

Juridische aspecten bij de toepassing van lokale anesthesie in de tandheelkunde

R.H.B. Allard, kaakchirurg

Samenvatting. Indien een daartoe bekwame tandarts op een binnen de beroepsgroep gebruikelijke wijze lokale anesthesie geeft, kunnen daaruitvoortvloeiende complicaties hem/haar niet verweten worden, tenzij deze te voorzien en te voorkomen waren.

Trefwoorden: Lokale anesthesie – Rechtspraak – Informed consent

Datum van acceptatie: 4 maart 1996.

ALLARD RHB. Juridische aspecten bij de toepassing van lokale anesthesie in de tandheelkunde. Ned Tijdschr Tandheelkd 1996; 103: 198-200.

Adres: Dr. mr. R.H.B. Allard,
G.H. Breitnerlaan 17,
1399 XE Muiderberg.

1 Inleiding

In het recht en de rechtspraak is iets zelden zwart of wit, zoals dat in de bèta-wetenschappen vaak het geval is. Afhankelijk van de zogenaamde 'omstandigheden van het geval', wordt iedere casus op z'n eigen merites beoordeeld. En vaak gaat het dan om vast te stellen of iets lichtgrijs of donkergrijs is. Kortom, een vast patroon van de juridische aspecten met betrekking tot het geven van lokale anesthesie is dan ook niet te schetsen. En daar komt nog bij dat er over dit onderwerp weinig of geen literatuur voorhanden is. In de navolgende bijdrage wordt dan ook, naast een aantal feiten, een persoonlijke visie gepresenteerd.

2 Het risico op blijvende beschadiging

Tijdelijke uitval van de n. alveolaris inferior na verwijdering van een verstandskies in de onderkaak is in 0,46% tot 5,5% van de gevallen gerapporteerd.¹ In een serie van 1107 chirurgisch verwijderde verstandskiezen werd een tijdelijke sensibele stoornis van de n. lingualis in 16 gevallen (1,4%) en van de n. alveolaris inferior in 24 gevallen (2,2%) gezien.² Over het veelal spontane herstel na een tijdelijke uitval is veel onderzoek gedaan.³ De kans echter op een blijvende zenuwuitval na chirurgische verwijdering van een verstandskies in de onderkaak is kleiner dan 0,1%.⁴ Als we – overigens geheel arbitrair – aannemen dat in 10% van alle gevallen de zenuwuitval te wijten zou zijn aan het geven van lokale anesthesie, dan zou de kans op een tijdelijke uitval ongeveer 0,2% en de kans op een blijvende uitval 0,01% zijn. Kortom, de kans op tijdelijk letsel is uitermate klein en de kans op blijvend letsel is verwaarloosbaar. Hetzelfde kan gezegd worden over andere tijdelijke complicaties, zoals steekinfecties en bloedingstoringen.

Een enkele maal ervaart de patiënt, vooral bij het geven van mandibulaire geleidingsanesthesie, een (elektrische) schok in de kaak of in de tong. Dit fenomeen berust vrijwel zeker op het aanprikken van een van beide zenuwen.⁵ Een geringe terugtrekking van de naald kan voorkomen dat men de zenuw als het ware 'opblaast'. De patiënt behoort dan geïnformeerd te worden over het feit dat het verdoofde gevoel wat langer – enige dagen tot enige weken – kan voortduren. Regelmatige controle totdat de normale sensibeleit is teruggekeerd, behoort in dat geval tot een goede praktijkvoering.

3 Informed consent

In de Wet omtrent de overeenkomst inzake geneeskundige behandeling – in de wandeling ook wel Patiëntenwet of Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO)

genoemd – worden onder meer geregeld: de 'informed consent' (het toestemmingsvereiste), de privacybescherming, het bewaren van medische gegevens, het inzagerecht en het beschikbaarstellen van gegevens aan derden.

3.1 Informatieplicht en toestemmingsvereiste

De informatieplicht en het toestemmingsvereiste worden in de WGBO als volgt omschreven: 'De hulpverlener licht de patiënt op duidelijke wijze, en desgevraagd schriftelijk in over het voorgenomen onderzoek en de voorgestelde behandeling en over de ontwikkelingen omtrent het onderzoek, de behandeling en de gezondheidstoestand van de patiënt'. Hierbij 'laat de hulpverlener zich leiden door hetgeen de patiënt redelijkerwijze dient te weten ten aanzien van de aard en het doel van het onderzoek of de behandeling die hij noodzakelijk acht en van de uit te voeren verrichtingen; de te verwachten gevolgen en risico's daarvan voor de gezondheid van de patiënt; andere methoden van onderzoek of behandeling die in aanmerking komen; de staat van en de vooruitzichten met betrekking tot diens gezondheid voor wat betreft het terrein van het onderzoek of de behandeling'. Dat lijkt nogal bedreigend en het ziet ernaar uit dat we ook in Nederland 'Amerikaanse toestanden' krijgen. Niets is gelukkig minder waar.

De bovenstaande omschrijving van 'informed consent' is niet nieuw. De burgerrechter én de tuchtrechter hebben al sinds jaar en dag die informatieplicht erkend en in hun jurisprudentie vorm gegeven.^{6,7} Het gaat hier dan ook om 'codificatie' van bestaand recht. Dat wil zeggen dat in een wet wordt vastgelegd datgene wat herhaalde uitspraken van rechters als norm hebben aangegeven en wat zowel door de samenleving als ook door de zorgverleners als norm wordt erkend. De vraag die echter nog rest is hoeveel en welke informatie de zorgverlener moet geven. De wetgever heeft hier aansluiting gezocht bij het redelijkheidscriterium van het (Nieuw) Burgerlijk Wetboek. Dat wil zeggen dat de soort en hoeveelheid informatie over onderzoek, behandeling en risico's van dien aard moet zijn welke een redelijk denkend mens in soortgelijke omstandigheden nodig heeft om een afgewogen beslissing te kunnen nemen. In de Verenigde Staten wordt dat de 'reasonable person standard' genoemd.

Zorgverleners veronderstellen vaak ten onrechte dat een patiënt die zich tot hem wendt, daarmee impliciet toestemming geeft voor het verrichten van allerlei handelingen. Dat nu is onjuist. Aan de andere kant is het ook niet zo dat de zorgverlener voor iedere handeling of ingreep toestemming behoeft te vragen. Dat hoeft bij de WGBO ook niet; zolang het gaat om verrichtingen van niet-ingrijpende aard, mag in zo'n situatie toestemming worden verondersteld. De vraag is

natuurlijk wat onder 'niet-ingrijpend' moet worden verstaan en wat een 'voorzienbaar risico' is, dat voorafgaande aan de behandeling aan de patiënt binnen het kader van 'informed consent' moet worden meegedeeld.

3.2 Nederlandse jurisprudentie

De Nederlandse jurisprudentie op bovengenoemd terrein is – zeker waar het de tandheelkunde betreft – schaars en niet eensluidend. Een uitspraak van het Centraal Medisch Tuchtcollege enige jaren geleden gaf aan dat een risico van 1 op 3.000 niet van te voren aan een patiënt behoeft te worden medegedeeld. In een meer recente uitspraak stelt het Centraal Medisch Tuchtcollege: 'Aangezien (...) het risico dat klaagster een mongoloïde kind zou krijgen betrekkelijk gering was (statistisch circa 1%), behoeft de arts haar niet met nadruk op dat risico te wijzen.' (CMT 15/6/95). Hiermee lijkt het College een 'ondergrens' aan te geven. Maar een zekerheid voor elke casus is dit allerminst. In de (tucht)rechtspraak wordt immers altijd gekeken naar de zogenaamde 'omstandigheden van het geval' om te voorkomen dat 'appels met peren worden vergeleken'.

3.3 Enkele praktijkvoorbeelden

Moet de tandarts nu bij iedere extractie in de premolaar-molaarstreek in de bovenkaak waarschuwen voor de mogelijkheid van een antrumperforatie of tuberfractuur? Dat lijkt mij een te enge interpretatie van de wet. Zelf voel ik er het meest voor om hier aansluiting te zoeken bij de in sommige Amerikaanse staten gehanteerde 0,5%-norm. Dat wil zeggen dat alleen indien er een risico op complicatie bestaat dat groter is dan 1:200, de hulpverlener verplicht is de patiënt daarover van tevoren in te lichten. Wat het geven van lokale anesthesie betreft, is de kans op blijvend letsel dermate klein dat daarvoor mijns inziens niet expliciet gewaarschuwd moet worden. Ook kan het geven van lokale anesthesie in het kader van 'informed consent' moeilijk tot de behandelingen van ingrijpende aard worden gerekend.

4 Wie moeten toestemming geven?

Zolang de patiënt nog geen twaalf jaar is, moet de zorgverlener alle in de wet opgenomen verplichtingen nakomen jegens diens ouders of andere wettelijke vertegenwoordigers. Vanaf 16 jaar heeft de zorgverlener (in principe) geen toestemming meer nodig van ouders of wettelijke vertegenwoordigers. Dit echter onverminderd de verplichting van diens ouders tot betaling van de kosten. Voor kinderen die ouder zijn dan 12 jaar en jonger zijn dan 16 jaar geldt dat de wettelijke vertegenwoordigers mede hun toestemming moeten geven, inclusief de betalingsverplichting, tenzij het gaat om bijzondere omstandigheden en de patiënt in staat kan worden geacht zelf zijn belangen te kunnen afwegen.

5 Het bekwaamheidsvereiste

De invoering van de Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) liberaliseert het beroepsmatig handelen op het gebied van de gezondheidszorg. Het bevoegdheidsmonopolie van (tand)artsen wordt afgeschaft. In beginsel mag een ieder, mits bekwaam, handelingen op het gebied van de individuele gezondheidszorg verrichten. In de nieuwe wetgeving houdt dit wel in dat men door een tandheelkundige opleiding af

te ronden exclusief de titel 'tandarts' mag voeren, zodat patiënten kunnen zien dat deze hulpverlener is ingeschreven in een wettelijk erkend register. Het bekwaamheidsvereiste staat echter in de Wet BIG centraal. (Tand)Artsen zijn uitsluitend bevoegd bepaalde handelingen te verrichten voor zover zij redelijkerwijs mogen aannemen dat zij beschikken over de benodigde bekwaamheid. Kortom, onbekwaam maakt onbevoegd!

Aan welke vereisten moet bij het geven van lokale anesthesie worden voldaan? De wetgever heeft daartoe het criterium ontwikkeld van 'een goed hulpverlener'. Het begrip 'goed hulpverlener' is op vele wijzen – maar gelukkig vrijwel altijd met ongeveer dezelfde inhoud – gedefinieerd. Een bruikbare definitie is dat 'de (tand)arts moet handelen met die zorgvuldigheid die van een redelijk bekwaam en redelijk handelend (tand)arts mag worden verwacht' (HR (Hoge Raad) 9/11/90, NJ (Nederlandse Jurisprudentie) 1991, 26). Waar het geven van anesthesie een zo vaak voorkomende handeling is, lijkt aan dat bekwaamheidsvereiste door iedere tandarts eenvoudigweg te worden voldaan. Of het moet een collega betreffen die al vele jaren geen praktijk meer heeft uitgeoefend.

6 Voorbehouden handelingen

Om de kwaliteit te bewaken en de aanmerkelijke kans op schade aan de gezondheid te voorkomen, is met de invoering van de Wet BIG onder meer het stelsel van voorbehouden handelingen (art. 36) ingevoerd. Voorbehouden handelingen zijn handelingen die naar het oordeel van de wetgever een aanmerkelijk gevaar opleveren als ze worden verricht door een ondeskundige. Onder de voorbehouden handelingen valt in de tandheelkunde onder meer het geven van anesthesie. Deze handeling is voorbehouden aan de (zelfstandig bevoegde) tandarts. Echter, onder voorwaarden (art. 35, art.38) mag een zelfstandig bevoegde een ander opdracht geven tot uitvoering van een voorbehouden handeling. In dat geval moet – kort samengevat – ten minste worden voldaan aan de volgende vereisten: de opdrachtnemer moet beschikken over voldoende bekwaamheid en handelen overeenkomstig de aanwijzingen van de opdrachtgever, die op zijn beurt het benodigde toezicht en de mogelijkheid van zijn tussenkomst, d.w.z. de mogelijkheid om in te grijpen, in voldoende mate waarborgt.

7 Het geven van anesthesie door de mondhygiënist

Ongeacht het kader waarbinnen de mondhygiënist lokale anesthesie geeft, zal de mondhygiënist – net als de tandarts – bekwaam moeten zijn. Hiertoe zal de mondhygiënist op z'n minst een opleiding moeten hebben gevolgd. Dat kan een opleiding door de tandarts zelf of een bij- en nascholingscursus zijn.⁸ Sinds september 1995 maakt het geven van lokale anesthesie deel uit van de mondhygiënistopleiding. Is de mondhygiënist bekwaam, dan kan en mag de tandarts een in de praktijk werkende mondhygiënist de opdracht geven om anesthesie te geven. Hierbij dienen toezicht en tussenkomst verzekerd te zijn. De tandarts is en blijft echter in alle gevallen verantwoordelijk voor de opdracht en uitvoering van het geven van anesthesie door middel van het geven van een injectie door de mondhygiënist.

Anders ligt dat voor de zelfstandig gevestigde mondhygiënist. Omdat het toezicht en de tussenkomst hier niet gewaarborgd zijn, blijft het geven van anesthesie voor deze categorie vooraansnog een voorbehouden – dus verboden – handeling. Dat geldt ook voor de in de praktijk werkende mondhygiënist, voorzover de tandarts niet aanwezig is. In haar advies van juni 1995 echter sluit de Raad BIG niet uit dat op termijn wel een

zelfstandige uitvoeringsbevoegdheid (art. 39) met betrekking tot het geven van lokale anesthesie door mondhygiënist kan worden gegeven. Over de termijn waarop dit zou kunnen gebeuren, heeft de Raad zich niet uitgesproken.

8 Aansprakelijkheid

Alhoewel er in de literatuur wel incidenteel geschreven is over aansprakelijkheid voor zenuwuitval na lokale anesthesie,⁹ betreft dat – daar waar het de tandheelkunde betreft – steeds uitval na chirurgisch ingrijpen en niet na het geven van lokale anesthesie sec.¹⁰

Vanzelfsprekend is de tandarts verantwoordelijk voor de door hem/haar uitgevoerde behandeling. Maar houdt dat ook in dat hij/zij altijd aansprakelijk is als er iets 'mis' gaat? Nee, de zorgverlener is alleen aansprakelijk indien hij/zij iets verwijtbaars doet, laat doen of nalaat. Zo is het geven van lokale anesthesie zonder een goede medische anamnese af te nemen verwijtbaar.¹¹ En dus kan de behandelaar – bij bijvoorbeeld cardiovasculaire problemen voortvloeiend uit het geven van anesthesie – aansprakelijk worden gesteld. Necrose van het slijmvlies van het palatum (en soms het palatinale bot), veroorzaakt door ischemie of misschien door een te hoge injectiedruk,¹² is wellicht een voorbeeld van verwijtbaar gedrag. Aan de andere kant is een tijdelijke uitval van een nervus door het aanpakken ervan niet verwijtbaar. Immers, het is – mede gezien de kans erop – geen fout die voorkomen had kunnen/moeten worden. En dus kan de behandelaar daar niet aansprakelijk voor zijn. Dat wordt natuurlijk weer anders als er onnodig veel en ondeskundig 'geprikt' wordt.

Hetzelfde kan gezegd worden voor de steekinfectie. Althans ervan uitgaande dat er met steriel materiaal gewerkt is. En hoe zit dat met het fotomodel, bij wie zich na het geven van de anesthesie een enorm hematoom ontwikkelde waardoor een kostbare fotosessie de dag daarop niet door kon gaan? Ook hier zijn bij de weging van de verwijtbaarheid 'de omstandigheden van het geval' van belang. Aan de ene kant de spoedeisende behandeling door de tandarts die niet wist dat deze patiënte een wereldberoemd fotomodel was. En aan de andere kant de niet-spoedeisende behandeling door de tandarts die wist dat de patiënte een zeer duur contract zou kunnen mislopen.

Overigens zij opgemerkt dat niet de ernst van een complicatie bepalend is of iets verwijtbaar is. Een handeling is verwijtbaar als de fout voorkomen had kunnen/moeten worden. Pas als een handeling verwijtbaar is, zal de ernst van de complicatie worden meegewogen bij de strafbepaling en de hoogte van de in een civiele procedure toe te kennen (im)materiële schadevergoeding.

Omdat bij een eventuele beschadiging van een zenuw door het geven van lokale anesthesie de mechanische beschadiging door 'aanpakken' de meest voorkomende oorzaak is en toxische beschadigingen slechts zeer zelden voorkomen,^{13 14} zal hier op de zogenaamde productaansprakelijkheid niet verder worden ingegaan. Datzelfde geldt voor naaldbreuk.

Tot slot nog dit. Uit de jurisprudentie van de afgelopen jaren blijkt dat bij de bewijslastverdeling de zogenaamde stelplicht van de (tand)arts meer en meer wordt verzwaaard.¹⁵ Dit houdt in dat van de (tand)arts wordt verlangd dat deze voldoende feitelijke gegevens verstrekt ter motivering van zijn betwisting van de stellingen van de klagende patiënt. Een goede documentatie van feiten, omstandigheden en gegeven informatie versterken diens bewijspositie aanmerkelijk.

9 Conclusies

Indien een bekwame tandarts na het afnemen van een goede anamnese tegen de patiënt zegt dat hij/zij de behandeling zal beginnen met het geven van een plaatselijke verdoving en de patiënt – of diens wettelijke vertegenwoordiger – zich daar niet tegen verzet, zal aan alle vereisten zijn voldaan. Alleen indien de tandarts bij het geven van lokale anesthesie iets verwijtbaars doet, kan deze daarvoor aansprakelijk worden gesteld.

Literatuur

- 1 Carmichael FA, McGowan DA. Incidence of nerve damage following third molar removal. *Br J Oral Maxillofac Surg* 1992; 30: 78-82.
- 2 Schultze-Mosgau S. Sensibilitätsstörungen nach dentoalveolärer Chirurgie im Unterkieferseitenzahnbereich. *Dtsch Z Mund Kiefer GesichtsChir* 1993; 17: 298-300.
- 3 Campbell RL, et al. Assessment of recovery from injury to inferior alveolar and mental nerves. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 1987; 84: 519-26.
- 4 Ewers R, Hoffmeister B. Funktionsstörungen des Nervus mandibularis durch die Molaren: Komplikationen nach operativer Molarentfernung. *Z Stomatol* 1986; 83: 521-35.
- 5 Boering G, Baart JA, Reenen GJ van, Voorsmit RACA. Gebitsextractie. Utrecht: Bunge, 1993: 38.
- 6 Admiraal WJ, Eijkman MAJ. Een mondjevol gezondheidsrecht. Alphen a/d Rijn/Brussel: Samsom Stafleu, 1986.
- 7 Leenen HJJ. Handboek gezondheidsrecht, Alphen a/d Rijn: Samsom, 1988.
- 8 Gruythuysen RJM, Velders XL, Ooyen ML van. Lokale anesthesie: Een taak voor de mondhygiënist? *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1989; 96: 584-5.
- 9 Bratzke H. Verletzung der ärztlichen Sorgfaltspflicht bei 'therapeutischer Lokalanästhesie'. *Dtsch Med Wochenschr* 1991; 116: 1051-4.
- 10 Eberhardt L. Fragen zur Haftpflicht des Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen. *Dtsch Z Mund Kiefer GesichtsChir* 1992; 16: 169-72.
- 11 Oomen HAPC, Jong KJM, Abraham-Inpijn L. Lokale verdoving: medische complicaties. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 1989; 96: 189-92.
- 12 Krüger U, Nehse E. Nekrosen und Hämatome: zwei lokale Komplikationen bei der intraoralen Leitungsanästhesie. *Dtsch Zahnärztl Z* 1991; 46: 830-2.
- 13 Pfeifer G, Lentrodt J. Die forensische Bedeutung von chirurgischen Läsionen sensibler Nerven in Mund-Kiefer-Gesichts-Bereich. *Dtsch Zahnärztl Z* 1980; 35: 202-5.
- 14 Evers H, Haegerstam G. Lokalanästhesie in der Zahnheilkunde. Berlin: Springer, 1983: 203.
- 15 Goslings MA. Medische aansprakelijkheid: een stand van zaken. *Tijdschr Gezondheidsr* 1995; 4: 196-214.

Summary

LEGAL ASPECTS OF DENTAL LOCAL ANAESTHESIA

Key words: Local anaesthesia in dentistry – Legislation – Informed consent

In this article the various legal aspects of the administration of local anaesthetics in dentistry are discussed. In general, a capable dentist is not liable for complications resulting from the administration of local anaesthetics, unless the complications could have been foreseen and prevented.