

Anesthesie en tandschade: een verband dat meer aandacht verdient!

Onze afdeling medisch risicobeheer heeft met diverse aangesloten ziekenhuizen samengewerkt om de voornaamste oorzaken van schadegevallen voor beschadigde tanden naar aanleiding van anesthesie te analyseren. Deze analyse heeft ertoe geleid dat er richtlijnen zijn ingevoerd om deze risico's effectief te verminderen, hetgeen ook objectief blijkt uit de aanzienlijke vermindering van het aantal schadeclaims.

I. Het belang van een preventiebeleid

Statistieken tonen aan dat, niettemin **gebitsbeschadiging** naar aanleiding van anesthesie een zeldzame complicatie is, dit wel **de meest voorkomende complicatie van anesthesie** betreft. Een betere kennis van de oorzaken en de risicofactoren van tandschade is noodzakelijk teneinde een preventief beleid vorm te kunnen geven, waarin ook lessen kunnen worden getrokken uit wetenschappelijke studies en de rechtspraak.

Dit preventief beleid dient niet alleen tot doel te hebben om het aantal gevallen van tandschade te reduceren, maar ook het aantal schadeclaims. Het informeren en sensibiliseren van patiënten omtrent het voorkomen en de oorzaken van tandschade kan daarbij een rol spelen.

Echter **dringt deze bewustwording zich ook op in hoofde van de anesthesisten, die dit risico geenszins mogen onderschatten.**

II. Wat zijn de belangrijkste oorzaken van tandschade?

Tandschade wordt in de meeste gevallen veroorzaakt door een **direct trauma tijdens endotracheale intubatie**, dit ten gevolge van een moeilijke intubatie (d.i. een moeilijke bovenste luchtweg of enige andere pathologie die het inbrengen van het laryngoscoopblad belemmert). Andere mogelijke oorzaken zijn de vooraf bestaande toestand of voorbeschiktheid van de patiënt (d.i. een gevoelig, gecompromitteerd of gerestaureerd gebit).

Uit de studie van de factoren die een verhoogd risico op tandschade bij anesthesie met zich meebrengen blijkt **het cruciale belang van het preoperatief klinisch onderzoek van het gebit door de anesthesist**, dat volgens de rechtspraak in de mate van het mogelijke en het redelijke dient te worden gezien. Een anesthesist is immers geen stomatoloog doch ook de anesthesist kan pas een **gedegen inschatting maken van de moeilijkheidsgraad van een intubatie nadat hij een klinisch onderzoek van het gebit van de patiënt heeft verricht en zijn anesthesiebeleid daarop afgesteld heeft.**

Anesthesisten dienen niet alleen opgeleid te worden om **de belangrijkste en de visu vaststelbare (uitwendige) relevante risicofactoren te herkennen**, zij dienen ook op **het belang gewezen te worden van de noodzaak om de patiënt desgevallend (in niet urgente gevallen) door te verwijzen naar een stomatoloog voor bijkomend (inwendig) onderzoek.**

III. Hoe kunnen patiënten het best worden geïnformeerd?

Teneinde een beter begrip van patiënten te bekomen strekt het tot aanbeveling de patiënten niet alleen te informeren omtrent de **relevante risico's verbonden aan de anesthesie**, maar ook over de **beperkteden van het klinisch onderzoek van het gebit door de anesthesist** en de **onmogelijkheid om alle risicofactoren daarbij te identificeren.**

Niettegenstaande deze informatie gebruikelijk door middel van toestemmingsformulieren wordt verstrekt voorafgaand aan het klinisch

onderzoek van het gebit door de anesthesist, is het tevens wenselijk de patiënten zo nodig **bijkomend te informeren** naar aanleiding van **de eventuele bij klinisch onderzoek vastgestelde risicofactoren.**

Het strekt daarbij tot aanbeveling om **werk te maken van een protocol waarbij het preoperatief klinisch onderzoek van het gebit door de anesthesist en de informatieverstrekking** aan de patiënt gestroomlijnd wordt, nu dit (of het ontbreken van notities daaromtrent in het preoperatief dossier althans) veelal **de rode draad is doorheen de schadeclaims.**

IV. Hoe zit het met de verantwoordelijkheid van de anesthesist?

Anesthesisten dienen bijgevolg waar nodig te reflecteren over een **aanpassing aan het te volgen anesthesiebeleid**, nu ook uit de rechtspraak blijkt dat, niettegenstaande het optreden van tandschade naar aanleiding van anesthesie als een gekende complicatie wordt erkend, er wel belang wordt gehecht aan **de keuze voor de minst risicovolle anesthesiemethode** als voorzorgsmaatregel teneinde dergelijke complicaties zoveel mogelijk te voorkomen.

Daarnaast zijn er elementen die de (kans op) **aansprakelijkheid van de anesthesist aanzienlijk kunnen verminderen**, zoals:

- **voldoende notities of documentatie in verband met de gestelde handelingen.** Bijvoorbeeld: de gestelde handelingen en waarnemingen tijdens het preoperatieve onderzoek van het gebit, tandheelkundige foto's of radiografieën, de gemotiveerde keuze van de anesthesiemethode ten opzichte van alternatieve anesthesiemethoden, etc.
- **de verstrekte informatie.** (Bijvoorbeeld: de informatie- en toestemmingsformulieren, maar ook notities met betrekking tot eventueel bijkomende verstrekte informatie naar aanleiding van het preoperatief onderzoek van het gebit.

Uit de aanwezigheid van deze elementen blijkt dan ontegensprekelijk dat de anesthesist alle redelijke voorzorgsmaatregelen heeft genomen in het kader van zijn inspanningsverbintenis om tandschade zoveel mogelijk te voorkomen, en zal dit de kans op aansprakelijkheid van de anesthesist drastisch herleiden.

Dit alles vereist uiteraard een **bewustwording van het risico** vanaf het eerste preoperatieve anesthesieconsult, en ook de **aard van deze complicatie**, nu uit de praktijk nog al te vaak blijkt dat anesthesisten zonder meer en ten onrechte denken dat zij hiervoor aansprakelijk zijn en een tussenkomst door hun beroepsaansprakelijkheidsverzekeraar aan de patiënt beloven.

Er dient dan ook **herinnerd te worden aan de principes van medische aansprakelijkheid, en het belang van nooit onmiddellijk aansprakelijkheid te erkennen of een schadevergoeding te beloven ten opzichte van de patiënt.**

Ontdek het artikel ook op:
www.amma.be/nl/medischrisicobeheer

