

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE VOOR DE GEZONDHEIDSZORG

Beslissing in de zaak onder nummer van: c2012.001

CENTRAAL TUCHTCOLLEGE

voor de Gezondheidszorg

Beslissing in de zaak onder nummer C2012.001 van:

A., wonende te B., appellante, klaagster in eerste aanleg,
gemachtigde: mr. T. Spronk, advocaat te Aalsmeer,
tegen

C., tandarts, wonende en werkzaam te D., verweerder in beide instanties, gemachtigde:
mr. A.H.M. de Jonge, als jurist werkzaam bij SRK Rechtsbijstand te Zoetermeer.

1. Verloop van de procedure

A. (hierna klaagster) heeft op 8 juni 2010 bij het Regionaal Tuchtcollege te Amsterdam tegen C. (hierna de tandarts) een klacht ingediend. Bij beslissing van 13 september 2011, onder nummer 10/165T, heeft dat College de klacht afgewezen.

Klaagster is van die beslissing tijdig in hoger beroep gekomen. De tandarts heeft een verweerschrift in hoger beroep ingediend.

De zaak is in hoger beroep behandeld ter openbare terechtzitting van het Centraal Tuchtcollege van 13 november 2012, waar zijn verschenen klaagster, bijgestaan door mr. T. Spronk en de tandarts, bijgestaan door mr. A.H.M. de Jonge.

De tandarts heeft E., tandarts-implantoloog, als deskundige doen horen. De gemachtigden van beide partijen hebben de standpunten van partijen toegelicht aan de hand van pleitnotities die aan het Centraal Tuchtcollege zijn overgelegd.

2. Beslissing in eerste aanleg

Het Regionaal Tuchtcollege heeft aan zijn beslissing het volgende ten grondslag gelegd.

"2. De feiten

Op grond van de stukken en hetgeen ter terechtzitting heeft plaatsgevonden kan van het volgende worden uitgegaan:

2.1 *Verweerder is werkzaam als tandarts-implantoloog. Klaagster was patiënte in de praktijk van verweerder. Op 27 januari 2010 is besloten tot het plaatsen van een implantaat, ter vervanging van de 36 die verloren was gegaan, welke ingreep op 15 februari 2010 zou plaatsvinden. Hiertoe heeft verweerder aan klaagster op 27 januari 2010 een behandelingsovereenkomst, een drietal recepten en een deelnota gestuurd.*

2.2 *Voorts is voorafgaand aan de ingreep, op 26 januari 2010, een panoramische röntgenfoto (OPG) van de kaak van klaagster vervaardigd. Voor de planning heeft verweerder hierop de lengte van het te plaatsen implantaat regio 36 bepaald. Daarbij heeft hij gebruik gemaakt van een boorsjabloon en rekening gehouden met de correctiefactor van zijn OPG-apparaat. De diepte tot de canalismandibularis heeft hij geschat tussen de 11 en 13 millimeter.*

2.3 *Op 15 februari 2010 is klaagster voorafgaand aan de ingreep door de assistente van verweerder, F., verdoofd door middel van infiltratieanesthesie. Buccaal en linguaal regio 36 werd een depot anesthesievloeistof toegediend. Vervolgens heeft verweerder*

de ingreep uitgevoerd waarbij geen gebruik is gemaakt van een boormal; op de implantaatboor was een zogeheten boorstop geplaatst.

2.4 Na de ingreep kreeg klaagster het gevoel niet terug in een deel van de onderkaak, kin en lip. In verband hiermee heeft klaagster zich de volgende dag,

16 februari 2010, opnieuw tot verweerder gewend. Hij heeft klaagster uitleg gegeven over de sensibiliteitsstoornis die mogelijk een paar maanden kon duren.

2.5 Klaagster heeft eveneens op 16 februari 2010 een bezoek gebracht aan G., kaakchirurg te H.. Deze heeft diezelfde dag een OPG gemaakt. Uit zijn brief van 17 mei 2011 blijkt dat hij op het bij dit consult vervaardigde OPG een circa 11 millimeter lang implantaat in regio 36 zag, die het plafond van het zenuwkanaal (canalis nervus alveolaris inferior) doorboord had. Hij heeft klaagster toen geadviseerd om het implantaat onmiddellijk te laten verwijderen, hetgeen zij de volgende dag ook heeft laten doen. Voorts heeft hij geadviseerd om een CT-scan te laten uitvoeren om een weergave van het verloop van de zenuw en het boorgat te verkrijgen ten behoeve van het bepalen van de verdere procedure cq. behandeling. Hij heeft klaagster een verwijsbrief gegeven, gericht aan het I.-Ziekenhuis, Afd. Röntgen / CT scan. Zijn vraagstelling luidde: “weergave van het verloop van het zenuwkanaal in de onderkaak links en boorgat voor de implantaat in regio 36” (brief van

19 februari 2010). Deze CT scan is, om redenen die voor de beoordeling van de onderhavige zaak niet van belang zijn, niet vervaardigd.

2.6 De volgende dag heeft klaagster, mede op advies van G., het implantaat door verweerder laten verwijderen. Uit het medisch dossier blijkt dat verweerder klaagster toen heeft voorgelicht en gewezen op de mogelijkheid van een second opinion in het I. en voor het maken van een CBCT-scan. Klaagster heeft aan verweerder geen melding heeft gedaan van haar bezoek aan G..

Nadien is klaagster nog eenmaal in de praktijk van verweerder terug geweest voor het laten verwijderen van de hechtingen.

2.7 Op 22 februari 2010 heeft klaagster het I. bezocht. Aldaar is zij onderzocht door J., kaakchirurg i.o.. In overleg met kaakchirurg K. is aldaar een nieuwe afspraak gemaakt voor 25 februari 2010.

2.8 Op 26 februari 2010 heeft klaagster L., MKA-chirurg te M., N., geconsulteerd. In overleg met plastisch- en reconstructief chirurg dokter O., stelde hij voor om een BSO osteotomie links uit te voeren met vrijmaken van de nervus alveolaris inferior (MKA), gevolgd door reanastomose van de nervus door dokter O.. Deze ingreep heeft op 16 maart 2010 plaatsgevonden en duurde vier uur.

2.9 Uit de brief van 26 februari 2010 van dokter L. aan dokter O. blijkt dat aldaar een CBCT-scan is vervaardigd. Dokter L. schrijft in zijn brief: “De conebeamct alhier toont een boorgaat doorheen het canalismandibularis links. De kliniek toont volledige anesthesie links op koudetest (-89°C) en electrischepulptest. Besluit: iatrogene laesie nervus alveolaris rechts tijdens plaatsing van een tandimplantaat.”

2.10 Blijkens het operatieverslag van 16 maart 2010 van dokter L. werd een BSO links uitgevoerd, met beitels is de osteotomielijn afgegaan die met de Halboor was voorbereid. Voorts luidt het verslag: “Perfecte split met de stompe beitels. Hunsucksplit. De nervus is goed te zien en is volledig intact tot aan de spyx. ... Ter hoogte van de 36 zien we een crushing laesie en een aantasting van het bovenste gedeelte van de nervus.”

Vervolgens citeert dokter L. in zijn brief van 28 maart 2010 uit het door hem ontvangen operatieverslag van dokter O. onder meer: “De mandibula wordt thv het letsel van de alveolarisinf (plaats van het implantaat) vrijgelegd door Dr. L.. De zenuw wordt onder

de microscoop verder zuivergemaakt. Botfragmenten zitten tot diep in de zenuw en worden verwijderd. De zenuw is ernstig beschadigd over vrijwel de ganse breedte en over +/- 1 cm lengte.”

2.11 Op verzoek van verweerder heeft E., tandarts-implantoloog, zijn professionele mening gegeven in een schriftelijk stuk d.d. 7 november 2010.

Eveneens op verzoek van verweerder heeft Q., verbonden aan de afdeling Orale en Maxillofaciale Radiologie van het Academisch Centrum Tandheelkunde D., enige vragen beantwoord in een brief van 30 november 2010.

3. De klacht en het standpunt van klaagster

De klacht houdt zakelijk weergegeven in dat verweerder:

1. het zenuwkanaal in de onderkaak links heeft doorboord tijdens het plaatsen van het implantaat;
2. een onjuiste vorm van anesthesie heeft toegepast, althans heeft laten toepassen, voorafgaand aan het plaatsen van het implantaat.

4. Het standpunt van verweerder

Verweerder heeft de klacht en de daaraan ten grondslag gelegde stellingen bestreden. Voor zover nodig wordt daarop hieronder ingegaan.

5. De overwegingen van het college

5.1 Het college zal eerst klachtonderdeel 2 bespreken. Ter zitting heeft de tandarts-assistente F., verklaard dat zij de MBO-opleiding tandarts-assistente in 1990 met een diploma heeft afgerond en dat zij in 2003 deelgenomen heeft aan een (doorlopende) dentale scholing, waarbij de cursus “A 10” (anesthesie) is gevolgd, waarvoor een certificaat is afgegeven. Zij heeft voorts verklaard dat zij in de praktijk meerdere malen per dag, en ook al jarenlang, tandheelkundige locale anesthesie toedient; in die zin is zij ook bekwaam om deze verdovingen te geven. Zij kende klaagster wel als patiënt, maar had niet eerder bij haar een verdoving toegediend. Verweerder heeft haar op 15 februari 2010 de opdracht gegeven om bij klaagster infiltratieanesthesie toe te dienen, hetgeen zij gedaan heeft in een aparte kamer tegenover die van verweerder waar hij op dat moment aanwezig was.

Het college is op grond van deze feiten en omstandigheden van oordeel dat de tandartsassistent F., bevoegd en bekwaam was om de infiltratieanesthesie bij klaagster toe te dienen. Voorts is het college van oordeel dat deze vorm van anesthesie juist is voor het plaatsen van een (enkelvoudig) implantaat zoals in deze situatie. Het college heeft geen enkele aanwijzing gevonden dat de anesthesie door de tandartsassistent onjuist zou zijn uitgevoerd. Klachtonderdeel 2 faalt daarom.

5.2 In het kader van klachtonderdeel 1 overweegt het college het volgende. De implantologische ingreep die bij klaagster op 15 februari 2010 door verweerder is uitgevoerd, bergt risico's in zich zoals gevoelsstoornissen (van de lip, kin of het tandvlees), die zich bij klaagster kennelijk ook hebben geopenbaard, als gevolg van letsel van de nervus alveolaris inferior. Het college constateert dat de meningen verschillen over de aard, type en ernst van het zenuwletsel dat zou zijn opgetreden bij de behandeling door verweerder. Zo staat onder meer in het operatieverslag van de N.-se dokter L. na het splijten van de onderkaak met beitels: “De nervus is goed te zien en is volledig intact tot aan de spyx. ... Ter hoogte van de 36 zien we een crushing laesie en een aantasting van het bovenste gedeelte van de nervus.” Vervolgens citeert dokter L. in zijn brief van 28 maart 2010 uit het door hem ontvangen operatieverslag van dokter O. onder meer: “Botfragmenten zitten tot diep in de zenuw en worden verwijderd. De zenuw is ernstig beschadigd over vrijwel de ganse breedte en over +/- 1 cm lengte”. Deze bevindingen lijken niet consistent en ook niet goed passend bij hetgeen Q., voornoemd, op de CBCT-

scan heeft waargenomen. Hij schrijft immers in zijn brief van 30 november 2010 dat ter hoogte van de implantaatholte, apicaal hiervan, het dak van de canalis over ruim een millimeter in mesio-distale richting ontbreekt of in elk geval niet zichtbaar is. De zijwanden van de canalis zijn wel goed zichtbaar. Het is zijnsinziens daarom niet aannemelijk dat de canalis doorboord is, maar het is niet uit te sluiten dat het kanaal geraakt is van de bovenzijde. Voorts merkt hij nog op dat het implantaat op de panoramaopnamen van 15 en 16 februari 2010 dicht in de buurt komt van corticale begrenzing, maar deze niet per se doorboort. Overigens schrijft dokter L. in zijn brief van 26 februari 2010 aan dokter O. over dezelfde CBCT-scan: "De conebeamct alhier toont een boorgaat doorheen het canalismandibularis links."

5.3 De klinische bevindingen van verweerder tijdens het de implantologische procedure ondersteunen de bevindingen van Q. en E.: er was geen pijnsensatie en er was geen bloeding. De canalismandibularis bevat een bundel, bestaande uit bloedvaten en zenuwstrengen, waarbij in het algemeen de bloedvaten zich boven de zenuwstrengen bevinden. Het college merkt op dat als er tijdens de behandeling sprake was geweest van een doorboring, had klaagster die pijnsensatie, ondanks de anesthesie, zeer waarschijnlijk waargenomen. De daarbij optredende forse bloeding was zeker opgemerkt door verweerder. De daarbij horende bloeding had niet (op de gebruikelijke wijze) weggezogen kunnen worden, zoals klaagster ter zitting als mogelijkheid opperde. Het college kan op grond van de geschetste feiten en omstandigheden afleiden dat verweerder zeer waarschijnlijk het dak van de canalis heeft beschadigd en wel zo dat daardoor letsel van de nervus alveolaris inferior is opgetreden. Het beschreven zenuwletsel en de botsplinters, zoals beschreven in de operatieverslagen van de N.-se behandelaars, kan het college niet verklaren vanuit de behandeling die verweerder heeft uitgevoerd. De bij klaagster uitgevoerde operatie van 16 maart 2010 is ingrijpend (geweest) en bergt ook risico's in zich. Niet valt uit te sluiten dat de botsplinters het gevolg zijn van de in N. uitgevoerde sagittale splijtingsosteotomie, welke immers met beitels is uitgevoerd. Helaas zijn er tijdens deze operatie geen foto's gemaakt waardoor een en ander niet objectief meer kan worden vastgesteld. Overigens zou die ingreep in Nederland naar alle waarschijnlijkheid niet zijn uitgevoerd omdat eerst gekozen zou worden voor een expectatief beleid vanwege de mogelijkheid van spontaan herstel.

5.4 Over de aard, type en ernst van het zenuwletsel kan het college zich, mede gezien de verschillende uiteenzettingen, geen oordeel vormen. Het college vindt dit echter minder relevant, maar stelt wel vast dat er bij de implantologische ingreep in ieder geval letsel is opgetreden van de linker nervus alveolaris inferior. Of verweerder hierbij tuchtrechtelijk verwijtbaar heeft gehandeld zal het college hierna beoordelen.

5.5 Nadat de infiltratieanesthesie was toegediend, heeft verweerder bij klaagster het implantaatbed geprepareerd, zonder gebruik te maken van een boormal. Het is geen standaard en ook geen protocollair voorschrift, dat bij het plaatsen van een enkel implantaat zoals in deze situatie ter plaatse van een extractiediasteem een boormal moet worden gebruikt. Het college verwijst hiervoor ook naar de opinie van E., voor- noemd, op pagina 2 van zijn brief van 7 november 2010. Gesteld noch gebleken is dat de bij klaagster uitgevoerde behandeling dermate uitgebreid of gecompliceerd was, waarbij het gebruik van een boormal aan te bevelen is. Verweerder had, op basis van de voor de behandeling gemaakte röntgenfoto (OPG), de afstand tot het zenuwkanaal geschat en op basis van die inschatting een boorstop op de boor geplaatst. Daarbij heeft hij gebruik gemaakt van een boorsjabloon en rekening gehouden met de correctiefactor van zijn OPG-apparaat. Voorts heeft hij een marge aangehouden van 2 millimeter en nagemeten. Deze handelwijze is in een dergelijke situatie niet ongebruikelijk

en dus niet laakbaar. Verweerder heeft gesteld dat hij daarna voorzichtig heeft geboord en tijdens het boren steeds met een sonde heeft gevoeld of er nog sprake weerstand was van een benige bodem – en (dus) nog in het kaakbot boorde. Bij het sonderen met een fijne sonde voelde hij op enig moment dat er één punt op de bodem van het boorgat was, waar hij geen weerstand meer voelde. Hij is toen direct gestopt met boren. Het college heeft geen aanknopings-punten gevonden dat de verklaring van verweerder op deze punten niet juist zou zijn.

Het college stelt vast dat deze werkwijze een gebruikelijke en juiste is en verweerder dus heeft gehandeld als van een redelijk bekwaam beroepsgenoot mag worden verwacht en derhalve niet tuchtrechtelijk verwijtbaar.

5.8 *Gezien de hiervoor genoemde feiten en omstandigheden oordeelt het college dat er sprake is geweest van letsel van de linker nervus alveolaris inferior, als gevolg van de uitgevoerde implantologische behandeling door verweerder op 15 februari 2010. Dit kan worden aangemerkt als een complicatie. Aangezien het college heeft vastgesteld dat verweerder de behandeling bij klaagster zorgvuldig heeft uitgevoerd, is deze complicatie niet tuchtrechtelijk verwijtbaar. Dit betekent dat klachtonderdeel 1 niet slaagt.*

5.9 *De conclusie van het voorgaande is dat de klacht in beide onderdelen ongegrond is.*

Verweerder kan met betrekking tot de klacht geen verwijt als bedoeld in artikel 47 lid 1 van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg worden gemaakt.”

3. Vaststaande feiten en omstandigheden

3.1. Voor de beoordeling van het hoger beroep gaat het Centraal Tuchtcollege uit van de feiten en omstandigheden zoals weergegeven in de beslissing in eerste aanleg, welke weergave in het hoger beroep niet, althans onvoldoende, is bestreden.

3.2. Op verzoek van klaagster heeft G., kaakchirurg te H., enige vragen beantwoord in een brief van 25 mei 2012. Eveneens op verzoek van klaagster heeft P. enige vragen beantwoord in een schriftelijk stuk van 19 juni 2012.

3.3. Op verzoek van de tandarts heeft Q. zijn professionele mening gegeven in een brief van 8 augustus 2012.

3.4. In het kader van een civiele procedure bij de rechtbank D. tussen klaagster en de tandarts heeft R. een deskundigenrapport, gedateerd 6 september 2012, opgesteld, waarvan eerst een concept is overgelegd en de definitieve versie ter zitting aan het Centraal Tuchtcollege is overgelegd. Eveneens is in het geding gebracht een proces-verbaal van een comparitie die in de voornoemde civiele procedure is gehouden op 25 oktober 2011.

4. Beoordeling van het hoger beroep

4.1. Het hoger beroep van klaagster bestaat uit een viertal grieven en zij beoogt hiermee de zaak in volle omvang aan het Centraal Tuchtcollege voor te leggen. Klaagster heeft geconcludeerd tot vernietiging van de besteden beslissing, gegrond verklaring van de klacht en het opleggen van een passende maatregel.

4.2. De tandarts heeft in hoger beroep verweer gevoerd. Hij persisteert bij zijn in eerste aanleg ingenomen stellingen en verzoekt het College om de bestreden beslissing in stand te laten.

4.3. Ten aanzien van het eerste klachtonderdeel, te weten dat verweerder het zenuwkanaal in de onderkaak links heeft doorboord tijdens het plaatsen van het implantaat, overweegt het Centraal Tuchtcollege als volgt. In de tuchtrechtelijke procedure tussen klaagster en de tandarts zijn diverse deskundigenrapportages ingebracht. Het Centraal Tuchtcollege onderschrijft en neemt over hetgeen het Regionaal Tuchtcollege heeft overwogen in 5.2. van zijn beslissing, met uitzondering van de tweede zin. Daaraan

voegt het Centraal Tuchtcollege de visie van E. toe die in zijn schriftelijke stuk van 7 november 2010, dat reeds in eerste aanleg in het geding is gebracht, weergeeft dat de CBCT-scan aantoont dat er tot of mogelijk tot en met het dak van de canalis mandibularis is geboord en dat het niet vast te stellen is in hoeverre de canalis mandibularis zelf doorboord is. Volgens hem doet het feit dat de wanden en bodem van de canalis nog hun oorspronkelijke vorm hebben vermoeden dat de canalis niet doorboord is.

4.4. In de procedure bij het Centraal Tuchtcollege zijn diverse rapportages van deskundigen ingebracht. Zo schrijft G. in zijn brief van 25 mei 2012 dat op het OPG is te zien dat de punt van het geplaatste implantaat minimaal 1 mm door het dak van de zenuw gaat. Voorts schrijft hij dat op het OPG (postoperatief) te zien is dat het boorgat door het zenuwkanaal gaat en dat op de (voor)laatste foto's van de animatie van de CBCT-scan zelfs een dal in de bodem van het zenuwkanaal waarneembaar is, wat in zijn optiek betekent dat het hele kanaal is doorboord.

P. geeft zijn schrijven van 19 juni 2012 weer: "Het is zeker, gezien het röntgenbeeld, dat het dak van de canalis mandibularis is doorboord."

Q. schrijft daarentegen in zijn brief van 8 augustus 2012 dat hij op de röntgen-opnamen van voor, tijdens en na het plaatsen van het implantaat geen aanwijzingen ziet voor een doorboring dan wel beschadiging van het dak van de canalis mandibularis. Tot slot rapporteert R. onder punt 9 van zijn deskundigenrapport van 6 september 2012 dat het erop lijkt dat het dak van de canalis mandibularis ter plaatse van de 36 beschadigd is. In antwoord op een door de tandarts gestelde vraag naar aanleiding van het concept-deskundigenrapport antwoordt R. dat hij de visie van Q. dat de canalis mandibularis niet doorboord is kan delen.

4.5. Gelet op de hiervoor weergegeven visies van diverse deskundigen, alsmede op basis van de geschetste feiten en omstandigheden en het verhandelde ter zitting, is naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege niet komen vast te staan dat de tandarts de canalis mandibularis heeft doorboord. Wel is in voldoende mate aannemelijk geworden dat de tandarts het dak van de canalis manbularis heeft beschadigd. Zulks volgt ook uit hetgeen de tandarts daar zelf over verklaard heeft. In de conclusie van antwoord in eerste aanleg onder punt 9. heeft de tandarts betoogd dat de gevoelloosheid van klaagster veroorzaakt kan zijn doordat een klein gedeelte van het dak van de canalis (de zogenaamde corticalis) op de zenuw drukte. Onder punt 5. in de conclusie van dupliek heeft de tandarts voorts betoogd dat hij heeft aangegeven dat hij het dak van het zenuwkanaal heeft geraakt en dat deze ook stuk gegaan kan zijn. Hiernaast heeft de tandarts blijkens het proces-verbaal van de comparitie in de civiele procedure bij de rechtbank te D. verklaard: "Ik ontken niet dat ik het dak van de canalis heb geraakt. Op enig moment voelde ik bij het boren geen weerstand meer. Ik ben toen meteen gestopt. Als ik door het dak van de canalis heen heb geboord, kan dat hoogstens één millimeter zijn geweest." Tot slot heeft de tandarts op de behandelkaart van klaagster achter de datum van de behandeling, te weten 15 februari 2010, geschreven: "(...) sonderen in osteotoom → dak canalis mogelijk iets ingedrukt, impl. direct gepl. (...)".

4.6. Aan de orde is de vraag of de tandarts de norm zoals bedoeld in artikel 47 lid 1 onder a Wet BIG heeft geschonden. Daaromtrent overweegt het Centraal Tuchtcollege het volgende.

4.7. Op basis van de stukken alsmede op basis van het verhandelde ter zitting van het Centraal Tuchtcollege staat vast dat de tandarts de afstand tussen de top van de kaak en het dak van de canalis mandibularis heeft geschat op 11-13 mm. Door te kiezen voor een boordiepte van 12,5-13 mm heeft de tandarts het risico genomen het dak van de canalis mandibularis te raken dan wel te beschadigen. Dat de tandarts zich bewust was van dit risico blijkt ook uit het gegeven dat hij tijdens het boren is afgestapt van de

geplande boordiepte van 12,5-13 mm. Vervolgens is de tandarts gestopt met boren toen hij dacht het dak van de canalis mandibularis te hebben geraakt. Hij heeft immers verklaard dat hij bij het sonderen op één punt geen weerstand meer voelde van het benige kaakbot.

4.8.1. Gelet op de omstandigheid dat de tandarts de minimale afstand tussen de top van de kaak en het dak van de canalis mandibularis uiteindelijk heeft geschat op 11 mm is het opmerkelijk dat hij heeft gekozen voor een implantaat van 11,5 mm lang. Hij heeft dit implantaat op 11 mm diepte geplaatst, een diepte die gelijk is aan de geschatte minimale diepte van het dak van de canalis mandibularis. Naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege had de tandarts, nu hij gekozen heeft voor het direct plaatsen van het implantaat zonder eerst te willen beoordelen of sprake was van een beschadiging van de canalis mandibularis als gevolg van het sonderen, in dit geval moeten kiezen voor een korter implantaat ten einde dit, op een veilige diepte te plaatsen. Het betoog van klaagster dat de tandarts conform de geldende richtlijnen een veiligheidsmarge van 2 mm had moeten aanhouden, zoals door klaagster is betoogd, kan niet worden gevolgd. De tandarts heeft het bestaan van die richtlijnen betwist. Het Centraal Tuchtcollege heeft niet kunnen vaststellen dat een (inter)nationale richtlijn dan wel een protocol waarin het aanhouden van een veiligheidsmarge van 2 mm wordt voorgeschreven, bestaat.

4.8.2. Ter zitting in hoger beroep heeft de tandarts aangegeven immer enige veiligheidsmarge aan te houden. Het is het Centraal Tuchtcollege in deze zaak niet gebleken dat de tandarts enige veiligheidsmarge in acht heeft genomen. Integendeel.

4.9. Gelet op de voorgaande overwegingen heeft de tandarts het risico genomen dat het dak van de canalis mandibularis zou worden geraakt en mogelijk zou worden beschadigd, met als gevolg dat (blijvend) letsel zou kunnen optreden. Deze handelwijze is in strijd met de zorg die hij in zijn hoedanigheid als tandarts jegens klaagster had behoren te betrachten. Dienaangaande valt hem dan ook een tuchtrechtelijk verwijt te maken.

4.10. Ten aanzien van het tweede klachtonderdeel, te weten dat de tandarts voorafgaand aan het plaatsen van het implantaat een onjuiste vorm van anesthesie heeft toegepast, althans heeft laten toepassen, onderschrijft en neemt het Centraal Tuchtcollege over hetgeen het Regionaal Tuchtcollege onder 5.1. van zijn beslissing heeft overwogen. Het tweede klachtonderdeel is derhalve ongegrond.

4.11. Het voorgaande leidt tot de slotsom dat de beslissing van het Regionaal Tuchtcollege voor zover daarin het eerste klachtonderdeel ongegrond is verklaard wordt vernietigd en dat het Centraal Tuchtcollege het eerste klachtonderdeel alsnog gegrond verklaart. Het Regionaal Tuchtcollege heeft naar het oordeel van het Centraal Tuchtcollege het tweede klachtonderdeel terecht ongegrond geoordeeld. Het Centraal Tuchtcollege acht voor het gegrond bevonden klachtonderdeel een waarschuwing de aangewezen maatregel. Om praktische redenen zal de beslissing waarvan beroep geheel worden vernietigd en zal opnieuw recht worden gedaan.

4.12. Om redenen aan het algemeen belang ontleend zal publicatie van deze beslissing worden bepaald.

5. Beslissing

Het Centraal Tuchtcollege voor de Gezondheidszorg:

vernietigt de beslissing waarvan hoger beroep;

en opnieuw rechtdoende:

verklaart het eerste klachtonderdeel gegrond en wijst het tweede klachtonderdeel af;

legt de maatregel van waarschuwing op.

bepaalt dat deze beslissing op de voet van artikel 71 Wet BIG zal worden bekendgemaakt in de Staatscourant, en zal worden aangeboden aan het Nederlands Tandartsenblad, Gezondheids-zorg Jurisprudentie en het Tijdschrift voor Gezondheidszorg met het verzoek tot plaatsing.

Deze beslissing is gegeven door: mr. A.H.A. Scholten, voorzitter, mr. J.P. Balkema en mr. M. Wiglevén, leden-juristen, prof. dr. A. Vissink en mr. drs. R. van der Velden, leden-beroepsgenoten, en mr. drs. E.E. Rippen, secretaris, en uitgesproken ter openbare zitting van

10 januari 2013.

Voorzitter w.g.

Secretaris w.g.