

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: H2023/3926

REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG 'S-HERTOGENBOSCH

Beslissing van 8 augustus 2023 op de klacht van:

A,
wonende in B,
klaagster,
gemachtigde: mr. C.W. Noorduyn, werkzaam in Den Haag,
tegen
C, anesthesioloog,
werkzaam in D,
verweerder, hierna ook: de anesthesioloog,
gemachtigde: mr. R.J. Peet, werkzaam in Utrecht.

1. De zaak in het kort

1.1 De anesthesioloog heeft klaagster anesthesie toegediend ten behoeve van een schouderoperatie op 29 juli 2021. De schouderoperatie is goed verlopen, maar klaagster is ontevreden over de gegeven anesthesie, over de wijze waarop het informed consent voor de anesthesie is verkregen en over de bejegening van de anesthesioloog.

1.2 Het college komt tot het oordeel dat de anesthesioloog tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld en dat de klacht grotendeels gegrond is. Het college legt de maatregel van een voorwaardelijke schorsing van een half jaar op met een proeftijd van twee jaar. Hierna licht het college dat toe.

2. De procedure

2.1 Het college heeft de volgende stukken ontvangen:

2.2 De partijen hebben de gelegenheid gekregen om onder leiding van een secretaris van het college met elkaar in gesprek te gaan (mondeling vooronderzoek). Daarvan hebben zij geen gebruik gemaakt. Omdat een zitting in 's-Hertogenbosch niet op kortere termijn gepland kon worden is de zaak, met instemming van partijen, voor een zitting overgedragen aan het college in Amsterdam.

2.3 De zaak is behandeld op de openbare zitting van 28 juni 2023 in Amsterdam. De partijen zijn verschenen. Zij werden bijgestaan door hun gemachtigden. De partijen en hun gemachtigden hebben hun standpunten mondeling toegelicht. De gemachtigde van klaagster heeft pleitnotities voorgelezen en aan het college en de andere partij overhandigd.

4. De klacht en de reactie van de anesthesioloog

4.1 Klaagster verwijt de anesthesioloog dat hij:

- a) haar onheus heeft bejegend op 29 juli 2021;
- b) in strijd met de professionele standaard geen pre-oxygenatie (dat wil zeggen voor de inleiding zuurstof toedienen) heeft toegepast bij de anesthesie;
- c) in strijd met de gemaakte afspraken en zonder nader overleg een plexus block heeft toegepast zonder gebruikmaking van electrostimulatie;
- d) voorafgaand aan de ingreep geen contact met haar heeft gehad en het toestemmingsformulier niet inhoudelijk met haar heeft besproken

4.2 De anesthesioloog heeft zich verweerd en de klacht bestreden. Kort samengevat herkent hij zich niet in het verwijt over onheuse bejegening. Het gebruik van pre-oxygenatie was volgens hem niet nodig evenmin als het gebruikmaken van electrostimulatie. Hij stelt niet op de hoogte te zijn geweest van de vragen van klaagster over het plexus block en verder conform de procedures binnen het zbc gewerkt te hebben. Verder heeft hij weinig herinneringen aan de communicatie tussen partijen voorafgaand aan de operatie. Het verweer wordt voor zover nodig hierna verder besproken.

5. De overwegingen van het college

De criteria voor de beoordeling

5.1 De vraag is of de anesthesioloog de zorg heeft verleend die van hem verwacht mocht worden. De norm daarvoor is een redelijk bekwame en redelijk handelende anesthesioloog. Bij de beoordeling wordt rekening gehouden met de voor de anesthesioloog geldende beroepsnormen en andere professionele standaarden.

Klachtonderdeel a) onheuse bejegening op 29 juli 2021

5.2 Klaagster heeft de opstelling en communicatie van de anesthesioloog op de operatiekamer (hierna: de OK) als onheus en traumatisch ervaren. Klaagster zegt dat zij geprobeerd heeft het al dan niet toepassen van een plexus block te bespreken, maar dat de anesthesioloog daarop een misplaatste grap maakte. Er was volgens haar geen overleg mogelijk. Zij is bijna direct onder anesthesie gebracht. De anesthesioloog zegt zich niets te kunnen herinneren van een discussie over een plexus block maar wel dat klaagster gespannen was en dat hij die spanning heeft willen reduceren met een luchtige opmerking die blijkbaar geheel verkeerd gevallen is. Verwijten over de inhoud en wijze van communicatie laten zich moeilijk op hun juistheid beoordelen. Het college was niet op de OK aanwezig en bovendien is het vaak de toon die de muziek maakt. Die toon is aan derden (zoals het college) niet goed over te brengen. Het college kan ook in dit geval niet vaststellen hoe de communicatie op OK is verlopen. Het is vaste rechtspraak dat in een geval als dit, waarbij sprake is van het woord van de één tegen dat van de ander, geen oordeel door het college kan worden gevormd. Aan het woord van de één kan immers niet meer waarde worden gehecht dan aan het woord van de ander. Nu niet kan worden vastgesteld dat de anesthesioloog klachtwaardig heeft gehandeld door klaagster onheus te bejegenen, is dit deel van de klacht ongegrond.

Klachtonderdeel b) de anesthesioloog heeft in strijd met de professionele standaard geen pre-oxygenatie gebruikt bij de anesthesie

5.3 De anesthesioloog heeft bij de anesthesie geen pre-oxygenatie gebruikt en heeft in zijn verweer en ter zitting verklaard dat pre-oxygenatie niet nodig is, omdat hij een larynxmasker gebruikt.

Pre-oxygenatie voorafgaand aan de inductie van anesthesie is een algemeen erkende strategie die gericht is op het verhogen van de zuurstofopslag in het lichaam en dus

de ontwikkeling van arteriële zuurstof desaturatie (zuurstoftekort) tijdens de apneu-periode uitstelt. De literatuur levert overtuigend bewijs van het feit dat pre-oxygenatie voor inductie van anesthesie het ontstaan van hypoxemie (zuurstofgebrek) tijdens apneu (ademstilstand) significant vertraagt (Azam Danish M (February 09, 2021) Preoxygenation and Anesthesia: A Detailed Review. Cureus 13(2): e13240. DOI 10.7759/cureus.13240; C. Baillard, M. Boubaya, E. Statescu, M. Collet, A. Solis, J. Guezennec, V. Levy and O. Langeron, Incidence and risk factors of hypoxaemia after preoxygenation at induction of anaesthesia, BJA 122 (3): 388-394 (2019); Elena Bignami Full professor, Francesco Saglietti, MD, Alessandro Girombelli, MD, Andrea Briolini, MD, Tiziana Bove Associate professor, Luigi Vetrugno, MD, Preoxygenation during induction of anesthesia in non-critically ill patients: A systematic review, Journal of Clinical Anesthesia 52 (2019) 85–90).

5.4 Pre-oxygenatie is met name relevant als er onverwacht een “Cannot ventilate, cannot intubate” situatie ontstaat, waarbij er grote kans is op schade door zuurstoftekort met een geschatte incidentie van 0.01 – 2% in 10.000 casus (Tachibana, Nobuko, et al. "Incidence of cannot intubate-cannot ventilate (CICV): results of a 3-year retrospective multicenter clinical study in a network of university hospitals." Journal of Anesthesia, vol. 29, no. 3, June 2015, pp. 326 en Heard AM, Green RJ, Eakins P. The formulation and introduction of a ‘can’t intubate, can’t ventilate’ algorithm into clinical practice. Anaesthesia. 2008;64:601–8).

Daarnaast staat vast dat anesthesiologische algoritmen voor luchtwegbeoordeling en bevindingen bij lichamelijk onderzoek niet altijd goed correleren met bevindingen tijdens het daadwerkelijk luchtwegmanagement bij de patiënt en de anesthesioloog dus tijdens de operatie onaangenaam verrast kan worden.

5.5 De anesthesioloog heeft aangevoerd dat deze risico's worden geminimaliseerd door een larynxmasker te gebruiken. Hoewel er niet veel studies zijn over problemen bij het inbrengen van een larynxmasker, werd in een recente studie bij 432 patiënten tijdens het inbrengen van een larynxmasker gevonden dat bij 70 patiënten twee of meer pogingen nodig waren om het larynxmasker in te brengen en dat bij 9 patiënten een verandering van luchtweg strategie nodig was. Deze studie laat in ieder geval zien dat de kans op oxygenatie problemen rondom het inbrengen van een larynxmasker niet volledig afwezig is (zie: Minerva Anesthesiol 2021 May;87(5):533-540). Ook in deze casus stelt het college op grond van het anesthesieverlag vast dat het inbrengen van het larynxmasker niet makkelijk is gegaan waarbij een desaturatie tot 86% is ontstaan.

5.6 Pre-oxygenatie is een simpele, veilige en goed te verdragen procedure die de kans op schade rondom de inductie van algehele anesthesie door zuurstoftekort vermindert en dient bij alle patiënten toegepast te worden. Dit wordt in de opleiding anesthesiologie als standaard procedure bij de inleiding van algehele anesthesie aangeleerd en als zodanig in veel ziekenhuizen in protocollen beschreven. Het behoort dus, anders gezegd, tot de professionele standaard. Het college acht het ongemotiveerd en standaard niet gebruiken van pre-oxygenatie niet conform deze professionele standaard. In feite laat de anesthesioloog daarmee de patiënt een te vermijden risico lopen. Dit acht het college tuchtrechtelijk verwijtbaar. Dit klachtonderdeel is gegrond.

Klachtonderdeel c) de anesthesioloog heeft in strijd met de gemaakte afspraken en zonder nader overleg een plexus block toegepast zonder gebruikmaking van electrostimulatie

5.7 Het eerste deel van dit verwijt is dat de anesthesioloog in strijd met de gemaakte afspraken en zonder nader overleg een plexus block heeft toegepast.

Volgens de anesthesioloog vindt de eerste anesthesiologische screening en het informed consent gesprek in het zbc waar klaagster is geopereerd, plaats op de pre-operatieve polikliniek of telefonisch met een medewerker. Op de pre-operatieve polikliniek is wel een arts, maar niet standaard een anesthesioloog aanwezig. De anesthesiologen in de kliniek hebben geen poliklinisch spreekuur, aldus de anesthesioloog.

Uit het toestemmingsformulier voor de operatie dat klaagster op 3 mei 2021 getekend heeft, blijkt dat de vorm van anesthesie in overleg met de patiënt besproken kan worden. Tijdens het telefonisch consult met de anesthesiemedewerkster op 7 mei 2021 heeft klaagster verteld heeft dat zij aarzelingen had over het toepassen van een plexus block en daarvan is ook aantekening in het dossier is gemaakt. Gezien de aarzelingen van klaagster over een plexus block was er in dit geval reden voor overleg. Dat is hier niet gebeurd, maar had wel moeten.

Op de dag van operatie heeft klaagster wederom haar aarzelingen kenbaar gemaakt. Deze aarzelingen hebben de anesthesioloog niet bereikt. De anesthesioloog heeft naar zijn zeggen het dossier van klaagster voor de OK niet geraadpleegd; hij heeft alleen kennis genomen van een samenvatting waarin niets vermeld stond van vragen over een plexus block. Het had echter op de weg van de anesthesioloog gelegen om voor de operatie kennis te nemen van het medisch dossier en er voor zorg te dragen dat over de vragen van klaagster met betrekking tot de anesthesie voor de operatie contact met klaagster zou worden opgenomen dan wel dit punt zelf ter sprake te brengen voordat klaagster onder narcose zou gaan. Door geen kennis te nemen van het medisch dossier voordat de operatie (en de anesthesie) plaatsvond, heeft de anesthesioloog niet gehandeld volgens de professionele normen. Volgens de anesthesioloog is het gebruik/de procedure dat indien er twijfel bestaat over de anesthesietechniek dat de anesthesioloog wordt gebeld voor overleg op de poli, of op de afdeling of op de holding, de voorbereidingsruimte voor de OK. De anesthesioloog kon niet verklaren waarom dat in dit geval niet is gebeurd. Het resultaat is dat van gemaakte afspraken ten aanzien van de anesthesietechniek geen sprake was en van overeenstemming over het gebruik van een plexus block evenmin. Overleg met klaagster daarover heeft immers niet plaatsgevonden. Dat de anesthesioloog niet op de hoogte was van de aarzelingen van klaagster, is mede een gevolg van de wijze waarop de werkwijze van de anesthesiologen in het zbc is georganiseerd en is mede zijn verantwoordelijkheid. Dit deel van de klacht is gegrond.

5.8 Klaagster klaagt er verder over dat zij met de orthopedisch chirurg en met de anesthesiemedewerker had afgesproken dat, als het plexus block al zou worden toegepast, daarbij gebruik zou moeten worden gemaakt van electrostimulatie. De anesthesioloog heeft daar tegenover aangevoerd dat hij daar niets over heeft vernomen voorafgaand aan de operatie. De anesthesioloog heeft verder gewezen op de schriftelijke voorlichting vanuit de kliniek over locoregionale anesthesie waarin verwezen wordt naar het gebruiken van echo apparatuur om de zenuw op te zoeken, zodat de verdovingsvloeistof heel nauwkeurig rondom de zenuw kan worden gespoten. Verder wordt in het informatieboekje van de kliniek vermeld dat tegenwoordig bij schouderoperaties alle verdoving met behulp van een echo wordt geprikt.

In het dossier dat het college ter beschikking staat, is over een afspraak over electrostimulatie niets terug te vinden. Het college kan, nu partijen hierover van mening verschillen, daarom niet vaststellen dat afgesproken zou zijn dat

electrostimulatie zou worden gebruikt. De anesthesioloog heeft in zijn schriftelijk verweer en ter zitting uitgelegd dat de toediening van het plexus block echogeleid plaatsvindt en dat daarnaast elektrosimulatie niet nodig is. Het college is het daarmee eens; door de echogeleiding is er een voldoende beeld van de zenuwbundels en waar het beste het verdovingsmiddel kan worden geïnjecteerd. Dit deel van de klacht is ongegrond.

Klachtonderdeel d) de anesthesioloog heeft voorafgaand aan de ingreep geen contact met klaagster gehad en het toestemmingsformulier niet met haar besproken

5.9 Klaagster verwijt de anesthesioloog dat hij voorafgaand aan de OK geen contact met haar heeft gehad en dat hij het toestemmingsformulier niet met haar heeft besproken. Uit het verweer van de anesthesioloog en hetgeen hij ter zitting heeft toegelicht, is het college gebleken dat het in het zbc standaard praktijk is dat patiënten pas voor het eerst op de OK met een anesthesioloog kennismaken. De anesthesioloog heeft ter zitting toegelicht dat hij ervan uitgaat dat alles is uitgekristalliseerd of besproken als de patiënt op de OK komt. De anesthesioloog kon niet goed reproduceren wat in de time-out procedure besproken is en welke anesthesiologische aandachtspunten tijdens de time-out, een laatste moment waarop voorafgaand aan de operatie nog communicatie met de patiënt mogelijk is, worden nagelopen. De anesthesioloog vindt naar zijn zeggen de time-out de verantwoordelijkheid van de opererend specialist.

Klaagsters dossier is door de anesthesioloog niet van tevoren geraadpleegd; hij heeft voorafgaand aan de operatie slechts een samenvatting gezien. In de samenvatting stond volgens de anesthesioloog niet vermeld dat klaagster nog wilde nadenken over een plexus block. De anesthesioloog was voorafgaand aan de OK niet op de hoogte van een discussie over het plexus block of kan zich daarvan niets herinneren. Mede ten gevolge van het feit dat de anesthesioloog klaagster pas voor het eerst op de OK ontmoette, zijn in deze zaak de aarzelingen en zorgen van klaagster niet door de anesthesioloog opgemerkt.

De anesthesioloog wist desgevraagd ter zitting niet óf het toestemmingsformulier anesthesiologie dat de patiënt gevraagd wordt voor de OK te tekenen inhoudelijk met de patiënt wordt besproken en/of door wie. De anesthesioloog raadpleegt volgens zijn zeggen het ingevulde en getekende toestemmingsformulier anesthesiologie niet. Hij heeft dus bijvoorbeeld niet gezien dat ook het hokje sedatie was aangevinkt, hetgeen bij deze operatie zinledig is.

Door de hierboven geschetste gang van zaken is onvoldoende met klaagster besproken welke anesthesietechniek zou worden toegepast. In feite was er met klaagster geen afspraak over de anesthesietechniek. Het tekenen van een voorgedrukt en vooraf ingevuld toestemmingsformulier vlak vóór de operatie en zonder de mogelijkheid van bespreking en zo nodig toelichting, voldoet niet aan het vereiste van een adequaat informed consent.

5.10 Het college stelt vast dat het aan communicatie tussen de anesthesioloog en klaagster heeft ontbroken; van adequate informatie en samen beslissen zoals artikel 7:448 lid 1, 2 en 3 van het Burgerlijk Wetboek (WGBO) voorschrijft is geen sprake geweest. Evenmin voldoet de gevolgde procedure aan de richtlijn van de Federatie Medisch Specialisten (FMS) "het Perioperatief proces" (verder: de Richtlijn), tot stand gekomen op initiatief van Nederlandse Vereniging voor Anesthesiologie (verder: NVA), waarin staat dat het doel van 'samen beslissen' is dat de patiënt geïnformeerd wordt over de verschillende anesthesie mogelijkheden inclusief de voor- en nadelen hiervan, de voorkeuren van de patiënt worden besproken, en dat de patiënt samen met zijn/haar arts beslist wat de beste zorg is (Visiedocument Samen beslissen, 2019). In

deze Richtlijn is ook vastgelegd dat de time-out procedure een gezamenlijke verantwoordelijkheid van operateur en anesthesioloog is. Ook is niet voldaan aan de NVA Leidraad Anesthesiologische Zorgverlening in het perioperatieve proces (2019) (verder: de Leidraad) waarin wordt gesteld dat de anesthesioloog op de polikliniek aanwezig moet zijn en dat na het geven van informatie de patiënt om toestemming gevraagd wordt voor de anesthesiologische behandeling, eventueel afgesproken locoregionale technieken, centrale veneuze lijnen etc. De gegeven toestemming en ieder(e) besproken risico en bijwerking dient volgens deze Leidraad te worden benoemd in het medisch dossier. De behandelend anesthesioloog is verantwoordelijk voor het nakomen van de afspraken. Indien wordt afgeweken van de gemaakte afspraken dan wordt dit – met de reden waarom – in het medisch dossier vastgelegd, aldus de Leidraad.

5.11 Het college is zich er van bewust dat het in de praktijk gebruikelijk is dat een aantal taken van de anesthesioloog worden verricht door medewerkers. Daar is, mits er goede afspraken zijn gemaakt en de medewerkers bekwaam zijn, niets op tegen. Het Beroepskader Informed Consent in de Anesthesiologie (2019) (verder: het Beroepskader) heeft als uitgangspunt dat de anesthesioloog de enige professional is die bekwaam is voor het geven van anesthesie. Dit betekent dat de anesthesioloog een zelfstandige behandelovereenkomst met de patiënt heeft. Het informed consent moet deel uitmaken van deze behandelovereenkomst, aldus het Beroepskader. De wetgeving geeft niet expliciet aan dat de anesthesioloog zélf het informed consent dient te verkrijgen van de patiënt ten behoeve van de verrichting. Echter, het feit dat 'onder narcose brengen' een voorbehouden handeling is en informed consent een onlosmakelijk onderdeel vormt van deze behandeling, impliceert dat de eindverantwoordelijkheid voor het verkrijgen van informed consent voor narcose bij de anesthesioloog ligt, aldus het Beroepskader. De erkenning van eindverantwoordelijkheid betekent ook dat iedere delegatie van taken samenhangend met narcose –waaronder het bereiken van informed consent-, niet meer kan zijn dan taakverschuiving. Er kan geen sprake zijn van een zelfstandige bevoegdheid bij het verkrijgen van informed consent door een andere zorgprofessional, ofwel er kan geen sprake zijn van taakherschikking. Het uitgangspunt is dan ook dat de anesthesioloog altijd eindverantwoordelijk is voor het preoperatieve proces, inclusief het informed consent voor de anesthesie, aldus het Beroepskader.

Naar het oordeel van het college kan taakverschuiving er dan ook niet toe leiden dat de anesthesioloog zich volledig aan het vragen van informed consent onttrekt, niet weet wie er voor het bespreken van de inhoud van het toestemmingsformulier anesthesiologie verantwoordelijk is, het dossier van de patiënt niet tevoren bestudeert en de patiënt pas voor het eerst ziet op de OK, zonder dat de patiënt in de gelegenheid is geweest vragen over de anesthesie tijdig aan een anesthesioloog te stellen. In dit geval heeft klaagster ook uitgelegd dat haar vragen en aarzelingen over een plexus block gelegen zijn in haar beroepsuitoefening waarbij zij extra alert was op mogelijke zenuwschade die haar in haar beroepsuitoefening zouden kunnen belemmeren.

5.12 Het college beoordeelt de hier gevolgde procedure als onzorgvuldig. Het verweer van de anesthesioloog dat hij niet op de hoogte was van de vragen van klaagster treft geen doel. Immers, de anesthesioloog heeft zelf gekozen om werkzaam te zijn in een zbc waarbij de te volgen procedure bij anesthesie kennelijk niet optimaal is uitgewerkt. De anesthesioloog blijft echter als professional gehouden om volgens de beroepsstandaarden te handelen. Bovendien had de anesthesioloog zelf kennis dienen te nemen van het medisch dossier, te weten tenminste van de verslaglegging

van het pre-operatieve consult en het toestemmingsformulier en gezien de vragen die deze registraties oproepen, tijdig voorafgaand aan de operatie met klaagster het gesprek daarover dienen te voeren. Dit klachtonderdeel is gegrond.

Slotsom

5.13 Uit de overwegingen hiervoor volgt dat klachtonderdeel a) ongegrond is, dat klachtonderdeel c) deels gegrond is en dat de klachtonderdelen b) en d) gegrond zijn.

Maatregel

5.14 De anesthesioloog heeft in zijn schriftelijk verweer noch ter zitting blijk gegeven van inzicht in de nadelen van de hierboven weergegeven werkwijze. De anesthesioloog lijkt het geven van anesthesie als een technische handeling te zien waarbij patiëntcontact geen item is. De time-out op de OK acht hij de verantwoordelijkheid van de operateur. De anesthesioloog bestudeert naar eigen zeggen het dossier van de patiënt voor de operatie niet, maar volstaat met het lezen van een samenvatting die hem wordt aangereikt. Hij gaat ervan uit dat het ondertekenen van een schriftelijk toestemmingsformulier anesthesiologie voldoende is voor een informed consent. Hij heeft bovendien, ook achteraf, geen verantwoordelijkheid gevoeld en/of genomen voor het gebrek aan communicatie met klaagster. Het gebruiken van een relatief eenvoudige veiligheidsmaatregel zoals pre-oxygenatie acht hij niet nodig omdat hij een larynxmasker gebruikt. Hiermee veronachtzaamt de anesthesioloog de veiligheid van de patiënt en handelt de anesthesioloog in strijd met de beroepsnormen en literatuur.

De ernst van de verweten gedragingen rechtvaardigt als uitgangspunt, vanwege de veiligheid en het gevaar voor patiënten en de nadelige gevolgen voor klaagster in dit concrete geval, een maatregel die een beroepsbeperving meebrengt, zoals een schorsing. Zorgelijk vindt het college het bovendien dat de anesthesioloog ter zitting op vragen van het college op geen enkel moment blijk heeft gegeven van inzicht in de problematische wijze van anesthesiologische praktijkvoering die volgens zijn zeggen in het zbc gebruikelijk is en daarvoor ook geen verantwoordelijkheid heeft genomen. De anesthesioloog lijkt niet op de hoogte van de hiervoor aangehaalde regelgeving, richtlijnen, beroepsnormen, en -kaders. Evenmin heeft de anesthesioloog tot op het moment van de zitting deze casus intern binnen het zbc met collegae besproken. Het college acht de kans op herhaling van zijn werkwijze dan ook aanwezig. Bij deze feiten en omstandigheden past een voorwaardelijke schorsing van de bevoegdheid om de aan de inschrijving van de anesthesioloog in het BIG-register verbonden bevoegdheden uit te oefenen voor een periode van zes maanden met een proeftijd van twee jaar.

Anonieme publicatie

5.15 In het algemeen belang zal deze beslissing worden gepubliceerd. Dit algemeen belang is erin gelegen dat andere anesthesiologen en instellingen mogelijk iets kunnen leren van wat hiervoor onder 5.3 t/m 5.12 is overwogen. De publicatie zal plaatsvinden zonder vermelding van namen of andere tot personen of instanties herleidbare gegevens.

6. De beslissing

Het college:

Deze beslissing is gegeven door R.A. Dozy, voorzitter, W.R. Kastelein, lid-jurist, G.J. Scheffer, R.J. Stolker, en C. Keijzer, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door E.A. Weiland, secretaris, en in het openbaar uitgesproken op 8 augustus 2023.