

Te klein 'oogje in het zeil' bij risicobevalling

Een 36-jarige vrouw is in bijna tien jaar en na diverse fertiliteitsbehandelingen 'opgeklommen' tot gravida 3, para 1. Haar vorige en enige kind kwam zes jaar geleden wegens niet vorderende baring via een keizersnede ter wereld. Nu staat zij op het punt om weer te bevallen. Toevallig is de dienstdoende gynaecoloog dezelfde als die haar tijdens de zwangerschap tot volle tevredenheid begeleidde. Hij had haar tevoren beloofd 'een oogje in het zeil te houden' en had haar bij binnenkomst in het ziekenhuis nog vertrouwelijk begroet met een: 'Hé, ga je het proberen?'

Daarna had hij haar voor een proefbevalling aan de zorgen van een ervaren arts-assistent overgelaten en was haar niet meer komen opzoeken. Acht uur later werd ze met spoed naar de operatiekamer gereden en beviel daar via een spoedsectio van een dochter in slechte conditie. De baby overleed enkele dagen later. Een uterusruptuur - een niet irreële kans na een voorafgaande sectio met stimulatie - bleek de oorzaak van alle ellende. De gynaecoloog veranderde van 'vertrouwenspersoon' in 'aangeklaagde arts'. In tegenstelling tot het Regionaal Tuchtcollege vond het Centraal Tuchtcollege de gynaecoloog niet aan te rekenen dat hij de patiënte niet had ingelicht over haar verhoogde kans op uterusruptuur. Een komende richtlijn van de NVOG zal dat wél voorschrijven. De wijze waarop hij een oogje in het zeil had gehouden kon bij geen enkel college genade vinden. Zeker omdat hij wist dat het in zijn ziekenhuis gewoonte was om fors en snel bij te stimuleren. Hij kreeg ervoor de maatregel van waarschuwing opgelegd. Natuurlijk moet een ervaren arts-assistent de ruimte krijgen om zelfstandig besluiten te nemen. Maar het is ook in een opleidingssituatie niet verboden om in het kader van intermenselijke patiëntenzorg soms een extra oogje in het zeil te houden - zeker als je daartoe ook verwachtingen hebt gewekt. In bovenstaande casus was er alle reden voor om dat zelfs meer dan eens en in uitgebreidere vorm te doen.



B.V.M. CRUL, arts
MR. W.P. RIJKSEN

De volledige uitspraak vindt u op onze website:

www.medischcontact.nl/dezeweek



Uitspraak Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg d.d. 19 mei 2005

Beslissing in de zaak onder nummer 2004/129 van A, gynaecoloog, wonende te B, appellant, verweerder in eerste aanleg, raadsman mr. M.J.J. de Ridder, advocaat te Utrecht, tegen C en D, beiden wonende te E, verweerders in hoger beroep, klagers in eerste aanleg, raadvrouw mr. M.F. Hartman, advocaat te Amsterdam.

1. VERLOOP VAN DE PROCEDURE

C en D - hierna gezamenlijk klagers te noemen - hebben op 10 maart 2003 bij het Regionaal Tuchtcollege te Amsterdam tegen A - hierna te noemen de arts - een klacht ingediend. Bij beslissing van 20 april 2004, onder nummer 03/052, heeft dat College de arts de maatregel van berisping opgelegd en publicatie van de beslissing gelast.

De arts is bij het op 1 juni 2004 bij het Regionaal Tuchtcollege te Amsterdam ingekomen beroepschrift van die beslissing tijdig in hoger beroep gekomen. Vervolgens heeft de arts als bijlage bij zijn schrijven van 23 juli 2004 een deskundigenrapportage, gedateerd 9 juli 2004, van F, hoogleraar klinische Obstetrie G, aan het Centraal Tuchtcollege overgelegd. Klagers hebben een verweerschrift in hoger beroep ingediend.

De zaak is in hoger beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 24 maart 2005, waar zijn verschenen de arts, bijgestaan door mr. De Ridder en klagers, bijgestaan door mr. Hartman. De raadsliden hebben het beroep c.q. verweer toegelicht aan de hand van pleitnotities die aan het

Centraal Tuchtcollege zijn overgelegd. Als deskundige aan de zijde van de arts is gehoord F voornoemd. Als getuige aan de zijde van de arts is gehoord H, 41 jaar, gynaecoloog, wonende te I. De getuige heeft de eed afgelegd.

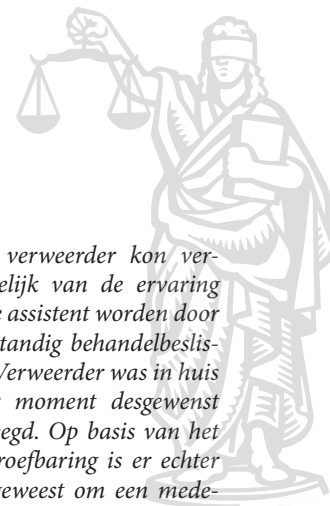
2. BESLISSING IN EERSTE AANLEG

De in eerste aanleg ingediende klacht en het daartegen gevoerde verweer houden het volgende in.

'3. Het standpunt van klagers en de klacht.

De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat verweerder:

1. te kort is geschoten in zijn informatieplicht jegens klaagster daar hij



haar had moeten informeren over de verhoogde kans op een uterusruptuur gezien haar voorgeschiedenis;

2. weliswaar klaagster als afgesproken heeft laten proefbaren maar de situatie niet goed heeft gecontroleerd terwijl hij dienst had die nacht. Poliklinisch was immers duidelijk afgesproken dat klaagster niet ingeleid zou worden; een liberaal beleid gevoerd zou worden met betrekking tot de pijnstilling en bij niet vorderen van de baring van minder dan twee cm per uur een sectio caesarea gedaan zou worden.

4. Het standpunt van verweerder.

Ad 1. Op basis van de bevallingsgegevens uit 1996 was er geen verloskundige reden om een zogenaemde primaire sectio caesarea te adviseren daar ongeveer 75 procent van de vrouwen met een sectio caesarea wegens een niet vorderende ontsluiting in de voorgeschiedenis bij een volgende zwangerschap succesvol vaginaal bevalt.

De voor- en nadelen van zowel de vaginale baring als de sectio caesarea zijn tijdens de verschillende zwangerschapscontroles besproken. De verstrekte informatie is voor klagers aanleiding geweest de manier van bevallen zorgvuldig te overwegen. Dit blijkt ook uit de aantekening in het dossier op 24 april 2002 waar staat genoteerd: "Denkt over S.C."

Later is in het vakje "Adviezen t.a.v. de baring" op de polikaart genoteerd: "gaat voor vaginale baring".

Dat een vaginale baring na een eerdere sectio caesarea bepaalde risico's meebrengt en dat hierover gesproken is, blijkt uit wat op 10 juni 2002 is genoteerd: "wil geen gel/inleiden, alleen spontaan accept."

Het woord uterusruptuur is tijdens de gesprekken voorafgaande aan de bevalling niet als zodanig gebruikt.

Ad 2. Volgens J en F is de baring begonnen bij het aanwezig zijn van pijnlijke contracties om de vijf minuten en het vaststellen van volledige verstriking van de baarmoedermond. Er zijn geen redenen bekend andere voorwaarden aan te nemen voor het begin van een baring, aldus verweerder. Op basis van de pijnlijkheid van de aanwezige contracties en het vaststellen van de verstreken baarmoedermond is de baring gestart rond 5.30 uur. Bij een proefbaring wordt in

het algemeen de toename van de ontsluiting bij gelijkblijvende of toenemende weeënactiviteit na twee uren geëvalueerd. Om 7.15 uur is de beoordeling van de arts-assistent dusdanig dat toename van de ontsluiting niet wordt verwacht; inwendig onderzoek wordt dan ook niet verricht. Vervolgens vindt bijstimulatie plaats door toediening van Syntocinon. Een verandering in de klinische situatie - klaagster voelt pijn in de onderbuik, links meer dan rechts - is aanleiding tot het doen van inwendig onderzoek waarbij ongeveer 75 minuten na de aanvang van de bijstimulatie drie centimeter ontsluiting wordt gevoeld; de uitwendige registratiemethode van het foetaal hart en weeënritme wordt vervangen door een inwendige registratiemethode. De kracht van de weeën wordt nu gekwantificeerd en bij een bepaalde grootte van deze kracht moet de ontsluiting verder toenemen. De ontsluiting wordt dan beoordeeld twee uren nadat de kracht van de weeën die grootte heeft bereikt dat een ontsluitingstoename kan worden verwacht of eerder omdat hiertoe aanleiding bestaat of deze evaluatie vindt twee uren na het starten van de stimulatie plaats. In deze laatste situatie zou dit bij klaagster ongeveer om 10.30 uur moeten plaatsvinden. Voordat dit tijdstip werd bereikt, trad er plotseling een verandering in de klinische situatie op en werd inwendig onderzoek verricht. Samenvattend is klaagster sinds het begin van de proefbaring om 5.30 uur driemaal inwendig onderzocht.

De stelling van klagers dat epidurale analgesie niet mag worden toegediend tijdens een proefbaring omdat dit tot maskering van de pijnklachten zou leiden die nu juist van belang zouden zijn bij het onderkennen van een ophanden zijnde ruptuur, wordt niet ondersteund door gegevens uit de literatuur. Een langdurige verlangzaming van het foetale hartritme, de afname van weeënactiviteit in combinatie met tekenen van foetale nood en/of een niet vorderende ontsluiting worden, veel meer dan de pijn, beschouwd als tekenen waarbij aan een dreigende uterusruptuur moet worden gedacht.

Wat betreft het verwijt van klagers dat verweerder de controles heeft overgelaten aan de arts-assistent, voert verweerder het volgende aan.

De arts-assistent H was een ervaren

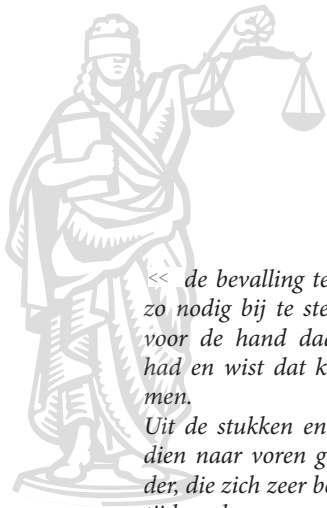
assistent op wie verweerder kon vertrouwen. Afhankelijk van de ervaring van de betreffende assistent worden door hem of haar zelfstandig behandelbeslissingen genomen. Verweerder was in huis en kon op ieder moment desgewenst worden geraadpleegd. Op basis van het verloop van de proefbaring is er echter geen aanleiding geweest om een medebeoordeling te vragen. Wel wordt de achterwacht op de hoogte gebracht van elke nieuw opgenomen patiënt, zo ook in dit geval. Daarnaast wordt in het geval van calamiteiten de achterwacht op de hoogte gebracht. Toen een calamiteit zich voordeed om 10.16 uur is verweerder gevraagd voor een medebeoordeling. Verweerder had de bedoeling om bij klagers langs te komen op de verloskamer nadat de overdracht zou hebben plaatsgevonden. Daar is echter geen gelegenheid meer voor geweest.'

2.2. Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn voormelde beslissing de volgende overwegingen ten grondslag gelegd.

'Ad 1: Anders dan verweerder heeft gesteld, was er onder de gegeven omstandigheden sprake van een verhoogd risico op complicaties bij een vaginale bevalling. Klaagster was inmiddels 36 jaar oud, adipeus, verwachtte een groot kind en had een niet vorderende baring die werd beëindigd middels een sectio caesarea in de voorgeschiedenis. Deze verloskundige gegevens in samenhang met het feit dat klaagster gelet op de notitie op de polikaart geen uitgesproken voorkeur had geuit voor een vaginale bevalling, hadden voor verweerder aanleiding moeten zijn om deze risicofactoren met klagers te bespreken. Het nalaten van het maken van een risicoschatting op basis van deze gegevens rekent het college verweerder aan.

Dit klachtonderdeel is derhalve gegrond.

Ad 2: In het geval van klaagster was om nochtans onbekende redenen een vorige baring niet gevorderd en geëindigd met een sectio caesarea. Hoewel dat niet duidelijk in de status beschreven staat, zou onder meer sprake geweest kunnen zijn van 'obstructed labour' (zoals beschreven door de hiervoor genoemde F en J). Dit alles te samen had voor verweerder voldoende reden moeten zijn om in nauw overleg met de arts-assistent - hoe ervaren dan ook - de vorderingen tijdens >>



<< de bevalling te volgen en het beleid zo nodig bij te stellen. Dit lag te meer voor de hand daar verweerder dienst had en wist dat klaagster was opgenomen.

Uit de stukken en ter zitting is bovendien naar voren gekomen dat verweerder, die zich zeer betrokken had betoond tijdens de zwangerschap, de verwachting had geschapen bij klagers dat wanneer klaagster zou bevallen tijdens verweerders dienst hij 'een oogje in het zeil' zou houden. Deze belofte valt niet te rijmen met het feit dat verweerder noch die bewuste nacht noch in de vroege ochtend langs is gegaan om zich op de hoogte te stellen van het verloop van de bevalling. Het college acht dit gebrek aan zorgvuldigheid en betrokkenheid verwijtbaar. Dit klachtonderdeel is derhalve eveneens gegrond.'

3. VASTSTAANDE FEITEN

Voor de beoordeling van het hoger beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten zoals deze zijn vastgesteld door het Regionaal Tuchtcollege.

'Klaagster werd sinds 1993 wegens infertiliteitsklachten in het K behandeld. In 1994 ontstond een spontane zwangerschap die eindigde in een spontane abortus. Op 4 juli 1996 beviel klaagster middels een keizersnede van een zoon in verband met een niet vorderende baring. Nadien was er wederom sprake van een fertilitiestoornis en na diverse behandelingen werd zij - inmiddels 36 jaar oud - opnieuw zwanger met als uiterekende datum voor de geboorte 9 juni 2002. Wegens deze voorgeschiedenis bleef klaagster onder gynaecologische controle en werd verweerder haar behandelaar.

De zwangerschap verliep ongecompliceerd. In de nacht van 14 op 15 juni 2002 braken de vliezen en werd klaagster om ongeveer 2.30 uur opgenomen in het ziekenhuis. De weeën waren inmiddels begonnen. Verweerder had die nacht dienst en begroette haar met de woorden: 'Hé, ga je het proberen?'. Klaagster werd door de dienstdoende verpleegkundige aan de CTG-monitor gelegd. Om 5.30 uur was de pijn zodanig dat klaagster om pijnstilling vroeg en haar door de dienstdoende arts-assistent H de keuze werd voorgelegd tussen een intramusculaire injectie met phenergan/

pethidine of epidurale analgesie. Klaagster koos voor het laatste. De ontsluiting was toen twee centimeter.

Omdat de ontsluiting twee uur later niet leek te vorderen werd om 7.30 uur op gezag van H begonnen met bijstimulatie door middel van Syntocinon per infuus. Om 8.30 uur was de ontsluiting gevorderd tot drie centimeter en werd een schedelelektrode en een intra-uteriene druklijn aangebracht. Om 9.35 uur steeg de basisfrequentie van de cortonen naar 160 per minuut. Om 10.16 uur was er op het CTG een zogenoemde 'badkuip' te zien. De verpleegkundige stopte de toediening van Syntocinon en omdat H op dat moment bezig was met de overdracht van zijn dienst, ging zijn collega naar klaagster om haar te onderzoeken. Met een ontsluiting van drie centimeter en onder verdenking van een solutio placentae werd klaagster vervolgens voorbereid op een sectio caesarea. Daar de dienstdoende anesthesioloog niet direct beschikbaar was wegens een spoedconsult elders in het ziekenhuis werd een tweede anesthesioloog opgeroepen. Om 10.40 uur werd klaagster naar de operatiekamer gereden en om 11.04 uur werd een dochter met een geboortegewicht van 4235 gram in zeer slechte conditie geboren. Tijdens de operatie bleek dat er sprake was van een uterusruptuur. Om 15.30 uur werd klagers dochter overgeplaatst naar het L waar zij op 20 juni 2002 overleed.'

4. PROCEDURE IN HOGER BEROEP

4.1. De arts is onder aanvoering van drie grieven tegen de bestreden beslissing in beroep gekomen, met verzoek de beslissing te vernietigen en opnieuw rechtdoende de oorspronkelijke klacht in beide onderdelen alsnog ongegrond te verklaren. De grieven strekken ertoe dat de in eerste aanleg geuite klacht in volle omvang aan het Centraal Tuchtcollege ter beoordeling wordt voorgelegd.

4.2. Klagers hebben geconcludeerd tot afwijzing van het beroep.

Beoordeling

4.3. Allereerst zal worden beoordeeld of de arts klaagster, gezien haar voorgeschiedenis zoals hiervoor onder 3. omschreven onder 'vaststaande feiten' expliciet had moeten informeren over de verhoogde kans op een uterusruptuur.

Daaromtrent wordt het volgende overwogen.

In zijn op 22 juni 2004 uitgesproken beslissing onder nr. 2003/165 heeft het Centraal Tuchtcollege overwogen dat in juni 2001 de inzichten omtrent het gebruik van prostaglandinegel bij zwangeren met een sectio in de anamnese in het algemeen niet zodanig waren dat het als een verwijtbaar tekortschieten moet worden aangemerkt dit middel te gebruiken, zonder de patiënt in te lichten over de risico's en zonder een keizersnede als alternatief aan te bieden. Het Centraal Tuchtcollege heeft in die zaak geoordeeld dat het Regionaal Tuchtcollege de klacht dat de aangeklaagde arts-assistent gynaecologie de klagers niet had geïnformeerd over het verhoogde risico van een uterusruptuur bij het gebruik van prostaglandinegel bij een tweede bevalling na een voorafgaande sectio, terecht heeft afgewezen. Het Centraal Tuchtcollege ziet geen aanleiding in de onderhavige casus op dit oordeel terug te komen. Ook in 2002, ten tijde van de zwangerschap en bevalling van klaagster, was er geen richtlijn die voorschrijft dat aanstaande ouders, na een eerdere sectio caesarea, expliciet moeten worden geïnformeerd over het risico van een uterusruptuur. Dit geldt zowel bij het wel als bij het niet gebruiken van prostaglandinegel. Ook thans bestaat een dergelijke richtlijn (nog) niet. De arts kan voor het niet informeren van klagers over het specifieke risico van een uterusruptuur derhalve geen tuchtrechtelijk verwijt worden gemaakt.

Het voorgaande betekent dat het eerste klachtonderdeel ongegrond is en dat de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege in zoverre dient te worden vernietigd.

Een en ander laat onverlet dat het naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege wenselijk zou zijn indien, vanwege het reële risico van een uterusruptuur na een voorafgaande sectio (in Nederland thans ongeveer 1% welk percentage toeneemt in geval van weeënstimulatie) er op korte termijn een landelijke richtlijn komt die bedoelde voorlichting wel voorschrijft.

4.4. Vervolgens zal worden beoordeeld of de arts ten aanzien van het beleid in de ochtend van 15 juni 2002 na de opname van klaagster in het ziekenhuis een tuchtrechtelijk verwijt moet worden gemaakt.



Spaanse nier

Een manlijke dialysepatiënt is in de uitzonderlijke positie dat hij in Spanje een nieuwe nier mag krijgen, als hij op de Spaanse wachtlijst weet te komen. De wachttijd is daar veel korter dan hier. Aanvankelijk wees de zorgverzekeraar de aanvraag voor deze behandeling af omdat er geen overeenkomst is met de Spaanse ziekenhuizen. De behandeling zou tijdig genoeg kunnen plaatsvinden bij een instelling waarmee wel een overeenkomst bestaat. Het CVZ meent dat de verzekeraar dit niet kan waarmaken, aangezien de Treeknorm van zeven weken wachttijd ruim wordt overschreden. Een verzekeraar mag alleen toestemming weigeren voor een behandeling in een kliniek waarmee hij geen overeenkomst heeft, als die behandeling geleet op de gezondheidstoestand van verzekerde, niet binnen een aanvaardbare termijn kan worden verleend.

De patiënt, met zowel de Nederlandse als Spaanse nationaliteit, had al wat voorwerk gedaan. Twee Spaanse ziekenhuizen willen hem van een nieuwe nier voorzien, mits de vooronderzoeken geen contra-indicaties tonen. Zijn Nederlandse huisarts en nefroloog zien transplantatie als de behandeling van eerste keus. Dat vindt de medisch adviseur van het CVZ ook.

Wel wijst het CVZ erop dat de patiënt, conform Europese richtlijnen, maar op één wachtlijst tegelijk mag staan. Opteert de patiënt voor een behandeling in Spanje en komt hij daadwerkelijk op de wachtlijst, dan moet hij van de Nederlandse lijst worden verwijderd. De nazorg van de transplantatie in Spanje, kan vervolgens in Nederland plaatsvinden. Het CVZ stipuleert nog dat de zorgverzekeraar zelf geen invloed heeft op de lengte van de wachtlijst voor niertransplantatie. Maar het meent niettemin dat de ernst van de ziekte dusdanig is dat de verzekeraar toestemming niet mag weigeren. << ILS

In de rubriek Zorggeschil staan uitspraken van de geschillencommissie van het CVZ (zie MC 26/2004: 1069). De gehele uitspraak kunt u lezen op www.medischcontact.nl/zorggeschil.



Daaromtrent overweegt het Centraal Tuchtcollege als volgt.

Klaagster was naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege een risicopatiënte. Zij stond vanwege haar voorgeschiedenis zoals weergegeven onder 3. ('Vaststaande feiten') gedurende de zwangerschap onder gynaecologische controle van de arts. Klaagster was in die periode 36 jaar en adipeus. De arts had in de nacht van 14 op 15 juni 2002 dienst en was die nacht uit dien hoofde verantwoordelijk voor de verloskundige zorg in het ziekenhuis. De dienstdoende arts-assistent H was in de laatste fase van zijn opleiding en, hoewel de arts de begeleiding van bevallingen in beginsel aan hem mocht overlaten en er geen aanwijzingen zijn dat de arts de tweede bevalling van klaagster in ieder geval via een sectio caesarea had moeten laten plaatsvinden en niet, overeenkomstig het in Nederland gebruikelijke beleid, op een vaginale bevalling had mogen aansturen, was er onder de geschetste omstandigheden alle aanleiding voor de arts om de situatie van klaagster in nauw overleg met de arts-assistent te volgen en, indien en waar nodig, het beleid bij te stellen. Dat geldt allereerst al omdat de arts, zoals het Regionaal Tuchtcollege heeft overwogen, bij klagers de verwachting had gewekt dat hij 'een oogje in het zeil zou houden' en zij, wetende dat de arts in het ziekenhuis was en dienst had, erop vertrouwd dat hij zou ingrijpen als dat nodig was. Het geldt ook omdat de arts die, naar hij ter zitting in hoger beroep heeft verklaard, 'de vinger aan de pols heeft gehouden' en in de ochtend van 15 juni de CTG-registraties heeft bekeken en op de hoogte was van de toediening van Syntocinon, wetende dat in dit ziekenhuis het beleid was om snel, en met een hogere dosis dan in de beroepsgroep gebruikelijk is bij te stimuleren (startdosis 5 mE oxytocine/min, iedere 20-30 minuten op te hogen met 3 mE/min), en wetende dat de kans op een uterusruptuur bij stimulatie, zeker in de mate als is gebeurd (uiteindelijk 18 mE oxytocine/min, met als gevolg een zeer sterke overstimulatie), aanzienlijk toeneemt, toen niet heeft ingegrepen, bijvoorbeeld door de bevalling veel eerder via een sectio caesarea te laten plaatsvinden.

Dit dient de arts tuchtrechtelijk te worden verweten.

4.5. Conclusie uit het voorgaande is dat het beroep van de arts slaagt voor zover de arts daarin is opgekomen tegen de gegrondbevinding van het eerste klachtonderdeel en tegen de opgelegde maatregel van berisping.

In zoverre dient de beslissing van Regionaal Tuchtcollege te worden vernietigd. Evenals het Regionaal Tuchtcollege acht het Centraal Tuchtcollege het tweede klachtonderdeel gegrond. De maatregel van waarschuwing wordt daarvoor passend geacht.

4.6. Om redenen ontleend aan het algemeen belang zal de publicatie van deze beslissing worden bevolen op na te noemen wijze. Een afzonderlijke publicatie van de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege zoals gelast wordt onder deze omstandigheden niet nodig geacht.

5. BESLISSING

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

- vernietigt de beslissing waarvan beroep voor zover het eerste klachtonderdeel gegrond is verklaard en aan de arts de maatregel van berisping is opgelegd;
- en opnieuw rechtdoende: verklaart het eerste klachtonderdeel alsnog ongegrond;
- bekrachtigt de beslissing waarvan beroep voor zover daarbij het tweede klachtonderdeel gegrond is verklaard;
- legt de arts terzake de maatregel van waarschuwing op;
- 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, Medisch Contact en het Nederlands Tijdschrift voor Obstetrie en Gynaecologie met verzoek tot plaatsing.

Deze beslissing is gegeven in raadkamer door: mr. K.E. Mollema, voorzitter; mr. A.D.R.M. Boumans en mr. A.H.A. Scholten, leden-juristen en prof. dr. G.H.A. Visser en dr. J.A. Zonneville, leden-beroepsgegoten en mr. C.M.J. Wuisman-Jansen, secretaris, en uitgesproken ter openbare zitting van 19 mei 2005, door mr. R.A. Torrengra, in tegenwoordigheid van de secretaris. ■