

## REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: A2023/6345

A2023/6345

### REGIONAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG AMSTERDAM

Beslissing van 28 oktober 2024 op de klacht van:

**A,**  
wonende in B, klager,

tegen

**C,**  
*uroloog,*  
werkzaam in D,  
verweerder, hierna ook: de uroloog,  
gemachtigde: mr. T.A.M. van den Ende en mr. J.I. Eijpe, werkzaam te Utrecht.

#### 1. Waar gaat de zaak over?

1.1 Klager is de zoon van wijlen E. E is na een cystectomie op 25 september 2019 in de F

overleden. Volgens klager is het overlijden te wijten aan het op meerdere fronten ontoereikend

medisch handelen van, onder meer, de uroloog.

1.2 De uroloog betreurt het overlijden van E ten zeerste, maar meent dat daaraan geen onzorgvuldig handelen ten grondslag ligt.

1.3 Het college komt tot het oordeel dat de uroloog niet tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld. Hierna vermeldt het college eerst hoe de procedure is verlopen. Daarna licht het college de beslissing toe.

#### 2. De procedure

2.1 Het college heeft de volgende stukken ontvangen:

- het klaagschrift met de bijlagen, ontvangen op 12 oktober 2023;
- het verweerschrift met de bijlagen;
- de e-mail van klager, binnengekomen op 30 januari 2024, met als bijlage de verklaring van de echtgenote van wijlen E;
- het proces-verbaal van het op 27 maart 2024 gehouden mondelinge

vooronderzoek;

- de brief van de gemachtigde van de uroloog, binnengekomen op 30 april 2024.
- het aanvullende klaagschrift met de bijlagen.

2.2 De zaak is behandeld op de openbare zitting van 16 september 2024. De partijen zijn

verschenen. De uroloog werd bijgestaan door mr. T.A.M. van den Ende. Klager is ter zitting bijgestaan door enkele familieleden. De partijen en de gemachtigde van de uroloog hebben hun standpunten mondeling toegelicht.

### 3. Wat is er gebeurd?

3.1 Klager is de zoon van wijlen de heer E, hierna ook 'patiënt' te noemen. Patiënt heeft op 19 september 2019 in de F te D een zenuw- en prostaatsparende cystectomie ondergaan. Dit is een operatie waarmee blaaskanker wordt behandeld die in de spierlaag van de blaaswand is gegroeid. Bij de operatie van patiënt werd een zogeheten 'neoblaas' aangelegd (nieuwe blaas, gemaakt van het laatste deel van de dunne darm). Deze neoblaas is op de plasbuis aangesloten.

3.2 Na een postoperatief verblijf op de afdeling Medium Care is patiënt op 20 september 2019 met een neus-/maagsonde en een duodenumsonde overgeplaatst naar de afdeling Urologie.

3.3 Patiënt gaf vrij snel na zijn overplaatsing aan veel last te hebben van pijn in zijn buik. De buik was ook bol en hard. Om een naadlekkage uit te sluiten is op 22 september 2019 onderzoek middels een CT-scan verricht. Er werden geen afwijkingen gevonden.

3.4 Op 23 september 2019 gaf patiënt opnieuw aan pijn in de buik te hebben. Hij voelde zich beroerd en had ook moeite met ademen waardoor hij hyperventileerde. Om 10:08 uur werd geconstateerd dat de EWS (Early Warnings Score) bij patiënt 7 was. Eerder die ochtend, om 08:21 uur, was deze nog 6 en om 07:11 uur was de EWS 3.

3.5 Een derdejaars AIOS werkzaam op afdeling Urologie, belast met de dienst die dag, bezocht patiënt om 10:53 uur. De AIOS oordeelde dat de hoge EWS verklaard kon worden door de hevige buikpijn van patiënt en het daarmee gepaard gaand oppervlakkig ademen. De AIOS oordeelde voorts dat het niet noodzakelijk was het SIT-team (Spoed Interventie Team) op te roepen. Over het consult heeft hij het volgende genoteerd:

**"Beloop**

+4 na cystectomie + neoblaas  
pijn in de buik ondanks oxycotin en oxynorm  
vanmorgen schoorsteen + klysma: beetje def en gaf iets verlichting qua pijn. onrustige indruk

#### **Lichamelijk onderzoek**

co: RESP26, T37.4, p108 O2sat 92%, RR 134/79

UP: 1500/24uur Drain 55ml/24

MH 450cc24 (sondevoeding)

SV 77

infuus 35cc/uur

abd: bol maar geen defence, geen peristatiek, hypoertympaan, tympanie niet pijnlijk, gevoelig LOB,

geen echte druk en loslaat pijn.

#### **Aanvullend onderzoek**

23-09-2019 Kreatinine 157 ( $\mu\text{mol/L}$ )

23-09-2019 eGFR (MDRD) 39 ( $\text{ml/min/1.73 m}^2$ )

23-09-2019 eGFR (EPI) 40 ( $\text{ml/min}$ )

23-09-2019 Hemoglobine 7.8 ( $\text{mmol/L}$ )

23-09-2019 Leucocyten 17.2 ( $\times 10^9/\text{L}$ )

23-09-2019 CRP 454 ( $\text{mg/L}$ )

#### **Beleid**

SV naar 42, infuus naar 1L totaal 2L vocht start temazepam voor de nacht

#### **Aangevraagde onderzoeken**

Laboratorium: Natrium, Kalium, Kreatine, Leucocyten, Hemoglobine, CRP".

3.6 Diezelfde dag om 14:51 uur werd een EWS genoteerd van 6. Omdat verbetering van de

gezondheidssituatie van patiënt uitbleef, heeft de AIOS om 15:30 uur besloten tot aanvullend

onderzoek in de vorm van een röntgenfoto van de thorax. In het medisch dossier is daarover het

volgende genoteerd:

*"overvulling? Pneumonie? Klinische gegevens: sttua na cystectomie + neoblaas Lage saturatie 92% met*

*3L O2, niet verbeterd met lasix".*

3.7 De hoofdbehandelaar van patiënt en de AIOS hebben patiënt om 16:17 uur opnieuw bezocht. Op

dat moment is een EWS van 8 genoteerd. Naar aanleiding van de bevindingen bij onderzoek is besloten

tot bepalen van de bloedgaswaarde en een herbeoordeling van het thoraxonderzoek. Omdat uit het

thoraxonderzoek en de bloedgasanalyse niet bleek van een pneumonie en/of ernstige pulmonale

pathologie is het verdere beleid bepaald aan de hand van de hevige buikpijn. De hoofdbehandelaar

heeft over het consult het volgende genoteerd:

### **“Beloop**

*Is nog steeds erg pijnlijk. Daardoor ook erg oppervlakkig ademhaling. heeft al paar nachten nu niet geslapen wegens de pijn. Had aanvankelijk wel goede pijnstilling op de epidurale catheter, maar morfine krijgt de pijn niet onder controle.*

### **Lichamelijk onderzoek**

*Drukpijn voornamelijk in rechter buikhelft. Geen peritoneale prikkeling.*

### **Aanvullend onderzoek**

*CT van gisteren laat geen duidelijke verklaring zien voor pijnklachten. Geen tekenen van infectie of lekkage.*

*Nog even met [ ] gebeld als dienstdoende of er aanwijzingen kunnen zijn voor ischemie van de neoblaas. De neoblaas lijkt op de CT echter normaal aan te kleuren, ook geen tekenen van pneumatosis. Geen tekenen van ischemie nu dus.*

### **Beleid**

*Gebeld met anesthesie [ ] of meneer een nieuwe epidurale catheter kan krijgen. In principe is dat mogelijk. Hij gaat kijken of dat voor vanavond lukt.*

*Bij blijvende klinische problemen dan morgen opnieuw CT scan. Nu nog lactaat nabepalen en bloedgas.”*

Later die avond, om 20:54 uur, was de EWS 6. Patiënt had inmiddels een dipidolor PCA infuus, waarmee de pijn bleek af te nemen.

3.8 Op 24 september 2019 waren de pijnklachten aanhoudend verminderd. Wederom had de AIOS dienst en heeft om 11:40 uur patiënt beoordeeld. Gelet op de vermindering van de pijn en een gedaald EWS – deze was om 11:00 uur 5 – heeft de AIOS besloten het beleid van de dag ervoor te continueren. Wel gaf het beloop en de uitslagen van het lab – in het bijzonder de niet verbeterende nierfunctie – de AIOS reden om telefonisch overleg te plegen met een collega ten aanzien van de vraag of herhaling van een CT van de buik aangewezen was. Deze collega was de uroloog, zulks bij afwezigheid van de hoofdbehandelaar. Over dit consult heeft de AIOS het volgende genoteerd:

### **“Beloop**

*suf, moe maar pijnvrij  
minder buikkachten, buik minder hard hele wisselende ademfrequentie*

### **Lichamelijk onderzoek**

*RESP 24, T36.9, p99, O2sat 95%/3L, RR 143/89, 2 kg in 24 uur afgevallen MH:3100 lijkt geen SV*

drain 135

SPC 795 CAD230

splints 425 infuus: 42/uur SV 42/uur

**Aanvullend onderzoek**

24-09-2019 Hemoglobine 7.8 (mmol/L)

24-09-2019 Leucocyten 8.7 ( $\times 10^9/L$ )

24-09-2019 Kreatinine 171 ( $\mu\text{mol/L}$ )

24-09-2019 eGFR (MDRD) 35 ( $\text{ml/min}/1.73 \text{ m}^2$ )

24-09-2019 CRP 414 (mg/L)

**Beleid**

infuus 1,5L, SV zo laten staan dagelijks: klysmen

lom VDJ: ivm verbeterende ontstekingsparameters, geen koorts, nu geen actie (scan) voor dalende NF.

Waarschijnlijk resorptie niet geïnfecteerd urinoom.

**Aangevraagde onderzoeken**

Laboratorium: Natrium, Kalium, Kreatine, Leucocyten, Hemoglobine, CRP, Gamma GT, ASAT, ALAT,

Alkalische fosfatase (25-09-2019)".

3.9 Blijkens de aantekeningen in het verpleegkundig dossier was patiënt later die dag erg vermoeid en oogde hij ziek. Tegelijkertijd ervoer patiënt minder pijnklachten. Hij is een aantal keer kort op het randje van zijn bed gaan zitten en heeft even gestaan. De EWS was om 14:42 uur 3 en om 15:44 uur 4. 's Avonds heeft de dienstdoende verpleegkundige genoteerd dat patiënt wat onrustig is.

3.10 Patiënt is in de nacht van 24 op 25 september 2019 komen te overlijden, nadat tevergeefs getracht is hem te reanimeren.

3.11 De uroloog heeft het overlijden bij de Raad van Bestuur van de F gemeld.

3.12 Op het lichaam is obductie verricht. De conclusie van de patholoog is dat patiënt is overleden aan de directe gevolgen van een acute bilaterale (broncho)pneumonie.

3.13 Het overlijden van de patiënt is gemeld aan de calamiteitencommissie. Aanvankelijk heeft de calamiteitencommissie geoordeeld dat er geen sprake was van een calamiteit in de zin van de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg. In verband met een verschil van mening met de familie is een second opinion gevraagd aan G, internist-intensivist. Deze heeft geconcludeerd dat er bij patiënt geen sprake is geweest van een sepsis. Naar zijn oordeel is patiënt overleden ten gevolge van een massale aspiratie van de maaginhoud leidende tot een adem- en

circulatiestilstand. G heeft voorts geoordeeld dat in strijd met het toen vigerende ziekenhuisprotocol 'Maagretentie' was gehandeld. De maagretenties waren op 23, 24 en 25 september 2019 meer dan 500 ml per 6 uur (op 23 september 2019 4000 ml en op 24 september 2019 5260 ml, bij een vochtinname op 23 september 2019 van 1050 ml en op 24 september 2019 van 1650 ml), en volgens G reden om aan de maagsonde te zuigen. De calamiteitencommissie heeft op basis van deze bevindingen alsnog geconcludeerd dat de gebeurtenis als een calamiteit moet worden geduid.

#### **4. De klacht en de reactie van de uroloog**

4.1 Klager verwijt de uroloog – door het college gegroepeerd en zakelijk weergegeven – dat hij op verscheidene momenten heeft gehandeld in strijd met de zorg die hij ingevolge artikel 47 lid 1 sub

a en sub b van de Wet BIG ten aanzien van patiënt had behoren te betrachten, door a) het Sepsis-, Maagretentie- en SIT-protocol niet in acht te nemen en niet in het dossier te

motiveren waarom van de protocollen is afgeweken;

b) een ontoereikende supervisie, zich uitende in het niet zelf in huis komen, in het inadequaat

collegiaal overleg met de dienstdoende AIOS, in het miskennen van de ernst van de situatie (een

sepsis), in onvoldoende diagnostiek en onderzoek; in onvoldoende adequate bewaking; in onvoldoende

regie; onvoldoende dossiervoering en in het verzuim andere specialisten in consult te roepen of

zich door hen te laten informeren.

c) de klachtencommissie en de nabestaanden van patiënt onjuiste en misleidende informatie te

verschaffen;

d) nalatigheid in de nazorg en door te verzuimen belangrijke informatie aan de calamiteitencommissie te verschaffen.

Volgens klager is de onderhavige kwestie (ook) aan te merken als een medische strafzaak.

4.2 De uroloog heeft het college verzocht de klacht ongegrond te verklaren.

4.3 Het college gaat hierna verder in op de standpunten van partijen.

#### **5. De overwegingen van het college**

5.1 Het college stelt voorop dat de klachten van klager betrekking hebben op het overlijden van

zijn vader, een verdrietige gebeurtenis die zowel klager als de betrokken zorgverleners hebben

aangegepen. Het college heeft daar oog voor en wil dat benadrukken. Het college benadrukt

niettemin ook dat zijn taak het handelen van de uroloog te beoordelen, een zakelijke aangelegenheid is waarbij hetgeen als *vaststaand* kan worden aangemerkt en het *juridisch kader* leidend zijn. De fatale afloop is van betekenis, maar betekent niet dat reeds daarom het handelen van de uroloog niet zorgvuldig is geweest. Wat het beoordelingscriterium is, zet het college hierna uiteen.

#### *De criteria voor de beoordeling*

5.2 De vraag die ter beoordeling van het college voorligt is of de uroloog (mede in zijn hoedanigheid van feitelijk supervisor) de zorg heeft verleend die van hem verwacht mocht worden. De norm daarvoor is een redelijk bekwame en redelijk handelende uroloog. Bij de beoordeling wordt rekening gehouden met de voor de zorgverlener (op het moment van handelen) geldende beroepsnormen en andere professionele standaarden. Dat een zorgverlener beter anders had kunnen handelen is niet genoeg voor een tuchtrechtelijk verwijt. Verder geldt het uitgangspunt dat zorgverleners alleen tuchtrechtelijk verantwoordelijk zijn voor hun eigen handelen. In het geval van de uroloog wordt aldus alleen diens handelen op 24 september 2019 getoetst.

5.3 Wat het college niet beoordeelt is of de uroloog opzettelijk heeft gehandeld en of (mede) in die zin de gebeurtenissen geduid moeten worden als een medische strafzaak. Nog daargelaten dat het college geen aanwijzingen heeft voor enig opzet of een strafbaar feit, behoort een dergelijke beoordeling niet tot haar wettelijke taak.

#### *Klachtonderdeel a) niet in acht nemen protocollen en niet motiveren afwijken protocollen*

5.4 Wat het eerste klachtonderdeel in relatie tot de hiervoor geschetste norm betreft, stelt het college vast dat uitgangspunt is dat zorgverleners toepasselijke ziekenhuisprotocollen volgen, tenzij de desbetreffende patiënt van de protocollen afwijkende zorg behoeft. In dat laatste geval móet van het protocol worden afgeweken en behoort in het dossier te worden vastgelegd wat de overwegingen daartoe waren. Een en ander betekent wat de zorg voor wijlen E (verder: patiënt) betreft, dat de uroloog zich in beginsel moest houden aan het Maagretentieprotocol, aan het Bricker blaas-protocol alsook aan het EWS- protocol en het SIT-protocol. Het college is van oordeel dat de

uroloog zich echter niet hoefde te houden aan het Sepsis-protocol. Hoewel klager daar anders over denkt, zijn er geen aanwijzingen dat de patiënt een sepsis had (en daaraan is overleden). Het college acht voor die conclusie enerzijds de deskundige analyse van G van betekenis. Anderzijds is daarvoor van betekenis het eigen deskundig oordeel van het college, gebaseerd op de resultaten van de onderzoeken die bij patiënt zijn verricht. Wat wel de doodsoorzaak is geweest, is dat patiënt massaal geaspireerd heeft. Dit betekent dat de maaginhoud van patiënt naar boven is gekomen en zijn longen is ingelopen waardoor hij gestikt is en een hartstilstand kreeg.

5.5 Het is vervolgens de vraag hoe dit heeft kunnen gebeuren. Het college stelt daartoe voorop dat een massale aspiratie als bij patiënt altijd veronderstelt dat er een aanzienlijke vochtspiegel in de maag aanwezig is. Een mogelijk onderliggende oorzaak is dat de neus-/maagsonde van patiënt op enig moment in het lichaam is gaan verschuiven (dit is een natuurlijk proces dat wel eens voorkomt) en voorbij de maaguitgang is komen te liggen. De 'maag'productie van patiënt was daardoor niet langer daadwerkelijk maagproductie maar vooral galdrainage, waardoor de maag aldus mogelijk onvoldoende leeg werd gemaakt. Het college heeft dit vermoeden gegrond op de sterk toegenomen maagsonde productie, maar met de kanttekening dat er geen beeldmateriaal is dat het vermoeden heeft kunnen bevestigen. Tegelijkertijd dronk patiënt 1,5 liter (blijkt uit de vochtlijst) hetgeen het mogelijk maakte dat er een aanzienlijke vochtspiegel in de maag ontstond. Een andere mogelijke oorzaak is dat de neus-/maagsonde wel goed lag, maar veel produceerde omdat dit zowel uit maagsap als uit orale intake bestond. Ook in dit geval is sprake van een te volle maag met een sterk verhoogd aspiratierisico.

5.6 Aan deze conclusie, reconstructie, doet tot slot niet af dat de patholoog in zijn verslag heeft genoteerd dat patiënt is overleden aan de directe gevolgen van een acute bilaterale (broncho)pneumonie. Het klinisch beeld past immers niet bij een sepsis als gevolg van een bronchopneumonie door een bacteriële infectie. Meer voor de hand liggend is dat de bronchopneumonie het gevolg is geweest van al wat langer bestaande aspiratie van kleinere hoeveelheden maaginhoud bij een al enkele dagen onvoldoende drainage van de maag (zogenoeten "micro



aspiraties”), hetgeen onder de microscoop overigens eenzelfde beeld oplevert en de conclusie van de patholoog verklaart.

5.7 Het feit dat de doodsoorzaak gerelateerd kan worden aan de maagretentie betekent dat het college thans moet beoordelen of de uroloog het Maagretentieprotocol heeft gevolgd. Relevant daarin is ten eerste dat de uroloog op 23 september 2019 's middags bij de zorg van patiënt was betrokken en dat op dat moment de retentie van de neus-/maagsonde 1500 ml was. Relevant daarin is ten tweede dat het Maagretentieprotocol vereist dat bij een maagretentie van meer dan 500 ml in 6 uur de sondevoeding gestopt moet worden en dat bij de tweede keer aan de maagsonde gezogen moet worden. Relevant daarin is ten derde dat het stopzetten van de sondevoeding noch het afzuigen van de sonde op 23 september 2019 heeft plaatsgevonden. Een en ander in samenhang bezien leert dat het protocol niet is nageleefd. Nu is het wel zo dat het hevelen van de maag in de onderhavige situatie ook leidt tot het ledigen van de maag en dat gelet op de omstandigheid dat bij patiënt de sonde op hevelen stond, het niet afzuigen ervan niet betekent dat onzorgvuldig is gehandeld. Eerder is hier sprake van een onderdeel van een protocol dat niet is afgestemd of geen betrekking heeft op een situatie als de onderhavige, waarin er niet één sonde is (in de maag), maar twee sondes. Het is om die reden ook maar zeer de vraag of ook in de onderhavige situatie als juist heeft te gelden dat de sondevoeding gestopt moest worden.

5.8 Wat het college niettemin wel onzorgvuldig acht is de gebrekkige interpretatie van de grote volumina van de maaghevel, althans het geen enkele actie daarop ondernemen. Een actie die voor de hand lag en overwogen had moeten worden, is het staken van de orale intake, zulks met het doel te voorkomen dat er een stilstand van vloeistof optreedt bij een niet ontledigende maag en – uiteindelijk – het voorkomen van een fatale aspiratie. Tegelijkertijd is het de vraag of het aan juist deze uroloog bekend was althans bekend behoorde te zijn dat de maagretentie zo groot was. Het college meent van niet. Hij werd via een telefonisch overleg door de AIOS op de hoogte gesteld van de situatie van patiënt, maar het college heeft geen aanwijzingen dat hij ook geïnformeerd is over de retentie. Aanwijzingen die hem uit

eigen beweging tot een vraag daarover hadden moeten brengen waren er niet. Dit betekent dat hem niet verweten kan worden dat het Maagretentieprotocol niet is gevolgd.

5.9 Wat het Bricker blaas-protocol, het EWS-protocol, en het SIT-protocol heeft het college geen aanwijzingen dat deze niet zijn nagekomen. Zo is steeds actief gehandeld op de frequent gemeten EWS-waarden, en was bij patiënt geen sprake van respiratoire insufficiëntie wat het oproepen van het SIT-team noodzakelijk maakte. Het klachtonderdeel is daarom ongegrond.

*Klachtonderdeel b) ontoereikende supervisie*

5.10 Wat het tweede klachtonderdeel betreft, overweegt het college dat de AIOS in kwestie in het derde jaar van zijn opleiding zat en bevoegd en bekwaam was om de zorg voor patiënt op zich te nemen. De AIOS wist bij wie hij terecht kon bij vragen over de zorg en duidelijk is geworden dat hij de weg wist te vinden; hij belde op 24 september 2019 de uroloog. Anders dan klager betoogt, mocht de uroloog als – op dat moment feitelijk – superviserend arts in dat telefonisch overleg afgaan op de anamnese en het onderzoek van de AIOS alsook van diens mededelingen over de gezondheidstoestand van de patiënt. De uroloog werd gericht de vraag voorgelegd of herhaling van een CT-scan van de buik aangewezen was. Dit was volgens de uroloog niet het geval, welk advies het college navolgbaar acht. Het college heeft voorts geen aanwijzingen dat de uroloog niet zorgvuldig heeft uitgevraagd of onvoldoende zorgvuldig heeft gecommuniceerd. Het klachtonderdeel is aldus ongegrond.

*Klachtonderdeel c) verschaffen onjuiste en misleidende informatie aan klachtencommissie en nabestaanden*

5.11 Wat het derde klachtonderdeel betreft, stelt het college vast dat uitgangspunt is dat zorgverleners waarheidsgetrouwe informatie verschaffen aan derden die daar recht op hebben. Het college heeft evenwel geen aanwijzingen dat de uroloog op dat punt heeft verzuimd. Dat er uiteenlopende lezingen zijn van de gebeurtenissen en de interpretatie van het medisch handelen, maakt dat niet anders. Dit klachtonderdeel is ongegrond.

*Klachtonderdeel d) onvoldoende informeren calamiteitencommissie*

5.12 Wat het vierde klachtonderdeel betreft, overweegt het college dat het tot de taak van de zorgverlener behoort om de calamiteitencommissie in het kader van haar onderzoek voldoende en juiste informatie te verschaffen. Het college stelt voorts vast dat de calamiteitencommissie niet geïnformeerd is geweest over nieuwe relevante ontwikkelingen, waarbij bedoeld wordt op de histologische uitslagen en de definitieve conclusie van de patholoog. Bij navraag is gebleken dat dit op een misverstand berustte en dat de betrokken zorgverleners van elkaar dachten dat de calamiteitencommissie geïnformeerd was. Dit is onfortuinlijk en had beter gekund. Het college vindt de omissie echter niet van dien aard dat zij gekwalificeerd moet worden als ondermaats en daarmee als tuchtrechtelijk verwijtbaar. Ook dit klachtonderdeel is daarom ongegrond.

#### *Slotsom*

5.13 Uit de overwegingen hiervoor volgt dat alle onderdelen van de klacht ongegrond zijn.

### **6. De beslissing**

Het college:

- verklaart de klacht ongegrond.

Deze beslissing is gegeven door E.A. Messer, voorzitter, R.P. Wijne, lid-jurist, T.D. Haan, H.R.H. de Geus, en E.J. van Lieshout, leden-beroepsgenoten, bijgestaan door S.M. Geerding, secretaris, en in het openbaar uitgesproken op 28 oktober 2024.