijke hoor en wederhoor, heb ik in mijn advies gevraagd om nadere informatie uit andere bronnen dan alleen betrokkene zelf. (..) Ik heb slechts gesteld dat ik voor een gewogen oordeel (..) meer informatie behoef. (..) Zodra de gevraagde informatie ter beschikking is gekomen, zal ik mijn advies vanzelfsprekend heroverwegen. De vragen die u stelt in het emailbericht van 3 januari jl. laat ik buiten expliciete beantwoording omdat voorgaande reactie naar mijn oordeel genoegzaam op de essentie van die vragen ingaat. (..)"

3.9 Partijen hebben daarna nog enkele e-mails over en weer gestuurd, maar zijn niet nader tot elkaar gekomen.

4. Wat houdt de klacht in?

Klaagster verwijt de verzekeringsarts dat hij:

- 1) bewust een onjuist en dus frauduleus advies heeft uitgebracht, omdat zijn conclusie (dat het dossier te weinig informatie biedt om het causaal verband aan te tonen) op basis van het bewijs in het medisch dossier onhoudbaar is. Onder de medische stukken bevinden zich immers ook de bevindingen en diagnoses van twee GZ-psychologen, die geen twijfel laten bestaan over het causaal verband;
- 2) ten onrechte het volledige huisartsenjournaal van de huisarts uit E, nodig heeft om uit te sluiten dat predispositie of een voorgeschiedenis van psychische problemen mogelijk ook een verklaring voor de ziekte van klaagster zou kunnen zijn. In het medisch dossier is immers al duidelijk gedocumenteerd door één van de GZ-psychologen dat er sprake is van een eenmalige stoornis bij een voorheen klachtenvrije vrouw;
- 3) heeft geweigerd om zijn advies aan klaagster (en haar gemachtigde) uit te leggen, ondanks dat daarom is verzocht.

5. Wat is het verweer?

De verzekeringsarts heeft de klacht bestreden. Het verweer wordt voor zover nodig hierna verder besproken.

6. Wat zijn de overwegingen van het college?

6.1 Het college komt tot de conclusie dat de verzekeringsarts niet tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld. Het college licht dat hierna toe en ziet daarbij aanleiding om eerst het derde klachtonderdeel te bespreken, daarna het tweede klachtonderdeel en ten slotte het

eerste
klachtonderdeel.

Welke criteria gelden bij de beoordeling?

6.2 De vraag is of de verzekeringsarts de zorg heeft verleend die van hem verwacht mocht worden.

De norm daarvoor is een redelijk bekwame en redelijk handelende verzekeringsarts.

Bij de

beoordeling wordt rekening gehouden met de voor de zorgverlener geldende beroepsnormen en de stand

van de wetenschap ten tijde van het handelen.

Klachtonderdeel 3: de verzekeringsarts heeft geweigerd om het medisch advies uit te leggen

6.3 Volgens klaagster heeft de verzekeringsarts geweigerd om het medisch advies uit te leggen,

ondanks dat zij hier bij herhaling om heeft gevraagd. Uit de hiervoor opgenomen feiten blijkt dat

de gemachtigde van klaagster op 20 december 2021 een brief heeft geschreven aan de verzekeringsarts

waarin hij namens klaagster zijn beklag doet over de inhoud van het medisch advies en waarin hij

verzoekt om het advies te herzien. Op deze e-mail heeft de verzekeringsarts vier dagen later

gereageerd. Daarbij heeft hij gemotiveerd aangegeven waarom hij zijn advies niet zal herzien.

Vervolgens heeft de gemachtigde van klaagster aan de verzekeringsarts gevraagd om zijn bevindingen

toe te lichten, en in de betreffende email heeft hij vier vragen gesteld waar hij antwoord op wil

krijgen. De verzekeringsarts heeft op deze e-mail gereageerd. In zijn reactie heeft hij uitgebreid

toegelicht op welke gronden hij tot zijn conclusies is gekomen. In deze reactie zijn impliciet alle

door de gemachtigde van klaagster gestelde vragen beantwoord. Hoewel klaagster ook daar niet

tevreden mee was, staat op grond van voorgaande wel vast dat de verzekeringsarts niet heeft

geweigerd om zijn advies uit te leggen. De verzekeringsarts heeft de zorg heeft verleend die van

hem verwacht mocht worden. Dit klachtonderdeel is daarom kennelijk ongegrond.

Klachtonderdeel 2: de verzekeringsarts heeft ten onrechte het huisartsenjournaal nodig

6.4 Klager stelt dat de verzekeringsarts in het medisch advies ten onrechte heeft geconcludeerd

dat hij het volledige huisartsenjournaal van de voormalig huisarts van klaagster (uit E) nodig

heeft. Immers, zo stelt klaagster, is in het medisch dossier al duidelijk gedocumenteerd door één

van de GZ-psychologen dat er sprake is van een eenmalige stoornis bij een voorheen klachtenvrije

vrouw. De verzekeringsarts heeft aangevoerd dat hij niet om het hele

huisartsenjournaal heeft gevraagd, maar om duidelijkheid over het al dan niet voorkomen van psychische klachten en spanningsbronnen voor 21 september 2015 en zo ja, om detailinformatie. Ook heeft hij aangevoerd om welke reden hij hierom heeft gevraagd, namelijk omdat hij uit het huisartsendossier alleen een paar aantekeningen vanaf 22 september 2015 had ontvangen, maar geen informatie van de periode daarvoor, en dat het hem niet duidelijk was waar de medisch adviseur van klaagster zijn conclusie dat er sprake was van een blanco voorgeschiedenis op baseerde als hij evenzeer slechts de beschikking had over deze beperkte informatie. Daarbij komt nog, zo heeft de verzekeringsarts aangevoerd, dat hij een episode-overzicht heeft ontvangen waarin stond vermeld 'mogelijk ADHD' met als startdatum 2010 en einddatum 2018. Dat rechtvaardigde naar zijn mening zijn verzoek om duidelijkheid over de voorgeschiedenis.

6.5 De rol van een medisch adviseur wordt beschreven in de Beroepscode voor Medisch Adviseurs werkzaam in Particuliere Verzekeringszaken en/of Personenschadezaken, uit september 2013 (hierna: de Beroepscode). De medisch adviseur beoordeelt de gezondheidstoestand van de betrokkene om tot een advies aan zijn opdrachtgever te komen. Daarbij dient hij professioneel autonoom te handelen. De Beroepscode geeft regels die de medisch adviseur helpen om zijn professionele autonomie te handhaven en toch het werk voor de opdrachtgever adequaat uit te voeren. Zo dient hij (bijvoorbeeld) te werken volgens de professionele standaard zoals die geldt voor medisch adviseurs en neemt hij bij zijn professionele handelen basisbeginselen zoals zorgvuldigheid in acht. Daarbij mag hij zich kritisch opstellen. Op die wijze dient hij zijn opdrachtgever te voorzien van feiten die noodzakelijk zijn om tot een goede beslissing te komen.

6.6 Het college is van oordeel dat de verzekeringsarts heeft gehandeld zoals van een redelijk bekwame en redelijk handelende verzekeringsarts mocht worden verwacht. Om zijn opdrachtgever te kunnen voorzien van de feiten die noodzakelijk zijn om tot een goede beslissing te komen, heeft hij geoordeeld dat hij meer informatie nodig had. Hij was er immers (op dat moment) – op basis van de beschikbare gegevens - niet van overtuigd dat de psychische problematiek die beschreven staat in het medisch dossier veroorzaakt werd door gebeurtenissen en/of omstandigheden op het werk. Zo had hij weliswaar de beschikking over het dossier van de huisarts van na de ziekmelding, maar niet van

de periode daarvoor. Klaagster had toen een andere huisarts. Om een goed advies uit te kunnen brengen heeft hij verzocht om ten minste duidelijkheid te verkrijgen van de vorige huisarts van klagster over het al dan niet voorkomen van psychische klachten en/of het bestaan van spanningsbronnen van voor 21 september 2015 (hij heeft dus niet verzocht om het volledige huisartsenjournaal). Dit getuigt van zorgvuldigheid door de verzekeringsarts. Het was immers zijn taak om de opdrachtgever te voorzien van alle feiten die noodzakelijk waren om tot een goede beslissing te komen. Dat hij daarbij niet enkel is afgegaan op de informatie van de GZ-psycholoog die heeft geschreven dat er sprake was van een eenmalige stoornis bij een voorheen klachtenvrije vrouw, getuigt evenzeer van de zorgvuldige houding die van hem (in zijn rol van medisch adviseur die handelt in opdracht van zijn opdrachtgever), mocht worden verwacht. Dit klachtonderdeel is dan ook kennelijk ongegrond.

Klachtonderdeel 1: de verzekeringsarts heeft een onjuist en dus frauduleus advies uitgebracht

6.7 Volgens klagster heeft de verzekeringsarts bewust een onjuist en dus frauduleus advies uitgebracht. De conclusie van de verzekeringsarts (dat het dossier te weinig informatie biedt om het causaal verband aan te tonen) is volgens haar op basis van het medisch bewijs in het dossier onhoudbaar. De verzekeringsarts heeft volgens haar een totaal gebrek aan respect voor de bevindingen van de specialisten getoond. Onder de medische stukken bevinden zich immers ook de bevindingen en diagnoses van twee GZ-psychologen, die geen twijfel laten bestaan over het causaal verband.

6.8 De verzekeringsarts heeft aangevoerd dat hij de beschikbare medische informatie volledig en correct heeft opgesomd. Uit deze informatie heeft hij correct en navolgbaar geciteerd. Daarmee heeft hij een feitelijke samenvatting gegeven van beschikbare informatie. Hij heeft daarbij geen informatie (dus ook niet de informatie van de GZ- psychologen) genegeerd, maar deze juist expliciet benoemd. De vraagstelling in de opdracht luidde of er in medisch opzicht sprake was van causaal verband. Ten tijde van het opstellen van het medisch advies meende hij dat hij (nog) geen doorslaggevende betekenis kon verbinden aan de beschikbare informatie, omdat daarbij alleen de kant

van klaagster was belicht en niet de kant van werkgever. Voor zijn advies achtte hij dat wel van betekenis. De klacht van klaagster dat de verzekeringsarts medische informatie heeft gereduceerd en/of genegeerd is daarom feitelijk onjuist. Hij heeft geen onjuist of frauduleus advies uitgebracht, zo stelt hij.

6.9 Het college dient te beoordelen of het advies van de verzekeringsarts voldoet aan de daaraan te stellen eisen. Bij de beoordeling van die vraag dienen de volgende criteria in aanmerking te worden genomen:

1. Het rapport vermeldt de feiten, omstandigheden en bevindingen waarop het berust;
2. Het rapport geeft blijk van een geschikte methode van onderzoek om de voorgelegde vraagstelling te beantwoorden;
3. In het rapport wordt op inzichtelijke en consistente wijze uiteengezet op welke gronden de conclusies van het rapport steunen;
4. Het rapport vermeldt de bronnen waarop het berust, daaronder begrepen de gebruikte literatuur en de geconsulteerde personen;
5. De rapporteur blijft binnen de grenzen van zijn deskundigheid.

Het college toetst ten volle of het onderzoek door de arts uit het oogpunt van vakkundigheid en zorgvuldigheid de tuchtrechtelijke toets der kritiek kan doorstaan. Ten aanzien van de conclusie van de rapportage wordt beoordeeld of de deskundige in redelijkheid tot zijn conclusie heeft kunnen komen.

6.10 Het college is van oordeel dat het rapport aan deze criteria voldoet. Het rapport vermeldt immers de feiten, omstandigheden en bevindingen waarop het berust. Zo is opgenomen op welke informatie het advies is gebaseerd en is van deze informatie een feitelijke samenvatting gegeven.

Ook geeft het rapport blijk van een geschikte methode van onderzoek om de voorgelegde vraagstelling te beantwoorden. Uit het advies blijkt immers dat de verzekeringsarts zijn advies heeft gebaseerd op de medische en niet medische stukken die hem zijn toegezonden door zijn opdrachtgever. In het rapport wordt ook op inzichtelijke en consistente wijze uiteengezet op welke gronden de conclusies van het advies steunen. Immers, de verzekeringsarts heeft duidelijk uiteengezet dat hij er op dit moment nog niet van overtuigd is dat de psychische problematiek die beschreven is in het medisch dossier, veroorzaakt is door gebeurtenissen en omstandigheden op het werk en de reden waarom hij daar nog niet van overtuigd is (namelijk: hij weet niet in hoeverre de auto- anamnestiche mededelingen van betrokkene over de gebeurtenissen gevalideerd werden aan de hand van meer objectieve bronnen dan haar subjectieve

beleving). Ook heeft hij duidelijk beschreven dat hij om die reden meer informatie wil, van andere informatiebronnen. Het rapport vermeldt ook de bronnen waarop het berust, namelijk de medische en niet medische informatie die door hem is verkregen van zijn opdrachtgever en die in het medisch advies is opgesomd. Ten slotte is de verzekeringsarts binnen de grenzen van zijn deskundigheid gebleven. Hij had immers tot taak om in zijn rol als medisch adviseur zijn opdrachtgever te voorzien van de feiten die noodzakelijk zijn om tot een goede beslissing te komen en binnen die grenzen heeft hij het advies opgesteld. Het onderzoek kan uit het oogpunt van vakkundigheid en zorgvuldigheid de tuchtrechtelijke toets doorstaan. Zoals hiervoor al overwogen, getuigt het juist van zorgvuldigheid dat de verzekeringsarts om nadere informatie heeft gevraagd alvorens zijn oordeel te geven. De verzekeringsarts heeft gemotiveerd in zijn rapport aangegeven waarom hij die nadere informatie nodig had en waarom hij niet kon volstaan met de informatie (waaronder die van de GZ-psychologen) die hij tot zijn beschikking had. Voor hem was immers niet duidelijk of in hoeverre de hem beschikbare informatie gevalideerd was aan de hand van meer objectieve bronnen dan de subjectieve beleving van klagster, of in ieder geval getoetst was in het kader van hoor en wederhoor. De verzekeringsarts heeft gelet op deze gemotiveerde onderbouwing in redelijkheid tot zijn conclusie kunnen komen dat meer informatie benodigd was. Van een onjuist advies, laat staan van een frauduleus advies, is dan ook absoluut niet gebleken. Dit klachtonderdeel is kennelijk ongegrond.

Conclusie

6.11 De conclusie is dat de klacht in al haar onderdelen kennelijk ongegrond is.

7. De beslissing

De klacht is kennelijk ongegrond.

Deze beslissing is gegeven door G.M. Boekhoudt, voorzitter, C.C.B.M. van Kimmenade, lid- jurist, P.

van Haren, F.M. Brouwer en P. Eken, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door M.G. Verkerk, secretaris.