

Kwaliteitskader Cosmetische Mondzorg

Domeinschets en afspraken over uitvoering en organisatie

Colofon

Kwaliteitskader Cosmetische Mondzorg

Kwaliteitskader Cosmetische Mondzorg is een uitgave van:
Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT).

Eindredactie
KNMT

Productie
KNMT, Utrecht

Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT)
Orteliuslaan 750, Postbus 4141
3502 HC Utrecht
telefoon: 030 607 6276
e-mail: info@knmt.nl
website: www.knmt.nl

© 2021 KNMT

Alle rechten voorbehouden. Alle auteursrechten ten aanzien van dit document berusten bij de KNMT.

Behoudens de in of krachtens de Auteurswet gestelde uitzonderingen, mag niets uit dit document worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand of openbaar gemaakt in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of enige andere manier, zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van de KNMT.

Hoewel aan de totstandkoming van dit document de uiterste zorg is besteed, kan de KNMT niet instaan voor eventuele (druk)fouten en onvolledigheden en aanvaardt de KNMT deswege geen aansprakelijkheid.

INHOUDSOPGAVE

1	Cosmetische mondzorg in beeld	1
1.1	Inleiding	1
1.2	Mondgezondheid en mondzorg	1
1.3	Uitgangspunten bij cosmetische mondzorg	2
1.4	Consult voor een cosmetische behandeling	3
1.5	Categorieën van cosmetische mondzorg	3
1.5.1	Directe restauraties met gebruik van composiet	3
1.5.2	Indirecte restauraties met gebruik van keramiek	4
1.5.3	Bleken	4
2	Kwaliteit van zorg	6
2.1	Keuze-informatie en verantwoording zorgaanbieder (A)	6
2.2	Informatie over behandeling en besluitvorming (B)	6
2.3	Verantwoording van kennis en vaardigheden (C)	7
3	Veiligheid	9
3.1	Veiligheid rond intake en consult (A)	9
3.2	Veiligheid rond behandeling en nazorg (B)	10
3.3	Patiëntendossier en informatievoorziening (C)	10
3.4	Veilig handelen in geval van een incident, complicatie of calamiteit (D)	11
4	Randvoorwaarden	12
4.1	Fysieke omgeving en medische apparatuur (A)	12
4.2	Gekwalificeerd personeel (B)	12
4.3	Organisatie van de praktijk (C)	12
5	Checklist cosmetische mondzorgbehandeling	14
6	Verantwoording	15
6.1	Samenstelling werkgroep	15
6.2	Financiering	15
6.3	Werkwijze	15
	Referenties	16
Bijlage 1	Vergelijking 'reguliere' en 'cosmetische' composietrestauratie (witte vulling): informatie en voorlichting voor de cliënt	18
Bijlage 2	Voorbeeld van een stappenplan bij een uitgebreide cosmetische behandeling met indirecte restauraties: 'facings'	19
Bijlage 3	Checklist cosmetische behandeling voor de cliënt	20
	Begrippenlijst	21

1 Cosmetische mondzorg in beeld

1.1 Inleiding

Al enige tijd neemt de vraag naar cosmetische zorg toe, waaronder ook cosmetische mondzorg. Deze zorg zonder tandheelkundige-medische indicatie betreft behandelingen die het uiterlijk, de kleur, de vorm of de positie van de normale kenmerken van de weefsels in en of rondom de mond herzien of veranderen. Hierbij richt de zorg zich niet zo zeer op herstel van gezondheid of vitale functie van de mond, maar is het belangrijkste doel voor cliënten een gewenste uiterlijke verschijning van hun gebit te beleven, die hun welzijn verbetert en/of hun zelfvertrouwen vergroot (Davis et al, 1998; Rosenstiel et al, 2004; Deng et al, 2018). Cosmetische mondzorg wordt geleverd door tandartsen en bestaat uit specifieke behandelingen en/of reguliere tandheelkundige behandelingen die volgens dit kwaliteitskader worden uitgevoerd. Dit laatste uit zich over het algemeen in een grotere arbeidsinspanning of het gebruik van specifieke materialen of behandelmethodes. Zoals geldt voor alle vormen van zorg, kan ook cosmetische mondzorg leiden tot complicaties en schade, bijvoorbeeld door onveilige of inferieure producten, onbekwame behandelaars en gebruikelijke risico's van een ingreep. Het is daarom van belang af te spreken wat wordt verstaan onder goede en veilige cosmetische mondzorg. Met name vanwege de toenemende vraag naar deze zorg en het ontbreken van de tandheelkundig-medische noodzaak ervan.

Figuur 1
Modelmatige weergave van het doel van integrale mondzorg

ONDERSCHIEDEN FASEN IN DE INTEGRALE MONDZORG	
MONDGEZONDHEID	<p>FASE 1: Preventie en (vroeg) diagnostiek</p> <p><i>Verlenen preventieve zorg (psychisch, sociaal, medisch-tandheelkundig)</i></p> <p>Preventieve zorg met doorlopende monitoring en sturing op aanleg voor verschillende aandoeningen op basis van erfelijkheid en gedrag.</p>
	<p>FASE 2: Pathofysiologie mondziekten en indicatiestelling</p> <p><i>Herstellen opgetreden schade mondziekten/optimale klinische conditie</i></p> <p>Curatief handelen naar een wederom gezonde mond na belasting door infectieziekten en slijmvliesafwijkingen in de mond.</p>
	<p>FASE 3: Functieproblemen en indicatiestelling</p> <p><i>Zorgen voor optimale functie (aangezicht, kaken en gewricht)</i></p> <p>Preventief/curatief handelen, waar nodig met groeibegeleiding, met streven naar een optimale kauwfunctie en een stabiel kauwsysteem.</p>
	<p>FASE 4: Duurzaamheid comfort en esthetiek</p> <p><i>Streven naar maximaal comfort en esthetiek</i></p> <p>Curatief handelen naar een voor de patiënt optimale esthetiek/functie binnen de volle technische mogelijkheden van de tandheelkunde.</p>
	<p><i>Bron: Mettes et al. 2014.</i></p>

1.2 Mondgezondheid en mondzorg

In 2016 definieerde de FDI World Dental Federation mondgezondheid 'als een veelzijdige menselijke conditie, die de mogelijkheid biedt om te spreken, lachen, ruiken, proeven, kauwen, slikken, aanraken en een scala aan emoties overbrengen door middel van gezichtsuitdrukkingen, allemaal met vertrouwen en zonder pijn, ongemak of ziekte van het craniofaciale complex'. Mondgezondheid wordt verder beschouwd als een fundamenteel onderdeel van lichamelijk en geestelijk welzijn, dat wordt beïnvloed door de waarden en attitudes van individuen en gemeenschappen. Bovendien weerspiegelt mondgezondheid fysiologische, sociale en psychologische kenmerken die essentieel zijn voor de kwaliteit van leven en wordt

mondgezondheid beïnvloed door de ervaringen, percepties, verwachtingen en het vermogen van het individu om zich aan te passen' (Glick et al., 2016).

Deze definitie onderscheidt verschillende kanten van mondgezondheid, waaronder een fysiek lichamelijke en een meer psychologische kant. Het model van integrale mondzorg, zoals dat is opgesteld door Mettes et al (2014), sluit hierop aan en kent als uitgangspunt 'het bevorderen van een duurzame mondgezondheid als integraal onderdeel van de algemene gezondheid en het individueel welbevinden'. Daarbij worden in opeenvolgende fasen specifieke subdoelen onderscheiden, te weten het voorkomen van mondziekten (fase 1), het genezen van mondziekten (fase 2), het herstel van optimale functie (fase 3) en het bevorderen van esthetiek van de mond en de kwaliteit van leven (fase 4). Zie figuur 1 voor een modelmatige weergave van deze 4 fasen, waarin de cosmetische mondzorg duidelijk wordt gepositioneerd.

1.3 Uitgangspunten bij cosmetische mondzorg

Hiervoor is cosmetische mondzorg, overeenkomstig met cosmetische zorg, gedefinieerd als niet tandheelkundig-medisch noodzakelijke behandelingen, die het uiterlijk, de kleur, de vorm of de positie van de normale kenmerken van de weefsels in en of rondom de mond herzien of veranderen.¹ Daarbij is de hulpvraag van de cliënt primair om een in zijn beleving meer gewenst uiterlijk te krijgen, waarmee zijn welzijn wordt verbeterd of zijn zelfvertrouwen vergroot. Op basis van vakinhoudelijke uitgangspunten en algemene basisprincipes kan cosmetische mondzorg nader worden beschreven.

- Cosmetische tandheelkundige behandelingen kunnen alleen worden uitgevoerd in een gezonde mond. Dat betekent dat biologische en functionele problemen, zoals parodontitis, cariës, slijtage of een schadelijke occlusie of articulatie afwezig zijn of bij afronding van een (voorbereidende) behandeling onder controle moeten zijn gebracht. Regulier (radiologisch) tandheelkundig onderzoek is daarbij noodzakelijk om vast te stellen dat er sprake is van een gezonde mond.
- Reguliere voorbehandelingen gericht op het behoud van een gezonde mond (mondzorg uit fase 2 en 3) kunnen nodig zijn als voorwaarde voor een cosmetische tandheelkundige behandeling.
- Een cosmetische tandheelkundige behandeling wordt altijd voorafgegaan door een consult (zie 1.4. voor de verdere vakinhoudelijke aspecten van dit consult).
- Cliënten die een invasieve cosmetische tandheelkundige behandeling overwegen, waarbij gezond tandweefsel (onder andere glazuur) van meerdere tanden wordt opgeofferd, nemen tijdens de consultatiefase samen met de tandarts een checklist door. Daarmee kan op een gestroomlijnde en gezamenlijke manier worden besloten tot de gewenste behandeling en uitvoering daarvan. Zie hoofdstuk 5 en bijlage 3 voor de verdere informatie over deze checklist.
- Voor een invasieve cosmetische mondzorg behandeling waarbij gezond tandweefsel van meerdere tanden wordt opgeofferd geldt een verplichte bedenktijd van een week (zie verder 2.2 B8).
- De diagnostiek om tot een goed tandheelkundig cosmetisch behandelplan te komen beperkt zicht niet tot intra-oraal onderzoek, maar kan zich ook uitstrekken tot een beoordeling van het gehele gelaat (Parrini et al, 2016; Prasad et al, 2018; Alhammadi, 2019).
- Er wordt gestreefd naar het oplossen van de cosmetische tandheelkundige hulpvraag met behulp van technieken die zo min mogelijk gezond tandweefsel opofferen en zo min mogelijk invasief ingrijpen vergen in overeenkomst met het 'do no harm' principe, dat ook in de Nederlandse tandenartseneed is opgenomen (KNMT, 2000; Alani et al, 2015).
- Reclame rondom cosmetische mondzorgbehandelingen is aan voorwaarden gebonden (zie 2.1 A5).
- De eigen tandarts van de cliënt wordt, indien van toepassing, op de hoogte gehouden van de consultatie en de behandeling.
- Cosmetische behandelingen aan de weefsels buiten de mond, zoals botuline injecties, vallen buiten dit kwaliteitskader cosmetische mondzorg.²

¹ Voor alle duidelijkheid zij vermeld dat esthetische tandheelkundige behandelingen als gevolg van een trauma of ontwikkelingsstoornis (schisis, amelogenesis imperfecta e.a.), niet vallen onder dit Kwaliteitskader.

² Zie voor dergelijke behandelingen het door het Zorginstituut uitgebrachte 'Kwaliteitskader Cosmetische Zorg. Landelijke afspraken over de organisatie van de cosmetische zorg'.

1.4 Consult voor een cosmetische behandeling

Een cosmetische tandheelkundige behandeling wordt altijd voorafgegaan door één of meerdere consulten, waarin vakinhoudelijk in ieder geval de volgende onderdelen aan de orde komen (Fradeani & Barducci, 2007).

- Het afnemen van een medische anamnese en bespreken van de actuele gezondheid.
- Het documenteren en bespreken van de cosmetische hulpvraag van de cliënt. Waarbij aandacht is voor de redelijkheid van de hulpvraag ten opzichte van het irreversibele karakter van de behandeling en het eventueel opofferen van de hoeveelheid gezond tandweefsel die nodig is om hieraan te voldoen.
- Het afnemen van een psychosociale anamnese als twijfel bestaat over de achtergronden van de wens van de cliënt.
- Als een uitgebreidere behandeling is gewenst, is het aan te raden om het gewenste eindresultaat te visualiseren voor de cliënt. Dit kan bijvoorbeeld door een directe proefopbouw met behulp van composiet of door een digitale demonstratie door middel van een 'Digital Smile Design', waarbij op een digitale wijze de ideale/gewenste positie en vorm van de gebitselementen en de gingiva worden bepaald ten opzichte van het gelaat en in het bijzonder de glimlach. Deze 'Smile Design' kan vervolgens worden gebruikt voor vervaardiging van een diagnostische 'wax-up', die met een mal als indirecte proefopbouw ('mock up') over de bestaande elementen kan worden gepast. Overleg met een tandtechnicus over de vormgeving, preparatievorm en materiaalkeuze kunnen hiervan onderdeel zijn (Magne et al, 2004).
- De visualisatie via een directe of indirecte proefopbouw ('mock up') is niet bedoeld voor het creëren van een cosmetische hulpvraag, maar een hulpmiddel om deze te analyseren.
- Indien gewenst en redelijkerwijs haalbaar kunnen één of meerdere indirecte proefopbouwen ('mock-ups') van de diagnostische 'wax-up' worden gemaakt (Magne et al, 2004; Gresnigt et al, 2011; Garcia et al, 2018), waardoor de visualisatie van een gewenst eindresultaat gepast en getoetst kan worden bij de cliënt.
- Het vastleggen van de bestaande situatie en de eventuele directe proefopbouw of indirecte proefopbouw ('mock up') met behulp van lichtfoto's en/of video (Wagner, 2020).

1.5 Categorieën van cosmetische mondzorg

Globaal genomen bestaat de cosmetische mondzorg uit behandelingen binnen de volgende deelgebieden van mondzorg, te weten correctief slijpen, directe restauraties met gebruik van composiet, indirecte restauraties met gebruik van keramiek, plastische tandvleschirurgie, orthodontie, micro-abrasie, micro-infiltratie en bleken. Deze behandelingen kunnen los of samen met elkaar worden toegepast in een cosmetisch behandelplan. Hierbij wordt gestreefd naar het oplossen van de cosmetische tandheelkundige hulpvraag op een wijze met zo min mogelijk invasief ingrijpen en dus zo min mogelijk opoffering van gezond tandweefsel.

Deze behandelingen worden ook toegepast in de reguliere mondzorg, daarom wordt hierna voor drie veel toegepaste behandelingen een schets gegeven van het specifieke karakter ervan als er sprake is van een cosmetische doelstelling.

1.5.1 Directe restauraties met gebruik van composiet

Restauraties met composiet van cosmetische aard worden direct in de mond vervaardigd en hebben betrekking op het veranderen van vorm, positie en/of kleur van een gebitselement. Composiet kan ook worden gebruikt voor een cosmetische reparatie of verandering van bestaande indirecte restauraties. Daarbij kunnen vullingen of ook 'facings' (schildjes) worden toegepast (<https://www.allesoverhetgebit.nl/alles-over-mondgezondheid/behandelingen>).

Deze restauratieve behandelingen kenmerken zich doordat:

- wordt getracht de optische structuur van het tandweefsel met verschillende lagen composiet natuurgetrouw na te bootsen (Dietschi et al, 2006),
- meerdere soorten composiet worden gebruikt om het opake tandbeen en het meer transparante glazuur na te bootsen,
- speciale tinten kunnen worden aangebracht,
- de vorm natuurgetrouw of naar de wens van de cliënt is,
- het oppervlak hoogglans wordt gepolijst,
- de oppervlaktestructuur vrij van irregulariteiten is om premature verkleuring te voorkomen.

Zie bijlage 1 voor een vergelijking tussen een 'reguliere' en een 'cosmetische' directe restauratie.

Het gemiddelde jaarlijkse verliespercentage ('annual failure rate') van directe composiet restauraties ligt rond de 5 procent, waarbij er verschillen zijn in leeftijd, de locatie en de behandelaar (Collares et al, 2017). Ook andere factoren kunnen hierop van invloed zijn, zoals individuele materiaaleigenschappen (keuze van het composiet), behandel technische factoren (gebruik rubberdam, hechttechnieken, polymerisatie, polijsten e.a.) en patiëntgebonden factoren (o.a. occlusie en articulatie, knarsen, mondhygiëne, veranderingen van tandvleesniveau).

Bij directe restauraties zijn de vaardigheid van de behandelaar en de tijd die genomen wordt voor het vervaardigen van de restauratie van grote invloed op de cosmetische uitkomst van de behandeling en de overleving van de restauratie (Demarco et al, 2015). Ook geldt dat directe composietmaterialen meer onderhevig zijn aan degradatie, waardoor na verloop van tijd dofheid en verkleuring zullen optreden en de restauratie meer breukgevoelig zal worden.

1.5.2 Indirecte restauraties met gebruik van keramiek

In tegenstelling tot directe restauraties wordt bij een indirecte restauratie de voorziening buiten de mond gemaakt door een tandtechnicus en vervolgens door de tandarts in de mond geplaatst. Daarbij kan het gaan om een partiële omslijping (inlay, onlay, facing/schildje) of een volledige omslijping (kroon, brug). Met behulp van deze cosmetische indirecte restauraties kan ook de vorm, positie en kleur van een element veranderd worden (<https://www.allesoverhetgebit.nl/alles-over-mondgezondheid/behandelingen/>).

Een behandeling met een indirecte restauratie van cosmetische aard kenmerkt zich door het:

- zoveel mogelijk toepassen van minimaal invasieve preparatietechnieken,
- veelal toepassen van een adhesieve verkleving vanwege het minimale invasieve karakter,
- nastreven van optimale hechting aan tandweefsel om de duurzaamheid van deze restauraties te waarborgen,
- zorgen dat de overgang van restauratief materiaal naar natuurlijke tandweefsel buiten het zicht komt te liggen, dan wel zo goed als mogelijk onzichtbaar weggewerkt is,
- zo goed mogelijk nabootsen en langdurig herstellen van de optische structuur van het tandweefsel met een buiten de mond vervaardigde restauratie,
- zo nodig en indien gewenst door de cliënt uitvoeren van een chirurgische voorbehandeling aan de hand van het 'Smile Design' of de 'wax-up' om de positie van het tandvlees en het onderliggende kaakbot op de cosmetisch gewenste positie te brengen; dit kan zowel een orthodontische behandeling zijn als een parodontale kroonverlenging, dan wel een recessiebedekking.

Zie ter illustratie bijlage 2, waarin een stappenplan wordt weergegeven voor een indirecte restauratie.

De levensduur van indirecte restauraties is afhankelijk van individuele materiaaleigenschappen (sterkte keramiek, gebruik opbakporselein, hechting aan keramiek en de gebruikte adhesief systemen), behandel technische factoren (kwaliteit preparaties, afdrukken, registraties, gebruik rubberdam, hechttechnieken, polijsten e.a.) en patiëntgebonden factoren (occlusie en articulatie, knarsen, nagelbijten, mondhygiëne). De overleving van partiele indirecte restauraties ('facings') is goed bestudeerd en is hoog: 90-95% overleving in 10 jaar (Morimoto et al, 2016; Gresnigt et al, 2019a; Gresnigt 2019b).

Ondanks gebruik van de juiste materialen volgens de juiste procedure, kunnen indirecte restauraties falen wanneer abnormale gewoontes aanwezig zijn (nagels bijten, slijtage, knarsen), waardoor ook niet gerestaureerde tanden zouden falen.

1.5.3 Bleken

Het witter maken van tanden en kiezen kan bereikt worden door de mechanische verwijdering van aanslag of door een chemische behandeling, ook wel bleken genoemd. Bij het bleekproces worden chromogenen afgebroken waardoor de tand witter wordt. Het bleekproduct kan extern aangebracht worden (vitaal bleken) of intern in de pulpakamer en de kanaalingang (intern bleken, 'walking bleach' methode). Het bleken kan in de tandartspraktijk ('in office') plaatsvinden en/of bij de cliënt thuis (thuisbleken). In dat laatste geval wordt het bleekproduct door de cliënt zelf aangebracht in een geïndividualiseerde tray, die minimaal enkele uren per dag

gedurende enkele weken gedragen. Het actieve ingrediënt in bleekproducten is het reactieve molecuul waterstofperoxide (H_2O_2). Over het algemeen wordt bij het bleken met een cosmetische indicatie, carbamideperoxide gebruikt. Dit is een stabiel molecuul dat bij contact met water gedoseerd het instabiele waterstofperoxide afgeeft.

In de Europese Unie worden op basis van de Cosmeticaverordening (Verordening 1223/2009/EG) limieten gesteld aan de gehalten waterstofperoxide in bleekproducten. Drogisterijen, webshops, bleekstudio's, vrijgevestigde mondhygiënisten en schoonheidssalons, die bleekproducten rechtstreeks aan consumenten verkopen, mogen uitsluitend producten verstrekken die maximaal 0,1% waterstofperoxide bevatten of afgeven. Dit percentage van 0,1% is onvoldoende voor een afdoende bleekresultaat. Tandartsen en mondhygiënisten die werken in een tandartspraktijk mogen cliënten van 18 jaar en ouder producten verstrekken, die tussen de 0,1% en 6% waterstofperoxide bevatten of afgeven. Dit mag echter alleen als de behandeling in de praktijk is gestart en thuis wordt voortgezet (Nederlandse Voedsel- en Warenautoriteit, 2011).

Carbamideperoxide bevat waterstofperoxide in een verhouding van ongeveer 1 staat tot 3, waardoor verstrekking van thuisbleekproducten met 16% carbamideperoxide door de tandarts nog geoorloofd zijn. Voor het 'in office' en/of intern bleken van sterk verkleurde elementen met een medische indicatie kan de tandarts producten gebruiken met een hogere concentratie dan 6% waterstofperoxide.

Ten aanzien van bleekbehandelingen van cosmetische aard kan het volgende worden opgemerkt.

- Het bleekresultaat vertoont relaps na verloop van tijd, waardoor de behandeling voor gelijkblijvend resultaat, (deels) herhaald zal moeten worden. Hiervan moet de cliënt op de hoogte zijn. Uit onderzoek blijkt het effect van thuisbleken enkele jaren stabiel te kunnen zijn (Llena et al., 2020).
- Er zijn geen duidelijke verschillen tussen de effectiviteit van 'in-office' bleken, thuisbleken of een combinatie van beide therapieën (Da Costa et al, 2010; Cardenas et al, 2019; Dourado Pinto et al, 2019).
- Het gebruik van lampen bij het 'in-office' bleken biedt geen voordelen boven lichtvrije technieken (Maran et al, 2017).
- 'In-office' bleken en thuisbleken zijn onder begeleiding van een tandarts veilige en effectieve methoden. De meest frequente bijwerkingen zijn hypersensiviteit en gingivale irritatie. (Carey, 2014).

2 Kwaliteit van zorg

Als het gaat om de kwaliteit van cosmetische mondzorg dan is in ieder geval van belang dat cliënten kunnen beschikken over betrouwbare keuze-informatie (A), dat zij door zorgverleners goed worden geïnformeerd en dat besluitvorming plaatsvindt in samenspraak met cliënten op basis van 'informed consent' (B). Voorts is belangrijk dat kennis en vaardigheden om optimale zorg te verlenen worden verantwoord (C). Hierna wordt nader beschreven welke concrete kwaliteitseisen op deze punten worden onderscheiden.³

2.1 Keuze-informatie en verantwoording zorgaanbieder (A)

De zorgaanbieder geeft de cliënt op diens verzoek tijdig en zorgvuldig informatie over de zorg die wordt geboden en door wie die wordt verleend, zodat hij/zij op basis daarvan de geboden zorg met die van andere aanbieders kan vergelijken. Dit betekent het volgende.

- A1 De keuze-informatie moet duidelijkheid geven over de aard van de zorg, de kwaliteit ervan, de daarbij te gebruiken materialen en de toegankelijkheid (voor wie wel en voor wie niet). Voorts moet de informatie inzicht geven in de behandelresultaten, de ervaringen van cliënten, de wachttijden en de prijs.
- A2 In de keuze-informatie moet de officiële kwalificatie van de zorgverlener worden vermeld. De zorgverlener voert geen titel zonder daartoe bevoegd te zijn en gebruikt geen termen die de indruk wekken dat een andere specialisatie wordt bedoeld (artikel 4, Wet BIG).
- A3 De keuze-informatie moet voor cliënten goed vindbaar, begrijpelijk, inhoudelijk kloppend en betrouwbaar zijn.
- A4 Deze keuze-informatie mag niet misleidend zijn of in strijd met de Wet marktordening gezondheidszorg (Wmg).
- A5 De zorgaanbieder houdt zich bij het verstrekken van keuze-informatie aan de Nederlandse regels voor reclame voor cosmetische behandelingen. De regels waaraan een reclame voor cosmetische behandelingen moet voldoen staan in de 'Code cosmetische behandelingen uitgevoerd door artsen (CCBA)' (NSEG, 2018).
- A6 De zorgaanbieder geeft informatie over welke rechten voor de cliënt voortvloeien uit de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz) en de Wet op de geneeskundige behandelovereenkomst (WGBO).
- A7 De zorgaanbieder zorgt dat het annuleringsbeleid (niet nagekomen afspraken) bekend is bij de cliënt, en legt in het cliëntendossier schriftelijk vast dit te hebben gedaan. Indien er algemene voorwaarden beschikbaar zijn dan worden die ter hand gesteld voor dan wel bij het sluiten van de behandelingsovereenkomst. Zie voor meer informatie bijvoorbeeld de Algemene Consumentenvoorwaarden (ZKN, 2018).
- A8 De zorgaanbieder wijst de cliënt op het feit dat voor het niet medisch noodzakelijke (cosmetische) deel van de behandeling er over het algemeen geen sprake is van vergoeding en dat voor de vergoeding van de eventueel medisch noodzakelijke voorbehandelingen er contact gezocht moet worden met de zorgverzekeraar.

2.2 Informatie over behandeling en besluitvorming (B)

Als een cliënt een cosmetische behandeling of ingreep overweegt, moet de zorgverlener in een gesprek met de cliënt onderzoeken welk probleem of wens de cliënt heeft en naar welke behandeling de voorkeur van de cliënt uitgaat. De zorgverlener moet vertellen hoe lang de herstelperiode van een behandeling is, hoe de nazorg eruitziet, wat de mogelijke risico's en complicaties zijn en of er andere behandelingen mogelijk zijn. De zorgverlener geeft de cliënt voldoende bedenktijd om voor een behandeling te kiezen. Dit betekent het volgende.

³ Dit hoofdstuk biedt voor de eerstelijns mondzorg aangepaste en relevante aanbevelingen van de hoofdstukken 2 en 5 van het in 2019 door het Zorginstituut uitgebrachte 'Kwaliteitskader Cosmetische Zorg. Landelijke afspraken over de organisatie van de cosmetische zorg'.

- B1 De zorgverlener verstrekt volledige informatie aan een cliënt over een voorgenomen behandeling, de alternatieve behandelmogelijkheden en de risico's, op een manier zodat de cliënt de informatie naar behoren kan begrijpen en beoordelen.
- B2 De mondelinge informatie aan de cliënt wordt ondersteund met schriftelijke informatie die de cliënt kan begrijpen.
- B3 De zorgverlener geeft beargumenteerd advies aan de cliënt op basis van voor- en nadelen.
- B4 De zorgverlener en de cliënt besluiten samen welke optie het beste past bij de cliënt en zijn/haar individuele situatie.
- B5 Toestemming van de cliënt voor een onderzoek of een behandeling is alleen geldig, als de cliënt vóór het geven van toestemming goed is geïnformeerd. Hiertoe informeert de zorgverlener de cliënt in ieder geval over de zaken die in de 'checklist cosmetische mondzorgbehandeling' zijn benoemd (zie hoofdstuk 5) en indien geen behandeling wordt geboden, de aanleiding en reden daarvoor.
- B6 De zorgverlener leeft het beginsel van 'informed consent' na. De besproken informatie en de toestemming van de cliënt voor behandelingen worden daartoe vastgelegd in het patiëntendossier.
- B7 Voorafgaand aan de behandeling, krijgt de cliënt instructies over wat hij zelf moet doen, regelingen van de organisatie (waaronder de afhandeling klachten) en de bereikbaarheid. De informatieverstrekker gaat na of de cliënt de informatie heeft begrepen.
- B8 In geval van cosmetische mondzorg gaat het vrijwel altijd om zogenoemde laag-complex zorg. Dat wil zeggen, zorg bestaande uit kleine kortdurende ingrepen, waarbij geen of alleen lokale anesthesie nodig is en waarvan het algemene medisch risico laag is. Voor dergelijke zorg geldt in beginsel geen verplichte bedenktijd (ZIN, 2019). De gevolgen van de cosmetische mondzorg, indien er gezond tandweefsel wordt weggeslepen, zijn echter levenslang. Een cliënt moet daarom bij een ingreep met blijvende gevolgen, de tijd krijgen om hier een weloverwogen besluit over te kunnen nemen. Voor een cosmetische mondzorg behandeling, waarbij gezond glazuur van meerdere tanden wordt opgeofferd, geldt daarom een verplichte bedenktijd van een week.

2.3 Verantwoording van kennis en vaardigheden (C)

De zorgaanbieder moet, conform de Wkkgz, zorgen voor systematische bewaking, beheersing en verbetering van de kwaliteit van zorg.⁴ Voor individuele zorgverleners is het van belang hun kennis en vaardigheden te verantwoorden om cliënten optimale cosmetische mondzorg te kunnen bieden. Dit betekent dat zij continu blijven leren en verbeteren. Van belang is dat leren en verbeteren gezamenlijk gebeurt. Niet alleen binnen de praktijk met de verschillende disciplines, maar ook met collega's buiten de eigen praktijk en andere relevante partijen, met name ook cliënten. Dit kan op microniveau (binnen de praktijk), op mesoniveau (tussen praktijken) en op macroniveau (landelijk).

- Voorbeelden van een lerende beweging op microniveau zijn gedeelde besluitvorming in de praktijk, waarbij de zorgverleners met elkaar mogelijke behandelopties bespreken of met cliënten in gesprek gaan over wensen, verwachtingen en behandeluitkomsten. Of door het bespreken binnen het behandelteam van feedback op basis van ervaringen van cliënten of observaties van collega's.
- Op mesoniveau kan het gaan om het deel uitmaken van een lerend netwerk met andere praktijken, waarbij niet alleen goede ervaringen en resultaten worden besproken, maar ook complicaties en verbeterpunten. Leren en verbeteren op dit niveau kan ook tot uitdrukking komen door het met andere praktijken bespreken van kwaliteitsverslagen of door onderlinge uitwisselingen, audits en visitaties.
- Op macroniveau is het van belang dat afspraken en inzichten met betrekking tot leren en verbeteren toegankelijk zijn en dat daarvan afgeleide adviezen uitvoerbaar zijn. Denk bijvoorbeeld aan het ontwikkelen, onderhouden en beschikbaar stellen van protocollen en richtlijnen. Hier ligt een taak voor vertegenwoordigers van de (koepels van) professionele organisaties en patiëntvertegenwoordigers.

Bij leren en verbeteren wordt gebruik gemaakt van verschillende kennisbronnen. Dat betreft niet alleen van wetenschappelijke literatuur, registraties en audits, maar ook informatie over complicaties,

⁴ Dat houdt in gegevens verzamelen zodat vergelijking met gegevens van andere zorgaanbieders van dezelfde categorie mogelijk is om na te gaan of wijze van uitvoering leidt tot goede zorg. En zo nodig, veranderen van de wijze waarop die zorg wordt geleverd.

calamiteitenonderzoeken en ervaringen van cliënten. Daarbij wordt niet alleen geleerd van wat fout is gegaan, maar ook van wat goed is gegaan. Verder is bij leren en verbeteren een lerende cultuur van groot belang, waarbij toetsbaarheid, bescheidenheid en nieuwsgierigheid belangrijke attitudes zijn.

Zorgverleners hebben de verantwoordelijkheid én krijgen het vertrouwen om continu samen te werken aan de verbetering van kwaliteit van zorg. Dat is een norm voor een goede praktijkvoering alsook voor professionele zorgverleners individueel en is niet vrijblijvend. Aan deze norm kan gevolg worden gegeven door het hanteren van een kwaliteitssysteem en het deel uitmaken van een lerend netwerk.

- C1 De zorgaanbieder heeft een passend en operationeel kwaliteitssysteem voor het bewaken, beheersen en verbeteren van de kwaliteit van zorg. Onderdeel daarvan is dat de zorgaanbieder zorgverleners in de gelegenheid stelt deel te nemen aan intercollegiaal overleg, visitaties en audits door instanties als de betreffende wetenschappelijke verenigingen, de KNMT, HKZ of ISO. Verbeterpunten die tijdens visitaties en eventuele audits zijn geconstateerd, worden meegenomen in een procedure voor continue verbetering.
- C2 De zorgverlener maakt deel uit van een lerend netwerk met zorgverleners van nog minstens twee andere zorgaanbieders voor cosmetische mondzorg. Bij de keuze voor netwerkpartners staan het leren en de praktische werkbaarheid centraal en minstens één keer per jaar vindt onderlinge uitwisseling plaats, bijvoorbeeld in de vorm van werkbezoeken, intervisie en/of een studiebijeenkomst. Bij de onderlinge uitwisseling gaat het vooral om inhoudelijke aspecten van zorgverlening en niet over de zakelijke aspecten daarvan.

3 Veiligheid van zorg

Cosmetische mondzorg moet in termen van de Wkkgz 'goede zorg' zijn, dat wil zeggen dat de zorg niet alleen doeltreffend, doelmatig, cliëntgericht, tijdig en afgestemd op de reële behoefte van de cliënt moet zijn, maar ook veilig. Wat betreft dat laatste vloeien uit wettelijke kaders verschillende eisen voort over de zorg voorafgaand, tijdens en na de behandeling. Dit betreft onder meer het bijhouden van een patiëntendossier over de gezondheidssituatie van een cliënt. Voorts zijn er ook veiligheidseisen met betrekking tot veiligheid van medische technologie, medicatie en infectiepreventie.

Daarnaast moeten zorgverleners vermijdbare schade bij cliënten zoveel mogelijk proberen te voorkomen en leren van veiligheidsincidenten. Het streven naar optimale veiligheid moet een hoge prioriteit hebben en het is daarom van belang hierover afspraken te maken. Denk aan het volgen van een procedure in geval van incidenten, complicaties en calamiteiten bij de verlening van zorg en aan afspraken met andere zorgdisciplines voor als dergelijke gevallen tot medische noodsituaties leiden.

De eisen die hierna aan bod komen betreffen achtereenvolgens eisen rond de intake en het consult (A), de behandeling en de nazorg (B), het patiëntendossier, de informatie-uitwisseling tussen zorgverleners, en het zich houden aan wet- en regelgeving en kwaliteitsnormen (C) en het handelen in geval een incident, complicatie of calamiteit (D).⁵

3.1 Veiligheid rond intake en consult (A)

De zorgaanbieder hanteert een beleid voor intake en acceptatie voor behandeling, waaraan een zorgverlener zich houdt. Dit geldt ook voor de manier waarop een consult plaatsvindt.

- A1 De procedure voor intake omvat inclusie- en exclusiecriteria voor acceptatie.
- De zorgverlener behandelt alleen cliënten van 18 jaar of ouder met een cosmetische zorgvraag. In bijzondere omstandigheden kan de zorgverlener hiervan afwijken. Deze beslissing en de redenen moeten duidelijk in het patiëntendossier worden vastgelegd.
 - De zorgverlener heeft inzicht in de zorgzwaarte en gezondheidstoestand van de cliënt.
 - De zorgverlener behandelt cliënten met een ASA klasse 1, 2 of 3. In geval van cliënten met een ASA klasse 3 wordt vooraf nagegaan of de cosmetische behandeling eventuele gezondheidsrisico's met zich meebrengt. Daarnaast wordt rekening gehouden met leeftijdsafhankelijke gezondheidsaspecten.
 - De zorgverlener kan de kans op complicaties inschatten en beoordelen of de praktijk is toegerust voor het behandelen van eventuele complicaties.
 - Er moeten goede afspraken zijn gemaakt over het overdragen van zorg ingeval van complicaties.
 - Bij vermoeden van een psychische aandoening (morfydisfornie stoornis) of psychisch lijden dient men uiterst terughoudend te zijn met cosmetisch behandelen.
- A2 Een (besluitvormend) consult vindt plaats met en door de behandelend zorgverlener. Eventuele andere personen die bij een consult betrokken zijn, maken naam, expertise en kwalificaties bekend en geven aan wat hun rol is. Verder zijn bij een (besluitvormend) consult de volgende zaken van belang.
- De cliënt moet duidelijk weten wie het aanspreekpunt is, wie de tandheerkundige vakinhoudelijke verantwoordelijkheid heeft en wie is belast met de organisatie en coördinatie van de zorgverlening. Dit is zo veel mogelijk dezelfde zorgverlener.
 - De behandelend zorgverlener blijft verantwoordelijk voor het zorgvuldig beoordelen van cliënten en het diepgaand doorlopen van het toestemmingsproces. Andere betrokkenen kunnen een aanvullende rol hebben, maar mogen nooit de behandelend zorgverlener vervangen.
 - Het consult omvat inventarisatie van medicijngebruik, onderzoek van de algehele gezondheidstoestand en specifieke esthetische problemen, evaluatie van de verwachtingen van de cliënt, beoordeling van conditie van de cliënt volgens ASA (in ieder geval bij invasieve ingreep),

⁵ Dit hoofdstuk biedt voor de eerstelijns mondzorg aangepaste en relevante aanbevelingen van de hoofdstukken 3 en 4 van het in 2019 door het Zorginstituut uitgebrachte 'Kwaliteitskader Cosmetische Zorg. Landelijke afspraken over de organisatie van de cosmetische zorg'.

eventueel verzoek tot toestemming voor overleg met tandheelkundige en/of medische collega's en indien noodzakelijk relevant ander onderzoek.

- Als een cliënt medicijnen gebruikt, wordt cliënt geïnformeerd of hij/zij deze kan of moet blijven gebruiken, met daarbij duidelijke uitleg over de reden. Dit gebeurt zo nodig in overleg met de voorschrijvende arts.
- Bij twijfel over de wenselijkheid van de verzochte behandeling consulteert de behandelend zorgverlener een aan het specifieke vak gerelateerde zorgverlener.
- De zorgverlener wijst de cliënt op de mogelijkheid van een tweede consult ('second opinion') over de cosmetische behandeling.

3.2 Veiligheid rond behandeling en nazorg (B)

De zorgaanbieder draagt zorg voor goed opgeleid personeel, biedt de voor hem werkzame zorgverleners de vereiste middelen en voorzieningen. De zorgverlener houdt zich aan de richtlijnen met betrekking tot infectiepreventie (KNMT, 2016; KNMT, 2021).

- B1 De zorgverlener hanteert een beleid voor medicatie en pijnbestrijding, zoals het pijnmedicatieadvies van de NHG (KNMT, 2020a) en houdt zich hieraan.
- B2 Elke cliënt krijgt zo nodig nazorg. Hiertoe draagt de zorgverlener zelf zorg voor continuïteit in de behandeling van een cliënt. Daarbij is het volgende van belang.
- De zorgaanbieder heeft waarneming structureel geregeld, in overeenstemming met de (K)NMT-praktijkrichtlijn 'Opvang tandheelkundige spoedgevallen buiten praktijken' (2012), waardoor 24 uur per dag, 7 dagen per week nazorg bereikbaar is voor de cliënt.
 - Elke cliënt krijgt schriftelijke aanwijzingen (of verwijzing naar informatie op een praktijkwebsite) over hoe hij/zij ná behandeling ingeval van problemen contact kan opnemen met de zorgverlener of diens vervanger.

3.3 Patiëntendossier en informatievoorziening (C)

De zorgaanbieder maakt mogelijk dat van elke cliënt een goed en compleet patiëntendossier beschikbaar is, conform de WGBO. Dit houdt in dat de informatie in het patiëntendossier het mogelijk maakt om de beginsituatie en het behandelresultaat met elkaar te vergelijken. Belangrijke elementen in het patiëntendossier zijn onder meer: behandelend zorgverlener, medische anamnese, ondertekende toestemmingsverklaring, het gebruikte product/materiaal en complicatieregistratie.

- C1 In het patiëntendossier is, in overeenstemming met de KNMT-richtlijn 'Patiëntendossier' (2020b), op leesbare en systematische wijze ten minste het volgende vastgelegd.
- De inhoud van het medisch handelen, te weten: historie, anamnese, onderzoek, diagnose, behandelplan, correspondentie, behandeling en verrichtingen, toegediende en voorgeschreven geneesmiddelen, begeleiding, resultaten van behandeling.
 - Gegevens die een rol spelen om de continuïteit van zorg te onderhouden, bijvoorbeeld overdracht bij waarneming.
 - Gegevens die voor een cliënt relevant blijven bij een volgende behandeling of onderzoek, zoals persoonsgebonden gegevens.
 - Informatie over wie welke informatie op welk moment aan de cliënt heeft verstrekt.
 - Eventuele licht- en/of röntgenopnamen van de cliënt van voor en na behandeling (zie ook paragraaf 1.4).
 - Codering van medische hulpmiddelen/materialen met specificaties, zoals naam fabrikant, type, batchnummer, lotnummer e.d.
 - Indien van toepassing, schriftelijke wilsverklaring van de cliënt en resultaten van de intake.
- Het patiëntdossier wordt, in overeenstemming met de WGBO, bewaard voor een termijn van 20 jaar, te rekenen vanaf het tijdstip waarop de laatste wijziging in het dossier heeft plaatsgevonden.
- C2 Als meer zorgverleners een cliënt behandelen, hebben zij een verantwoordelijkheidsverdeling afgesproken over het overdragen, uitwisselen, opvragen en vastleggen van gegevens van de cliënt. Dit

gebeurt onder meer om de informatievoorziening aan de cliënt en tussen de zorgverleners onderling te borgen. Als dat op medische gronden wenselijk of noodzakelijk is, overlegt de zorgverlener met toestemming van de cliënt met de huisarts, een medisch specialist of andere (eerstelijns) zorgverlener.

C3 De zorgverlener houdt zich bij zorgverlening aan de voor hem/haar geldende professionele standaard, Hieronder valt onder meer:

- de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), inclusief Uitvoeringsbesluit Wkkgz,
- de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG),
- de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO: Boek 7, titel 7, afdeling 5 Burgerlijk wetboek),
- de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG),
- de Geneesmiddelenwet,
- richtlijnen en protocollen van de beroepsgroep,
- de gebruikelijke handelwijze onder beroepsgenoten en de kwaliteitsnormen van de wetenschappelijke vereniging.

Als de richtlijnen, protocollen, zorgstandaarden, 'best practices', leidraden of standpunten elkaar tegenspreken, maakt de zorgverlener in samenspraak met en in het belang van de cliënt een keuze en legt die gemotiveerd vast in het patiëntendossier.

De behandelend zorgverlener is primair verantwoordelijk en aansprakelijk voor de geleverde zorg, dus ook voor zorg die wordt geleverd door anderen die onder zijn verantwoordelijkheid handelen.

3.4 Veilig handelen in geval een incident, complicatie of calamiteit (D)

Iedere cosmetische behandeling of ingreep kent een risico op incidenten, complicaties of calamiteiten.⁶ Het omgaan met dit risico vraagt om een professionele houding, waarbij openheid, toetsbaarheid en leren voorop staan. Daarbij is het melden en analyseren van incidenten, complicaties en calamiteiten buitengewoon zinvol. Meldingen leveren namelijk informatie op, die in belangrijke mate kan bijdragen aan het verbeteren van de kwaliteit en veiligheid van de zorg. De volgende zaken zijn daarom van belang.

- D1 De zorgaanbieder moet voorzien in een procedure voor het identificeren, beheersen, vaststellen, registreren en melden van (bijna-)incidenten, complicaties en calamiteiten. Een dergelijke procedure moet een stappenplan bevatten, wat aan zorgverleners duidelijk maakt wat van hen wordt verwacht.⁷ Voorts dient de zorgaanbieder te zorgen voor een procedure voor het realiseren van blijvende verbeteringen in de zorgverlening na incidenten, complicaties en calamiteiten.
- D2 De zorgverlener voorkomt, dan wel handelt zodanig in medische noodsituaties die zich al dan niet als gevolg van tandheelkundig handelen in de praktijk voordoen, dat de cliënt in een stabiele toestand komt en kan blijven totdat adequate hulp beschikbaar is (VSNU, 2009).
- D3 Calamiteiten moet een zorgaanbieder onverwijld bij de IGJ melden, binnen 3 werkdagen nadat duidelijk is dat zich een calamiteit heeft voorgedaan. Bij twijfel heeft de zorgaanbieder 6 weken de tijd om na te gaan of er sprake is van een calamiteit (IGJ, 2020).
- D4 Binnen de praktijk heerst een goede veiligheidscultuur, waarin zorgverleners bewust zijn van het risicovolle karakter van hun handelen en bereid zijn om incidenten of bijna-incidenten te melden, te bespreken en ervan te leren.
- D5 Een zorgverlener neemt uit zichzelf het initiatief om incidenten, complicaties en calamiteiten open en eerlijk met de cliënt te bespreken. Hij/zij informeert de cliënt ook over de merkbare gevolgen die incidenten hebben of kunnen hebben en legt deze vast in het patiëntendossier.

⁶ Zie begrippenlijst voor definities van incident, complicatie en calamiteit.

⁷ Een voorbeeld van een meldsysteem is 'Veilig Incidenten Melden'. Zie ook: <https://www.knmt.nl/praktijkzaken/het-vak/signalen-uit-de-praktijk/veilig-incident-melden-in-5-stappen>.

4 Randvoorwaarden

Het verlenen van cosmetische mondzorg is alleen mogelijk als de zorgaanbieder aan een aantal randvoorwaarden voldoet. Die voorwaarden hebben te maken met de fysieke omgeving en medische technologie (A), met de aanwezigheid van gekwalificeerd personeel (B) en met een goede organisatie van de praktijk (C). Hierna wordt nader beschreven welke concrete kwaliteitseisen op deze punten worden onderscheiden.⁸

4.1 Fysieke omgeving en medische apparatuur (A)

Voor het verlenen van cosmetische mondzorg is een zo schoon mogelijke werkomgeving van groot belang om (wond)infecties te voorkomen (KNMT, 2016; KNMT, 2021). Verder moet de praktijkomgeving waarin zorg wordt verleend voldoen aan eisen passend bij de aard van de uit te voeren behandeling. Dit betekent het volgende.

- A1 De zorgaanbieder biedt een veilige en comfortabele omgeving voor cliënten en de bouw en inrichting van de behandelkamer(s) en overige ruimten (wachtkamer, spreekkamer, ruimte voor röntgenopnamen e.a.) voldoen aan daarvoor geldende richtlijnen.
- A2 De zorgaanbieder is verantwoordelijk voor het hele proces van aanschaf, vrijgave, ingebruikname, beheer, opslag, onderhoud, modificatie, gebruik, afstoting en verwijdering van en voorlichting over medische apparatuur. Zo zijn medische hulpmiddelen en apparatuur aantoonbaar door de praktijk gecontroleerd, geijkt en gekalibreerd volgens het voorschrift van de fabrikant. En zo nodig is registratie van medische hulpmiddelen en apparatuur beschikbaar.

4.2 Gekwalificeerd personeel (B)

Het is belangrijk dat zorgverleners binnen de cosmetische mondzorg zijn opgeleid en voldoende kennis en praktijkervaring hebben voor uitvoering van de behandelingen.

- B1 Om de kennis en ervaring van zorgverleners goed te regelen en op peil te houden, is het van belang eisen te stellen aan het opleidingsniveau en hierover landelijke afspraken te maken in overeenstemming met wat over bevoegdheid en bekwaamheid is opgenomen in de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG).⁹
- B2 Delegatie van invasieve zorgtaken naar zorgverleners zonder BIG-registratie is niet toegestaan.
- B3 De zorgaanbieder vergewist zich in bredere zin ervan dat de zorgverleners die cliënten behandelen ook geschikt zijn voor hun werk, zowel wat betreft zorginhoudelijke als communicatieve aspecten daarvan.
- B4 De deskundigheid, bevoegdheid en bekwaamheid van een zorgverlener moeten inzichtelijk zijn voor de cliënt, door kenbaar maken van het BIG-nummer. Duidelijk moet in ieder geval zijn welke titel de behandelend zorgverlener heeft, waarvoor de zorgverlener bevoegd en bekwaam is, of de zorgverlener een erkende opleiding heeft afgerond en of de zorgverlener is aangesloten bij een wetenschappelijke vereniging en/of beroepsvereniging.

4.3 Organisatie van de praktijk (C)

Naast goed geïnformeerde cliënten, een goede en veilige behandeling, een passende praktijkomgeving en bekwame behandelaars zijn organisatorische factoren van belang om cosmetische mondzorg naar behoren te kunnen uitvoeren. Binnen de praktijk moet natuurlijk aan wettelijke eisen worden voldaan, maar ook wat betreft de organisatie van de zorgverlening moet in de praktijk een aantal zaken naar behoren zijn geregeld.

⁸ Dit hoofdstuk biedt een op de eerstelijns mondzorg aangepaste samenvatting van de hoofdstukken 6, 7 en 9 van het in 2019 door het Zorginstituut uitgebrachte 'Kwaliteitskader Cosmetische Zorg. Landelijke afspraken over de organisatie van de cosmetische zorg'.

⁹ Voor nadere informatie zie: <https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/voorbehouden-handelingen/regels-random-voorbehouden-handelingen>.

- C1 Het zorgaanbod van de zorgaanbieder is vastgelegd in herkenbare zorgdisciplines, doelgroepen en behandelingen en hierover worden cliënten duidelijk geïnformeerd. Daartoe beschrijft de zorgaanbieder (bijvoorbeeld door vermelding van BIG-nummers op de website) alle functies en hun samenhang, waarbij taken, verantwoordelijkheden, bevoegd- en bekwaamheden eenduidig zijn toebedeeld.
- C2 De zorgaanbieder is er verantwoordelijk voor dat alle zorgverleners over de benodigde bevoegd- en bekwaamheden beschikken voor het verlenen van goede zorg, in overeenstemming met wettelijke voorschriften (met name vergewisplicht) en eisen van beroepsgroepen.
- C3 De zorgaanbieder biedt alle zorgverleners de gelegenheid om trainingen en bij- en nascholing te volgen om hun professionele bekwaamheid te handhaven en te ontwikkelen, hun vaardigheden uit te breiden en hun motivatie en houding rond kwaliteit van zorg en veiligheid actief te bewaken.
- C4 De zorgaanbieder heeft procedures en protocollen schriftelijk vastgelegd. Onder andere met betrekking tot:
- intake en acceptatie van cliënten,
 - annuleringsbeleid,
 - infectiepreventie,
 - medicatie en pijnbestrijding,
 - identificeren, vaststellen, veilig melden en registreren van incidenten en complicaties,
 - omgaan met medische noodsituaties,
 - ontvangen en afhandelen van klachten en geschillen van cliënten over zorg- en dienstverlening (conform de Wkkgz).
- C5 De zorgaanbieder heeft zicht op de relevante eisen voortvloeiend uit Nederlandse wet- en regelgeving en houdt zich daaraan. Wijzigingen worden beoordeeld en, indien van toepassing, opgevolgd. Hieronder vallen onder meer:
- de Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg (Wkkgz), inclusief het uitvoeringsbesluit Wkkgz,
 - de Wet op de Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG),
 - de Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen (Wmcz),
 - de Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO: Boek 7, titel 7, afdeling 5, Burgerlijk Wetboek),
 - de Geneesmiddelenwet,
 - richtlijnen, professionele standaarden en protocollen van de beroepsgroepen.
- C6 Het verzamelen, vastleggen en beheren van data en informatie gebeurt op veilige en effectieve wijze, volgens wettelijk vastgestelde privacy- en veiligheidseisen, opgenomen in de Algemene verordening gegevensbescherming (AVG).

5 Checklist cosmetische mondzorgbehandeling

Het is belangrijk dat tandarts en cliënt gezamenlijk tot de juiste zorgvraag en een afgewogen invulling van de te kiezen behandeling komen. De cliënt moet een weloverwogen keuze kunnen maken en goed weten waaraan hij/zij begint.²⁰ Voor de aanvang van een cosmetische behandeling waarbij gezond tandweefsel van meerdere tanden wordt opgeofferd, zal naast een week bedenktijd ook een consultatie plaatsvinden waarin in ieder geval de onderstaande onderwerpen aan de orde komen. In het patiëntendossier wordt gedocumenteerd dat de cliënt heeft aangegeven dat deze onderwerpen zijn besproken en dat daarover voldoende informatie is gegeven. In bijlage 3 is een voorbeeld van een checklist voor de cliënt opgenomen.

Te bespreken voor aanvang van een curatieve cosmetische behandeling

- De zorgverlener heeft de cliënt gevraagd naar zijn/haar medische geschiedenis en actuele gezondheid.
- De cliënt weet hoe het beoogde cosmetische resultaat er uit gaat zien en heeft dat met mensen om hem/haar heen besproken.
- De cliënt weet wat hij/zij tijdens de behandeling kan verwachten en welke nazorg na behandeling nodig is.
- De cliënt kent de risico's van deze behandeling. De cliënt is bewust van mogelijke complicaties en weet wat voor extra behandelingen er later misschien nodig zijn.
- De cliënt weet dat (een deel van) de voorgestelde behandeling niet medisch noodzakelijk is, maar leidt tot een fraaier cosmetisch resultaat.
- De cliënt heeft schriftelijk of digitaal een prijsopgave ontvangen.
- De cliënt weet welke andere behandelingen mogelijk zijn met de bijbehorende voor- en nadelen, zoals verschillen in prijs en cosmetische resultaat.
- De cliënt weet dat elke cosmetische restauratie op den duur vervangen of gerepareerd moet worden.
- De cliënt weet wie hem/haar gaat behandelen en wie eventueel ook nog (delen van) de behandeling gaat uitvoeren.
- De cliënt weet dat het cosmetische deel van de behandeling waarschijnlijk niet vergoed wordt.
- De cliënt heeft zich laten informeren door de zorgverzekeraar over de vergoeding van het eventuele overige (medisch noodzakelijke) deel van behandeling.
- De cliënt weet welke garanties de tandarts geeft op de levensduur van de cosmetische restauraties.
- De cliënt weet dat als er achteraf problemen zijn door de behandeling hoe en waar hij/zij een klacht kan indienen.

Te bespreken voor aanvang van het definitief vastzetten van de cosmetische restauraties (alleen bij indirecte restauraties zoals 'facings' en kronen)

- De vorm en positie van de tijdelijke restauraties zijn zoals de cliënt het wil en heeft dat met mensen om zich heen besproken.
- De kleur van de definitieve restauraties is zoals de cliënt het wil en hij/zij weet dat als de restauraties vastgezet zijn de kleur niet meer kan worden veranderd.

²⁰ Onder cliënt kan ook patiënt of consument worden verstaan.

6 Verantwoording

6.1 Samenstelling werkgroep

Dit kwaliteitskader is samengesteld door de Werkgroep Cosmetische Mondzorg van de KNMT, bestaande uit leden (tandarts of tandartsspecialist) en medewerkers van de KNMT.¹¹

- dr. M.M.M. Gresnigt tandarts, hoofd van de afdeling Restauratieve Tandheelkunde en Biomaterialen (CTM-UMCG)
- dr. P. de Kok restauratief tandarts (NVRT)
- drs. M.C. Moolenaar tandarts-implantoloog (NVOI), prosthodontist (EPA), opleider differentiatie restauratief tandarts (NVRT)
- drs. E.J. Muts tandarts, bestuurslid DAED
- mw. drs. L. Veldhuijzen van Zanten orthodontist
- drs. J. W. Vaartjes tandarts-implantoloog (NVOI), vice-voorzitter KNMT
- drs. J. W. J. Beukers tandarts-algemeen practicus, lid ledenraad KNMT
- drs. H. Donker tandarts-algemeen practicus, penningmeester KNMT
- drs. S.G.R. Banus bedrijfskundige, hoofd vakinhoud KNMT
- prof. dr. J.J.M. Bruers methodoloog, onderzoekscoördinator KNMT, bijzonder hoogleraar 'Kwaliteit van de Mondzorg in de Praktijk' (ACTA)
- drs. A. J. Rijnsburger econoom, directeur KNMT
- mw. mr. J. M. van der Ven jurist, hoofd Juridische Zaken KNMT

De checklist cosmetische mondzorgbehandeling voor de patiënt is tot stand gekomen met medewerking van J. Benedictus (programmamanager Eerstelijnszorg van Patiëntenfederatie Nederland) en C. Jakobs (campagneleider Zorg van de Consumentenbond).

6.2 Financiering

De totstandkoming van dit kwaliteitskader is gefinancierd door de KNMT.

6.3 Werkwijze

De leden van de werkgroep hebben het Kwaliteitskader Cosmetische Mondzorg gezamenlijk opgesteld in meerdere online bijeenkomsten, waarna door verschillende leden van de werkgroep relevante wetenschappelijke literatuur is aangeleverd. Vervolgens is de tekst in drie commentaarrondes aangepast en aangevuld. De hoofdstukken 2, 3 en 4 zijn bewerkingen van het Kwaliteitskader Cosmetische Zorg, dat in 2019 door het Zorginstituut Nederland (ZIN) is uitgebracht.

¹¹ *Academische Centrum Tandheelkunde Amsterdam (ACTA)*
Centrum voor Tandheelkunde en Mondzorgkunde van het Universitair Medisch Centrum Groningen (CTM-UMCG)
Dutch Academy of Esthetic Dentistry (DAED)
European Prosthodontic Association (EPA)
Koninklijke Nederlandse Maatschappij tot bevordering der Tandheelkunde (KNMT)
Nederlandse Vereniging voor Orale Implantologie (NVOI)
Nederlands Vlaamse Vereniging voor Restauratieve Tandheelkunde (NVRT)

Referenties

- Alani A, Kelleher M, Hemmings K, Saunders M, Hunter M, Barclay S, Ashley M, Djemal S, Bishop K, Darbar U, Briggs P, Fearn J. Balancing the risks and benefits associated with cosmetic dentistry - a joint statement by UK specialist dental societies. *Br Dent J.* 2015 May 8;218(9):543-8. doi: 10.1038/sj.bdj.2015.345. PMID: 25952437.
- Alhammadi MS. Perception of Facial Esthetics by Laypersons, Dental Assistants, General Dental Practitioners and Dental Specialists. *J Contemp Dent Pract* 2019; 20(3): 304-310.
- Cardenas AFM, Maran BM, Araújo LCR, de Siqueira FSF, Wambier LM, Gonzaga CC, Loguercio AD, Reis A. Are combined bleaching techniques better than their sole application? A systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Investig.* 2019 Oct;23(10):3673-3689. doi: 10.1007/s00784-019-03042-4. Epub 2019 Aug 29. PMID: 31468261.
- Carey CM. Tooth whitening: what we now know. *J Evid Based Dent Pract.* 2014 Jun;14 Suppl:70-6. doi: 10.1016/j.jebdp.2014.02.006. Epub 2014 Feb 13. PMID: 24929591; PMCID: PMC4058574.
- Collares K, Opdam NJM, Laske M, Bronkhorst EM, Demarco FF, Correa MB, Huysmans MCDNJM. Longevity of Anterior Composite Restorations in a General Dental Practice-Based Network. *J Dent Res.* 2017 Sep;96(10):1092-1099. doi: 10.1177/0022034517717681. Epub 2017 Jun 30. PMID: 28665777.
- Da Costa JB, McPharlin R, Paravina RD, Ferracane JL. Comparison of at-home and in-office tooth whitening using a novel shade guide. *Oper Dent.* 2010 Jul-Aug;35(4):381-8. doi: 10.2341/09-344-C. PMID: 20672721.
- Davis LG, Ashworth PD, Spriggs LS. Psychological effects of aesthetic dental treatment. *J Dentistry* 1998; 26: 547-554.
- Demarco FF, Collares K, Coelho-de-Souza FH, Correa MB, Cenci MS, Moraes RR, Opdam NJ. Anterior composite restorations: A systematic review on long-term survival and reasons for failure. *Dent Mater.* 2015 Oct;31(10):1214-24. doi: 10.1016/j.dental.2015.07.005. Epub 2015 Aug 21. PMID: 26303655.
- Deng X, Wang Y, Deng F, Liu P, Wu Y. Psychological well-being, dental esthetics, and psychosocial impacts in adolescent orthodontic patients: A prospective longitudinal study. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2018; 153: 87-96.
- Dietschi D, Ardu S, Krejci I. A new shading concept based on natural tooth color applied to direct composite restorations. *Quintessence Int.* 2006 Feb;37(2):91-102. PMID: 16475370.
- Dourado Pinto AV, Carlos NR, Amaral FLBD, França FMG, Turssi CP, Basting RT. At-home, in-office and combined dental bleaching techniques using hydrogen peroxide: Randomized clinical trial evaluation of effectiveness, clinical parameters and enamel mineral content. *Am J Dent.* 2019 Jun;32(3):124-132. PMID: 31295393.
- Fradeani M, Barducci G. *Esthetic Rehabilitation in Fixed Prosthodontics (Volume 1).* Quintessence Publishing: Books, 2007.
- Garcia PP, da Costa RG, Calgaro M, Ritter AV, Correr GM, da Cunha LF, Gonzaga CC. Digital smile design and mock-up technique for esthetic treatment planning with porcelain laminate veneers. *J Conserv Dent.* 2018 Jul-Aug;21(4):455-458. doi: 10.4103/JCD.JCD_172_18. PMID: 30122831; PMCID: PMC6080190.
- Glick M, Williams DM, Kleinman DV, Vujicic M, Watt RG, W. R. (2016). A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. *Int Dent J.*, 66, :322-324.
- Gresnigt M, Ozcan M. Esthetic rehabilitation of anterior teeth with porcelain laminates and sectional veneers. *J Can Dent Assoc.* 2011a; 77: b143. PMID: 22067068.
- Gresnigt MMM, Cune MS, Jansen K, van der Made SAM, Özcan M. Randomized clinical trial on indirect resin composite and ceramic laminate veneers: Up to 10-year findings. *J Dent.* 2019 Jul;86:102-109. doi: 10.1016/j.jdent.2019.06.001. Epub 2019 Jun 7. PMID: 31181242.
- IGJ. Brochure zorgaanbieders: 'Calamiteiten melden aan IGJ' (2020) Geraadpleegd van <https://www.igj.nl/onderwerpen/calamiteiten/documenten/brochures/2020/01/07/brochure-calamiteiten-melden-aan-igj>
- KNMT. Gedragsregels voor Tandartsen (2000). Geraadpleegd van <https://www.knmt.nl/sites/default/files/gedragsregels.pdf>

- KNMT. Richtlijn Spoedgevallen (2012). Geraadpleegd van https://www.knmt.nl/sites/default/files/richtlijn_spoedgevallen_knmt_2012.pdf
- KNMT. Richtlijn Infectiepreventie in mondzorgpraktijken (2016). Geraadpleegd van https://www.knmt.nl/sites/default/files/richtlijn_infectiepreventie_autorisatiefase_23.pdf
- KNMT. Pijnmedicatieadvies (2020a). Geraadpleegd van https://www.knmt.nl/sites/default/files/20200324_pijnmedicatieadvies.pdf
- KNMT. Herziene Richtlijn Patientendossier (2020b). Geraadpleegd van <https://knmt.nl/sites/default/files/20001a-herziene-richtlijn-patientendossier-2020.pdf>
- KNMT. Leidraad Mondzorg Corona. Versie 6.2. (2021). Geraadpleegd van <https://www.knmt.nl/sites/default/files/2021-01-05-leidraad-mondzorg-corona-6.2.pdf>
- Llana, C, Villanueva, A, Mejias, E, Forner, L. Bleaching efficacy of at home 16% carbamide peroxide. A long-term clinical follow-up study. J Esthet Restor Dent. 2020; 32: 12-18. <https://doi.org/10.1111/jerd.12560>
- Magne P, Belser UC. Novel porcelain laminate preparation approach driven by a diagnostic mock-up. J Esthet Restor Dent. 2004;16(1):7-16; discussion 17-8. doi: 10.1111/j.1708-8240.2004.tb00444.x. PMID: 15259539.
- Maran BM, Burey A, de Paris Matos T, Loguercio AD, Reis A. In-office dental bleaching with light vs. without light: A systematic review and meta-analysis. J Dent. 2018 Mar;70:1-13. doi: 10.1016/j.jdent.2017.11.007. Epub 2017 Dec 29. PMID: 29289725.
- Mettes TG, Barendregt DS, Oosterkamp BCM, Bruers JJM. Evidencebased klinische praktijkrichtlijnen in de mondzorg 1. Maatschappelijk, professioneel en zorginhoudelijk perspectief. Ned Tijdschr Tandheelkd december 2014; 121: 597-605.
- Morimoto S, Albanesi RB, Sesma N, Agra CM, Braga MM. Main Clinical Outcomes of Feldspathic Porcelain and Glass-Ceramic Laminate Veneers: A Systematic Review and Meta-Analysis of Survival and Complication Rates. Int J Prosthodont. 2016 Jan-Feb;29(1):38-49. doi: 10.11607/ijp.4315. PMID: 26757327.
- Nederlandse Stichting Esthetische Geneeskunde (NSEG). Code cosmetische behandelingen uitgevoerd door artsen (CCBA). NSEG, 2018.
- Nederlandse Voedsel en Warenautoriteit. Wetgeving tandbleekmiddelen (2011). Geraadpleegd van <https://www.nvwa.nl/onderwerpen/tandbleekmiddelen/belangrijkste-eisen>
- Parrini S, Rossini G, Castroflorio T, Fortini A, Deregibus A, Debernardi C. Laypeople's perceptions of frontal smile aesthetics: A systematic review. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2016; 150: 740-750.
- Prasad KN, Sabrish S, Mathew S, Shivamurthy PG, Pattabiraman V, Sagarkar R. Comparison of the influence of dental and facial aesthetics in determining overall attractiveness. Int Orthodontics 2018, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ortho.2018.09.013>.
- Rosenstiel SF, Rashid RG. Public preferences for anterior tooth variations: a web-based study. J Esthet Restor Dent. 2002;14(2):97-106. doi: 10.1111/j.1708-8240.2002.tb00158.x. PMID: 12008808.
- ZKN. Algemene Consumentenvoorwaarden (2018). Geraadpleegd van https://zkn.nl/uploads/ZKN_Consumentenvoorwaarden-2018-2.pdf
- VSNU. Raamplan Tandheelkunde 2008. Competenties van de tandarts (zesjarige opleiding). Den Haag: VSNU, 2009.
- Wagner DJ. A Beginning Guide for Dental Photography: A Simplified Introduction for Esthetic Dentistry. Dent Clin North Am. 2020 Oct;64(4):669-696. doi: 10.1016/j.cden.2020.07.002. PMID: 32888516.
- Zorginstituut Nederland (ZIN), Kwaliteitskader Cosmetische Zorg. Landelijke afspraken over de organisatie van de cosmetische zorg. Diemen: ZIN, 2019.

Bijlage 1

Vergelijking 'reguliere' en 'cosmetische' composietrestauratie (witte vulling): informatie en voorlichting voor de cliënt

<p>Wat is een reguliere composietrestauratie?</p>	<p>Na het prepareren van een tand of kies wordt deze opgevuld met composiet. De tandarts kan composiet ook gebruiken om tanden en kiezen een andere kleur of vorm te geven.</p>
<p>Wat is in het huidige tarief inbegrepen?</p>	<ul style="list-style-type: none"> a prepareren (boren) van de tand of kies b onderlagen om het tandweefsel af te dekken en te beschermen c drooghouden van de mond met een speekselzuiger en watten d aanbrengen composiet e gladmaken (polijsten) van de restauratie
<p>Wat mag u verwachten van een reguliere composietrestauratie?</p>	<ul style="list-style-type: none"> a dat het gerestaureerde element contact maakt met de elementen van de andere kaak b dat de vorm van de tanden en kiezen op zo'n manier is hersteld dat normale kauw- en bijtfunctie aanwezig is. c dat er na het eten geen abnormale hoeveelheid voedsel achterblijft bij de restauratie d dat de randen van de restauratie goed aansluiten (zonder spleet). e dat de kleur van de restauratie redelijk overeenkomt met die van de tand of kies f dat de restauratie met een polijstinstrument is bewerkt zodat de vulling glad aanvoelt
<p>Opmerking</p>	<p>Soms kan de tandarts een kies niet op een reguliere manier restaureren. Bijvoorbeeld als het gaatje heel erg groot is. Dan is er een kroon nodig. Die is duurder dan een vulling. Om kosten te besparen kunt u in overleg met de tandarts toch voor een restauratie kiezen, maar dan is het niet altijd mogelijk om de restauratie aan de eerder genoemde eisen te laten voldoen. Dat geldt ook voor andere situaties waarin het voor de tandarts lastig is om nog te restaureren. Bijvoorbeeld als het gaatje diep onder het tandvlees zit.</p>
<p>Wat is een cosmetische composietrestauratie?</p>	<p>Composietrestauraties kunnen ook zo gemaakt worden dat ze bijna onzichtbaar zijn en in verschijning natuurgetrouw overeenkomen met de oorspronkelijke tand of kies. Voor zo'n resultaat kan de tandarts verschillende technieken inzetten.</p> <ul style="list-style-type: none"> a Bij een restauratie betekent het dat er bijvoorbeeld gebruik wordt gemaakt van meerdere kleuren. Een tand of kies bestaat namelijk niet uit één kleur. Bij de tandhals is deze bijvoorbeeld vaak geler dan bij de rand. Ook heeft het tandbeen andere eigenschappen dan het glazuur. Als de tandarts een tand of kies natuurgetrouw wil restaureren, dan moet hij/zij met deze kleurverschillen rekening houden. b Om de restauratie uiteindelijk dezelfde glans en vorm te geven als een echte tand of kies, moet de tandarts veel tijdrovende tussenstapjes maken met gebruikmaking van allerlei polijstmaterialen en technieken. Deze variëren van onder andere boortjes tot schijfjes en polijstpasta's met borsteltjes. c Soms is het te moeilijk om de vorm van een tand of kies helemaal met de hand na te maken. De tandarts kan dan een mal gebruiken die in de mond gemaakt is, of een gipsmodel dat een tandtechniker heeft gemaakt.

Bijlage 2

Voorbeeld van een stappenplan bij een uitgebreide cosmetische behandeling met indirecte restauraties: 'facings'

Afspraak met cliënt: eerste consultatie	<ul style="list-style-type: none"> a uitvoeren consult: medische en psychosociale anamnese, inventarisatie van wensen, bespreken van mogelijkheden en indien mogelijk globale indicatie kosten en behandelprocedures. Overhandigen en bespreken van de checklist. b onderzoek mondgezondheid, maken van lichtfoto's in de mond en van het gelaat, maken van eventuele röntgenfoto's c maken van (digitale) afdrukken voor een visualisatie van het beoogde esthetische resultaat en indien gewenst een indirecte proefopbouw ('mock up') d eventueel toevoegen van behandelingen om de mond gezond te maken, zoals behandelen cariës, vervangen van vullingen, tandvleesbehandelingen, behandeling van slijtage
In aanloop volgende afspraak	<ul style="list-style-type: none"> a maken van de esthetische visualisatie met bijvoorbeeld een ('Digital) Smile Design', 'wax-up' of een virtuele planning in 3D; versturen van het behandelplan, een begroting en 'informed consent'
Afspraak met cliënt: vervolg consultatie	<ul style="list-style-type: none"> a bespreken visualisatie, (esthetische) behandelprocedures met de bijbehorende voor- en nadelen en de benodigde nazorg, definitief akkoord (tijdens of na de consultatie). Bespreken van de checklist. b optioneel 'try-in': directe proefopbouw of indirecte proefopbouw ('mock up') in de mond, eventueel nieuwe consult afspraken met andere 'try-in's
Afspraak met cliënt: preparatie tanden (1 week minimale bedenktijd vanaf het definitieve akkoord)	<ul style="list-style-type: none"> a prepareren, bij voorkeur met de indirecte proefopbouw ('mock up') in de mond geplaatst zodat zo min mogelijk gezond tandweefsel opgeofferd hoeft te worden b eventuele chirurgische correcties van de positie van het tandvlees c zo nodig bedekken van blootliggend tandbeen 'immediate dentin sealing' d (digitaal) afdrukken van de preparaties met een (beet)registratie waarbij ook de tandboog ten opzichte de rest van het gelaat wordt vastgelegd e secuur afgewerkte en esthetische tijdelijke voorzieningen die bij voorkeur ook dienen als 'try-in' voor de vorm en positie van de definitieve restauraties
In aanloop volgende afspraak	<ul style="list-style-type: none"> a zo nodig corrigeren en veranderen tijdelijke voorzieningen b definitief afdrukken, indien eerder niet mogelijk c overleg met tandtechnicus over definitieve restauraties d eventueel laatste pas, afwerking en kleur bij de tandtechnicus
Afspraak met cliënt: vastzetten restauratie	<ul style="list-style-type: none"> a verwijderen van de tijdelijke restauraties b passen van de keramische restauraties ('facings'), vergewissen dat cliënt akkoord is met de vorm en kleur van de restauraties. c conditioneren van de keramische restauraties ('facings') d conditioneren van de tanden e adhesief verlijmen van de keramische restauraties ('facings') f controleren van occlusie en articulatie, eventueel met behulp van digitale meetapparatuur g indien nodig beschermen van restauraties door beetbeschermer h afspraken maken over onderhoud en hygiëne van de restauratie
Afspraak met cliënt: nazorg	<ul style="list-style-type: none"> a periodiek controleren van restauraties en tandvlees

Bijlage 3

Checklist cosmetische behandeling voor de cliënt

U bent geïnteresseerd in een cosmetische - niet medisch noodzakelijke - behandeling in onze praktijk. Het is belangrijk dat u de keuze voor deze behandeling weloverwogen maakt. Om u daar bij te helpen hebben wij een checklist opgesteld waarin alle belangrijke zaken en afwegingen aan bod komen. Voordat u instemt met de behandeling nemen we alle punten rustig met u door. We leggen dit ook vast in uw patiëntendossier. Na dit consult hanteren wij tenminste 1 week bedenktijd voordat we starten met de behandeling.

Algemene informatie

- De tandarts heeft mij gevraagd naar mijn medische geschiedenis en actuele gezondheid en ik heb hem/haar daarover volledig geïnformeerd.
- Ik heb schriftelijk of digitaal een prijsopgave ontvangen.
- Ik weet dat het cosmetische deel van de behandeling waarschijnlijk niet vergoed wordt door mijn zorgverzekeraar.
- Ik heb mij door de zorgverzekeraar laten informeren over de vergoeding van het eventuele overige (medisch noodzakelijke) deel van behandeling.

De cosmetische behandeling

- Ik weet hoe het beoogde cosmetische resultaat van de behandeling er uitziet.
- Het beoogde resultaat heb ik met mensen om mij heen besproken.
- Ik weet welke andere behandelingen er ook mogelijk zijn en ken van die behandelingen de voor- en nadelen, de kosten en het cosmetische resultaat.
- Ik weet dat (een deel van) de voorgestelde behandeling niet medisch noodzakelijk is, maar leidt tot een fraaier cosmetisch resultaat.
- Ik weet wie mij gaat behandelen en wie eventueel ook nog (delen van) de behandeling uitvoert.
- Ik weet welke garanties de tandarts geeft op de levensduur van de cosmetische restauraties.
- Ik weet wat ik naast het cosmetische resultaat nog meer kan verwachten tijdens en na de behandeling.
- Ik weet waar ik op moet letten tijdens de behandeling en wat voor onderhoud (nazorg) er nodig is.
- Ik ken de risico's van deze behandeling.
- Ik weet dat als er achteraf problemen zijn door de behandeling hoe en waar ik een klacht kan indienen.
- Ik ben op de hoogte van mogelijke complicaties en welke extra behandelingen er later misschien nodig zijn.
- Ik weet dat elke cosmetische restauratie op den duur vervangen of gerepareerd moet worden.

Extra in geval cosmetische restauraties, zoals facings en kronen die definitief worden vastgezet

- De vorm en positie van de *tijdelijke* restauraties zijn zoals ik het wil en ik heb dat met mensen om mij heen besproken.
- De kleur van de *definitieve* restauraties is zoals ik het wil.
- Ik weet dat als de *definitieve* restauraties vastgezet zijn, de kleur niet meer veranderd kan worden.

Begrippenlijst

ASA-klassen	<p>De ASA-klassen voor preoperatief onderzoek van de 'American Society of Anaesthesiology' worden wereldwijd gebruikt als inschatting van de gezondheid en risico's bij cliënten die een operatie moeten ondergaan. Anesthesisten stemmen hun screenend onderzoek af op de ASA-klassen, te weten:</p> <p>ASA 1: cliënt is, behoudens de afwijking waarvoor operatie geïndiceerd is, verder gezond.</p> <p>ASA 2: cliënt heeft een licht tot matig ernstige (systeem)ziekte, die geen aanleiding geeft tot hinder of invalidering.</p> <p>ASA 3: cliënt heeft een ernstige (systeem)ziekte, die aanleiding geeft tot ernstige hinder of gedeeltelijke invalidering.</p> <p>ASA 4: cliënt heeft een constant levensbedreigende, of volledig invaliderende ziekte.</p> <p>ASA 5: cliënt heeft, met of zonder operatieve behandeling, geen reële kans langer dan 24 uur te overleven.</p>
Articulatie	<p>Articulatie is de wijze waarop de boven en onder tanden en kiezen over elkaar heen schuiven. In tegenstelling tot de occlusie is articulatie niet statisch maar dynamisch (bewegend).</p>
Craniofaciale complex	<p>De schedel en het gezicht.</p>
Calamiteit	<p>Een niet-beoogde of onverwachte gebeurtenis, die betrekking heeft op de kwaliteit van de zorg en die tot de dood van een cliënt of een ernstig schadelijk gevolg voor een cliënt heeft geleid.</p>
Complicatie	<p>Een complicatie is een onbedoelde en ongewenste gebeurtenis of toestand tijdens of volgend op het handelen van een zorgverlener en voor de gezondheid van de cliënt zo nadelig, dat aanpassing van het medisch (be)handelen noodzakelijk is, of dat sprake is van onherstelbare schade.</p>
Composiet	<p>Tandkleurig (wit) vulmateriaal. Composiet is een mengsel van kunststof en kristallen. Het kunststof kan met (blauw) licht of een chemische reactie hard worden gemaakt.</p>
Digital Smile Design	<p>Digital Smile Design is een methode waarmee de tandarts door bewerking van digitale foto's, de ideale gebitssituatie kan ontwerpen, waarbij wensen van de cliënt leidend zijn. Het is de analyse van tanden, lippen en gezichtsstructuur om de ideale gezichtsuitdrukking (glimlach) te krijgen.</p>
Ets en bonding	<p>Het voorbereiden van (tand)materiaal met zuur om er beter aan te kunnen verkleven. Na of samen met het etsen wordt vloeibare kunststoflijm aangebracht, dit wordt bonding genoemd.</p>
Incident	<p>Een incident is een onbedoelde gebeurtenis, ontstaan tijdens de zorgverlening door het onvoldoende handelen volgens de professionele standaard of door tekortkomingen van het zorgsysteem, die tot schade aan de cliënt heeft geleid, had kunnen leiden of kan leiden. Het gaat niet alleen om gebeurtenissen die daadwerkelijk tot schade voor de cliënt hebben geleid, maar ook om 'bijna-incidenten'.</p>
Interproximaal vlak	<p>Het vlak tussen twee naast elkaar gelegen tanden of kiezen (contactvlak).</p>

Klacht	Schriftelijke uiting van onvrede over een gedraging jegens een cliënt in het kader van de zorgverlening.
Mock up	Het (tijdelijk) overbrengen van geplande vullingen of kronen in de mond op de bestaande nog onbehandelde tanden en kiezen.
Oclusaal vlak	Deel van een tand of kies, dat zich aan de zijde bevindt waarmee men kauwt.
Oclusie	Oclusie is de wijze hoe de boven en onder tanden en kiezen met elkaar contact maken. Een tand(kies)contact wordt ook wel een oclusiepunt genoemd
Cliënt	Een natuurlijke persoon die zorg vraagt of aan wie zorg wordt verleend.
Patiëntendossier	De schriftelijk of elektronisch vastgelegde gegevens met betrekking tot de verlening van zorg aan een patiënt.
Patiëntveiligheid	De afwezigheid van onaanvaardbare risico's voor de cliënt op lichamelijke, psychische of sociale schade.
Richtlijn	Documenten met aanbevelingen, adviezen en handelingsinstructies ter ondersteuning van de besluitvorming van professionals (in de zorg), berustend op de resultaten van (wetenschappelijk) onderzoek en met daarop gebaseerde discussie en aansluitende meningsvorming, gericht op het omschrijven van doeltreffend en doelmatig (medisch) handelen.
Rubberdam	Een rubberdam (cofferdam) is een lapje dat om de tanden en kiezen aangebracht wordt om deze droog te kunnen behandelen en het werkveld te isoleren.
Wax up	Het aanbrengen van was op een (gips)model, waarmee de ideale vorm en/of positie van de tanden en kiezen op het model getoond wordt.
Zorgaanbieder	Een rechtspersoon die bedrijfsmatig zorg verleent, een organisatorisch verband van natuurlijke personen die bedrijfsmatig zorg verlenen of doen verlenen, of een natuurlijk persoon die bedrijfsmatig zorg laat verlenen. Een zorginstelling kan zowel een instelling als een solistisch werkende zorgverlener zijn.
Zorgverlener	Een natuurlijke persoon die beroepsmatig zorg verleent.