



UC Leuven
Limburg
MOVING MINDS

ACADEMIEJAAR 2025-2026

De taken en verantwoordelijkheden van de mondhygiënist in de oncologische zorgsetting
binnen het ziekenhuis.

Lazard Mauranne

Janssens Laura

INTERNE BEGELEIDER: P. Vos

Afstudeerwerk ingediend voor het behalen van het diploma Bachelor in de Mondzorg

Dit proefschrift is een examenstuk dat na verdediging niet gecorrigeerd werd voor eventuele fouten

1 Dankbetuiging

Met oprechte dankbaarheid kijken wij terug op het traject dat heeft geleid tot deze bachelorproef. De realisatie van dit werk was slechts mogelijk dankzij de steun, expertise en betrokkenheid van verschillende personen en organisaties.

Onze bijzondere waardering gaat uit naar onze promotor, Peter Vos. Zijn zorgvuldige begeleiding en doordachte feedback hebben ons in staat gesteld om dit onderzoek op een gestructureerde en onderbouwde manier uit te werken. Hij stimuleerde ons om verder te denken en hielp ons om het onderwerp nauwkeurig af te bakenen, wat essentieel was voor de kwaliteit van dit eindwerk.

Wij willen verder UCLL bedanken voor de kansen, ondersteuning en leeromgeving die ons gedurende onze opleiding zijn geboden. De ruimte om te groeien, te ontdekken en te onderzoeken heeft een belangrijke rol gespeeld in de totstandkoming van dit eindwerk.

Daarnaast zijn wij bijzonder dankbaar voor de waardevolle medewerking van onze respondenten. Hun tijd, openheid en bereidheid om hun inzichten te delen hebben ons onderzoek aanzienlijk verrijkt. De aangebrachte aandachtspunten, ervaringen en toekomstgerichte perspectieven boden ons een bredere kijk op het werkveld en vormden een belangrijke basis voor onze analyse. Wij danken in het bijzonder: prof. dr. Van der Poorten, prof. dr. Lambrecht, mevr. Degeest, dr. Wijnants en collega, mevr. Geerits, mevr. Jeurissen, mevr. Goris, mevr. Cools, prof. dr. Smeets, mevr. Van der Burgt, mevr. Christiaans en dr. Vansteenkiste. Hun betrokkenheid en deskundigheid waren van grote waarde voor dit onderzoek.

Tot slot willen wij iedereen bedanken die ons tijdens dit traject heeft ondersteund. Dankzij deze steun konden wij dit werk met overtuiging en trots afronden.

2 Lijst van frequent gebruikte afkortingen

ISOO: International Society for Oral Oncology

MASCC: Multinational Association of Supportive Care in Cancer

MRONJ: Medicatie-gerelateerde osteonecrose van de kaak

OM: Orale mucositis

ORN: Osteoradionecrose

RIZIV: Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering

3 Inhoudsopgave

1	Dankbetuiging.....	2
2	Lijst van frequent gebruikte afkortingen	3
3	Inhoudsopgave	4
4	Inleiding	6
4.1	Context	6
4.2	Doelstelling	7
4.3	Achtergrondliteratuur.....	8
4.3.1	De organisatie van ziekenhuizen in Vlaanderen en België	8
4.3.2	Financiering van zorg binnen een ziekenhuis.....	13
4.3.3	Afdeling: Oncologie	14
5	Onderzoeksvraag.....	29
5.1	Afbakening van de onderzoekspopulatie	29
6	Methode en materialen	30
6.1	Literatuurstudie	30
6.2	Vragenlijst	31
6.2.1	Ontwikkeling en bronnen.....	31
6.2.2	Opbouw van de vragenlijst	31
6.2.3	Dataverzameling.....	32
6.2.4	Dataverwerking	32
6.2.5	Betrouwbaarheid en validiteit	32
6.2.6	Ethische overwegingen	32
7	Resultaten en discussie.....	33
7.1	Resultaten	33
7.1.1	Introductie	34
7.1.2	Bekendheid beroep mondhygiënist.....	35
7.1.3	Huidige situatie mondzorg binnen de oncologie	36
7.1.4	Behoeftanalyse	39
7.1.5	Praktijk en haalbaarheid	44
7.1.6	Afsluiting van het interview	48
7.2	Discussie	49
8	Eventuele aanbevelingen	54
8.1	Student 1: Laura Janssens	54
8.2	Student 2: Mauranne Lazard	55

9	Conclusie	58
9.1	Student 1: Laura Janssens	58
9.2	Student 2: Mauranne Lazard	59
10	Samenvatting	60
10.1	Student 1: Laura Janssens.....	60
10.2	Student 2: Mauranne Lazard	64
11	Bijlagen	69
12	Literatuurlijst	145

4 Inleiding

De inleiding schetst het kader van dit onderzoek. In een eerste deel (4.1) wordt de context van het probleem geschetst, met aandacht voor de impact van oncologische behandelingen op de mondgezondheid en de huidige organisatie van mondzorg binnen de ziekenhuissetting.

Vervolgens wordt in het tweede deel (4.2) de doelstelling van deze bachelorproef toegelicht. Hierbij wordt verduidelijkt welke rol de mondhygiënist kan opnemen binnen de oncologische zorg en welke aspecten in dit onderzoek centraal staan.

Tot slot biedt het derde deel (4.3) een overzicht van de relevante literatuur. Deze achtergrondinformatie vormt de basis voor het verdere onderzoek en ondersteunt de analyse van de rol en meerwaarde van de mondhygiënist binnen de oncologische ziekenhuiszorg.

4.1 Context

Binnen de oncologische zorg ervaren patiënten veranderingen in hun mondgezondheid tijdens chemo- en radiotherapie. Deze behandelingen beïnvloeden het mondslijmvlies, de speekselklieren en andere orale structuren. Hierdoor komen klachten zoals xerostomie, mucositis, infecties en slikproblemen frequent voor. Dergelijke complicaties hebben een merkbare impact op het dagelijks functioneren en het algemeen welzijn van de patiënt (1).

Internationale richtlijnen, zoals die van KIMO, benadrukken het belang van tijdige en systematische mondzorg vóór, tijdens en na oncologische behandelingen (1). Adequate opvolging kan complicaties beperken en het verloop van de behandeling gunstig beïnvloeden. Desondanks blijkt uit de praktijk dat mondzorg binnen oncologische settings slechts beperkt geïntegreerd is in het ziekenhuiszorgtraject. De opvolging gebeurt voornamelijk reactief en is afhankelijk van externe doorverwijzing naar tandheelkundige zorg, waardoor preventie en vroegtijdige detectie onvoldoende benut worden.

Daarnaast is in veel ziekenhuiscontexten onduidelijk wie verantwoordelijk is voor de structurele opvolging van de mondgezondheid van oncologische patiënten. De huidige zorgverlening is versnipperd over verschillende disciplines zoals artsen, verpleegkundigen en tandartsen, waarbij een specifiek aanspreekpunt voor mondzorg ontbreekt.

Internationaal groeit de aandacht voor de rol van mondhygiënist binnen medische settings. McHill (2025) beschrijft dat mondhygiënist in ziekenhuissettings bijdragen aan vroegtijdige herkenning en preventie van orale problemen, wat de continuïteit van zorg verbetert (2). McPherson (2019) pleit er eveneens voor om mondhygiënist vaker te betrekken bij patiënten met complexe medische noden, waaronder oncologische patiënten (3). Daarnaast beschrijft Ahern (2024) hoe mondhygiënist binnen geïntegreerde medische-dentale zorgmodellen een belangrijke rol spelen in preventie, interprofessionele samenwerking en het verbeteren van de toegankelijkheid van zorg voor kwetsbare patiëntengroepen (4). Toch is deze rol binnen de Belgische ziekenhuiscontext nog onvoldoende uitgeklaard en structureel ingebed.

Deze vaststellingen tonen een duidelijke kloof tussen de aanbevelingen uit de literatuur en de huidige organisatie van mondzorg binnen oncologische zorgsettings.

4.2 Doelstelling

Het doel van deze bachelorproef is het in kaart brengen en analyseren van de rol, taken en verantwoordelijkheden van de mondhygiënist binnen de oncologische ziekenhuiszorg.

Concreet wordt onderzocht hoe de inzet van een mondhygiënist kan bijdragen aan de preventie, vroegtijdige detectie en opvolging van orale complicaties bij patiënten die een chemotherapie en radiotherapie ondergaan. Daarnaast wordt nagegaan op welke manier deze rol structureel en haalbaar kan worden geïntegreerd binnen het multidisciplinaire oncologische zorgteam, rekening houdend met de huidige organisatie van mondzorg en de noden en percepties van betrokken zorgverleners.

Op basis van de verzamelde literatuur en interviewgegevens beoogt deze studie praktijkgerichte inzichten aan te reiken die richting geven aan de inrichting van een efficiënt en haalbaar zorgtraject waarin de mondhygiënist een meerwaarde biedt voor zowel patiëntenzorg als teamwerking. De resultaten vormen hiermee een eerste aanzet tot het verduidelijken van mogelijke taken, verantwoordelijkheden en implementatievormen van de mondhygiënist binnen de oncologische ziekenhuiscontext.

Deze studie combineert literatuuronderzoek met praktijkgericht interviewonderzoek om zowel theoretische als klinische inzichten te integreren.

4.3 Achtergrondliteratuur

Dit hoofdstuk biedt een theoretisch kader voor het onderzoek en is opgebouwd uit drie onderdelen.

In een eerste deel (4.3.1) wordt de organisatie van ziekenhuizen in Vlaanderen en België toegelicht. Hierbij ligt de focus op de structuur van het ziekenhuislandschap en de werking van verschillende afdelingen en zorgverleners.

Vervolgens gaat het tweede deel (4.3.2) dieper in op de financiering van zorg binnen een ziekenhuis. Hierin worden de belangrijkste financieringsmechanismen besproken en wordt inzicht gegeven in de manier waarop zorgprofessionals en zorgactiviteiten worden vergoed.

Tot slot richt het derde deel (4.3.3) zich op de afdeling oncologie. Hierbij wordt aandacht besteed aan de verschillende oncologische behandelingen en hun impact op de mondgezondheid, evenals aan de meest voorkomende orale complicaties binnen deze patiëntengroep.

Samen vormen deze onderdelen een noodzakelijk kader om de plaats van mondzorg en de rol van de mondhygiënist binnen de oncologische ziekenhuiscontext beter te begrijpen.

4.3.1 De organisatie van ziekenhuizen in Vlaanderen en België

De organisatie van ziekenhuizen in Vlaanderen en België wordt in dit deel toegelicht. Hierbij komen de verschillende soorten instellingen en hun netwerken aan bod (4.3.1.1), evenals de interne afdelingen (4.3.1.2) en de werkregimes en personeelsstructuur (4.3.1.3). Dit vormt een duidelijk kader voor de verdere uitwerking van dit thema.

4.3.1.1 Soorten ziekenhuizen en ziekenhuisnetwerken

Soorten ziekenhuizen

Een ziekenhuis is een zorginstelling waar mensen terecht kunnen voor gespecialiseerde medische hulp, onderzoeken en behandelingen. Dat kan op verschillende manieren: via een klassieke hospitalisatie met overnachting, via daghospitalisatie waarbij de patiënt dezelfde dag terug naar huis gaat, of via ambulante zorg. Ambulante zorg betekent dat een patiënt medische hulp, onderzoeken of behandelingen krijgt zonder opname of overnachting in het ziekenhuis. Het gaat om poliklinische consultaties, onderzoeken zoals een scan of echo, sessies bij de kinesist of thuisverpleging. De patiënt kan na afloop meteen naar huis (5-6-7).

Binnen het ziekenhuis werken artsen, verpleegkundigen en andere zorgprofessionals samen om patiënten met uiteenlopende gezondheidsproblemen te behandelen en te ondersteunen. Daarnaast spelen ook niet-medische medewerkers (zoals administratief, technisch, logistiek en ondersteunend personeel) een cruciale rol in het garanderen van een veilige, efficiënte en comfortabele zorgomgeving (8).

Alleen erkende zorginstellingen die voldoen aan vastgelegde wettelijke criteria dragen de titel ziekenhuis. Die criteria omvatten de infrastructuur, personeelsbezetting en het aanbod aan medische disciplines. Naast erkende ziekenhuizen bestaan er ook privéklinieken. Deze zijn niet officieel erkend door de overheid en richten zich op één specifiek vakgebied, zoals oogheelkunde, dermatologie of esthetische geneeskunde (5-6).

Binnen het erkende ziekenhuislandschap onderscheiden we vier hoofdtypen: algemene ziekenhuizen, universitaire ziekenhuizen, psychiatrische ziekenhuizen en revalidatieziekenhuizen.

Algemene ziekenhuizen bieden een breed aanbod aan medische diensten en beschikken over verschillende gespecialiseerde afdelingen, zoals interne geneeskunde, radiologie, gynaecologie en oncologie. Ze zijn bedoeld voor de behandeling van uiteenlopende aandoeningen en proberen de verblijfsduur van patiënten zo kort mogelijk te houden (6).

Universitaire ziekenhuizen vervullen dezelfde basisfunctie als algemene ziekenhuizen, daarnaast nemen ze ook patiënten op die nood hebben aan complexe of zeldzame behandelingen. Ze zijn verbonden aan een universiteit met een faculteit geneeskunde, zoals bijvoorbeeld KU Leuven, en spelen een belangrijke rol in wetenschappelijk onderzoek, opleiding van toekomstige zorgverleners en de ontwikkeling van nieuwe medische technieken en therapieën (6,9).

Psychiatrische ziekenhuizen richten zich op de behandeling van mensen met ernstige mentale gezondheidsproblemen en voorzien langdurige opnames. Revalidatieziekenhuizen zijn kleinschaliger en bieden gespecialiseerde zorg aan patiënten die moeten herstellen na bijvoorbeeld een operatie. Ze helpen mensen om opnieuw zelfstandig te functioneren (6).

Ziekenhuisnetwerken

In Vlaanderen zijn alle algemene en universitaire ziekenhuizen verplicht om deel uit te maken van een ziekenhuisnetwerk. Een netwerk is een samenwerkingsverband tussen meerdere ziekenhuizen binnen eenzelfde regio, met als doel de kwaliteit, toegankelijkheid en efficiëntie van de zorg te verbeteren. Door hun aanbod op elkaar af te stemmen, kunnen de ziekenhuizen beter inspelen op de zorgbehoeften van de lokale bevolking.

Binnen deze netwerken vindt samenwerking plaats tussen ziekenhuizen en diverse zorg- en welzijnsorganisaties in de regio, zoals huisartsen, thuiszorgdiensten, woonzorgcentra en geestelijke gezondheidszorg. Op die manier ontstaat een geïntegreerd zorgsysteem waarin verschillende partners elkaar aanvullen.

Elk algemeen ziekenhuis moet aangesloten zijn bij één locoregionaal ziekenhuisnetwerk. Deze netwerken hebben als opdracht de basiszorg in hun regio op een gestructureerde manier te organiseren en omvatten erkende diensten, functies en zorgprogramma's die door de overheid als locoregionaal zijn aangeduid. Voor hooggespecialiseerde zorg, zoals orgaantransplantaties, de behandeling van zeldzame aandoeningen of intensieve neonatale zorg, volstaat de regionale organisatie niet. Dergelijke complexe zorg behoort tot de supraregionale zorgopdrachten en wordt geconcentreerd in specifieke referentiecentra die door de overheid erkend zijn. Ziekenhuizen binnen een netwerk werken dus samen met deze centra om patiënten toegang te geven tot supraregionale expertise die niet overal beschikbaar is (6,9).

4.3.1.2 Afdelingen binnen een ziekenhuis

Binnen een ziekenhuis zijn de zorgactiviteiten georganiseerd in verschillende diensten, elk met een specifieke focus en expertise. Een belangrijke groep zijn de hospitalisatiediensten en dagopnames. Patiënten kunnen opgenomen worden voor chirurgische ingrepen, voor of na een operatie, of voor interne geneeskunde, waarbij aandoeningen aan organen behandeld worden. Daarnaast zijn er dagziekenhuizen, zowel chirurgisch als niet-chirurgisch, waar behandelingen plaatsvinden zonder overnachting.

Een andere dienst richt zich op moeder en kind. Hier wordt zowel basiszorg aangeboden, zoals bevallingen op de materniteit, als meer gespecialiseerde zorg, bijvoorbeeld intensieve zorgen voor moeders met complicaties tijdens de zwangerschap.

Psychiatrische zorg is beschikbaar voor zowel volwassenen als kinderen die nood hebben aan mentale ondersteuning of behandeling. Revalidatie is een aparte dienst die patiënten helpt herstellen na een operatie, ongeval of ziekte, met als doel hen opnieuw zo zelfstandig mogelijk te laten functioneren.

Patiënten die behandeld worden voor kanker krijgen oncologische zorg, die in een gevorderd stadium kan worden aangevuld met palliatieve ondersteuning.

Tot slot zijn er diensten voor gespecialiseerde en acute zorg. Denk aan de spoedgevallendienst, intensieve zorgen voor levensbedreigende situaties, beroertezorg, behandeling van hartziekten en zeldzame aandoeningen. Ook hooggespecialiseerde zorg zoals comazorg, valt hieronder, met een intensieve opvolging van patiënten in kritieke toestand (8-9-10).

Ziekenhuisbedden

In Vlaanderen en België zijn ziekenhuisbedden door de overheid erkend en ingedeeld volgens het type zorg dat ze aanbieden. Het grootste aandeel bestaat uit acute bedden, die voor kortdurende opnames zijn bedoeld in afdelingen zoals chirurgie, inwendige geneeskunde en pediatrie. Daarnaast zijn er geriatrische bedden, specifiek gericht op de zorg voor oudere patiënten. Voor langdurige behandelingen of herstel na een ingreep bestaan er chronische bedden, waaronder revalidatie- en palliatieve afdelingen. Ten slotte omvat het aanbod ook psychiatrische bedden en plaatsen, die voorzien zijn voor zowel volwassenen als kinderen met psychische aandoeningen.

Volgens de meest recente cijfers waren er op 1 januari 2025 in België 52.317 erkende ziekenhuisbedden en plaatsen. De capaciteit varieert sterk tussen ziekenhuizen: universitaire centra (zoals UZ Leuven) beschikken over honderden tot meer dan duizend bedden, terwijl regionale ziekenhuizen doorgaans aanzienlijk kleiner zijn (11-12).

4.3.1.3 Werkregimes en type werknemers binnen een ziekenhuis

In Vlaamse ziekenhuizen werken verschillende categorieën van personeel samen om patiënten hoogwaardige zorg te bieden. Artsen nemen het medische beleid en gespecialiseerde behandelingen op zich, terwijl verpleegkundigen en vroedvrouwen instaan voor de dagelijkse zorg en begeleiding van patiënten. Zorgkundigen ondersteunen hen bij praktische taken, en paramedische beroepen zoals kinesitherapeuten, ergotherapeuten, logopedisten en diëtisten dragen bij aan herstel en welzijn. Daarnaast zorgen administratief en technisch personeel voor organisatie, administratie en diagnostische ondersteuning, terwijl

ondersteunende medewerkers zoals schoonmaak-, catering- en logistiek personeel instaan voor comfort en hygiëne (13-14).

Naast de diversiteit in functies bestaan er ook verschillende werkregimes die de organisatie van zorg mogelijk maken. De arbeidsduur en rusttijden in de medische sector zijn wettelijk geregeld en houden rekening met de nood aan continue zorgverlening. Werknemers kunnen ofwel voltijds of deeltijds werken. Shiften zijn een essentieel onderdeel van het ziekenhuiswerk: vroege, late en nachtdiensten wisselen elkaar af om de zorg 24 uur per dag te garanderen. Voor bepaalde functies gelden specifieke uitzonderingen of afwijkingen op de algemene arbeidsduurregels, bijvoorbeeld voor artsen of spoeddiensten, waar flexibiliteit en beschikbaarheid cruciaal zijn. Deze werkregimes zorgen ervoor dat de continuïteit van zorg verzekerd blijft, terwijl tegelijk de rechten en het welzijn van werknemers beschermd blijven (15-16).

4.3.2 Financiering van zorg binnen een ziekenhuis

De financiering van ziekenhuizen in België steunt op een complex systeem waarin verschillende geldstromen samenkomen om de dagelijkse werking en gespecialiseerde zorgopdrachten mogelijk te maken. Een groot deel van de middelen vloeit voort uit het federale budget voor gezondheidszorg. Dit budget voorziet in de algemene werkingskosten van ziekenhuizen, zoals infrastructuur, personeelsuitgaven en basismateriaal, en garandeert dat patiënten overal toegang hebben tot dezelfde kernfuncties. Daarnaast spelen de honoraria van artsen en de terugbetalingen via de ziekteverzekering een belangrijke rol. Artsen en bepaalde categorieën van paramedisch personeel zijn grotendeels vergoed via het Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV), waarbij prestaties terugbetaald zijn en een deel van de inkomsten via afdrachten terugvloeit naar het ziekenhuis (17-18).

Een belangrijk onderdeel van de ziekenhuisfinanciering is het systeem van forfaits per erkend bedtype, zoals acute bedden (A), geriatrische bedden (G), revalidatiebedden (Sp) of palliatieve bedden (PAL). Elk bedtype heeft een specifieke verpleegdagprijs, die de basiszorg en infrastructuurkosten dekt. Deze forfaits maken deel uit van het bredere Budget van Financiële Middelen (BFM), dat onder meer personeels- en werkingskosten financiert (19-20).

De mate waarin paramedische zorg in het forfait vervat zit, verschilt per bedtype. In geriatrische bedden (G) is multidisciplinaire zorg, zoals mobilisatie of ADL-ondersteuning (activiteiten van het dagelijks leven), deels gefinancierd via bijkomende BFM-middelen voor het geriatrisch zorgprogramma, terwijl individuele prestaties zoals kinesitherapie of logopedie doorgaans via honoraria worden vergoed. Hierbij registreert de kinesitherapeut of logopedist een prestatie volgens de RIZIV-nomenclatuur, waarna het RIZIV een deel van het honorarium terugbetaalt en een ander deel via afdrachten terugvloeit naar het ziekenhuis (20-21-22-23).

De financiering is niet enkel een kwestie van budget, maar ook van het vinden van een balans tussen kwaliteit en efficiëntie. Enerzijds moeten ziekenhuizen voldoende middelen krijgen om hoogwaardige zorg te bieden, anderzijds wil de overheid verspilling van middelen vermijden. Daarom wordt er steeds meer gewerkt met evaluaties en indicatoren die nagaan of ziekenhuizen hun middelen doelmatig inzetten. Ondanks deze mechanismen staan ziekenhuizen voor grote uitdagingen. De vergrijzing van de bevolking, de toename van chronische aandoeningen en de vraag naar hoogtechnologische behandelingen zetten het systeem onder druk. Daarnaast stijgen de personeelskosten en is er nood aan investeringen in digitale zorg en infrastructuur. De overheid werkt daarom aan hervormingen die de

financiering duurzamer moeten maken, onder meer door samenwerking binnen ziekenhuisnetwerken te stimuleren en innovatieve zorgmodellen te ondersteunen (20).

De financiering van ziekenhuizen in Vlaanderen is dus een dynamisch systeem dat de basiswerking, gespecialiseerde zorg en toekomstige uitdagingen moet combineren. Door een mix van federale middelen, honoraria en forfaitaire vergoedingen wordt geprobeerd om zowel toegankelijkheid als kwaliteit van zorg te waarborgen. Tegelijk blijft het een voortdurend evenwichtsoefening tussen kostenefficiëntie en het garanderen van de best mogelijke zorg voor elke patiënt (19-20).

4.3.3 Afdeling: Oncologie

In het volgende deel wordt er dieper ingegaan op de afdeling Oncologie. Dit hoofdstuk biedt een overzicht van de belangrijkste therapievormen, hun doelstellingen en werkingsmechanismen de specifieke impact van deze behandelingen op de mondgezondheid (4.3.3.1). Daarnaast zijn de meest voorkomende orale complicaties en hun klinische relevantie toegelicht (4.3.3.2). De achtergrondliteratuur biedt een kader om de plaats van mondzorg en de rol van de mondhygiënist binnen de oncologische ziekenhuiszorg te situeren.

4.3.3.1 Kankerbehandeling

Kankerbehandelingen omvatten een breed scala aan therapieën die op zichzelf of in combinatie worden toegepast om de kans op genezing of controle van de ziekte te vergroten. Afhankelijk van het type tumor en de individuele patiënt wordt gekozen voor chirurgie, chemotherapie, radiotherapie of stamceltransplantatie. Elke therapievorm heeft een eigen werkingsmechanisme en veroorzaakt specifieke nevenwerkingen, ook in de mond. In deze bachelorproef ligt de focus uitsluitend op chemotherapie en radiotherapie (*zie bijlage 1 voor een overzicht van de kankerbehandeling bij de meest voorkomende kankertypes in hoofd- en halsregio*) (24).

Radiotherapie

Radiotherapie is een veelgebruikte primaire of aanvullende behandelmethode voor kwaadaardige tumoren in het hoofd- en halsgebied. Dit verhoogt de overlevingskansen aanzienlijk en heeft zowel een curatieve als een palliatieve toepassing. Het doel is het vernietigen van kankercellen door hun vermogen tot celdeling te blokkeren via ioniserende straling. Deze straling beschadigt het DNA van cellen, waardoor kankercellen sterven of hun delingscapaciteit verliezen. Hoewel ook gezonde cellen getroffen worden, herstellen deze sneller dan tumorcellen. Radiotherapie staat doorgaans in combinatie met andere behandelingen zoals chirurgie, chemotherapie of immunotherapie en heeft zowel pre- als

postoperatief een rol in het verkleinen van tumoren en het elimineren van restcellen. De meest gebruikte vorm is externe bestraling, waarbij hoogenergetische stralen van buitenaf op de tumor worden gericht. In specifieke gevallen wordt interne bestraling (brachytherapie) toegepast, waarbij radioactieve bronnen direct in of nabij de tumor worden geplaatst (25).

Hoewel radiotherapeutische technieken sterk geëvolueerd zijn, blijft schade aan omliggende weefsels een knelpunt. Bij hoofd-halsbestraling wordt ook het mondslijmvlies, de speekselklieren, tanden, botten en huid bestraald. Dit kan leiden tot diverse orale complicaties die de levenskwaliteit van de patiënt sterk beïnvloeden.

De meest voorkomende kankertypes in hoofd-halsregio zijn: tongcarcinomen, tonsilcarcinomen, nasofarynxcarcinomen, hypofarynxcarcinomen, larynxcarcinomen en speekselklierkanker. Hieronder zijn deze opgesomd met mogelijke behandeling en de gevolgen hiervan op de mond.

Tabel 1: Radiotherapie bij hoofd-halskanker en gevolgen voor mondgezondheid

Radiotherapie		
Meest voorkomende types kanker in hoofd en hals regio	Mogelijkheid tot bestraling als behandeling?	Gevolgen mondgezondheid
Tongcarcinoom (orale caviteit)	Ja, adjuvant na chirurgie	Xerostomie, mucositis, dysgeusie, cariës, osteoradionecrose, trismus, parodontale problemen (26-27)
Tonsilcarcinoom (orofarynx)	Ja, primaire therapie of gecombineerd met chemo	Mucositis, dysfagie, smaakverlies, candidiasis, hyposalie (26)
Nasofarynxcarcinoom	Ja, primaire behandeling	Mucositis, speekselklierdisfunctie, smaakverlies, verhoogd infectierisico (26-27)
Hypofarynxcarcinoom	Ja, gecombineerd met chemotherapie	Dysfagie, mucositis, secundaire infecties, candidiasis (26)
Larynxcarcinoom	Ja, curatief of gecombineerd met chemotherapie	Dysfagie, mucositis, secundaire infecties, smaakveranderingen (26)
Speekselklierkanker	Ja, postoperatief	Hyposalie, verhoogd infectierisico, cariës (26-27)

Chemotherapie

Chemotherapie is een medische behandeling waarbij cytotoxische geneesmiddelen worden ingezet om de groei van kankercellen te remmen of te vernietigen. Deze therapie richt zich op snel delende cellen, waardoor het vermogen van kwaadaardige cellen om zich te vermenigvuldigen wordt geblokkeerd. Deze geneesmiddelen maken geen onderscheid tussen tumorcellen en gezonde cellen. Daardoor tasten ze ook normaal weefsel aan, waardoor het beperken van therapiegerelateerde complicaties een belangrijk aandachtspunt blijft. De keuze van het behandelingschema hangt af van het type tumor, de agressiviteit, het stadium van de ziekte en de tolerantie van de patiënt voor bijwerkingen (28).

De algemene bijwerkingen van chemotherapie zijn divers en treden vaak systemisch op. Zo komt beenmergsuppressie frequent voor, met als gevolg een verlaagde weerstand door neutropenie. Dit verhoogt het risico op infecties, waaronder ook orale infecties. Daarnaast kunnen gastro-intestinale klachten zoals misselijkheid, braken en diarree optreden, evenals haaruitval. Sommige geneesmiddelen veroorzaken specifieke toxiciteiten, zoals cardiotoxiciteit of nierproblemen, afhankelijk van het gebruikte middel (29).

Een van de meest kwetsbare structuren in dit proces is het mondslijmvlies. Bij gezonde personen is dit slijmvlies bestand tegen dagelijkse belasting. Onder invloed van chemotherapie wordt het gevoelig voor afbraak, ulceratie en secundaire infecties. De schade aan mondstructuren en omliggende weefsels kan optreden ongeacht het doel van de therapie, en wordt versterkt wanneer chemotherapie gecombineerd wordt met ioniserende straling (26,30).

Onderstaande tabel biedt een gestructureerd overzicht van de belangrijkste hoofd- en halskankers, de bijhorende chemotherapeutische behandelingen en de orale complicaties die daarbij optreden.

Tabel 2: Chemotherapie bij hoofd-halskanker en gevolgen voor mondgezondheid

Chemotherapie		
Meest voorkomende types kanker in de hoofd en hals regio	Mogelijkheid tot chemo als behandeling?	Gevolgen mondgezondheid
Tongcarcinoom (orale caviteit)	Ja, inductie of adjuvant bij gevorderde stadia	Orale mucositis, dysgeusie, infecties door neutropenie, bloedingen, verhoogd cariërisico (26-30)
Tonsilcarcinoom (orofarynx)	Ja, gecombineerd met radiotherapie	Mucositis, smaakveranderingen, secundaire infecties, candidiasis (26)
Nasofarynxcarcinoom	Ja, gecombineerd met radiotherapie	Mucositis, infecties, smaakverlies, hyposalie (26)
Hypofarynxcarcinoom	Ja, als onderdeel van chemoradiatie	Dysfagie, mucositis, secundaire infecties, candidiasis (26)
Larynxcarcinoom	Ja, als onderdeel van orgaanbehoud-strategie	Orale mucositis, dysfagie, verhoogd infectierisico (26-30)
Speekselklierkanker	Ja, bij recidief of metastasen	Hyposalie, smaakverlies, infecties, verhoogd cariërisico (26)

4.3.3.2 Bijwerkingen van kankerbehandeling

Kankerbehandelingen (radiotherapie en chemotherapie) leiden tot uiteenlopende orale neveneffecten, waaronder xerostomie, mucositis, trismus, osteoradionecrose, cariës, opportunistische infecties, dysfagie, smaakstoornissen en hyposalivatie. Deze complicaties hebben een directe impact op de mondgezondheid en het algemeen welzijn van de patiënt.

Hyposalivatie en xerostomie

Xerostomie is een van de meest voorkomende en hinderlijke bijwerkingen van radiotherapie bij hoofd-halskanker. Meer dan 80% van de patiënten krijgt ermee te maken, en bij een groot deel blijft het probleem levenslang aanwezig (31). Xerostomie ontstaat doordat de speekselklieren beschadigd raken door de bestraling, wat leidt tot hyposalivatie, slik- en kauwproblemen, smaakverlies, cariës, orale pijn en infecties, met een aanzienlijke impact op de kwaliteit van leven (32-33-34).

In de eerste, acute fase kan de speekselproductie al binnen enkele dagen met 50–60% dalen. Het speeksel wordt dikker en zuurder door verlies van acinaire cellen. Later volgt een chronische fase waarin blijvende schade optreedt, zoals afname van klierweefsel, fibrose en

zenuwschade. Chemotherapie veroorzaakt eveneens xerostomie bij 56–69% van de patiënten, maar langetermijndata ontbreken (33).

De behandeling van xerostomie is gericht op symptoombestrijding. Middelen zoals pilocarpine en cevimeline kunnen de speekselproductie stimuleren. Daarnaast kunnen speekselvervangers, xylitolproducten, middelen zoals Biotène, acupunctuur of hyperbare zuurstof verlichting geven, maar ze lossen de onderliggende schade niet op (31,33). Begeleiding in het gebruik hiervan is noodzakelijk voor een optimaal effect. Veranderingen in speeksel, zoals lagere pH en verminderde immunoglobulinen, verhogen het cariërisico. Bij straling van een doses ≥ 30 Gy komt daar ook permanente xerostomie bij kijken (34).

Orale mucositis

Orale mucositis is een ernstige en frequente complicatie van kankertherapie, met een incidentie van 40–80% bij chemo- of radiotherapie en tot 85–100% bij hooggedoseerde hoofd-halsbestraling (35-36). De aandoening veroorzaakt pijn, slikproblemen en verhoogt het infectierisico. Bovendien kan OM leiden tot onderbreking van de behandeling, wat de oncologische prognose negatief beïnvloedt (35,37).

De pathogenese van orale mucositis is multifactorieel en wordt gekenmerkt door cytotoxische schade aan snel delende mucosacellen en fibroblasten, wat leidt tot activatie van endotheelcellen en het op gang brengen van een ontstekingscascade. Klinisch presenteert orale mucositis zich initieel met erytheem en oedeem, waarna de aandoening kan evolueren naar pijnlijke ulceraties. Secundaire complicaties omvatten infecties veroorzaakt door *Candida albicans*, het herpes simplex-virus en bacteriële infecties, die kunnen leiden tot ernstige gevolgen zoals bacteriëmie en osteonecrose (35).

OM verlaagt de levenskwaliteit door pijn, dysfagie en verminderde mondhygiëne. In ernstige gevallen leidt dit tot onderbreking of dosisreductie van de oncologische behandeling (35,37). Er bestaat geen eenduidige gouden standaard voor behandeling, aangezien de evidentie beperkt en inconsistent blijft (35,38). MASCC/ISOO-richtlijnen adviseren een systematische mondzorgaanpak, waaronder tandenpoetsen, interdentale reiniging en mondspoelingen, met als doel de ernst te beperken (35). Onder de beschikbare interventies is benzydamine mondspoeling de enige ontstekingsremmende behandeling met een bewezen effect (38), terwijl lasertherapie (fotobiomodulatie) de pijn en ernst verlaagt (35). Palifermin reduceert de incidentie bij hematologische maligniteiten, maar gaat gepaard met mogelijke bijwerkingen (35–36).

Adequate pijncontrole vormt een essentieel onderdeel van de behandeling. Opioiden worden beschouwd als de standaardtherapie, vaak aangevuld met topische analgetica zoals morfine 2% en doxepin 0,5%. Hoewel antibacteriële middelen mucositis niet voorkomen, is behandeling van secundaire infecties noodzakelijk. Een multidisciplinaire aanpak blijft cruciaal om de impact op levenskwaliteit en therapiecontinuïteit te beperken (37).

Stralingscariës

Stralingscariës vormen een ernstige complicatie van radiotherapie in het hoofd-halsgebied en ontstaan niet door een directe invloed van straling op het tandweefsel. De aandoening is het gevolg van indirecte effecten zoals hyposalivatie en xerostomie. Deze speekselklierdisfunctie leidt tot een verminderde speekselproductie, veranderingen in de chemische samenstelling van het speeksel en een toename van cariogene micro-organismen. Hierdoor wordt de mondomgeving sterk vatbaar voor cariësontwikkeling. Het klinische verloop van stralingscariës is bijzonder agressief: laesies manifesteren zich al binnen drie weken na radiotherapie en blijven een risico tot minstens een jaar na de behandeling. In tegenstelling tot conventionele cariës, die gemiddeld een jaar nodig heeft om het dentine te bereiken, kan stralingscariës dit stadium al binnen een maand bereiken (26).

Stralingscariës vertoont een typisch klinisch patroon dat duidelijk afwijkt van klassieke cariës. De laesies ontstaan vooral cervicaal, aan incisaalranden en op cuspidaalpunten, waar ze zich presenteren als gladde, harde, bruinzwarte verkleuringen zonder cavitatie. Door radiotherapie krijgt het glazuur een poreuzere en brozere structuur met een verhoogde gevoeligheid voor fissuren, waardoor het snel barst en het onderliggende dentine bloot komt te liggen. Deze microstructurele verzwakking (waaronder microcracks, verminderde microhardheid en een hogere oplosbaarheid van hydroxyapatiet) leidt tot een snelle en agressieve progressie van de laesies, die uiteindelijk kan uitmonden in uitgebreide kroonvernietiging (39).

Recent klinisch onderzoek toont aan dat de stralingsdosis die het dentale weefsel ontvangt een belangrijke rol speelt in de ontwikkeling van post-radiotherapeutische cariës. In de prospectieve cohortstudie van Moore et al. (2025), uitgevoerd bij 151 patiënten met hoofd-halskanker, ontwikkelde ongeveer de helft van de patiënten (49%) nieuwe cariëslaesies binnen zes tot twaalf maanden na radiotherapie. Analyse op sextantniveau liet zien dat zowel de gemiddelde als de maximale dentale stralingsdosis significant geassocieerd waren met een verhoogd risico op cariës: per toename van 10 Gy steeg de kans op post-radiotherapeutische cariës met 26–32%, onafhankelijk van factoren zoals plaque, xerostomie, mondopening, dieet en fluoridegebruik. Opvallend was dat de stralingsdosis van de parotis geen invloed had op

het ontstaan of de ernst van cariës, wat suggereert dat vooral directe bestraling van het dentale weefsel bepalend is voor het cariësrisko. Deze bevindingen benadrukken het belang van nauwkeurige radiotherapeutische planning om de dentale dosis zo laag mogelijk te houden (40).

De behandeling en preventie van stralingscariës vereisen een proactieve en multidisciplinaire aanpak. Zodra een laesie wordt vastgesteld, moet onmiddellijke restauratie plaatsvinden om verdere destructie te voorkomen. Preventieve maatregelen spelen een cruciale rol: dagelijkse fluorideapplicaties in de vorm van mondspoelingen en neutrale gels (1% natriumfluoride) zijn effectief gebleken in het reduceren van cariësincidentie. Daarnaast zijn strikte mondhygiëne en regelmatige tandheelkundige controles noodzakelijk om nieuwe laesies tijdig te detecteren en te behandelen (26,41).



Afbeelding 1: Stralingscariës graad 1 ter hoogte van de premolaarregio, overgenomen uit Grötz et al. (2001) (43).

Parodontale aandoeningen

Parodontale aandoeningen zijn niet alleen lokaal van belang, ze hebben ook een duidelijke link met kanker. Nwizu et al. (2020) rapporteerden dat ernstige parodontitis geassocieerd is met een 24% hoger totaal kankerrisico, met verhoogde risico's voor o.a. long- en colorectale kanker (43). Deze verbanden worden verder ondersteund door Villar et al. (2024), dit onderzoek toont aan dat chronische ontsteking en bacteriële verspreiding centrale mechanismen zijn die de relatie tussen parodontitis en kanker verklaren (44). Ook Fitzpatrick & Katz (2010) bevestigen in hun review dat parodontitis via inflammatie en bacteriëmie bijdraagt aan een verhoogd kankerrisico (45).

Specifiek voor orale maligniteiten concludeerde Colonia-García et al. (2020) in hun systematische review dat parodontitis geassocieerd is met zowel orale kankers als potentieel maligne orale aandoeningen (45). De invloed van kankerbehandelingen op de mondgezondheid is minstens even belangrijk. Chemotherapie en radiotherapie vergroten het risico dat parodontitis verergert, waardoor patiënten extra kwetsbaar zijn (46). Het parodontale ligament is bijzonder gevoelig voor radiotherapie. Hierbij worden de bloedvaten van het parodontium en periost aangetast, en radiografisch zijn veranderingen zichtbaar zoals een verbreding van de parodontale ligament ruimte en destructie van het trabeculair bot. Deze processen verminderen het vermogen tot herstel en remodelering, waardoor het risico op parodontitis verder toeneemt. Het is daarom essentieel om patiënten voorafgaand aan radiotherapie te begeleiden in mondhygiëne en preventieve behandelingen zoals scaling en rootplaning (26).

Deze inzichten maken duidelijk dat parodontale gezondheid en oncologische zorg nauw met elkaar verweven zijn. Hierdoor wordt de noodzaak benadrukt van een geïntegreerde aanpak waarin tandheelkundige zorg een vaste plaats krijgt binnen het oncologisch traject.

Trismus

Trismus, gedefinieerd als een mondopening ≤ 35 mm, is een veelvoorkomende complicatie bij patiënten met hoofd-halskanker en heeft invloed op functies zoals voeding, spraak en mondzorg (48-49). De prevalentie varieert afhankelijk van tumorlocatie en behandelingsmodaliteit en kan oplopen tot 73% bij orale tumoren (50).

Radiotherapie kan leiden tot progressieve spierfibrose, wat resulteert in een afname van de mondopening met 18–32% binnen negen maanden na behandeling, overeenkomend met gemiddeld 2,4% per maand. Het risico neemt toe bij stralingsdoses boven 50–60 Gy en bij betrokkenheid van de kauwspieren, per extra dosis van 10 Gy stijgt het risico met ongeveer 24% (48,51).

De prevalentie van trismus bereikt een piek van 44,1% zes maanden na afloop van de behandeling en stabiliseert op langere termijn rond 32,6% (52). Het risico is verhoogd bij combinatiebehandeling met chemoradiotherapie, terwijl IMRT door een meer gerichte dosisverdeling geassocieerd is met een lager risico (52).

Bij ernstige of persisterende vormen van trismus volstaat oefentherapie niet altijd en kan chirurgische interventie noodzakelijk zijn (50). Revalidatie richt zich doorgaans op evaluatie van de ernst, het bevorderen van mondopening en het ondersteunen van therapietrouw via monitoring en opvolging (53).

Dysgeusie

Dysgeusie is een complex probleem bij oncologische behandelingen en beïnvloedt voeding, kwaliteit van leven en therapietrouw. De prevalentie bedraagt 70% bij orale en orofaryngeale kanker en circa 76% bij chemoradiotherapie (54). Radiotherapie beschadigt smaakpapillen en soms reukreceptoren, waardoor smaken zoals bitter, zout en zoet vervormd worden. Veel patiënten ervaren een metaalachtige of chemische smaak bij vlees of eiwitrijke producten (55). Bij doses rond 60 Gy treedt vrijwel altijd significante smaakvermindering op, wat leidt tot verminderde eetlust, voedselaversie en ondervoeding (54).

De pathogenese omvat vernietiging van smaakcellen, veranderingen in smaakporiën en ontsteking van afferente zenuwen, wat de vernieuwing van smaakknoppen hoofdzakelijk belemmert bij type II-cellen (zoet, bitter, umami). Ook chirurgische ingrepen beïnvloeden de smaak, waarbij de graad van herstel afhangt van het behoud van de tongbasis. Reconstructieve technieken verbeteren dit herstel, hoewel smaakstoornissen frequent blijven optreden (54).

Dysgeusie manifesteert zich in verschillende vormen, waaronder ageusie (volledig smaakverlies), hypogeusie (verminderde smaakintensiteit), parageusie (vervormde smaak) en phantogeusie (fantoomsmaak) (56). De symptomen ontstaan meestal drie tot vier weken na de start van radiotherapie en bereiken een piek rond week vijf. Het herstel varieert van drie tot twaalf maanden, maar bij ongeveer 20% van de patiënten blijven langdurige stoornissen bestaan, vooral bij hoge cumulatieve doses en uitgebreide chirurgische resecties. Dysgeusie gaat vaak gepaard met slikproblemen (61%), verminderde eetlust (59%) en pijn (57%), wat het risico op ondervoeding en sondevoeding verhoogt (57). Bij gevorderde kanker rapporteert 86% van de patiënten chemosensorische problemen (56). Roken verhoogt het risico aanzienlijk, met een prevalentie van 100% bij rokers tegenover 36% bij niet-rokers (54).

Preventie en behandeling vereisen een multidisciplinaire aanpak (54,58). Zelfzorgstrategieën omvatten onder meer koude of lauwe voeding, het toevoegen van kruiden, het vermijden van bittere smaken, kleine frequente maaltijden en een optimale mondhygiëne. Zinksuppletie ondersteunt herstel, waarbij overdosering moet worden vermeden (54). Andere interventies zoals alfa-lipoïnezuur, glutamine, speekselstimulerende middelen en experimentele therapieën zoals fotobiomodulatie en cryotherapie worden onderzocht, maar overtuigend bewijs voor effectiviteit ontbreekt (54). Voedingsadvies, vroege evaluatie van nutritionele status en educatie over smaakveranderingen blijven essentieel. Monitoring van calorie-

inname en begeleiding door een multidisciplinair team vormen de hoeksteen van het beleid (58).

Schimmelinfecties

Candida albicans is een veelvoorkomende orale schimmel die bij gezonde mensen onschuldig aanwezig is. In een verzwakt immuunsysteem kan het uitgroeien tot een pathogeen. Deze overgroei leidt niet alleen tot infecties, het speelt ook een rol in de ontwikkeling en progressie van orale kanker. De schimmel produceert stoffen zoals acetaldehyde en candidalysin die epitheelcellen beschadigen en ontstekingsprocessen activeren (59-60). Hierdoor ontstaat een chronisch geïrriteerde en immunosuppressieve micro-omgeving waarin tumorcellen gemakkelijker groeien (59-60-61). Bovendien beïnvloedt *C. albicans* het tumorimmuunsysteem, waarbij macrofagen worden aangetrokken en omgevormd tot een kankervriendelijk fenotype (61). Voor patiënten die chemotherapie of radiotherapie ondergaan, verhoogt de combinatie van verminderde speekselproductie en immunosuppressie de kans op candida-infecties, wat de orale complicaties en het risico op maligniteit verder kan versterken (26). Daarom wordt in de klinische praktijk aangeraden om preventieve mondzorg te voorzien, waaronder regelmatige spoelingen met chloorhexidine, het gebruik van lokale antifungale middelen zoals nystatine om infecties te beperken (26).

Virale infecties

Virale infecties met orale of periorale manifestaties zijn een veelvoorkomende complicatie bij patiënten die een kankerbehandeling ondergaan. Door de immunosuppressieve toestand die ontstaat tijdens chemotherapie of radiotherapie, zijn deze patiënten bijzonder vatbaar voor opportunistische infecties. Het risico hangt samen met de mate en duur van de daling van de witte bloedcellen, waardoor langere periodes van myelosuppressie leiden tot een verhoogde kans op infecties (26).

Het herpes simplex-virus (HSV) is de meest prevalentie virale complicatie in deze context. Bij seropositieve patiënten kan het tijdens de myelosuppressie reactiveren en laesies veroorzaken aan de vermillionrand van de lip, de periorale huid en soms ook de orale mucosa, beperkt tot keratiniserend weefsel. Klinisch presenteren deze laesies zich met pijn, branderigheid en roodheid. Gevolgd door vesiculaire letsels die ulcereren. De behandeling bestaat doorgaans uit antivirale middelen zoals aciclovir in crème- of tabletvorm (26).

Naast HSV speelt ook het varicella zoster-virus (VZV) een belangrijke rol. Tayyar & Ho (2023) beschrijven dat VZV-infecties bij kankerpatiënten een incidentie van 5–15% hebben, met een

ernstiger klinisch beloop door de verminderde afweer. Dit benadrukt het belang van vroege herkenning en adequate antivirale therapie om complicaties te beperken (62).

Een systematische review door Elad et al. (2010) bevestigt dat infecties door leden van de Herpesviridae-familie de meest relevante virale complicaties zijn bij kankerbehandeling met orale betrokkenheid. Zij concludeerden dat HSV en VZV samen verantwoordelijk zijn voor meer dan 70% van de orale virale infecties bij oncologische patiënten, en dat deze infecties niet alleen de klinische last verergeren maar ook de continuïteit van de oncologische therapie bemoeilijken (63).

Hoewel infecties uit de Herpesviridae-familie het vaakst voorkomen tijdens oncologische behandelingen, is het humaan papillomavirus (HPV) eveneens een belangrijke virale factor binnen de hoofd-halsoncologie. HPV veroorzaakt een epidemiologisch en klinisch distincte vorm van orofaryngeale kanker en wordt beschouwd als een belangrijke etiologische risicofactor voor orofaryngeale carcinomen. In tegenstelling tot HSV en VZV behoort HPV niet tot de reacterende neurotrope herpesvirussen, maar heeft het vooral klinische relevantie door zijn rol in tumorontwikkeling en de sterk stijgende incidentie van HPV-positieve orofaryngeale carcinomen (64).

Bacteriële infecties

Infecties bij oncologische patiënten zijn een ernstige consequentie van immuunsuppressie, mucosale schade en verlies van barrièrefunctie. Hierbij kan mucositis of necrose evolueren tot bacteriëmie en sepsis. Onder chemo- en radiotherapie worden frequent Gram-negatieve bacillen (*Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae*), Gram-positieve cocci (*Staphylococcus aureus*, *S. epidermidis*) en schimmels (*Candida albicans*, *Aspergillus fumigatus*) geïsoleerd, waarbij *C. albicans* dominant is bij mucositis (65).

Chemotherapie leidt frequent tot neutropenie, waardoor patiënten uitzonderlijk kwetsbaar worden voor infecties. Binnen deze toestand van immuunverzwakking verschuift het infectiepatroon, waar aanvankelijk vooral Gram-negatieve bacteriën worden aangetroffen, nemen Gram-positieve pathogenen gaandeweg de overhand. Bij aanhoudende neutropenie treden ook schimmelinfecties op, met name veroorzaakt door *Candida*- en *Aspergillus*-soorten (66-67).

Het risico op dergelijke infecties wordt verder versterkt door een aantal klinisch relevante factoren, waaronder mucositis, het gebruik van centrale lijnen (intraveneuze katheters die in een grote centrale vene liggen), breedspectrumantibiotica en parenterale voeding (intraveneuze toediening van voedingsstoffen). Om deze risico's te beperken, is een stringent

hygiënebeleid essentieel, aangevuld met antifungale profylaxe met fluconazol. Routinematige antibioticaprofylaxe wordt vermeden om de ontwikkeling van antimicrobiële resistentie tegen te gaan. Wanneer zich een episode van febriele neutropenie voordoet, is het wel van cruciaal belang om onmiddellijk breed spectrum antibiotica op te starten, gevolgd door antifungale behandeling bij persisterende koorts (67-68).

Osteonecrose

Osteonecrose van de kaak is een orale complicatie die kan optreden bij oncologische patiënten en wordt onderscheiden in twee vormen: osteoradionecrose (ORN) en medication related osteonecrosis of the jaw (MRONJ) (69-70-71). Beide aandoeningen worden gekenmerkt door botnecrose ter hoogte van de kaak, maar verschillen in etiologie en risicoprofiel (70-71-72).

Osteoradionecrose ontstaat als een late complicatie van radiotherapie in het hoofd-halsgebied. Door schade aan het bestraalde bot neemt het herstelvermogen af, waardoor botnecrose kan optreden zonder aanwijzingen voor tumorrecidief. Door verbeterde radiotherapeutische technieken is de incidentie gedaald tot minder dan 5%, maar het risico blijft aanwezig, voornamelijk ter hoogte van de mandibula. Risicofactoren zijn onder meer hoge cumulatieve stralingsdoses, gecombineerd gebruik van chemotherapie, slechte mondhygiëne, orale infecties en dentoalveolaire ingrepen na radiotherapie (69,72,73).

MRONJ is geassocieerd met het gebruik van botmodificerende middelen of angiogeneseremmers, die frequent worden ingezet bij patiënten met gevorderde maligniteiten. De aandoening wordt gekenmerkt door persisterend blootliggend kaakbot dat langer dan acht weken aanwezig blijft, zonder voorafgaande radiotherapie in de kaakregio. Het risico neemt toe bij langdurige medicamenteuze therapie, invasieve tandheelkundige ingrepen, bestaande parodontale aandoeningen, slecht passende prothesen en algemene risicofactoren zoals roken en diabetes. Het samengaan van meerdere risicofactoren verhoogt de kans op het ontwikkelen van MRONJ (70-71-72).

Ondanks het verschil in ontstaansmechanisme vertonen ORN en MRONJ overeenkomsten in klinische presentatie en aanpak. Beide aandoeningen kunnen gepaard gaan met blootliggend bot, pijn, infecties en functionele beperkingen, wat gevolgen heeft voor het dagelijkse functioneren van de patiënt (70,72,73).

Preventie vormt bij beide vormen van osteonecrose een belangrijk aandachtspunt. Deze bestaat uit een tijdige dentale evaluatie en, indien nodig, sanering voor de start van radiotherapie of medicamenteuze behandeling, het vermijden van niet noodzakelijke invasieve ingrepen tijdens therapie en ondersteuning van een adequate dagelijkse

mondhygiëne. Wanneer osteonecrose optreedt, richt de behandeling zich in eerste instantie op symptoombeheersing, infectiepreventie en het beperken van verdere progressie, met nadruk op conservatieve opvolging (70,72,73).

De behandeling is primair gericht op symptoomverlichting, preventie van infecties en het beperken van verdere progressie van de laesie (70,72,73). Conservatieve behandelingen omvatten mondspoelingen met chloorhexidine en systemische antibiotica bij infectie, gecombineerd met verwijdering van losse sequestra om mechanische irritatie en secundaire infecties te voorkomen. Bij progressieve stadia is chirurgische interventie geïndiceerd (70-71,73). Adjunctieve therapieën zoals hyperbare zuurstof, laserapplicatie en platelet-rich plasma worden onderzocht, hierbij blijft wetenschappelijk bewijs voor hun effectiviteit beperkt (72-73).

Neurotoxiciteit

Neurotoxiciteit is een verzamelterm voor schade aan het zenuwstelsel die kan optreden tijdens kankerbehandelingen zoals chemotherapie, radiotherapie en immunotherapie. Patiënten kunnen last krijgen van perifere neuropathie met tintelingen of gevoelloosheid in handen en voeten, cognitieve stoornissen zoals geheugen- en concentratieproblemen en verwardheid of gedragsveranderingen (74-75).

Chemotherapie-geïnduceerde perifere neuropathie komt vaak voor bij behandelingen met platina, taxanen, vinca-alkaloïden, bortezomib en thalidomide. Dietrich (2020) beschrijft dat perifere neuropathie een van de meest voorkomende neurotoxische bijwerkingen is, waarbij vooral platina-verbindingen uitgesproken sensibele storingen veroorzaakt. Ook cognitieve klachten, vaak aangeduid als "chemobrain", worden frequent gezien na chemotherapie, met klachten zoals verminderde aandacht, geheugenproblemen en tragere informatieverwerking (74-75).

Radiotherapie kan daarnaast eveneens neurologische gevolgen hebben. Hoge doses methotrexaat en craniale bestraling worden in verband gebracht met leuko-encefalopathie en vertraagde cognitieve achteruitgang, die zich soms pas maanden tot jaren na de behandeling manifesteert. Sensorische dysfuncties zoals smaakstoornissen en neuropathische pijn worden eveneens beschreven na bestraling in het hoofd-halsgebied (74-75-76).

Cytotoxische chemotherapie kan tandpijn veroorzaken die sterk lijkt op pulpitis, waarbij geen tandheelkundige afwijkingen zichtbaar zijn. Deze zogenaamde odontalgie ontstaat door veranderingen in zenuwvezels van het hoofd- en halsgebied, afhankelijk van de dosering en

duur van de behandeling. De pijn is niet-specifiek, aanhoudend en kan spontaan verschijnen en verdwijnen, wat de diagnose bemoeilijkt. Bij klinisch onderzoek worden geen afwijkingen aan gebit of slijmvlies gezien, radiologisch kan een verdikking van het parodontale ligament bij vitale tanden worden vastgesteld. Voor tandartsen en mondhygiënist is het van groot belang dit te herkennen als een mogelijke bijwerking van chemotherapie, zodat onnodige endodontische of chirurgische ingrepen vermeden worden. De behandeling bestaat uit systemische pijnstillers, en het stoppen van het chemotherapeutische middel leidt geregeld tot het verdwijnen van de klachten. (26,76-77)

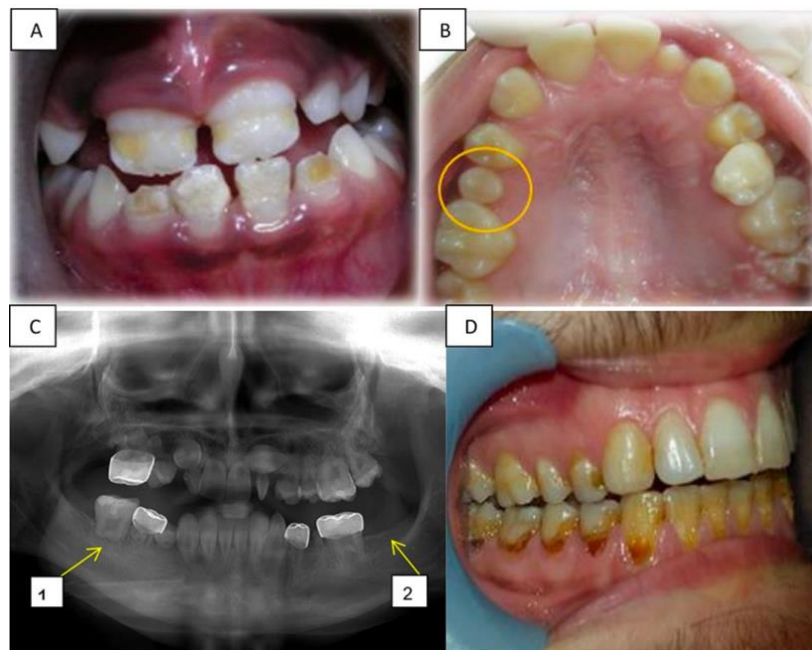
Ontwikkelingsstoornissen

Kankerbehandelingen tijdens de kindertijd hebben een diepgaande invloed op de ontwikkeling van het gebit en de omliggende structuren. Wanneer chemotherapie wordt toegediend tijdens de fase van odontogenese, kan dit de vorming en ontwikkeling van tandkiemen verstoren. Dit kan leiden tot afwijkingen zoals verkorte of conische wortels, agenesis, microdontie, glazuurhypoplasie en hypocalcificatie. Deze effecten zijn het gevolg van de directe impact van cytostatica op delende cellen in het tandweefsel, waardoor de normale groei en mineralisatie verstoord raken (26,78).

Radiotherapie heeft eveneens ingrijpende gevolgen, zeker wanneer deze wordt toegepast bij kinderen van geboorte tot puberteit. Naast dentale afwijkingen kan bestraling leiden tot veranderingen in de botgroei, met skeletale craniofaciale afwijkingen zoals maxillaire of mandibulaire hypodevelopment als gevolg (26,78). Dit betekent dat zowel de tanden als de kaakstructuren blijvend beïnvloed worden, wat functionele en esthetische complicaties kan veroorzaken (78-79).

Onderzoek toont aan dat dentale ontwikkelingsstoornissen frequent voorkomen bij kinderen die kankerbehandeling ondergingen. In de studie van Halperson et al. (2022) had 46% van de 121 deelnemers minstens één ontwikkelingsafwijking. De meest gerapporteerde afwijkingen waren hypomineralisatie/hypoplasie (17%), microdontie (17%), wortelafwijkingen (21%) en hypodontie (11%) (78).

De literatuur maakt duidelijk dat kankerbehandelingen tijdens de kindertijd een breed spectrum aan ontwikkelingsstoornissen kunnen veroorzaken. Deze omvatten onder meer ontbrekende of verkleinde tanden, afwijkingen in wortelvorming en glazuurdefecten (78,80-81). Wanneer radiotherapie wordt toegepast tijdens de groei, kunnen bovendien craniofaciale afwijkingen ontstaan, zoals een verminderde ontwikkeling van de boven- of onderkaak (26,78). Voor mondzorgprofessionals is het daarom essentieel om bij kinderkanker-survivors alert te zijn op deze afwijkingen, tijdig passende zorg te bieden en aandacht te hebben voor de psychosociale impact die deze afwijkingen met zich meebrengen.



Afbeelding 2: Voorbeelden van dentale ontwikkelingsstoornissen bij kinderkanker survivors, waaronder glazuurhypoplasie (A), microdontie (B), wortelafwijkingen (C1) en hypodontie/agenesis (C2). Afbeelding overgenomen uit Halperson et al. (2022) (1).

5 Onderzoeksvraag

Op basis van bovenstaande probleemstelling wordt volgende onderzoeksvraag geformuleerd: Welke rol kan de mondhygiënist opnemen binnen de oncologische zorgsetting in het ziekenhuis, en hoe kan deze functie worden geïntegreerd in het huidige zorgtraject?

5.1 Afbakening van de onderzoekspopulatie

In dit onderzoek wordt geen onderscheid gemaakt tussen oncologische patiënten die ambulant worden behandeld in de dagzaal en patiënten die gehospitaliseerd zijn. Deze keuze werd bewust gemaakt, aangezien orale complicaties zoals mucositis, xerostomie, infecties en cariës voornamelijk het gevolg zijn van chemo- en radiotherapie, en niet van de verblijfsstatus van de patiënt.

De rol van de mondhygiënist richt zich op preventie, educatie, screening en opvolging van mondgezondheid doorheen het volledige oncologische zorgtraject en is daarmee zorginhoudelijk van aard. Om die reden worden beide patiëntengroepen samen beschouwd, wat aansluit bij het exploratieve karakter van dit onderzoek en het doel om een overkoepelend beeld te schetsen van de taken en verantwoordelijkheden van de mondhygiënist binnen de oncologische ziekenhuissetting.

6 Methode en materialen

In dit hoofdstuk wordt de methodologische aanpak van deze bachelorproef toegelicht. Het onderzoek combineert een literatuurstudie met kwalitatieve dataverzameling, waardoor zowel theoretische inzichten als praktijkervaringen worden meegenomen. Dit hoofdstuk beschrijft de methode en materialen met betrekking tot het onderzoeksdesign, de literatuurstudie (6.1) en de vragenlijst (6.2).

Om de rol, noden en meerwaarde van de mondhygiënist binnen de oncologische ziekenhuiszorg in kaart te brengen, werd gekozen voor een exploratief onderzoeksdesign. Dit type onderzoek is geschikt wanneer een onderwerp nog beperkt beschreven is en wanneer het doel erin bestaat om inzichten, ervaringen en percepties van betrokken actoren te verkennen. Aangezien de rol van de mondhygiënist binnen de oncologische ziekenhuiszorg in Vlaanderen nog niet duidelijk is afgebakend, biedt een exploratieve benadering de mogelijkheid om deze rol in kaart te brengen vanuit het perspectief van zorgverleners.

6.1 Literatuurstudie

De literatuurstudie vormde de basis voor het onderzoeksopzet en de ontwikkeling van de interviewvragen. Er werd gezocht in de databanken PubMed en Google Scholar. De zoekstrategie bestond uit een combinatie van vrije zoektermen en MeSH-termen, opgebouwd met Booleaanse operatoren (AND/OR). De literatuurstudie omvatte Engelstalige en Nederlandstalige publicaties uit de periode 2004–2025 en werd uitgevoerd tussen oktober 2025 en april 2026. De exclusiecriteria waren onder meer niet-wetenschappelijke bronnen en studies zonder relevante link met de ziekenhuiscontext.

De gebruikte zoektermen hadden betrekking op drie grote domeinen:

1. Algemene oncologische en tandheelkundige literatuur
2. Specifieke orale complicaties van kankerbehandeling
3. Organisatie van ziekenhuizen en zorgstructuren in Vlaanderen

Voor de context rond de organisatie van ziekenhuizen en zorgstructuren in Vlaanderen werd gezocht met Nederlandstalige zoekwoorden. De zoektermen werden toegepast in Google Scholar en via websites van officiële instanties zoals het Departement Zorg en Gezondheid, UZ Leuven en Gezond België. Een overzicht van de gebruikte MeSH-termen is opgenomen in bijlage 3.

6.2 Vragenlijst

In de volgende onderdelen staat stap voor stap uitgelegd hoe de vragenlijst tot stand kwam en hoe de gegevens uit de interviews zijn verwerkt. Eerst volgt een toelichting bij de ontwikkeling van de vragenlijst en de gebruikte bronnen (6.2.1). Daarna komt de opbouw van de vragen aan bod (6.2.2), gevolgd door een beschrijving van de dataverzameling (6.2.3) en de analysemethode (6.2.3). Aansluitend ligt de focus op betrouwbaarheid en validiteit (6.2.5), waarna de ethische aandachtspunten kort worden toegelicht (6.2.6).

6.2.1 Ontwikkeling en bronnen

De vragenlijst werd ontwikkeld op basis van de voorafgaande literatuurstudie en de geselecteerde wetenschappelijke artikels die daarin werden opgenomen. Tijdens de analyse van de literatuur werden de belangrijkste thema's, knelpunten en terugkerende concepten met betrekking tot mondzorg binnen de oncologische ziekenhuiszorg geïdentificeerd. Deze vormden de inhoudelijke basis voor de ontwikkeling van de vragenlijst, met specifieke aandacht voor de rol, noden en percepties rond de mondhygiënist binnen een ziekenhuiscontext.

Op basis hiervan werden verschillende thematische domeinen vastgelegd, waaronder de bekendheid met het beroep van de mondhygiënist, de huidige organisatie van mondzorg binnen oncologische afdelingen, ervaren noden en behoeften omtrent een mondhygiënist, en de haalbaarheid van structurele integratie van een mondhygiënist binnen het multidisciplinaire zorgteam.

6.2.2 Opbouw van de vragenlijst

De uiteindelijke vragenlijst bestond uit een combinatie van demografische vragen, frequentiemetingen, beoordelende vragen en open vragen. Deze combinatie liet toe om zowel kwantitatieve als kwalitatieve informatie te verzamelen over de huidige situatie van mondzorg binnen de oncologische zorg en de verwachte rol van de mondhygiënist.

Na de inhoudelijke opbouw werd de vragenlijst nagelezen op taalgebruik, duidelijkheid en interne consistentie. Hierbij werd gebruikgemaakt van Copilot om formuleringen te verfijnen en de begrijpelijkheid te verhogen, zonder de inhoudelijke betekenis van de vragen te wijzigen. De finale versie van de vragenlijst werd opgenomen in de bijlagen van deze bachelorproef.

6.2.3 Dataverzameling

De interviews werden afgenomen bij zorgverleners die actief zijn binnen verschillende oncologische afdelingen in een ziekenhuis. Deze keuze werd gemaakt om een breed en multidisciplinair perspectief te verkrijgen op de huidige organisatie van mondzorg en de potentiële rol van de mondhygiënist. Zij werden per e-mail gecontacteerd en ontvingen een uitnodiging met een flyer waarin het doel en de opzet van de bachelorproef toegelicht werden (zie bijlage 5). In totaal werden 42 zorgverleners aangeschreven, waarvan 12 interviews werden gerealiseerd. Dit komt neer op een responsgraad van 28,6%.

6.2.4 Dataverwerking

Bij de verwerking van de antwoorden werd gewerkt volgens een vaste analysemethodiek. De open vragen werden inhoudelijk geanalyseerd en gecodeerd op basis van terugkerende thema's die relevant zijn voor de onderzoeksvraag. Deze thematische analyse combineerde een deductieve benadering, gebaseerd op de literatuur, met inductieve inzichten uit de verzamelde data. Deze combinatie laat toe om bestaande theoretische inzichten te toetsen aan de praktijk en tegelijk open te staan voor nieuwe elementen uit het veld.

6.2.5 Betrouwbaarheid en validiteit

Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te verhogen, werd expliciet aandacht besteed aan zowel intra- als interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Door te werken met een vaste interviewleidraad en een systematische analyse van de verkregen data werd gestreefd naar een consistente interpretatie van de resultaten. Eerst werd gezamenlijk een coderingskader opgesteld. Vervolgens codeerden beide onderzoekers onafhankelijk van elkaar een deel van de antwoorden, waarna de resultaten werden vergeleken en besproken tot een consensus werd bereikt. De definitieve codes en categorieën werden systematisch bijgehouden in een gedeeld Excel-document (82).

De validiteit van het onderzoek werd nagestreefd door triangulatie tussen literatuur en interviewdata. De bevindingen uit de praktijk werden telkens getoetst aan bestaande wetenschappelijke inzichten. Door deze aanpak werd getracht subjectieve interpretatie te beperken en de geloofwaardigheid van de resultaten te verhogen.

6.2.6 Ethische overwegingen

Bij het uitvoeren van dit onderzoek werd rekening gehouden met ethische principes. Deelname aan de interviews gebeurde op vrijwillige basis en de respondenten werden vooraf geïnformeerd over het doel van het onderzoek. De gegevens werden anoniem verwerkt en uitsluitend gebruikt voor onderzoeksdoeleinden.

7 Resultaten en discussie

Hoofdstuk 7 bestaat uit twee delen. In het eerste deel ligt de focus op de resultaten uit de interviews, met een overzicht van de belangrijkste bevindingen per thema (7.1). In het tweede deel volgt de discussie, waarin de kerninzichten uit deze resultaten een plaats krijgen binnen bestaande literatuur en binnen de bredere context van oncologische zorg (7.2).

7.1 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de bevindingen uit de interviews systematisch weergegeven en geïnterpreteerd. De resultaten steunen op de gecodeerde interviewdata uit het Excelbestand (82) met analyseoverzichten en op de volledige transcripties in bijlage 6.

De onderzoekers starten met een introductie (7.1.1) waarin de respondenten en hun functie binnen de oncologische zorg beschrijven, aangevuld met de ervaringen met orale complicaties, alsook de kennis van het beroep van mondhygiënist en eerdere samenwerkingen (7.1.2).

Daarna komt de huidige organisatie van mondzorg binnen de oncologische zorg aan bod. We focussen op de manier waarop zorgverleners mondzorg opvolgen, de meest voorkomende orale complicaties en de impact ervan op voeding, comfort, therapietrouw en herstel (7.1.3).

Vervolgens analyseren we de behoefte. We tonen hoe zorgverleners de aandacht voor mondgezondheid inschatten, in welke fases van het zorgtraject de grootste noden ontstaan, welke taken zij aan de mondhygiënist toeschrijven en welke meerwaarde zij verwachten van een structurele integratie (7.1.4).

In het onderdeel praktijk en haalbaarheid onderzoeken we waar de mondhygiënist volgens respondenten best gepositioneerd wordt, welke drempels de integratie bemoeilijken en hoe samenwerking binnen het oncologisch team vorm kan krijgen (7.1.5).

Tot slot geven we in de afsluiting van het interview een overzicht van de problemen die volgens de respondenten prioritair aandacht vragen bij een directe opstart van een mondhygiënist (7.1.6).

7.1.1 Introductie

Respondenten en functie binnen de oncologische zorg

De onderzoekers contacteerden tweeënveertig (n=42) professionals werkzaam binnen een oncologische afdeling in een ziekenhuis. Dit resulteerde in twaalf uitgevoerde interviews (n=12). Twee interviews werden door twee personen bijgewoond, waardoor het totale aantal individuele respondenten veertien bedroeg. De analyse eenheid in dit onderzoek blijft echter het aantal interviews (n=12).

De deelnemers van deze twaalf afdelingen bestonden uit acht (n= 8; 57,0%) actief als verpleegkundige, vijf (n= 5; 36,0%) als arts en een persoon (n= 1; 8,0%) als tandarts. De positieve responsgraad bedroeg 28,6% (n= 12).

De interviews werden afgenomen binnen verschillende oncologische afdelingen: twee binnen de hoofd- en hals oncologie (n=2; 16,7%), twee binnen de heelkunde (n=2; 16,7%), vijf binnen de pediatrie (n=5; 41,7%), twee binnen de hematologie (n=2; 16,7%) en één bij een radiotherapeut-oncoloog die grensoverschrijdend werkt (n=1; 8,3%).

Tabel 3: Afdeling van de respondenten

Oncologische afdeling	Aantal interviews (n)	Percentage (%)
Hoofd- en hals	2	16,7%
Heelkunde	2	16,8%
Pediatrie	5	41,7%
Hematologie	2	16,7%
Radiotherapeut-oncoloog (grensoverschrijdend)	1	8,3%
Totaal	n = 12	100%

Aanraking met orale complicaties tijdens chemo- en/of radiotherapie

De bevroagde zorgverleners gaven aan dat orale complicaties een terugkerend aspect vormen binnen hun dagelijkse praktijk. Negen deelnemers (n= 9; 75,0%) komen hier regelmatig mee in aanraking, terwijl twee respondenten (n= 2; 16,7%) uit de oncologische heelkunde weinig tot geen contact rapporteren. Eén deelnemer (n= 1; 8,3%), actief als zorgcoördinator, gaf aan dat er binnen de afdeling pediatrie regelmatig orale complicaties voorkomen, maar dat zij hier persoonlijk niet rechtstreeks mee in contact komt.

7.1.2 Bekendheid beroep mondhygiënist

Bekendheid met het beroep en de competenties van de mondhygiënist

Elf deelnemers (n= 11; 91,7%) rapporteerden een beperkte vertrouwdheid met het beroep van mondhygiënist. Vier deelnemers (n= 4; 33,3%) gaven aan in een persoonlijke context al in contact te zijn gekomen met het beroep. Eén deelnemer (n= 1; 8,3%), werkzaam als tandarts, beschikte over theoretische kennis over de functie en bevoegdheden van de mondhygiënist.

Eerdere samenwerking met mondhygiënist

Elf deelnemers (n= 11; 91,7%) rapporteerden geen professionele samenwerking met een mondhygiënist binnen hun huidige klinische praktijk. Eén deelnemer (n= 1; 8,3%), werkzaam als tandarts, gaf aan beperkte directe samenwerking te hebben ervaren.

De deelnemer die beperkte samenwerking rapporteerde, beschreef deze samenwerking als een aanvulling op de bestaande zorg, waarbij vooral de andere professionele insteek van de mondhygiënist werden benadrukt.

Duidelijkheid van de rol van de mondhygiënist binnen het ziekenhuis

Met betrekking tot de duidelijkheid van de rol van de mondhygiënist binnen het ziekenhuis gaf een meerderheid van de respondenten aan nood te hebben aan verdere verduidelijking. Zeven respondenten (n=7; 58,3%) rapporteerden dat de rol van de mondhygiënist onvoldoende duidelijk is. Eén respondent (n=1; 8,3%) gaf aan al een duidelijk beeld te hebben van de mogelijke rol. Daarnaast gaf één respondent (n=1; 8,3%) aan behoefte te hebben aan een overzicht van de bijhorende competenties. Tot slot erkenden zeven respondenten (n=7; 58,3%) de potentiële meerwaarde van de mondhygiënist binnen het ziekenhuis.

7.1.3 Huidige situatie mondzorg binnen de oncologie

Huidige opvolging mondzorg

De antwoorden van de respondenten (n= 12) tonen aan dat de huidige opvolging van mondzorg binnen de oncologische zorg op verschillende manieren georganiseerd wordt en sterk varieert per patiënt en afdeling.

De meest frequent genoemde actor in de opvolging van mondzorg is de tandarts, die in acht interviews werd genoemd (n= 8; 66,7%). Patiënten worden vaak opgevolgd door hun vertrouwde tandarts, zowel voor als tijdens het oncologisch traject. In meerdere gevallen gebeurt voorafgaand aan de therapie een grondige tandheelkundige sanering, waaronder extracties, waarbij enkele respondenten aangaven dat patiënten dit als belastend of oncomfortabel ervaren.

Daarnaast werd de rol van artsen benoemd in zes interviews (n= 6; 50,0%). Artsen volgen de mondgezondheid doorgaans op via inspectie van slijmvliezen, met focus op mucositis. In één interview werd expliciet verwezen naar het gebruik van WHO-mucositis scoring en verplichte dagelijkse mondinspectie, waarbij werd aangegeven dat protocollen kunnen verschillen tussen afdelingen.

Ook de verpleegkundige speelt een belangrijke rol in de opvolging van mondzorg en werd genoemd in zes interviews (n= 6; 50,0%). Verpleegkundigen staan vaak in voor dagelijkse mondzorg, spoelingen en observatie van de slijmvliezen en fungeren regelmatig als eerste aanspreekpunt bij mondzorgproblemen.

In één interview (n= 1; 8,3%) werd aangegeven dat mondzorg niet standaard bevestigd wordt en daardoor onder de radar kan blijven. Daarnaast verwees één respondent (n= 1; 8,3%) naar de betrokkenheid van andere zorgprofessionals binnen het ziekenhuis, zoals diëtisten, zij het in beperkte mate.

Meest voorkomende orale complicaties

Er werden verschillende orale complicaties gerapporteerd door de deelnemende professionals. Mucositis werd het vaakst genoemd en kwam voor in zeven interviews (n= 7; 58,3%). Xerostomie en smaakverlies of smaakstoornissen werden elk in vijf interviews vermeld (n= 5; 41,7%). Schimmelinfecties, waaronder Candida, werden in vier interviews gerapporteerd (n= 4; 33,3%).

Daarnaast kwamen virale infecties, zoals herpes, en andere infectieuze dentale complicaties (bacteriële infecties, tandinfecties en abscessen) elk in drie interviews voor (n= 3; 25,0%). Osteoradionecrose (ORN) en aftose werden in twee interviews genoemd (n= 2; 16,7%).

Minder frequent gerapporteerde complicaties waren cariës gerelateerd aan xerostomie, stomatitis, hypersalivatie, korsten, geurstoornissen, droge lippen (door de ventilatie) en ontwikkelingsstoornissen (verkorte wortels), die elk in één interview voorkwamen (n= 1; 8,3%).

Tabel 4: Meest voorkomende orale complicaties

Orale complicaties	Aantal (n)	Percentage (%)
Mucositis	7	58,3%
Xerostomie/ droge mond	5	41,7%
Smaakverlies/ smaakstoornissen	5	41,7%
Schimmelinfecties	4	33,3%
Virale infecties/ herpes	3	25,0%
Andere infecties (bacterieel, abscessen, tandinfecties)	3	25,0%
Osteoradionecrose	2	16,7%
Aftose	2	16,7%
Cariës (door xerostomie)	1	8,3%
Stomatitis	1	8,3%
Hypersalivatie	1	8,3%
Korstvorming	1	8,3%
Geurstoornis	1	8,3%
Droge lippen (door ventilatie of mucosale uitdroging)	1	8,3%
Ontwikkelingsstoornissen (verkorte wortels, wortelstop)	1	8,3%
Totaal	n = 12	100%

Impact van orale problemen

De impact van orale problemen op therapietrouw, comfort, voeding en herstel werd uitgebreid beschreven door de respondenten. De grootste invloed werd gerapporteerd op de orale intake, waarbij negen van de twaalf interviews (n= 9; 75,0%) vermeldden dat eten en drinken bemoeilijkt werd, voornamelijk door mucositis maar ook door tandverlies. Zorgverleners gaven aan dat bij patiënten met ernstige orale problemen bijkomende interventies werden ingezet, zoals enterale of parenterale voeding of intraveneuze vochttoediening. Verschillende respondenten benadrukten hun bezorgdheid om deze stappen te moeten zetten wanneer de orale intake onvoldoende blijft.

Een impact op het comfort en algemeen welzijn werd in drie interviews genoemd (n= 3; 25,0%). Vier interviews (n= 4; 33,3%) gaven aan dat in dergelijke situaties medicatie werd aangepast of intraveneus werd toegediend. Een impact op de oncologische therapie, zoals uitstel van chemokuren of een langere opnameduur, werd in drie interviews gerapporteerd (n= 3; 25,0%). Terwijl één respondent aangaf dat orale problemen weinig invloed hadden op de behandeling (n= 1; 8,3%).

Een psychische impact werd in twee interviews vermeld (n= 2; 16,7%). Daarnaast werd in één interview melding gemaakt van een impact op spreken (n= 1; 8,3%) en in één interview van een impact op herstel (n= 1; 8,3%). Een invloed op mondhygiëne (minder poetsen), voornamelijk door pijn bij mucositis, werd eveneens één keer genoemd (n= 1; 8,3%).

Tabel 5: Impact van de orale problemen

Impact	Aantal (n)	Percentage (%)
Impact orale intake (eten en drinken) (door muco en tandverlies)	9	75,0%
Impact orale intake (medicatie) (door muco)	4	33,3%
Impact op therapie (uitstel chemokuur, langere opnameduur)	3	25,0%
Impact op comfort en welzijn	3	25,0%
Impact op QOL	2	16,7%
Psychische impact	2	16,7%
Impact op spreken	1	8,3%
Impact op herstel	1	8,3%
Weinig impact op behandeling	1	8,3%
Impact op mondhygiëne (niet poetsen bij muco)	1	8,3%
Totaal	n = 12	100%

7.1.4 Behoeftanalyse

Perceptie van de huidige aandacht voor mondgezondheid in de oncologische zorg

Uit de interviews bleek dat de huidige aandacht voor mondzorg binnen de oncologische afdelingen over het algemeen als onvoldoende werd ervaren. Vijf respondenten (n= 5; 41,7%) gaven expliciet aan dat de aandacht voor mondzorg onvoldoende is. Twee respondenten (n= 2; 16,7%) beschreven dat de aandacht voornamelijk curatief is, met beperkte aandacht voor preventie. Eén respondent (n= 1; 8,3%) gaf aan dat mondzorg wel aanwezig is maar geen prioriteit vormt, terwijl één andere respondent (n= 1; 8,3%) aangaf dat er veel aandacht is voor mondzorg, maar dat er nog ruimte voor verbetering bestaat.

Twee interviews (n= 2; 16,7%) verwezen naar structurele beperkingen, waaronder de verbondenheid van tandartsen aan de externe afdeling tandheelkunde, wat hun inzetbaarheid op andere afdelingen beperkt.

Enkele respondenten benoemden mogelijke oplossingen, waaronder de nood aan een breder mondzorgteam (n= 1; 8,3%) en de potentiële meerwaarde van een mondhygiënist binnen de oncologische zorg (n= 2; 16,7%).

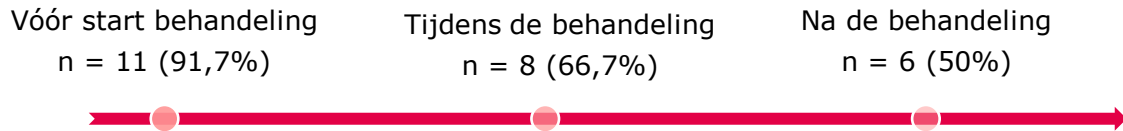
Momenten in het zorgtraject met grootste nood aan mondzorgondersteuning

De nood aan mondzorgondersteuning is het meest uitgesproken vóór de start van het oncologisch traject. Elf van de twaalf respondenten (n= 11; 91,7%) gaven aan dat de fase vóór de behandeling cruciaal is.

Daarnaast werd in acht interviews (n= 8; 66,7%) aangegeven dat ook tijdens de behandeling een duidelijke nood bestaat aan mondzorgondersteuning.

Zes respondenten (n= 6; 50%) benadrukten dat er eveneens een rol is na de behandeling.

In één interview (n= 1; 8,3%) werd geen duidelijk antwoord gegeven op deze vraag.



Figuur 1: Momenten in het zorgtraject met de grootste nood aan ondersteuning

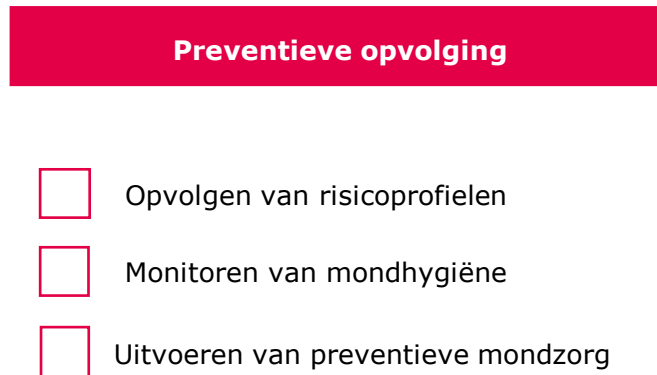
Mogelijke taken van de mondhygiënist

Respondenten gaven aan dat de mondhygiënist een breed en veelzijdig takenpakket kan opnemen binnen de oncologische zorg. De meest frequent genoemde taak was het verstrekken van educatie en advies, wat in elf van de twaalf interviews werd vermeld (n= 11; 91,7%). Dit omvatte zowel patiënteneducatie als ondersteuning en opleiding van verpleegkundigen, aangevuld met productadvies, poetsinstructies en het ontwikkelen van brochures en richtlijnen.

Daarnaast werd in tien interviews (n= 10; 83,3%) aangegeven dat de mondhygiënist een belangrijke rol kan spelen in de screening en detectie van mondproblemen, waaronder het screenen van nieuwe patiënten, het vroegtijdig herkennen van mucosale afwijkingen en het opstellen van intake-instrumenten.

Preventieve opvolging werd in zeven interviews genoemd (n= 7; 58,3%), waaronder het opvolgen van risicoprofielen, het monitoren van mondhygiëne tijdens behandeling en het uitvoeren van preventieve mondzorg. Ook triage en doorverwijzing kwamen regelmatig naar

voren (n= 6; 50,0%), waarbij de mondhygiënist een schakel kan vormen tussen verpleegkundigen, tandartsen en MKA-specialisten.



Figuur 2: Preventieve opvolging

Verder werden in zes interviews (n= 6; 50,0%) taken rond ondersteuning tijdens de behandeling beschreven, zoals motivatie van kinderen en ouders, ondersteuning op de hospitalisatieafdeling en betrokkenheid bij nieuwe diagnoses. Technische taken, zoals professionele reiniging en het vervaardigen van fluoridemalletjes, werden minder frequent genoemd (n= 4; 33,3%). Tot slot werd in vier interviews (n= 4; 33,3%) verwezen naar een rol in organisatie en protocollen, waaronder het opstellen of verbeteren van mondzorgprotocollen en het ontwikkelen van standaardmateriaalpakketten.

Tabel 6: Categorieën en taken mondhygiënist

Categorie/ Taak	Aantal vermeldingen (n)
Screening & detectie	10
– Screening nieuwe patiënten/ bij diagnose – Detectie mondproblemen/ mondletsels/ GVHD – Intake vragenlijst opstellen	
Preventieve opvolging	7
– Preventieve mondzorg – Selectieve opvolging risicoprofielen – Opvolging mondhygiëne tijdens behandeling	
Educatie & advies	11
– Educatie patiënten – Educatie verpleegkundigen – Advies (producten, fluoride, poetsinstructies) – Zelfinspectie aanleren – Voorlichting ouders/kinderen	
Triage & doorverwijzing	6
– Triage van mondproblemen – Doorverwijzing naar TA/MKA/orthodontie	
Technische taken	4
– Professionele reiniging – Fluoridemalletjes maken	
Ondersteuning tijdens behandeling	6
– Motivatie & opvolging (kinderen/ouders) – Ondersteuning op hospitalisatieafdeling – Snelle betrokkenheid bij nieuwe diagnoses – Voorbereiding & advies bij einde traject	
Organisatie & protocollen	4
– Opstellen/verbeteren van mondzorgprotocollen – Brochures & richtlijnen ontwikkelen – Standaardpakketje mondzorgmaterialen – Brugfunctie zijn tussen tandarts en verpleegkundigen	

Verwachte voordelen van een structurele inbedding van de mondhygiënist

In drie interviews (n= 3; 25%) werd aangegeven dat een mondhygiënist kan bijdragen aan een betere kwaliteit en continuïteit van mondzorg, onder meer door te voorkomen dat patiënten uit de boot vallen.

Daarnaast werd in drie interviews (n= 3; 25%) aangegeven dat een mondhygiënist kan bijdragen aan een betere taakverdeling en ontlasting van de tandarts, waardoor elke discipline

zich meer op haar eigen specialiteit kan focussen. Even vaak werd verwezen naar een betere ondersteuning van verpleegkundigen (n= 3; 25%), onder meer doordat vragen sneller kunnen worden opgevangen en doordat verpleegkundigen meer handvaten krijgen bij complexe of tijdrovende mondzorgproblemen.

Ook preventie en het verminderen van complicaties werden in drie interviews genoemd (n= 3; 25%), waarbij respondenten aangaven dat een mondhygiënist een belangrijke rol kan spelen in vroegtijdige detectie en preventieve opvolging. Twee respondenten (n= 2; 16,7%) benadrukten de meerwaarde voor multidisciplinaire samenwerking, onder meer door kortere communicatielijnen en interne expertiseopbouw. Eveneens in twee interviews (n= 2; 16,7%) werd het voordeel genoemd van een aanspreekpunt voor vragen thuis, vooral voor ouders van pediatrische patiënten.

Daarnaast werden enkele meer afgebakende voordelen genoemd, zoals een snellere opstart van het mondzorgtraject (n= 1; 8,3%), een verhoogde zichtbaarheid van mondzorg binnen het ziekenhuis (n= 1; 8,3%) en het feit dat sommige respondenten wel voorstander zijn, maar het moeilijk vinden om zich een concreet beeld te vormen van de rol (n= 1; 8,3%). Eén respondent gaf aan dat er voor de eigen afdeling (heelkunde) geen directe meerwaarde werd verwacht (n= 1; 8,3%).

Tabel 7: Verwachte voordelen structurele inbedding mondhygiënist

Verwachte voordelen	Aantal (n)	Percentage (%)
Verbetering kwaliteit en continuïteit van mondzorg	3	25,0%
Preventie en reductie van complicaties	3	25,0%
Ondersteuning verpleegkundigen	3	25,0%
Ontlasting tandarts en taakverdeling	3	25,0%
Multidisciplinaire samenwerking	2	16,7%
Ondersteuning thuis	2	16,7%
Educatie	2	16,7%
Geen directe meerwaarde voor eigen afdeling (heelkunde)	1	8,3%
Moeite om beeld te scheppen, maar wel voorstander	1	8,3%
Snellere opstart mondzorgtraject	1	8,3%
Verhogen zichtbaarheid van mondzorg	1	8,3%
Totaal	n =12	100%

7.1.5 Praktijk en haalbaarheid

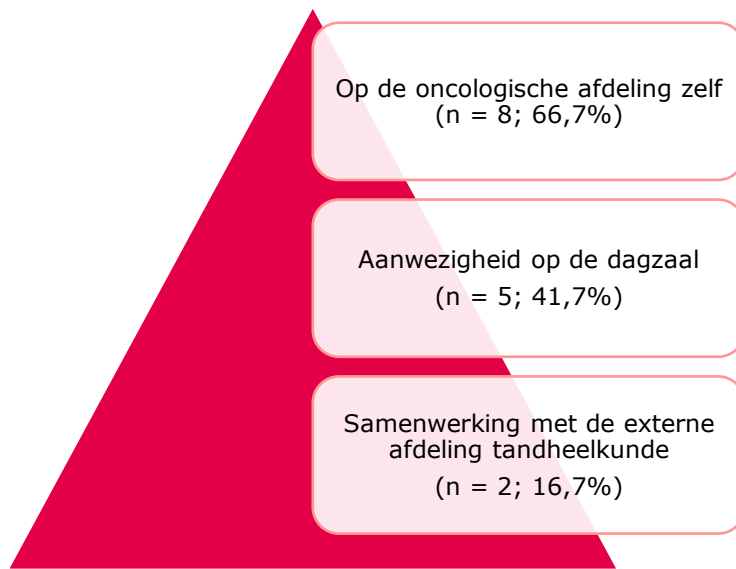
Voorkeurspositionering van de mondhygiënist binnen het ziekenhuis

Acht respondenten (n=8; 66,7%) gaven aan dat de mondhygiënist bij voorkeur op de oncologische afdeling gepositioneerd wordt. Deze voorkeur werd voornamelijk gemotiveerd door de nood aan nabijheid, een centrale en geïntegreerde locatie en de directe beschikbaarheid voor zowel patiënten als zorgverleners.

Vijf respondenten (n=5; 41,7%) benadrukten daarnaast het belang van aanwezigheid op de dagzaal of het dagziekenhuis. Vier respondenten (n=4; 33,3%) legden de nadruk op het belang van multidisciplinaire samenwerking en de meerwaarde van een geïntegreerde zorgbenadering.

Verder gaven vijf respondenten (n=5; 41,7%) expliciet aan dat een externe positionering, zoals de afdeling tandheelkunde, onwenselijk is. Ze beschreven een externe locatie als minder toegankelijk en drempelverhogend, wat volgens hen zorgt voor negatieve gevolgen voor de motivatie en therapietrouw van patiënten.

Twee respondenten (n=2; 16,7%) gaven aan dat een samenwerking met de externe afdeling tandheelkunde wel haalbaar is, op voorwaarde dat er een vlotte en structurele communicatie tussen beide instellingen wordt gegarandeerd. Zij benadrukten daarnaast dat de goede infrastructuur en de aanwezigheid van tandartsen in de afdeling tandheelkunde een meerwaarde kunnen bieden ter ondersteuning van de mondhygiënist.



Figuur 3: Voorkeurspositionering mondhygiënist

Verwachte drempels en uitdagingen bij een structurele inbedding van de mondhygiënist

Uit de interviews kwamen verschillende drempels naar voren bij de integratie van een mondhygiënist binnen de oncologische zorg. De meest frequent genoemde drempel was financiering, die in tien interviews werd aangehaald (n= 10; 83,3%). Respondenten verwezen hierbij naar de structurele en recurrente personeelskost, de onduidelijkheid over het financieringsmodel en het gebrek aan RIZIV-terugbetaling, wat een duurzame implementatie bemoeilijkt.

Daarnaast werd in zeven interviews (n= 7; 58,3%) gewezen op rolonduidelijkheid en onzekerheid over de meerwaarde van de mondhygiënist binnen het oncologisch team. Deze drempel hing samen met onbekendheid met het MH-profiel en het ontbreken van duidelijke afbakening ten opzichte van bestaande rollen.

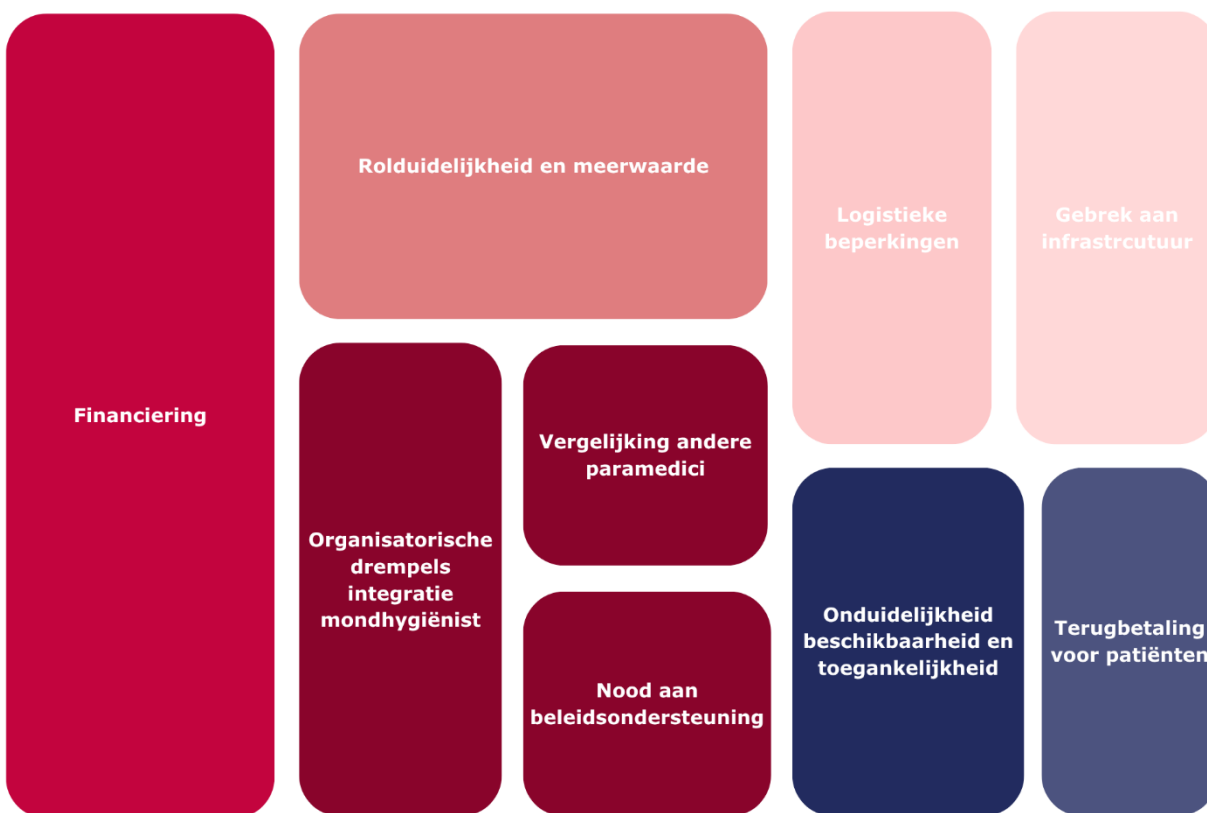
Logistieke en infrastructurele beperkingen werden elk in vier interviews benoemd (n= 4; 33,3%). Respondenten verwezen onder meer naar een gebrek aan geschikte ruimte, materiaal en aangepaste infrastructuur, vooral in het kader van zorg aan bed en kamerbezoeken.

De terugbetaling werd in drie interviews genoemd (n= 3; 25,0%), met name als financiële drempel, waarbij werd aangegeven dat patiënten kunnen afhaken bij niet-terugbetaalde zorg.

Minder frequent, maar relevant, kwamen organisatorische drempels naar voren. Twee respondenten (n= 2; 16,7%) benoemden uitdagingen bij de integratie in bestaande zorgstructuren en trage implementatie van nieuwe projecten. Eén respondent (n= 1; 8,3%) verwees naar de leercurve en het uitbouwen van een veilige workflow bij opstart.

Andere sporadisch genoemde drempels waren onduidelijke beschikbaarheid en toegankelijkheid (n= 3; 25,0%), de vergelijking met beter ingebedde paramedische beroepen (n= 2; 16,7%), een nood aan beleidsondersteuning (n= 2; 16,7%) en het feit dat kinderen zich soms moeilijk laten onderzoeken (n= 1; 8,3%).

Samengevat tonen de resultaten aan dat financiering en rolonduidelijkheid de belangrijkste ervaren drempels zijn, aangevuld met logistieke, organisatorische en beleidsmatige knelpunten bij de integratie van een mondhygiënist binnen de oncologische zorg.



Figuur 4: Drempels integratie mondhygiënist

Verloop samenwerking met de mondhygiënist

Er kwam een vrij eensluidend beeld naar voren over hoe de samenwerking met een mondhygiënist idealiter zou verlopen binnen de oncologische zorg.

De meest frequent genoemde samenwerkingsvorm was de consultfunctie, die in negen interviews werd benoemd (n= 9; 75,0%). Respondenten gaven aan dat de mondhygiënist niet permanent op de afdeling aanwezig hoeft te zijn, maar oproepbaar moet zijn en aanwezig kan zijn op consultaties, vergelijkbaar met andere paramedische disciplines zoals diëtisten of logopedisten. Hierbij werd benadrukt dat de mondhygiënist selectief wordt ingeschakeld, met focus op risicopatiënten, intake-momenten en specifieke mondzorgproblemen.

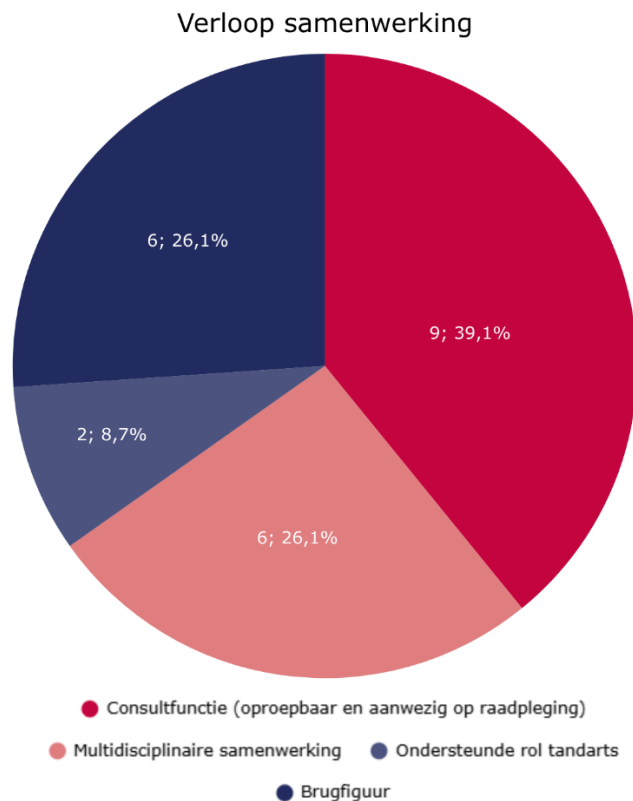
Daarnaast werd in zes interviews (n= 6; 50,0%) de rol van de mondhygiënist als brugfiguur benoemd. Respondenten beschreven de mondhygiënist hierbij als een schakel tussen het oncologisch team, de tandarts, andere disciplines en de patiënt en diens ouders. De mondhygiënist fungeert in deze context als aanspreekpunt voor verpleegkundigen en ouders en draagt bij aan continuïteit en vlotte communicatie.

Multidisciplinaire samenwerking werd eveneens sterk benadrukt en kwam naar voren in zes interviews (n= 6; 50,0%). Respondenten gaven aan dat de mondhygiënist idealiter geïntegreerd wordt in het oncologisch zorgtraject, met duidelijke afstemming en terugkoppeling naar artsen, verpleegkundigen, tandartsen en MKA-artsen.

Een ondersteunende rol ten aanzien van de tandarts werd benoemd in twee interviews (n= 2; 16,7%). Hierbij werd verwezen naar nauwe samenwerking, duidelijke taakverdeling en snelle doorverwijzing tussen mondhygiënist en tandarts, waarbij de mondhygiënist het mondzorgtraject kan opvolgen en ondersteunen.

Enkele respondenten maakten aanvullend de vergelijking met bestaande ondersteunende teams binnen het ziekenhuis, zoals wondzorg- of ziekenhuishygiëneteam (n= 1; 8,3%). In dit model werd de mondhygiënist beschreven als een bereikbaar adviesorgaan met vaste procedures, raadpleegbaar via intranet en inzetbaar bij complexe mondzorgproblemen.

Samengevat tonen de resultaten aan dat de mondhygiënist volgens de respondenten voornamelijk gezien wordt als een consultatief, multidisciplinair geïntegreerd profiel, dat fungeert als brugfiguur en aanspreekpunt, met een ondersteunende rol ten opzichte van zowel verpleegkundigen als tandartsen.



Figuur 5: Verloop samenwerking

7.1.6 Afsluiting van het interview

Prioritaire problemen die een mondhygiënist zou moeten aanpakken

Bij een onmiddellijke opstart van een mondhygiënist binnen de oncologische zorg wordt screening en intake als belangrijkste eerste taak gezien. Deze focus kwam naar voren in zeven interviews (n= 7; 58,3%) en omvat het systematisch screenen van nieuwe patiënten, het opsporen van risicoprofielen en het identificeren van verborgen mondzorgrisico's bij de start van het oncologisch traject.

Daarnaast wordt de mondhygiënist in zes interviews (n= 6; 50,0%) gezien als ondersteunend profiel op de afdelingen en bij de tandarts, met aandacht voor preventie, infectierisico's en opvolging van orale complicaties zoals mucositis, in nauwe afstemming met de tandarts.

Ook educatie van zorgprofessionals, patiënten en ouders werd frequent genoemd (n= 6; 50,0%). Hierbij gaat het om laagdrempelige informatie, praktische adviezen en het versterken van kennis bij verpleegkundigen en ouders. Het ontwikkelen van ondersteunend educatief materiaal, zoals brochures of een beknopt informatiedocument, werd benoemd in vier interviews (n= 4; 33,3%).

Het uitwerken van protocollen en het voorstellen van het beroep mondhygiënist werden elk slechts één keer expliciet genoemd (n= 1; 8,3%) en worden minder vaak als onmiddellijke prioriteit beschouwd.

7.2 Discussie

Belangrijkste bevindingen

Deze studie toont aan dat mondzorg binnen de oncologische ziekenhuissetting momenteel niet structureel geïntegreerd is in het zorgtraject ondanks dat mondzorg als belangrijk erkend wordt. De resultaten wijzen op een versnipperde organisatie, waarbij de opvolging van mondgezondheid voornamelijk reactief gebeurt en afhankelijk is van individuele zorgverleners zoals artsen, arts-assistenten en verpleegkundigen. In veel gevallen ontbreekt een vast aanspreekpunt voor mondzorg, wat leidt tot inconsistentie in opvolging en beperkte inzet op preventie.

Deze versnippering sluit aan bij de historisch extramurale organisatie van tandheelkundige zorg, waardoor mondzorg binnen het ziekenhuis nooit een vaste plaats kreeg. Deze organisatievorm brengt verschillende drempels met zich mee. Respondenten wijzen op lange wachttijden, beperkte toegankelijkheid en het ontbreken van een vaste afstemming tussen ziekenhuis en externe zorgverleners. Bovendien wordt de informatie-uitwisseling bemoeilijkt door deze gescheiden organisatie, waardoor opvolging minder efficiënt verloopt en zorgcontinuïteit niet altijd gegarandeerd is. Dit leidt ertoe dat momenteel preventieve opvolging moeilijker te realiseren is binnen het oncologisch zorgtraject.

De literatuur benadrukt nochtans dat oncologische behandelingen een directe en vaak ernstige impact hebben op het mondslijmvlies, de speekselklieren, het parodontium en het kaakbot, waardoor mondzorg een essentieel onderdeel vormt van ondersteunende oncologische zorg. Het ontbreken van één vast aanspreekpunt verhoogt het risico dat problemen pas in een laat stadium zichtbaar worden en vooral reactief worden aangepakt.

Daarnaast tonen de resultaten duidelijke verschillen tussen oncologische afdelingen in de organisatie van mondzorg. Binnen heelkunde en hematologie verloopt de opvolging vaak beperkt en weinig gestructureerd. Mondzorg krijgt er geen vaste plaats binnen het zorgproces, waardoor de opvolging voornamelijk reactief gebeurt. Dit hangt samen met een combinatie van factoren, waaronder het ontbreken van een vaste tandheelkundige aanwezigheid, beperkte specifieke expertise, tijdsdruk, het ontbreken van protocollen en een onduidelijke

taakverdeling waarbij geen enkele discipline zich primair verantwoordelijk voelt voor mondzorg.

Binnen de hoofd-halszorg vormt de organisatie van tandheelkundige ondersteuning een structurele drempel. De betrokkenheid van tandartsen verloopt voornamelijk via externe diensten, waardoor toegankelijkheid beperkt is en opvolging vaak vertraagd gebeurt door logistieke factoren zoals planning en verplaatsing van patiënten.

De kinderoncologie vormt hierin een uitzondering, waar meer structurele samenwerking en opvolging aanwezig is. Tegelijk geven respondenten aan dat ook binnen deze setting verdere optimalisatie mogelijk is, onder meer door eerder in het zorgtraject in te zetten op screening en preventie. Deze verschillen tussen afdelingen tonen aan dat de integratie van mondzorg binnen de ziekenhuissetting momenteel inconsistent verloopt, terwijl de aanwezige goede praktijken aantonen dat een meer gestructureerde aanpak haalbaar is.

Precies in deze lacunes kan de mondhygiënist een belangrijke rol opnemen. Door als vaste, laagdrempelige en gespecialiseerde professional aanwezig te zijn op de oncologische afdelingen, creëert de mondhygiënist het centraal aanspreekpunt dat vandaag ontbreekt. Die aanwezigheid maakt systematische screening, vroege detectie en tijdige preventieve interventies mogelijk.

In de huidige oncologische zorg staat mondgezondheid vaak lager op de prioriteitenlijst; de focus ligt begrijpelijkerwijs op de oncologische behandeling, waardoor orale problemen pas aandacht krijgen wanneer ze al een impact hebben op voeding, therapietrouw of het verloop van de behandeling. Door de mondhygiënist structureel te integreren in het zorgtraject, stijgt mondzorg in die prioriteitenlijst. De mondhygiënist fungeert daarbij als ambassadeur van mondzorg, iemand die de klinische relevantie van een gezonde mond continu zichtbaar maakt binnen het team én bij de patiënt.

De mondhygiënist kan bovendien de kloof opvangen tussen verpleegkundigen, die vooral comfortzorg bieden, en tandartsen, die vaak pas betrokken raken wanneer problemen al gevorderd zijn. Door continu aanwezig te zijn in het zorgtraject kan de mondhygiënist mondzorg integreren in dagelijkse routines, patiënten en familie gericht educeren en zorgverleners ondersteunen in het herkennen van vroege signalen van onder andere mucositis, infecties of hyposalivatie. Op die manier ontstaat een uniforme en proactieve aanpak die de huidige versnippering doorbreekt en voorkomt dat mondzorg pas aandacht krijgt wanneer complicaties al een impact hebben op voeding, therapietrouw of het verloop van de behandeling.

Respondenten gaven aan dat de grootste nood aan mondzorgondersteuning ligt vóór de start van de oncologische behandeling. Dit sluit aan bij MASCC/ISOO-richtlijnen, die een pretherapeutische mondzorgscreening beschrijven als een cruciale stap om ernstige complicaties te beperken. In de praktijk raakt deze fase echter vaak onderbenut. Zorgverleners verklaarden dit door tijdsdruk bij snelle opstart van therapie, logistieke drempels zoals het ontbreken van een tandarts op de afdeling en het ontbreken van een zorgprofiel dat deze screening systematisch opneemt.

Een opvallende bevinding is dat het beroep van de mondhygiënist weinig bekend is binnen de oncologische ziekenhuiscontext. De meerderheid van de respondenten gaf aan niet goed te weten welke taken en verantwoordelijkheden een mondhygiënist precies heeft. Deze onbekendheid vormt een belangrijke barrière voor integratie. De taken die zorgverleners spontaan toeschreven aan de mondhygiënist (preventie, educatie, screening en opvolging) sluiten nauw aan bij het bestaande beroepsprofiel. De resultaten suggereren dat rolonduidelijkheid vooral voortkomt uit gebrek aan kennis, niet uit inhoudelijke weerstand. Wanneer het beroepsprofiel werd toegelicht, gaven vrijwel alle respondenten aan dat een mondhygiënist een duidelijke meerwaarde kan bieden binnen de oncologische zorg, wat aansluit bij de literatuur die het belang van mondzorg in het beperken van therapie gerelateerde complicaties benadrukt.

De multidisciplinaire organisatie van ziekenhuizen biedt bovendien een logisch kader waarin de mondhygiënist zonder problemen kan functioneren als aanvullende zorgprofessional. Binnen oncologische trajecten werken artsen, verpleegkundigen, diëtisten, psychologen en andere disciplines al structureel samen, waardoor een geïntegreerde aanpak vanzelfsprekend is. In zo'n model past de mondhygiënist logisch naast de bestaande disciplines, omdat preventie, educatie en vroege detectie aansluiten bij de taken die andere paramedici vandaag al opnemen. Toch tonen de resultaten dat deze integratie uitblijft. Respondenten verwezen naar de historisch extramurale organisatie van mondzorg, de beperkte aanwezigheid van tandartsen op de afdelingen en het ontbreken van een zorgprofiel dat preventieve mondzorg binnen het oncologische traject opneemt. Hierdoor ontstaat een situatie waarin de mondhygiënist inhoudelijk perfect past binnen het multidisciplinaire kader, maar nog geen plaats krijgt binnen de bestaande structuren.

Bespreking van de bevindingen

De kloof tussen richtlijnen en praktijk kan verklaard worden door een samenspel van organisatorische en structurele factoren.

Een centrale drempel vormt het ontbreken van een duidelijk financieringskader voor de mondhygiënist binnen ziekenhuizen. Zolang deze functie niet verankerd is in bestaande terugbetalingssystemen of financieringsmechanismen, blijft een structurele integratie moeilijk realiseerbaar. Dit sluit aan bij de literatuur over ziekenhuisfinanciering in België, waarin wordt aangetoond dat de inzet van ondersteunende zorgberoepen sterk afhankelijk is van RIZIV-nomenclatuur, forfaitaire systemen en beleidsmatige keuzes.

De resultaten tonen bovendien aan dat de beperkte inzet van de mondhygiënist niet het gevolg is van een gebrek aan meerwaarde. Integendeel, zorgverleners beschrijven een duidelijke aansluiting tussen de competenties van de mondhygiënist en de noden binnen het oncologisch zorgtraject. De afwezigheid van deze functie in de praktijk lijkt eerder voort te komen uit structurele barrières, zoals de beperkte bekendheid van het beroep, het ontbreken van een vaste plaats binnen bestaande zorgtrajecten en het ontbreken van financiële omkadering. Daarnaast speelt ook de organisatie van de zorg een rol. Binnen het huidige systeem, waarin financiering grotendeels gebeurt via forfaits per bedtype, krijgt mondzorg geen expliciete plaats. Hierdoor ontstaat een situatie waarin de inzet van een mondhygiënist inhoudelijk sterk onderbouwd is, maar organisatorisch moeilijk wordt gefaciliteerd.

Deze combinatie van factoren leidt tot een duidelijk spanningsveld: ondanks de grote nood en de uitgebreide mogelijkheden van de mondhygiënist, ontbreekt de structurele omkadering om deze rol effectief te realiseren binnen de oncologische zorgcontext. Dit roept de vraag op hoe het komt dat een profiel dat zo nauw aansluit bij de vastgestelde problemen, toch geen structurele plaats krijgt binnen het oncologische zorgmodel.



Figuur 6: Samenvattende weergave van de noden en drempels voor mondzorg binnen oncologische afdelingen

Beperkingen van de studie

Deze studie kent enkele beperkingen. De steekproefgrootte is beperkt en bestaat voornamelijk uit zorgverleners, waardoor de resultaten niet generaliseerbaar zijn naar alle ziekenhuiscontexten.

Daarnaast werd het perspectief van patiënten niet onderzocht, terwijl zij een centrale rol spelen in het ervaren van orale complicaties en de nood aan zorg. Dit beperkt de volledigheid van de bevindingen.

Verder kan er sprake zijn van selectie bias, aangezien zorgverleners met interesse in mondzorg mogelijk sneller deelnamen aan het onderzoek. Tot slot werd het onderzoek uitgevoerd binnen een beperkte context, waardoor verschillen tussen ziekenhuizen of regio's niet volledig in kaart werden gebracht.

8 Eventuele aanbevelingen

Op basis van de bevindingen uit dit onderzoek worden in dit hoofdstuk enkele aanbevelingen geformuleerd voor de praktijk en toekomstig onderzoek. Deze aanbevelingen zijn gericht op het versterken van de integratie van mondzorg binnen de oncologische ziekenhuiscontext en het verduidelijken van de rol van de mondhygiënist.

8.1 Student 1: Laura Janssens

Aanbevelingen op basis van de bachelorproef

Deze bachelorproef brengt duidelijke noden in de oncologische zorg in kaart waarvoor de mondhygiënist relevante expertise biedt. Dit ondersteunt het opnemen van de mondhygiënist in het oncologische zorgtraject binnen een consultatieve en multidisciplinaire werking.

De mondhygiënist kan optreden als vast aanspreekpunt voor mondzorg, met focus op screening bij diagnose, preventieve opvolging, educatie en ondersteuning voor, tijdens en na de behandeling. Deze consultfunctie sluit aan bij de manier waarop andere paramedische disciplines binnen het ziekenhuis functioneren en werd ook door respondenten als haalbaar en wenselijk beschouwd. Op basis van de bevindingen werd een eerste aanzet van het IFIC-model voor de mondhygiënist uitgewerkt. Dit model biedt andere zorgprofessionals een duidelijker inzicht in de specifieke bijdrage van de mondhygiënist. Het volledige overzicht is opgenomen in de bijlage 7.

Daarnaast vraagt de positionering van de mondhygiënist aandacht. Een aanwezigheid op of nabij de oncologische afdeling en het dagziekenhuis verlaagt zorgdrempels en versterkt integratie. Een uitsluitend externe positionering, zoals binnen de afdeling tandheelkunde, beperkt toegankelijkheid en samenwerking.

Tot slot vraagt de huidige rol onduidelijkheid om gerichte interne communicatie. Door taken en verantwoordelijkheden duidelijk te omschrijven binnen zorgpaden en multidisciplinaire afspraken, kan het ziekenhuis de meerwaarde van de mondhygiënist beter benutten.

Aanbevelingen voor nieuwe onderzoeken

Toekomstig onderzoek kan de klinische en organisatorische impact van de mondhygiënist binnen de oncologische ziekenhuiszorg verder onderbouwen. Kwantitatieve studies kunnen hierbij inzicht bieden door patiëntengroepen met en zonder structurele mondzorginterventies door een mondhygiënist te vergelijken op vlak van orale complicaties, voeding, therapietrouw en levenskwaliteit.

Daarnaast kunnen economische analyses inzicht bieden in kosten-batenverhoudingen, bijvoorbeeld door preventie te linken aan minder medische interventies of kortere opnameduur. Vergelijkend onderzoek tussen ziekenhuizen met en zonder geïntegreerde mondhygiënist kan hierbij extra meerwaarde bieden.

Aanbevelingen bij herhaling of uitbreiding van de bachelorproef

Bij herhaling van deze bachelorproef kan het zinvol zijn om te werken met een meer afgebakende onderzoekspopulatie, bijvoorbeeld door te focussen op één specifieke oncologische afdeling of een duidelijk omschreven zorgverlenersgroep. Een aparte focus op pediatrie oncologie kan bijkomende inzichten opleveren, gezien de specifieke zorgnoden en langetermijngevolgen bij deze doelgroep.

Daarnaast kan bij herhaling overwogen worden om het aantal geïnterviewde (tand)artsen te beperken en de focus sterker te leggen op verpleegkundigen en andere zorgprofessionals die dagelijks betrokken zijn bij de oncologische zorg. Dit kan helpen om een nog representatiever beeld te krijgen van de praktische noden en organisatorische uitdagingen op de afdelingen zelf.

Tot slot kan toekomstig onderzoek baat hebben bij een grotere steekproef of een multicentrische opzet, waarbij meerdere ziekenhuizen worden betrokken. Dit zou de generaliseerbaarheid van de resultaten vergroten en toelaten om verschillen tussen instellingen en zorgmodellen beter in kaart te brengen.

8.2 Student 2: Mauranne Lazard

Aanbevelingen op basis van de bachelorproef

Mondzorg is momenteel onvoldoende structureel geïntegreerd binnen de oncologische ziekenhuiszorg, ondanks de duidelijk aangetoonde noden waar de mondhygiënist het antwoord op biedt. Daarom is het noodzakelijk om de mondhygiënist actief te betrekken en te verankeren in het oncologisch zorgtraject. De mondhygiënist neemt hierbij een centrale rol op in screening bij diagnose, preventieve opvolging en educatie van patiënten en zorgverleners, zowel voor, tijdens als na de behandeling. Op die manier fungeert de mondhygiënist als vast aanspreekpunt voor mondzorg binnen het multidisciplinair team.

Daarnaast toont het onderzoek dat het beroep mondhygiënist nog onvoldoende bekend is binnen het ziekenhuis. Een gerichte introductie van de mondhygiënist binnen het oncologisch team verhoogt de herkenbaarheid van het beroep en versterkt de samenwerking tussen disciplines.

Financiering vormt de grootste drempel voor structurele integratie. Daarom is het essentieel om op beleidsniveau een haalbaar financieringsmodel te ontwikkelen dat preventieve mondzorg binnen oncologie mogelijk maakt en de inzet van de mondhygiënist duurzaam ondersteunt. Bijvoorbeeld door basis mondzorg te integreren in het forfait per type bed zodat preventieve mondzorg vanzelfsprekend onderdeel wordt van de reguliere ziekenhuiszorg. Aanvullend met een specifieke RIZIV-nomenclatuur voor individuele mondzorgprestaties. Dit creëert zowel een basisfinanciering voor preventieve en dagelijkse mondzorg als een transparant kader voor gespecialiseerde interventies.

Op basis van de bevindingen werd een eerste aanzet van het IFIC-model voor de mondhygiënist uitgewerkt. Dit model biedt andere zorgprofessionals een duidelijk inzicht in de specifieke bijdrage van de mondhygiënist. Het volledige overzicht is opgenomen in de bijlage 7.

Aanbevelingen voor nieuwe onderzoeken

Op basis van de bachelorproef is er nood aan verder onderzoek dat de rol van de mondhygiënist binnen de oncologische zorgsetting concreter in kaart brengt. Toekomstige studies zijn aangewezen om zich te richten op het effect van vroegtijdige en gestructureerde mondzorginterventies op het voorkomen en verminderen van orale complicaties, zoals mucositis, xerostomie en infecties, en op de impact hiervan op levenskwaliteit, therapietrouw

en opnameduur. Daarnaast is het wenselijk om de kosteneffectiviteit van de inzet van een mondhygiënist in oncologische trajecten te onderzoeken, zodat dit een onderbouwing biedt voor de meerwaarde. Verder is bijkomend onderzoek aangewezen dat zich toespitst op specifieke patiëntengroepen, zoals hoofd-halskankerpatiënten of pediatrische oncologische patiënten, om hun mondzorgnoden en de rol van de mondhygiënist binnen de subgroepen nog gericht te definiëren.

Aanbevelingen bij herhaling of uitbreiding van de bachelorproef

Bij een herhaling of uitbreiding van dit onderzoek is het aangewezen om een grotere en meer diverse groep zorgverleners te bevragen, zodat de resultaten nog representatiever worden. Daarnaast biedt het onderzoeken van één specifieke patiëntengroep, zoals hoofd-halskankerpatiënten of pediatrische patiënten, een meer gedetailleerd inzicht in hun mondzorgnoden. Het toevoegen van observaties op de afdeling biedt daarbij een realistischer beeld van hoe mondzorg momenteel verloopt en waar knelpunten zich precies situeren. Het betrekken van patiënten zelf vormt een belangrijke meerwaarde, omdat hun ervaringen en noden vaak verschillen van die van zorgverleners. Dit is essentieel om de rol van de mondhygiënist nog beter af te stemmen op de praktijk.

9 Conclusie

Dit onderdeel behandelt de conclusies van beide auteurs.

9.1 Student 1: Laura Janssens

Dit onderzoek had tot doel de rol en meerwaarde van de mondhygiënist binnen de oncologische ziekenhuiszorg in kaart te brengen. Aan de hand van een literatuurstudie en interviews met zorgverleners werd onderzocht welke plaats mondzorg en de mondhygiënist momenteel innemen binnen het oncologische zorgtraject.

De resultaten tonen dat mondzorg binnen de oncologische setting algemeen als een essentieel onderdeel van de zorg wordt beschouwd, maar in de praktijk nog onvoldoende structureel en preventief geïntegreerd is. De opvolging van mondgezondheid verloopt gefragmenteerd en blijft in grote mate afhankelijk van externe tandartspraktijken, waardoor een duidelijke verankering binnen de ziekenhuiscontext ontbreekt.

Verder toont dit onderzoek aan dat er duidelijke noden bestaan waarvoor de mondhygiënist een geschikt antwoord biedt, zoals preventieve screening, educatie en opvolging van orale complicaties vóór, tijdens en na oncologische behandelingen. Ondanks deze noden is de functie van mondhygiënist momenteel nauwelijks aanwezig in de oncologische ziekenhuiszorg. Dit hangt voornamelijk samen met de beperkte bekendheid van het beroep, waardoor de mondhygiënist niet structureel wordt opgenomen in zorgtrajecten en multidisciplinaire teams.

Een belangrijke bijkomende drempel is de financiering. De mondhygiënist is niet benoemd binnen de bestaande ziekenhuisfinanciering, zoals de forfaitaire financiering per erkend bedtype. Hierdoor ontbreekt een structureel financieringskader, wat duurzame integratie binnen het ziekenhuis bemoeilijkt.

Dit onderzoek maakt duidelijk dat de beperkte aanwezigheid van de mondhygiënist binnen de oncologische ziekenhuiszorg niet voortkomt uit een gebrek aan klinische meerwaarde, maar het gevolg is van structurele en financiële beperkingen. Voor een duurzame implementatie is het noodzakelijk dat deze functie niet enkel klinisch wordt ingevuld, maar ook structureel en beleidsmatig verankerd wordt binnen het ziekenhuis, met aandacht voor financiering en integratie in bestaande zorgtrajecten. Het knelpunt ligt dus niet bij de functie zelf, maar bij haar huidige plaats binnen het zorgsysteem.

9.2 Student 2: Mauranne Lazard

Dit onderzoek toont aan dat mondzorg in de oncologische ziekenhuissetting structureel tekortschiet: hoewel het belang ervan wordt erkend, ontbreekt vandaag een preventieve, gecoördineerde en duurzame inbedding in het zorgtraject.

Tegelijk wordt duidelijk dat precies deze lacunes aansluiten bij het competentieprofiel van de mondhygiënist. De resultaten tonen dat de mondhygiënist, als vaste en gespecialiseerde professional op de oncologische afdelingen, een centrale rol vervult in screening bij diagnose, preventieve opvolging en educatie van patiënten en zorgverleners, zowel voor, tijdens als na de behandeling. Deze taken sluiten niet alleen bij concrete noden op de afdelingen, maar ook bij de multidisciplinaire manier waarop oncologische zorg vandaag georganiseerd is. De meerwaarde van de mondhygiënist wordt dus niet betwist; ze wordt onvoldoende benut.

De belangrijkste drempels zijn niet inhoudelijk van aard, maar liggen in de zorgorganisatie en de financiering. Onbekendheid met het beroep, het ontbreken van een zorgprofiel binnen oncologische trajecten en het ontbreken van een financieringskader maken dat de mondhygiënist, ondanks een duidelijke match met de zorgbehoeften, geen plaats krijgt binnen de huidige ziekenhuisstructuren. Hierdoor ontstaat er een duidelijk spanningsveld: de nood is hoog, de mogelijkheden zijn evident, maar de omkadering ontbreekt.

Dit onderzoek benadrukt dat een structurele integratie van de mondhygiënist in de oncologische zorg niet alleen wenselijk is, maar ook noodzakelijk om de kwaliteit, continuïteit en preventieve kracht van mondzorg te versterken. Het biedt ziekenhuizen en beleidsmakers een duidelijk richtinggevend inzicht: de mondhygiënist vormt een essentiële schakel in een zorgmodel dat steeds meer inzet op multidisciplinariteit, preventie en patiëntgerichte ondersteuning.

10 Samenvatting

Dit hoofdstuk bevat de samenvattingen van beide auteurs. Beide zijn beschikbaar in het Nederlands en het Engels.

10.1 Student 1: Laura Janssens

Nederlands

Titel: De taken en verantwoordelijkheden van de mondhygiënist in de oncologische zorgsetting binnen het ziekenhuis.

Student: Janssens Laura, r0940102

Inleiding

Patiënten binnen de oncologische zorg ontwikkelen vaak orale complicaties door chemo- en radiotherapie, zoals mucositis, xerostomie en infecties. Deze problemen beïnvloeden de voeding, therapietrouw en levenskwaliteit aanzienlijk. Hoewel internationale richtlijnen het belang van systematische mondzorg benadrukken, blijft de integratie ervan in ziekenhuizen vaak beperkt en versnipperd. De rol van de mondhygiënist binnen deze context is in België nog onvoldoende uitgewerkt.

Doelstelling

Deze bachelorproef brengt de rol, taken en verantwoordelijkheden van de mondhygiënist binnen de oncologische ziekenhuiszorg in kaart. Daarnaast onderzoekt de studie hoe de mondhygiënist kan bijdragen aan preventie, vroegtijdige detectie en opvolging van orale complicaties, en hoe deze functie structureel kan worden geïntegreerd in het multidisciplinair team.

Methodologie

De studie combineert een literatuuronderzoek met kwalitatief onderzoek. De literatuurstudie werd uitgevoerd via databanken zoals PubMed en Google Scholar. Vervolgens werden semigestructureerde interviews afgenomen bij veertien zorgverleners (artsen, verpleegkundigen en een tandarts) uit verschillende oncologische afdelingen. De analyse gebeurde via thematische codering.

Resultaten

De resultaten tonen dat mondzorg binnen oncologische settings niet structureel georganiseerd is en meestal reactief verloopt. Orale complicaties zoals mucositis (58,3%), xerostomie (41,7%) en infecties (33,3%) komen frequent voor en beïnvloeden

vooral de orale intake en het algemeen welzijn. Respondenten geven aan dat een vast aanspreekpunt voor mondzorg ontbreekt, vooral vóór de start van oncologische behandelingen.

De mondhygiënist wordt gezien als een duidelijke meerwaarde binnen het zorgteam, met kerntaken zoals educatie, screening, preventie en opvolging. Belangrijke drempels blijven de beperkte bekendheid van het beroep, onduidelijkheid over de rol en het ontbreken van een passend financieringskader.

Besluit

De studie toont een duidelijke nood aan een meer gestructureerde en proactieve aanpak van mondzorg binnen oncologische ziekenhuiszorg. De mondhygiënist kan hierin een centrale rol opnemen als aanspreekpunt binnen het multidisciplinair team. Voor een duurzame implementatie zijn een duidelijke rolafbakening, betere integratie in het zorgteam en organisatorische en financiële aanpassingen noodzakelijk.

Belangrijkste referenties:

KIMO. Extramurale mondzorg tijdens en na kankerbehandeling: algemene aspecten [Internet]. Het KIMO; [cited 2025 Dec 7]. Available from: <https://www.hetkimo.nl/richtlijnen/extramurale-mondzorg-tijdens-en-na-kankerbehandeling/algemene-aspecten/>

Ahern J. Advancing oral health equity through medical-dental integration: dental hygienists as catalysts for change in an evolving health care system. *J Dent Hyg.* 2024 Jun;98(3):8-12. PMID: 38876794.

Parra-Rojas, S., Velázquez-Cayón, R.T., Borges-Gil, A. *et al.* Oral Complications and Management Strategies for Cancer Patients: Principles of Supportive Oncology in Dentistry. *Curr Oncol Rep* 26, 391–399 (2024). <https://doi.org/10.1007/s11912-024-01518-5>

Departement Zorg en Gezondheid. *Ziekenhuisfinanciering*. Brussel: Vlaamse overheid; [geraadpleegd op 03-12-2025]. Beschikbaar op: <https://www.departementzorg.be/nl/ziekenhuisfinanciering>

Coding interviews_basis [dataset]. s.d. [Geraadpleegd op 15 april 2026]. s.l.: s.n.. Beschikbaar via [Coding interviews basis.xlsx](#)

English

Title: The tasks and responsibilities of the dental hygienist in the oncological hospital care setting.

Student: Janssens Laura, r0940102

Introduction

Oncology patients often develop oral complications caused by chemotherapy and radiotherapy, such as mucositis, xerostomia, and infections. These complications directly affect nutrition, treatment adherence, and quality of life. Although international guidelines stress the need for systematic oral care, hospitals still integrate oral care in a fragmented and inconsistent way. In Belgium, the role of the dental hygienist in this context remains poorly defined.

Objectives

This bachelor thesis maps and analyses the roles, tasks, and responsibilities of the dental hygienist in oncological hospital care. It also examines how the dental hygienist can support prevention, early detection, and follow-up of oral complications, and how this role can be structurally integrated into the multidisciplinary team.

Methodology

The study combines a literature review with qualitative research. The literature review used databases such as PubMed and Google Scholar. The qualitative part included semi-structured interviews with twelve healthcare professionals (physicians, nurses, and one dentist) from different oncological departments. The analysis followed a thematic coding approach.

Results

The findings show that oral care in oncological settings lacks structure and mainly follows a reactive approach. Oral complications such as mucositis (58.3%), xerostomia (41.7%), and infections (33.3%) occur frequently and mainly affect oral intake and overall well-being. Respondents pointed to the absence of a clear contact person for oral care, especially before treatment starts.

They considered the dental hygienist a valuable addition to the care team, with key responsibilities in education, screening, prevention, and follow-up. However, limited awareness of the profession, unclear role definitions, and the lack of an appropriate funding framework hinder implementation.

Conclusion

The study highlights the need for a structured and proactive approach to oral care in oncological hospital settings. The dental hygienist can take on a central role as a point of contact within the multidisciplinary team. To achieve this, healthcare systems must clarify the role, improve team integration, and address organisational and financial barriers.

Key reference(s):

KIMO. Extramurale mondzorg tijdens en na kankerbehandeling: algemene aspecten [Internet]. Het KIMO; [cited 2025 Dec 7]. Available from: <https://www.hetkimo.nl/richtlijnen/extramurale-mondzorg-tijdens-en-na-kankerbehandeling/algemene-aspecten/>

Ahern J. Advancing oral health equity through medical-dental integration: dental hygienists as catalysts for change in an evolving health care system. *J Dent Hyg.* 2024 Jun;98(3):8-12. PMID: 38876794.

Parra-Rojas, S., Velázquez-Cayón, R.T., Borges-Gil, A. *et al.* Oral Complications and Management Strategies for Cancer Patients: Principles of Supportive Oncology in Dentistry. *Curr Oncol Rep* 26, 391–399 (2024). <https://doi.org/10.1007/s11912-024-01518-5>

Departement Zorg en Gezondheid. *Ziekenhuisfinanciering*. Brussel: Vlaamse overheid; [geraadpleegd op 03-12-2025]. Beschikbaar op: <https://www.departementzorg.be/nl/ziekenhuisfinanciering>

Codering interviews_basis [dataset]. s.d. [Geraadpleegd op 15 april 2026]. s.l.: s.n.. Beschikbaar via [Codering interviews basis.xlsx](#)

10.2 Student 2: Mauranne Lazard

Nederlands

Titel: De taken en verantwoordelijkheden van de mondhygiënist in de oncologische zorgsetting binnen het ziekenhuis.

Student: Lazard Mauranne, r1000941

Inleiding

Binnen de oncologische zorg ervaren patiënten mondgezondheidsproblemen als gevolg van chemo- en radiotherapie. Deze behandelingen veroorzaken schade aan het mondslijmvlies, de speekselklieren en andere orale structuren. Dit leidt tot klachten zoals xerostomie, mucositis, infecties, smaakstoornissen en slikproblemen. Deze complicaties beïnvloeden niet alleen het dagelijks functioneren, maar ook de levenskwaliteit en het algemeen welzijn van de patiënt. Hoewel het belang van systematische mondzorg gekend is, blijkt dit binnen Belgische oncologische settings vaak versnipperd en reactief georganiseerd. De rol van de mondhygiënist is in deze context nog onvoldoende gedefinieerd en structureel ingebed.

Doelstelling

Het doel van deze bachelorproef is het in kaart brengen en analyseren van de mogelijke rol, taken en verantwoordelijkheden van de mondhygiënist binnen de oncologische ziekenhuiszorg. Hierbij onderzoekt deze studie hoe de mondhygiënist kan bijdragen aan preventie, vroegtijdige detectie en opvolging van orale complicaties bij patiënten die chemo- en radiotherapie ondergaan. Daarnaast richt het onderzoek zich op de vraag hoe deze functie op een haalbare en efficiënte manier integreert binnen het multidisciplinaire oncologische zorgteam, met aandacht voor de huidige organisatie van mondzorg en de noden van betrokken zorgverleners.

Methodologie

Deze bachelorproef hanteert een exploratief onderzoeksdesign om de rol, noden en meerwaarde van de mondhygiënist binnen de oncologische ziekenhuiszorg te verkennen. De aanpak combineert een literatuurstudie met kwalitatieve interviews, zodat zowel theoretische inzichten als praktijkervaringen aan bod komen. De interviews vonden plaats bij zorgverleners uit diverse oncologische disciplines om een multidisciplinair perspectief te garanderen. De interviews werden thematisch geanalyseerd en gecodeerd op basis van

vooraf vastgelegde categorieën: bekendheid met het beroep, huidige mondzorgpraktijk, noden en verwachtingen, haalbaarheid en implementatie.

Resultaten

De resultaten tonen aan dat de bekendheid met het beroep mondhygiënist sterk varieert tussen zorgverleners. De huidige mondzorg binnen oncologie is voornamelijk reactief en afhankelijk van externe doorverwijzing, waardoor preventie en opvolging onvoldoende gestructureerd verlopen. De respondenten geven aan dat er een duidelijke nood bestaat aan een aanspreekpunt voor mondzorg binnen het ziekenhuis, vooral voor educatie, screening, preventie en vroegtijdige detectie van complicaties. De mondhygiënist wordt gezien als een waardevolle aanvulling op het oncologische team, op voorwaarde dat de functie duidelijk wordt afgebakend en financieel haalbaar is binnen de ziekenhuisstructuur. De grootste drempel voor structurele integratie ligt bij de financiering van deze functie.

Besluit

Dit onderzoek toont aan dat de mondhygiënist een belangrijke meerwaarde biedt binnen de oncologische ziekenhuiszorg. Door structurele integratie van de mondhygiënist worden orale complicaties sneller opgespoord en aangepakt, wat de levenskwaliteit van patiënten verbetert en de continuïteit van zorg versterkt. De resultaten vormen een eerste aanzet tot het definiëren van een haalbaar en efficiënt zorgmodel waarin de mondhygiënist een vaste plaats krijgt binnen het oncologische zorgtraject. Tegelijkertijd komt uit de interviews naar voren dat twee structurele knelpunten de ontwikkeling van deze rol sterk afremmen. De grootste barrière ligt bij de financiering: zonder een financieringskader blijft de mondhygiënist een theoretische meerwaarde in plaats van een reële kracht binnen het oncologische team. Daarnaast remt de beperkte bekendheid van het beroep binnen ziekenhuizen de uitbouw van een volwaardige functie af, waardoor het potentieel van de mondhygiënist in de oncologische zorg onderbenut blijft.

Belangrijkste referenties:

Coding interviews_basis [dataset]. s.d. [Geraadpleegd op 15 april 2026]. s.l.: s.n.. Beschikbaar via [Coding interviews basis.xlsx](#)

Parra-Rojas, S., Velázquez-Cayón, R.T., Borges-Gil, A. *et al.* Oral Complications and Management Strategies for Cancer Patients: Principles of Supportive Oncology in

Dentistry.Curr Oncol Rep 26, 391–399 (2024). <https://doi.org/10.1007/s11912-024-01518-5>

Ahern J. Advancing oral health equity through medical-dental integration: dental hygienists as catalysts for change in an evolving health care system. J Dent Hyg. 2024 Jun;98(3):8-12. PMID: 38876794.

Gezond België. *Financiering van algemene ziekenhuizen*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg; [geraadpleegd op 03-12-2025]. Beschikbaar op: <https://www.gezondbelgie.be/nl/blikvanger-gezondheidszorg/algemene-ziekenhuizen/financiering>

English

Title: The tasks and responsibilities of the dental hygienist in the oncological hospital care setting

Student: Lazard Mauranne, r100941

Introduction

Within oncological care, patients experience oral health problems as a result of chemotherapy and radiotherapy. These treatments cause damage to the oral mucosa, salivary glands and other oral structures, leading to complaints such as xerostomia, mucositis, infections, taste disturbances and swallowing difficulties. These complications affect not only daily functioning, but also the patient's quality of life and overall well-being. Although the importance of systematic oral care is well established, its organisation within Belgian oncology settings is often fragmented and reactive. The role of the dental hygienist in this context remains insufficiently defined and not structurally embedded.

Objectives

The aim of this bachelor thesis is to identify and analyse the potential role, tasks and responsibilities of the dental hygienist within oncological hospital care. This study examines how the dental hygienist can contribute to prevention, early detection and follow-up of oral complications in patients undergoing chemotherapy and radiotherapy. In addition, the research explores how this role can be integrated into the multidisciplinary oncology team in a feasible and efficient manner, taking into account the current organisation of oral care and the needs of involved healthcare professionals.

Methodology

This bachelor thesis applies an exploratory research design to investigate the role, needs and added value of the dental hygienist in oncological hospital care. The approach combines a literature review with qualitative interviews, allowing both theoretical insights and practical experiences to be incorporated. Interviews were conducted with healthcare professionals from various oncological disciplines to ensure a multidisciplinary perspective. The interviews were analyzed thematically and coded according to predefined categories: familiarity with the profession, current oral care practices, needs and expectations, feasibility and implementation.

Results

The results show that familiarity with the profession of dental hygienist varies considerably among healthcare professionals. Current oral care within oncology is predominantly reactive and dependent on external referral, resulting in insufficiently structured prevention and follow-up. Respondents indicated a clear need for a designated point of contact for oral care within the hospital, particularly for education, screening, prevention and early detection of complications. The dental hygienist is perceived as a valuable addition to the oncology team, provided that the role is clearly defined and financially feasible within the hospital structure. The greatest barrier to structural integration is the financing of this function.

Conclusion

This study demonstrates that the dental hygienist offers significant added value within oncological hospital care. Structural integration of the dental hygienist enables earlier detection and management of oral complications, improving patients' quality of life and strengthening continuity of care. The findings provide an initial foundation for defining a feasible and efficient care model in which the dental hygienist holds a permanent position within the oncological care pathway. At the same time, the interviews reveal two structural obstacles that strongly hinder the development of this role. The greatest barrier is financing: without a dedicated funding framework, the dental hygienist remains a theoretical asset rather than a practical strength within the oncology team. In addition, limited awareness of the profession within hospitals slows the development of a fully established role, leaving the potential of the dental hygienist in oncological care underutilised.

Key reference(s):

Codering interviews_basis [dataset]. s.d. [Geraadpleegd op 15 april 2026]. s.l.: s.n.. Beschikbaar via [Codering interviews basis.xlsx](#)

Parra-Rojas, S., Velázquez-Cayón, R.T., Borges-Gil, A. *et al.* Oral Complications and Management Strategies for Cancer Patients: Principles of Supportive Oncology in Dentistry. *Curr Oncol Rep* 26, 391–399 (2024). <https://doi.org/10.1007/s11912-024-01518-5>

Ahern J. Advancing oral health equity through medical-dental integration: dental hygienists as catalysts for change in an evolving health care system. *J Dent Hyg.* 2024 Jun;98(3):8-12. PMID: 38876794.

Gezond België. *Financiering van algemene ziekenhuizen*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg; [geraadpleegd op 03-12-2025]. Beschikbaar op: <https://www.gezondbelgie.be/nl/blikvanger-gezondheidszorg/algemene-ziekenhuizen/financiering>

11 Bijlagen

Bijlage 1: Kankerbehandeling bij de meest voorkomende kankertypes in hoofd- en halsregio

Meest voorkomende kankertypes hoofd- en halsregio	Incidentie (83)	Mogelijkheid tot bestraling	Mogelijkheid tot chemo	Gevolgen mondgezondheid
Tongcarcinoom (mondholte)	~30% (Nederland)	Ja, adjuvant na chirurgie	Ja, inductie of adjuvant bij gevorderde stadia	RT: Xerostomie, mucositis, dysgeusie, cariës, trismus, osteoradionecrose, parodontale problemen CT: Orale mucositis, dysgeusie, infecties door neutropenie, bloedingen, verhoogd cariërisico
Tonsilcarcinoom (orofarynx)	~22% (Nederland)	Ja, primaire therapie of gecombineerd	Ja, gecombineerd met radiotherapie	RT: Mucositis, dysfagie, smaakverlies, candidiasis, hyposalie CT: Mucositis, smaakveranderingen, secundaire infecties, candidiasis
Larynxcarcinoom	~20% (Nederland)	Ja, curatief of gecombineerd met chemo	Ja, als onderdeel van orgaanbehoud	RT: Dysfagie, mucositis, secundaire infecties, smaakveranderingen CT: Orale mucositis, dysfagie, verhoogd infectierisico
Hypofarynxcarcinoom	~7% (Nederland)	Ja, gecombineerd met chemo	Ja, als onderdeel van chemoradiatie	RT: Dysfagie, mucositis, secundaire infecties, candidiasis CT: Dysfagie, mucositis, secundaire infecties, candidiasis
Speekselklierkanker	~6% (Nederland)	Ja, postoperatief	Ja, bij recidief of metastasen	RT: Hyposalie, verhoogd infectierisico, cariës CT: Hyposalie, smaakverlies, infecties, verhoogd cariërisico
Nasofarynxcarcinoom	~2% (Europa)	Ja, primaire behandeling	Ja, gecombineerd met radiotherapie	RT: Mucositis, speekselklierdisfunctie, smaakverlies, verhoogd infectierisico CT: Mucositis, infecties, smaakverlies, hyposalie

--	--	--	--	--

Bijlage 2: Impact op de mondgezondheid; globale weergave van de aandachtspunten in de verschillende zorgfases

Impact	Taken voor start CT, RT	Taken tijdens	Taken na
<i>Hyposalvatie en xerostomie</i>	Voorlichting Indien al aangewezen advies speekselvervangers of stimulaties	Monitoren van situatie en veranderingen Ondersteuning in speekselvervangers of stimulaties	Evalueren van speekselfunctie Adviezen lange termijn
<i>Orale mucositis</i>	Voorlichting Documentatie van huidige situatie Instructies	Regelmatige evaluatie voor tijdige signalisatie van complicaties Ondersteunen bij klachten Herstel opvolgen Evalueren nood aan aanvullende pijn- of voedingsondersteuning	Herstel opvolgen Evalueren nood aan aanvullende pijn- of voedingsondersteuning
<i>Stralingscariës</i>	Voorlichting Instructies Mondonderzoek voor opsporen bestaande laesies Indien aanwezig, doorverwijzing voor restauratie Documentatie van huidige situatie	Fluoride applicaties Vroegtijdige detectie nieuwe laesies Herhalen en bijsturen nstructies	Regelmatige controle om nieuwe laesies vroeg op te sporen
<i>Parodontale aandoeningen</i>	Voorlichting Instructies Parodontaal onderzoek Documentatie van huidige situatie Uitvoeren van preventieve behandelingen zoals scaling en rootplaning	Regelmatige opvolging van het parodontium Monitoren van tekenen van toegenomen ontsteking of progressie van parodontitis Herhalen en bijsturen instructies	Evalueren van parodontale stabiliteit en vroegtijdig signaliseren van veranderingen
<i>Trismus (kaakklem)</i>	Voorlichting Documentatie van huidige situatie	Frequent monitoren en indien nodig aangepaste instructie Bij onvoldoende respons: afstemming met kine/kaakchirurg	Frequent monitoren en indien nodig aangepaste instructie Bij onvoldoende respons: afstemming met kine/kaakchirurg
<i>Dysgeusie (verminderde of veranderde smaak)</i>	Voorlichting Documentatie van huidige situatie	Monitoren en tijdig inschakelen diëtist	Bijsturen van voedingsadvies afgesteld op comfort
<i>Schimmelinfecties</i>	Educatie Herkenning van symptomen Documentatie van huidige situatie	Vroegtijdige detectie	Preventie via blijvende xerostomie-zorg, hygiëne en regelmatige controles

	Belang van hygiëne Instructie Inspectie van mucosa	Lokale antifungale therapie en spoelingen	Documenteren van verloop
<i>Virale infecties</i>	Voorlichting Mondonderzoek om bestaande laesies uit te sluiten vóór start therapie Documentatie van huidige situatie	Regelmatige controle Antivirale therapie	Mondhygiëne blijven ondersteunen Documenteren van het verloop en eventuele complicaties
<i>Bacteriële infecties</i>	Voorlichting en educatie Documentatie van huidige situatie	Strikte hygiëne begeleiding Snelle triage en doorverwijzing bij tekenen van bacteriële superinfectie of sepsis	Evaluatie en opvolging
<i>Osteonecrose</i>	Voorlichting Educatie Uitgebreide dentale evaluatie Documentatie van huidige situatie	Opvolging en vroegtijdige herkenning Afstemming met MKA/oncologie bij vermoeden van begin ORN/MRONJ	Levenslange follow-up Bij ORN: conservatief starten (spoelingen, pijn-/antibioticabeleid via arts), tijdig doorverwijzen voor chirurgie bij progressie Bij MRONJ: stadium-gebaseerde aanpak met focus op symptomatische controle en infectiepreventie
<i>Neurotoxiciteit</i>	Voorlichting Documenteren dat er geen tandheelkundige afwijkingen aanwezig zijn wanneer de patiënt pijnvrij is	Alert zijn op klachten Regelmatig navragen naar pijnpatronen Onnodige endodontische of chirurgische ingrepen vermijden Overleg met het oncologisch team als chemotherapie mogelijk moet worden aangepast	Evaluatie en opvolging

<i>Ontwikkelingss toornissen</i>	Voorlichting kind en ouder Documentatie huidige situatie	Opvolging Ouders ondersteunen Documenteren van eventuele afwijkingen	Opvolging Tijdig doorverwijzen naar orthodontie Begeleiden van kind en ouders rond de psychosociale impact van afwijkingen
--------------------------------------	--	---	--

Bijlage 3: Meshtermen Literatuurstudie

1. Literatuur over ziekenhuizen

Zoektermen: Ziekenhuis België Vlaanderen Ziekenhuisnetwerk Organisatie Ziekenhuisbedden Ziekenhuisregimes Vlaamse ziekenhuizen Vlaamse overheid Ambulante zorg Werktijdregeling FOD Werkgelegenheid Zorg en gezondheid Ziekenhuisfinanciëring

2. Algemene literatuur

((Oncology) AND (Dentistry))
 ((Radiotherapy) AND (Cancer treatment))
 ((Chemotherapy) AND (General principles))
 ((Chemotherapy) AND (Side effects))

3. Complicaties

((chemotherapy) OR (radiotherapy)) AND (cancer patients)) AND (dry mouth) OR (xerostomia)
 ((Oral mucositis) AND (cancer patients))
 ((candida albicans) AND (cancer treatment))
 (((chemotherapy) OR (radiotherapy)) AND (cancer patients)) AND (bacterial infection)
 oral health, chemotherapy OR radiotherapy, cancer patiënten, hypogeusia OR dysgeusia
 ((Radiation caries) AND (cancer patients))
 ((Dental Caries) AND (Radiotherapy))
 ((Chemotherapy) AND (oral health) AND (osteonecrosis))
 ((Radiotherapy) AND (oral health) AND (osteoradionecrosis))
 ((Oral health) AND (chemotherapy) OR (radiotherapy) AND (cancer patients) AND (trismus))
 ((Radiotherapy) AND (Periodontal diseases) AND (neoplasms) AND (oral Health))
 ((candida albicans) AND (cancer treatment))
 (Dental Abnormalities) AND (Neoplasms/therapy) AND (Child))
 ((Viral Infections) AND (Mouth Diseases) AND (Neoplasms/therapy))

Bijlage 4: Vragenlijst

1. Introductievragen

- Kunt u kort uw functie en rol binnen de oncologische zorg toelichten?
- Hoe vaak komt u in aanraking met patiënten die orale complicaties ervaren tijdens chemo- en/of radiotherapie?

2. *Bekendheid met het beroep de mondhygiënist*

- a. Hoe vertrouwd bent u met het beroep en de kerncompetenties van een mondhygiënist?
- b. Heeft u ooit al samengewerkt met een mondhygiënist?
 - i. Zo ja: Hoe ervaarde u die samenwerking?
- c. Hoe duidelijk vindt u momenteel de rol van de mondhygiënist binnen een ziekenhuissetting of oncologisch team?

3. *Huidige situatie mondzorg binnen de oncologie*

- a. Hoe wordt mondzorg momenteel opgevolgd binnen uw afdeling/dienst?
 - i. Wie doet wat? Is het reactief/proactief? Worden tandartsen hierbij betrokken?
- b. Welke orale complicaties ziet u het meest bij uw patiënten tijdens hun behandeling? (Bv. Mucositis, xerostomie, orale infecties, smaakverlies...)
- c. Welke impact hebben deze orale problemen volgens u op de therapietrouw, comfort, voeding en herstel van de patiënt?

4. *Behoeftanalyse: Is er nood aan een mondhygiënist?*

- a. Vindt u dat er momenteel voldoende aandacht is voor de mondgezondheid binnen de oncologische zorg? Waarom wel/niet?
- b. Op welke momenten in het zorgtraject ziet u volgens u de grootste nood aan mondzorgondersteuning?
 - i. Voor start chemo/RT? Tijdens behandeling? Na behandeling?
- c. Zijn er taken die de mondhygiënist volgens u kan opnemen of verbeteren binnen de zorg voor oncologische patiënten? (Bv screening, begeleiding bij xerostomie/preventie stralingscariës/opvolging mucositis en parodontaal/MHI)
- d. Ziet u bepaalde voordelen voor het oncologische team wanneer een mondhygiënist structureel deel uitmaakt van de dienst?

5. *Praktijk en haalbaarheid in het ziekenhuis*

- a. Waar zou volgens u de mondhygiënist het best gepositioneerd worden?
 - i. Op de oncologische afdeling? Polikliniek/mondzorgkliniek? Dagziekenhuis chemo? Multidisciplinair teamoverleg?
- b. Welke mogelijke drempels of uitdagingen ziet u bij het integreren van een mondhygiënist in het oncologisch team? (Bv. Logistiek, financiering, tijd, kennis, rolafbakening)
- c. Hoe zou de samenwerking idealiter verlopen tussen ... (terugkoppeling naar hun functie dus oncologen, verpleegkundigen, tandartsen/MKA of gewoon in zijn geheel multidisciplinair)

6. *Afsluiting*

- a. Als er morgen een mondhygiënist zou starten op jullie afdeling, welk concreet probleem zou u willen dat die als eerste aanpakt?
- b. Zijn er nog opmerkingen, ideeën of aandachtspunten die volgens u belangrijk zijn rond mondzorg in de oncologie?

Bijlage 5: Flyer voor recruterende deelnemers

Wij zoeken zorgverleners in de oncologische sector, kan u ons helpen?



Wat onderzoeken we?

In onze bachelorproef onderzoeken we hoe de mondhygiënist een waardevolle rol kan vervullen binnen het oncologische team, met als doel een functie te ontwikkelen voor toekomstige mondhygiënist in de oncologische zorg

Wie kan deelnemen?

Zorgverleners en betrokkenen bij de oncologische dienst



Wat houdt de deelname in?

Een kort interview waarbij we samen een vooraf opgestelde vragenlijst overlopen

Waar?

Online of fysiek, afhankelijk van de mogelijkheden van de deelnemer



Interesse of ken je iemand die geïnteresseerd is?

Stuur dan een mailtje naar:
laura.janssens2@student.ucll.be
mauranne.lazard@student.ucll.be



Afbeelding 3: Flyer voor recrutering

Bijlage 6: Transcripties interviews

1. Interview 1

Als eerste vraag hebben we eigenlijk, of dat u kort uw functie en uw rol in de oncologische zorg eens zou kunnen omschrijven.

Ja, dus ik ben een chirurg voor hoofd-halskanker en ik ben ook de aanspreekpersoon van het zorgprogramma hoofd-halsoncologie. En dus ja, we doen multidisciplinaire raadpleging elke week. Dat wil zeggen met alle behandelende disciplines, waar onder andere ook een tandarts bij zit die gespecialiseerd is in feite vooral in mondzorg bij patiënten die eventueel bestraald worden. Dus mijn functie is binnen neuskeeloorziekte, maar wij opereren, wij noemen onszelf eigenlijk hoofd-halschirurg, dus wij opereren eigenlijk bijna alles behalve de ogen en de hersenen. En dus in het team zitten ook nog MKA-artsen, dat zijn mondkaken-aangezichtschirurgen, die vooral ook eigenlijk alles rond de mond doen, en ook speekselkliertumoren, mondtumoren. Dus dat is een beetje, en zij hebben vooral expertise ook in het herstellen en in het terug zorgen voor een goede occlusie na alles wat er gebeurt.

Dus chemotherapie-artsen, die zijn er ook bij, medisch oncoloog en radiotherapeuten zijn er ook bij en radiologen die dan alle mogelijke beeldvormingstechnieken bespreken en theoretisch de patholoog zou er ook moeten bij zijn, maar die kan om logistieke redenen er nu eigenlijk niet bij zijn, maar zou eigenlijk ook moeten. En een verpleegkundig specialist oncologie, die eigenlijk alles coördineert, dat noemt ook onco-coach. En een data-manager zit er ook bij, en een psychologe hebben we ook in het team, die speciaal voor, want dat is heel psychologisch zwaar, kanker, operaties en bestralingen in het gebied, wat je eigenlijk nodig hebt om te eten en te drinken en te praten. Ik zie dat ik niemand vergeet. Dus de nucleaire geneeskundige zit erbij, die de PET-CT's bespreekt. Ja, ik denk dat we dat ongeveer de meeste gehad hebben. Logopedisten zijn ook heel belangrijk. Die hadden we nog niet gehad. Die zijn dan ook meer dan een doorsnee logopedist gespecialiseerd in slikken en het effect van de operaties en de bestraling op slikken. En ook leren praten, bijvoorbeeld na een laryngectomie, als we het strottenhoofd weg nemen. Dus dat is allemaal heel belangrijk.

Dus dat is het team en ik ben daar een beetje aanspreekpersoon, dat wil zeggen dat ik ook een klein beetje alles in toeg houd en als er iets is, dan probeer ik dat te regelen.

Ja, perfect. En u zegt dat het slikken en zo moeilijker is. Hoe vaak komt u eigenlijk in aanraking met patiënten die orale complicaties hebben door de chemo- of radiotherapie? Vaak, ja. Dat is eigenlijk heel vaak.

En er is dan ook een tandarts, zegt u, in het team die dan eigenlijk een beetje de rol opneemt op het tandheelkundige. Hoe vertrouwd bent u dan eigenlijk met het beroep van de mondgenes en de kerncompetenties?

Vertrouwd? Niet zo erg, nee. Dus eigenlijk is dat wel een keer goed dat je dat uitlegt.

U bent nog nooit in contact gekomen met een mondhygiënist zelf?

Ik denk niet dat wij hier in gasthuisberg, misschien op Sint-Rafaël wel. Maar hier bij het team is er niemand. Dat zou niet slecht zijn om een mondhygiënist te hebben. Want dat is eigenlijk heel belangrijk allemaal, ook preventief. En ook hoofd-hals kankerpatiënten, dat mag niet veralgemenen natuurlijk, maar heel vaak hebben we toch wel heel slechte mondhygiënist. Dat zijn rokers die zich wat verwaarlozen aan alcohol.

En mocht er dan een mondhygiënist in het team komen, hoe duidelijk vindt u momenteel de rol van de mondhygiënist eigenlijk in de ziekenhuissetting in het algemeen of in een oncologisch team?

Niet zo duidelijk. Daar kan aan gewerkt worden.

Dan is de volgende vraag eigenlijk hoe de mondzorg momenteel opgevolgd wordt. Maar dat zal dan voornamelijk door de tandarts zijn, neem ik aan?

Ja, wij houden dat ook in het oog natuurlijk, de bestralingsartsen ook. Want wij houden in het oog dat ze na zo'n bestraling ook die fluormallen en fluorpasta gebruiken. Maar we zijn daar wel redelijk voor gesensibiliseerd, om het zo te zeggen. Omdat we natuurlijk veel met tandartsen hebben samengewerkt. We hebben ook een aantal tandartsen. Onze vorige collega die eigenlijk mijn voorganger aanspreekpersoon van het team, dat was professor Delaere. Dat was eigenlijk een tandarts die ook ORL-arts was. Dus wij hadden wel heel veel aandacht voor tanden.

En die verdere opvolging dan? Ik neem aan dat die waarschijnlijk gebeurt bij de tandartspraktijk.

Ja, ze proberen meestal hier te kijken wat het probleem is. Dan worden ze gevraagd om iemand in de buurt te zoeken. Dat is tegenwoordig niet meer gemakkelijk, want er zijn niet veel tandartsen.

En werken jullie met een vaste parodontoloog of ook eerder in de richting van de patiënt? Nee, die parodontologen evalueren dat. Dat is eigenlijk alleen maar in het begin. En dan wordt er gestuurd naar regionaal.

En hoe gebeurt die terugkoppeling dan? Sturen ze een verslag door naar jullie en bekijken ze dat?

De parodontologen zeggen ons dat en dat moet er gebeuren van extracties. Want ORL-artsen doen geen extracties in principe. Dus dan vragen we de MKA-collega's om dat te komen doen. En dan verder wordt er, als er een prothese gedaan moet worden, met Karel Missinne en Joke Duyck, dat zijn de prothetische tandartsen die ook allerlei moeilijke protheses maken, met een klos op. Als het echt iets moeilijks is, worden die erbij betrokken. En anders wordt het thuis, als je een volledige extractie hebt, dan kun je thuis ook een prothese voor elkaar krijgen.

En als je een beetje beter in beeld moet brengen wie wat doet in het team dan qua mondzorg momenteel. Is dat daar wel een beetje duidelijk in?

Ja, wel mondzorg hebben wij speciaal aan de tandarts.

En die malletjes? Die worden meestal, voor de patiënten die komen met een nieuwe tumor, naar de parodontologie gestuurd. En daar worden afdrukken genomen. En dan wordt gezegd, die tanden moeten eruit. Want heel vaak moeten er ook tijdens de operatie voor het wegnemen van alle tumoren, ook de tanden verwijderd worden.

En welke orale complicaties zie je dan eigenlijk het meeste bij die patiënten tijdens hun behandeling?

Wel het gevaar is vooral dat je ORN krijgt. Door tandinfecties die niet gecontroleerd zijn en je bestraald dat dan. En dan is het speeksel minder, wordt de mond algemeen minder gezond en bacteriële overgroei, schimmel overgroei. En dat heeft dan waarschijnlijk ook effect op de algehele gezondheid. Natuurlijk ja, heel belangrijk.

En dan, welke impact hebben deze orale problemen eigenlijk volgens u op de therapietrouw van de patiënten, uit comfort en qua voeding en herstel?

Ja, het is heel belangrijk dat ze een goede kauwfunctie zouden hebben en een goede mondhygiëne zouden hebben. En als dat natuurlijk niet is, dan gaat er... Natuurlijk, als je bijvoorbeeld iemand voor een tongtumor opereert met een grote operatie en een flap en je bestraalt die. En achteraf, begeeft die kaak door een ORN, dat is vreselijk. Ja tuurlijk. Voor de kwaliteit van het leven. Voor therapietrouw, dat is de vraag eigenlijk. Ik bedoel, de meeste moeten nadien inderdaad lang opgevolgd worden. Het wordt alleen maar meer opvolging als dat er nog eens dat bijkomt. En natuurlijk is het ontgoochelend als je niet goed kunt eten en drinken achteraf en spreken doordat je tanden niet in orde zijn. Nu, de MKA-artsen hebben daar wel heel veel aandacht voor. Die proberen toch altijd ook mee, als we zo'n reconstructie doen, te zorgen dat er implantaten geplaatst worden eventueel. Daar wordt wel heel hard over gedacht, maar het blijft een pijnpunt. Het is niet omdat je een implantaten plaatst en een prothese hebt, dat er geen problemen kunnen komen. Dan kun je een necrose rond die implantaten. Het is toch ook soms heel moeilijk om het goed te rehabiliteren.

Dus ik denk dat u op dit moment denkt dat er voldoende aandacht wordt besteed binnen de mondgezondheid.

Kan altijd meer.

Dus u vindt dat er wel nog meer aandacht op kan gefocust worden op die mondgezondheid? Ja, maar het ambetante is dat die tandartsen ook in Sint-Rafaël zitten. Dus ze moet de patiënt altijd zich verplaatsen. Dat gaat nu wel veranderen. Ze zijn een nieuwe blok aan het bouwen. Maar mocht er bijvoorbeeld een mondhygiënist op de raadpleging zijn, die zou heel de tijd haar werk hebben. Ook om de mensen een keer terug op te krikken qua mondzorg. Want als er iemand dat regelmatig zegt, dan gaat dat veel beter gebeuren.

En als we dan echt praktisch kijken, denk je dat de mondhygiënist het best zou, bijvoorbeeld bij de start van de chemo of radiotherapie, of echt tijdens of erna of volledig?

Ja, volledig. Mocht er hier iemand zijn, dan zou je in het begin elke patiënt eens kunnen zien. En dan kun je zelf bepalen. Bijvoorbeeld de oncologisch verpleegster doet dat ook. Die ziet iedereen. Die zegt, die en die ga ik opvolgen. En die en die zijn geen probleem. En dan gaat hij ook tijdens en na opvolgen.

En ziet u dat dan meer als een samenwerking tussen de verpleegkundige specialist en de mondhygiënist op de dienst? Of eerder als een doorverwijzing naar ons?

Wel, dat hangt ervan af hoe beschikbaar dat jullie zijn. Meestal is het wel zo dat de verpleegster altijd, zij is gespecialiseerd voor alles in toog houden. En die gaat zien, die patiënt moet naar de diëtiste. Die ben ik nog vergeten dat het is. En dat de diëtiste, want die is ondervoed, die patiënt moet een geriatrisch assessment krijgen. Want als iemand van 80 jaar, wat is die weerbaarheid? Die gaat zien, dat is iemand voor de mondhygiënist. Dus zij zal zowat alles delegeren. Maar dan denk ik, als er iemand is, gelijk een logopediste, die krijgt ook dat dan doorgestuurd. Al diegenen die een laryngectomie moeten krijgen, die moeten les. Voor ze de operatie ondergaan, moeten ze al gehoord hebben hoe ze achteraf gaan spreken. Dat zou hetzelfde kunnen zijn voor een mondhygiënist.

Dus de logopedist, de patiënt gaat dan naar de logopedist of de logopedist gaat naar de patiënt?

De logopedist is ook op de raadpleging. Die kan natuurlijk ook niet iedereen zien. Dus bijvoorbeeld, wij zeggen dat. En dan zegt Inge, de oncocoach, we zorgen dat je een afspraak krijgt bij de logopedist. Of je kunt het nu direct gaan.

Wat denkt u dat de voordelen kunnen zijn voor het oncologische team, als wij structureel deel zouden uitmaken van de dienst.

Dat zou vooral voor de patiënten zijn, dat het dan zeker nooit vergeten wordt. Als jullie mee in het oog houden dat de tandzorg goed gebeurt en de preventieve extracties en dat komt allemaal. We doen enorm ons best, maar dat er zeker mensen uit een boot vallen. Dus die boot in een boot houden, dat zou het voordeel zijn, denk ik.

En dan was de vraag waar de mondhygiënist het beste gepositioneerd is geworden.

Maar dan denk ik dat u eerder op de afdeling, zelfs niet in Sint-Rafaël en dan dood, maar echt hier geplaatst.

Oh ja, als je het aan mij vraagt, zou iedereen best allemaal hier zijn.

Ook nog vergeten, de anaplastoloog. Die zit ook nog in het team. Dat is iemand die kunstneuzen, ogen en oren maakt. Wij hebben daar enorm voor gelobbyd de laatste jaren, om die hier te krijgen. Ja, anders stuurden we die ook naar het kantoor, in Zaventem of in Gelderland of in Maastricht of zo. Maar natuurlijk veel gemakkelijker. Uw neus moet eraf, maar kijk, hier is een foto en hier is iemand die uw afdruk direct gaat nemen en direct een paar foto's toont van hoe het gaat zijn. Ja, dat is een wereld van verschil. Dan dat je drie weken moet zitten denken, wow, hoe gaat dat zijn zonder die neus? Met een mondhygiënist, die mensen zijn ook heel vaak, een beetje ouder, een beetje sukkelachtig. Ik ben aan het veralgemenen want je hebt alle soorten mensen maar er zijn toch heel veel rokers en drinkers en een beetje sociaal geïsoleerd. En als je die mensen zegt, als je hier niet op de raadpleging zit met een tumor en nu moet je naar een ander ziekenhuis voor je mondhygiëne, iets wat je dan nog totaal niet interesseert meestal. Terwijl, moest je daar direct bij zijn en je ziet nu, dan kan het zijn dat het ineens toch iets is. Ja, het is dat, toegankelijkheid.

En ziet u ook de drempels of uitdagingen die er zouden bijkomen bij het integreren van de mondhygiëne? Is het een team, bijvoorbeeld logistiek, financiering, rolafbakening?

Ik denk dat de rol vrij duidelijk is, maar ik denk: financiering. Dat is inderdaad iets wat bijvoorbeeld onder andere met de anaplastoloog, met de oncocoach, met de datamanager. Dat is een enorm gedoe om die binnen te krijgen. Je moet daar eerst geld voor zoeken en dan krijg je vier jaar, als je veel geluk hebt, ben je uitverkoren tussen de tien procent die dat geld krijgen. Als die vier jaar om zijn, dan moet je weer beginnen knokken om ze toch te houden, om aan te tonen en te zien wat een nuttig werk ze doen. Dus dat zal voor jullie ook hetzelfde zijn. Tenzij dat dat voor het RIZIV goed terugbetaald wordt, dan is dat misschien minder. Ja, de financiering zal een uitdaging zijn. Logistieke inplanning, dat is natuurlijk, jullie hebben waarschijnlijk een speciale onderzoekstoel, en dat hebben we hier nu niet. En een ruimte. Dat is een heel verdiep, maar het zit allemaal al vol. Ja. Dat is gebouwd met het gedacht dat we vijftig procent te veel plaats maakten. En op het moment dat je daar intrekt, even later, bam.

En de tandarts die bij jullie in het team zit, werkt die in Sint-Rafaël?

Ja, die heeft een onderzoeksbox, maar niet bij ons op het verdiep. De patiënt moet daarvoor naar beneden, ergens in de kelder. En daar heeft hij dan inderdaad een tandartsstoel en zo. Maar dat zou natuurlijk ideaal zijn, moest dat hier ook bij ons zijn.

Dus die neemt de patiënt dan meestal mee?

Ja, en die is dan ook dikwijls niet meer te bespeuren. Dan heb je een patiënt, dan moeten ze bellen, dan neemt ze niet op. Dan zit ze beneden in de kelder. Dus dat zijn van die dingen: logistieke uitdagingen. Dus dat is inderdaad wel een logistieke uitdaging, natuurlijk.

Moesten die uitdagingen er niet zijn, was er misschien al lang een mondhygiënist in het team geweest.

En als er dan een effectieve mondhygiënist zou kunnen starten op de afdeling, welk concreet probleem zou je dan willen dat de mondhygiënist als eerste aanpakt?

Ik denk dat wij zouden zorgen dat elke nieuwe patiënt die een behandeling met operatie, chemo, radiotherapie nodig heeft, dat die gezien wordt.

Echt een screening per patiënt? Screening en tips en de nodige stappen ondernemen als er iets nodig is.

Oké. De rest hebben we nu allemaal ondertussen. Nee, inderdaad.

Oké. Ik weet niet of wij onze rol meer eens moeten duidelijk maken van mondhygiënist, want we hebben nu heel veel vragen gesteld. Ja, eigenlijk, zoals je al zegt, focussen we heel veel op het preventieve. Dus zou het daar wel een belangrijke rol in spelen. Het verschil dan eigenlijk ook tussen een tandarts en een mondhygiënist. Een tandarts focust meer op het curatieve. Terwijl de mondhygiënist meer het preventieve aspect op zich neemt. En daardoor is er ook wat meer ruimte, want er wordt niet geleerd van hoe boor je een tand juist open. Kunnen wij ook meer op de communicatie focussen. Dus we hebben in ons drie jaar dat we onze bachelor doen ook een aantal vakken gehad om bijvoorbeeld de patiënt te motiveren om beter te poetsen of een rookstop te doen. Natuurlijk is dat dan wel het aanspreekpunt dat we zijn en sturen wij ook door naar een tabakoloog

wanneer we zien dat het echt uit ons vakgebied valt. Ik denk dat we ook wel heel veel vakken gehad hebben over oncologie en de symptomen in de mond. En voor de droge mond en mucositis. Dus daar leren wij ook heel veel over. En daarom dat wij ook dachten voor onze bachelor proef, er zijn niet echt mondhygiënist die te werk gesteld staan in ziekenhuizen. Terwijl wij daar eigenlijk wel ook veel kennis over hebben. En ook wel, we dachten dat we daar wel iets.

Zeker in ons team. Dat wij wel degene zijn met de patiënten met de meeste mondproblemen, denk ik.

Ja, want we hebben ook interviews met andere afdelingen, meer over echt chemotherapie complicaties. Maar inderdaad, deze afdeling is wel het meeste.

Ja, chemotherapie geeft ook wel mondproblemen, maar verandert dingen inderdaad. Chemotherapie verandert dingen maar bij ons stralen we daar dan nog eens op. Ja, want hier is de radiotherapie echt rechtstreeks op het gebied, inderdaad. Maar ik denk ook op andere afdelingen, voor het algemeen, patiënten die chemotherapie ondergaan, dat wij daar ook een rol kunnen spelen.

Ik weet niet of je voor de rest zelf nog een paar vragen of bedenkingen heeft. Ja, nee, gewoon, als jullie dat doen, hoe wordt dat door het RISIV betaald? Eigenlijk, jullie activiteit. Ja, dus we hebben een paar nomenclatuurnummers, zoals tandartsen.

Die zijn nog heel beperkt. Momenteel gaat het dan vooral over een reiniging, dat wij kunnen terugbetalen. Maar het RISIV, dat is eigenlijk om de vier jaar ook dat ze daarover gaan beslissen, dan samen met de vakbonden van de tandarts en zo. Dus ze zijn wel aan het werken om meer nummers te krijgen, omdat dan er ook meer behandelingen terug betaald gaan zijn. Ja, natuurlijk, zoals je het zelf ook al heeft aangegeven, is dat een beetje knokken.

Maar als we ze al een beetje eens gehoord hebben bij de mensen, zien we ook wel bij de tandartsen dat er al van de monddienst belangrijker wordt en dat ze elkaar meer ingaan zien. En denken ze over vijf jaar, tien jaar, dat is een beetje te zien, dat er dan ook wel wat meer nummers gaan zijn. Ja, het is een beetje een probleem dat. Vandaag is het vooral vaak een samenwerking tussen mondhygiënist en tandarts, waardoor wij op voorschrift ook de nummers.

En werken jullie in de praktijk van een tandarts ook of zo? In groepspraktijk, meestal met een samenwerking met een tandarts, die dan naar elkaar doorverwijzen. En dan kunnen wij werken op voorschrift van de tandarts en dan kunnen de patiënten ook een terugbetaling krijgen, bijvoorbeeld, voor radiografie en...

En met hoeveel zijn jullie in jullie opleiding?

Nu studeren we af met iets van een dertig, ongeveer. En je bent de enige in België nog? In Gent ook nog. Maar bijvoorbeeld in Nederland is de mondhygiënist en de rol van de mondhygiënist veel duidelijker en meer uitgewerkt. Eigen praktijken. Dus het is nog in België, die autonomie dat een beetje het probleem is en waar ze nog een beetje naar aan het kijken zijn.

Ja, want we hebben nu net een voorstel voor een conventie voor hoofd- en oncologie. Daar zit geen mondhygiënist in. Er heeft ook niemand iets over gezegd. In heel die aanloopvergaderingen en zo. Dus ja. Een tandarts wel. Ja, ik denk dat de mondhygiënisten die afstuderen hier in België ook direct heel veel klinische praktijken zoeken. Er zijn echt superveel praktijken die mondhygiënisten zoeken. Dus dat er heel veel daar blijven, omdat er zo'n grote vraag is. Er is zo'n tekort dat het... Ah ja, er is dus wel een tekort.

Er is gewoon redelijk weinig gekend over hoe en wat je kunt doen. Waardoor je dan makkelijk in een algemeen klinische praktijk terecht komt en dan blijft. En omdat er dan daar ook al die grote vraag is.

Future looks bright.

2. Interview 2

Interviewer: Dan zullen we al direct beginnen met de eerste vraag. Dat is eigenlijk of u uw uw functie en uw rol in de oncologische zorg kort kunt toelichten?

Dr. Lambrecht: Ik ben radiotherapeut-oncoloog. Dat betekent dat ik voornamelijk bestralingen uitvoer bij patiënten, voornamelijk hersentumoren en longtumoren, en daarnaast ook bij pediatrische patiënten, dus kinderen. Mijn rol binnen het multidisciplinaire team bestaat uit samenwerken met chirurgen, medisch oncologen, pneumologen en neurochirurgen om het beleid voor de patiënt te bepalen.

Een deel van mijn onderzoek gaat sterk rond de supportieve zorg van patiënten die behandeld worden. Daarom past dit interview zelfs binnen mijn interessegebied. In de zin van je hebt patiënten die je oncologisch behandeld voor een tumor, maar die daarna nog met veel problemen kampen. Die ze tegenkomen na ze behandeld geweest zijn en daarin denk ik dat er nog veel geoptimaliseerd kan worden in die nazorg.

Interviewer: Komt u dan vaak in aanraking met patiënten die orale complicaties ervaren door chemo- of radiotherapie?

Dr. Lambrecht: Ja, ja. Dat is wel iets wat we frequent zien. Binnen onze discipline komen orale complicaties vooral voor bij hoofd-hals-tumoren. Die behandel ik vandaag minder dan vroeger, maar ook patiënten die chemotherapie krijgen, hebben vaak last van aftose en andere mondproblemen. Orale complicaties komen dus zeker voor.

Interviewer: Bent u al vertrouwd met het beroep van de mondhygiënist en de kerncompetenties?

Dr. Lambrecht: Nee, kort samengevat niet echt. Je mag dat eens zeker uit de doeken doen.

Interviewer: Dan geef ik graag wat toelichting. Een mondhygiënist werkt binnen het preventieve luik van de tandheelkunde. Wij voeren taken uit zoals fluoridegebitjes maken, tandsteen verwijderen en zien dat de algemene mondhygiëne op peil blijft. Wanneer er curatieve problemen zoals een gaatje, verwijzen wij door naar de tandarts. Dat gebeurt meestal binnen een privépraktijk, bij een algemene tandarts.

In een oncologische setting gaat het vaak om het tijdig detecteren van problemen en, wanneer er bijvoorbeeld tanden getrokken moeten worden, we doorverwijzen. Daarbij zullen wij wel het aanspreekpunt zijn, in samenwerking met de tandarts.

Interviewer: Ik neem aan dat u dan ook nog niet eerder professioneel heeft samengewerkt met een mondhygiënist?

Dr. Lambrecht: Nee, professioneel niet. Mijn eigen tandarts werkt wel met een mondhygiënist, dus ik ga tegenwoordig zelf ook naar een mondhygiënist. Maar binnen mijn job heb ik nog geen samenwerking gehad.

Interviewer: Als u kijkt naar de rol van de mondhygiënist in een privépraktijk, ziet u dan ook hoe die rol vertaald kan worden naar een ziekenhuis- of oncologische setting?

Dr. Lambrecht: Ja, dat denk ik wel. Het grote voordeel is dat de drempel heel laag ligt. Sommige patiënten hebben al vóór de behandeling een slechte mondhygiëne. Een groot deel van mijn patiënten zijn longkankerpatiënten, meestal rokers, en die hebben vaak een slechter gebit. Dat beïnvloedt hun levenskwaliteit en er zijn ook evidenties dat dit voor serieuze complicaties kan zorgen bij hun behandeling. Dat die mondflora wel een invloed kan hebben op hoe ze zo een behandeling doorkomen, de oncologische uitkomst.

Daarnaast is de drempel om naar de tandarts te gaan erg hoog. Waarom? Omdat er een heel lange wachttijden en ten tweede weinig tandartsen die vertrouwd zijn met oncologische patiënten. We sturen die dan altijd door hier intern maar ja dan moeten wij al selecteren welke patiënten het meest baat hebben bij een verwijzing. Idealiter zou ik willen dat deze ondersteuning standaardzorg wordt.

Een mondhygiënist zou al vóór de behandeling kunnen screenen hoe het gesteld is met de mondgezondheid, zorgt dat dit zo gesaneerd mogelijk is. Grote problemen kunnen zo vooraf worden herkend. Bijvoorbeeld een van de behandelingen die we vaak geven zijn botversterkers, bisfosfonaten, waarbij er een heel groot risico is op osteonecrose van de kaak. Hoe slechter de mondhygiëne, hoe groter dat risico. Dus als je dat kunt voorkomen is dat een enorm voordeel. Ik denk dat een mondhygiënist qua kosten een heel stuk lager is dan een tandarts en ook qua drempel veel makkelijker bereikbaar is.

Interviewer: Dus eigenlijk een brug tussen de twee werelden?

Prof Lambrecht: Ja een toegankelijke brug ja. Zoals gezegd iedereen zit in een privépraktijk, tandartsen hebben patiëntenstops en eigenlijk ook niet echt zin in al die complicaties. Dat is vooral doordoen en op zich veel routine werk met betere inkomsten in vergelijking met 1 patiënt met veel complicaties. Dit willen we liefst zo veel mogelijk vermijden en als we dan iemand kunnen hebben die de wereld kent en zich kan specialiseren in de oncologische zorg. Om daarna in een academische omgeving of grote ziekenhuizen te werken, is dat enkel maar een meerwaarde ja.

Daarom denk ik dat een mondhygiënist een zeer toegankelijke brug kan zijn. Iemand die de mondgezondheid van oncologische patiënten kan opvolgen, problemen kan detecteren, en die weet wanneer gespecialiseerde tandheelkundige zorg noodzakelijk is.

Interviewer: U zei dat de mondhygiëne momenteel intern opgevolgd wordt, kunt u dan iets meer vertellen over hoe die opvolging momenteel gebeurt binnen uw afdeling?

Dr. Lambrecht: Dat gebeurt via doorverwijzing naar de tandarts. De indruk die ik heb, is dat patiënten heel basaal worden geëvalueerd. Als er slechte tanden zijn, worden die meestal gewoon getrokken. Soms beginnen patiënten dan aan hun behandeling terwijl ze plots veel tanden kwijt zijn, wat natuurlijk voor hun oprecht niet aangenaam is. Want je moet natuurlijk snel starten met je behandeling, je hebt geen tijd om korte keuzes te maken. Daar worden wij dan wel in betrokken maar ik heb de indruk dat als ik patiënten terugzie na hun bezoek aan de tandarts, het meestal is van: "Ahja we hebben zoveel tanden getrokken."

Interviewer: Welke orale complicaties ziet u het vaakst tijdens de behandeling?

Dr. Lambrecht: Aftose komt heel vaak voor. Osteonecrose van de kaak is een complicatie waarvoor we het meest vrezen. Bij bestraling van het hoofd-halsgebied is xerostomie een veelvoorkomend probleem, ook op lange termijn. Ik ben nog even aan het nadenken, wat zien we nog. Verder zien we problemen door xerostomie zoals tandbederf, nutritieproblemen, abcessen soms, infectieuze problemen. Het is een heel arsenaal aan mogelijke complicaties.

Interviewer: Welk impact denkt u dat deze orale problemen hebben op therapietrouw, comfort en voeding van de patiënt?

Dr. Lambrecht: Ja heel groot he, die impact is heel groot. Onlangs had ik een patiënt die bisfosfonaten moest starten. Ze hebben bijna de helft van zijn tanden getrokken. Die man kon niet meer eten. Hij zei: "De behandeling zelf is oké, maar het feit dat ik geen tanden meer heb, vind ik verschrikkelijk."

Xerostomie is een laattijdige nevenwerking, is echt een complicatie die ervoor kan zorgen dat de sterfte van de patiënten hoger ligt. Die een grote invloed heeft op de levenskwaliteit. Niet omdat de tumor niet onder controle is, maar omdat voeding, verzorging en algemeen comfort veel moeilijker worden. Naar kwaliteit van leven zijn die monden uitermate belangrijk. Als we die mondzorg kunnen optimaliseren, kan dat een groot verschil maken.

Waarschijnlijk is dat niet voor iedereen nodig maar het probleem is dat wij zelf niet voldoende opleiding hebben om een uitgebreide mondstatus te beoordelen. We doen geen systematisch tandonderzoek. Hetgeen dat ik dan persoonlijk merk is dat wanneer je naar een mondhygiënist gaat en die doet zijn werk goed, op langere termijn echt een groot verschil kan maken in het voorkomen van cariës en andere problemen.

Interviewer: Wanneer patiënten klagen over xerostomie, wordt daar dan iets mee gedaan/klaagt die dan tegen de verpleegkundige?

Dr. Lambrecht: Ja, dat wordt systematisch bevraagd. Droge mond is een gekende complicatie. Wat we altijd navragen tijdens opvolgconsultaties.

Interviewer: Vindt u dat er op dit moment voldoende aandacht is voor mondgezondheid binnen de oncologische zorg?

Dr. Lambrecht: Dat hangt sterk af van de specialisatie. Bij collega's die echt hoofd-hals-tumoren bestralen, is mondzorg heel goed geïntegreerd. Zij zijn er helemaal mee mee. Bij longkanker of hersentumoren, die ook chemo krijgen, wordt er veel minder naar gekeken. Daar is nog veel werk. Er zijn recent veel papers gekomen rond de mondflora op het microbiom op uitkomsten na therapie. Ik denk dus dat het wel gaat stijgen maar meer vanuit een oncologisch perspectief dan een zorgperspectief.

Interviewer: Op welke momenten in het zorgtraject denkt u dat er de grootste nood aan mondzorgondersteuning is? Voor de start van de therapie, of eerder tijdens de behandeling?

Dr. Lambrecht: Dat is eigenlijk een volledig traject. Idealiter laat je patiënten vóór de start van hun behandeling een uitgebreide evaluatie krijgen. Daarna zou er op regelmatige tijdstippen gecontroleerd moeten worden hoe het gaat en of de therapie een invloed heeft op de mondgezondheid. Wanneer kleine problemen tijdig worden opgemerkt, kan je er met minimale ingrepen al iets aan veranderen.

Er is sowieso een grote nood aan pre-therapeutische evaluatie. Als je moet kiezen waar je begint, dan is dat de eerste en belangrijkste plaats. Daarna kan een soort vast opvolgingstraject worden ingebouwd, een beetje zoals bij tandartscontroles, maar waarschijnlijk frequenter tijdens intensieve oncologische therapieën.

Het grote probleem is dat interventies zoals tandsteen verwijderen of andere behandelingen kleine wondjes creëren in een omgeving die vaak besmet is. Tijdens therapie zijn patiënten kwetsbaarder, waardoor je heel goed moet nadenken over wat veilig kan en wat niet. Wat onder therapie is dit niet altijd zonder risico.

Interviewer: Ziet u de mondhygiënist eerder binnen het ziekenhuis werken, of via samenwerking met privépraktijken?

Dr. Lambrecht: Het makkelijkste voor ons is dat er iemand in het ziekenhuis aanwezig is. Zodra je deze zorg in de privé zet, bots je op dezelfde problemen als bij de diëtisten. Een diëtist heeft een enorme meerwaarde voor onze patiënten. Het moment dat je dit prive zet, worden er dingen zoals inkomsten, zo veel mogelijk patiënten zien belangrijk. In een ziekenhuis kun je iemand hebben die zich volledig specialiseert in mondzorg bij oncologische patiënten. Dat is veel efficiënter dan samenwerken met tientallen verschillende mondhygiënist in de omgeving, die elk maar sporadisch een oncologische patiënt zien en waar ze ook zitten met die wachtlijsten. Dus uit persoonlijke ervaring is het altijd een voordeel dat hoe meer die zorg intramuraal georganiseerd kan worden, hoe makkelijker dat is. Een tandarts binnen in het ziekenhuis krijgen is al ongelofelijk moeilijk, iemand die zich kan specialiseren als mondhygiënist en die in een ziekenhuis houden is een heel stuk eenvoudiger. Dan kan de doorverwijzing naar tandartsen eventueel in de prive.

Interviewer: Ziet u de mondhygiënist dan samen met de verpleegkundige standaard aanwezig bij alle patiënten, of eerder dat de verpleegkundige selecteert wie nood heeft aan mondzorg?

Dr. Lambrecht: Ik zou dat eigenlijk standaard maken, maar niet in de zin van meetouren met zaalrondes. Ik zie het eerder als een ambulante dienstverlening. Tijdens multidisciplinaire raadplegingen bijvoorbeeld, waar ook de psycholoog of logopedist zijn, zou de mondhygiënist op hetzelfde moment parallel patiënten kunnen opvolgen.

Je zou dan een aparte afsprakenlijst hebben met patiënten die op die dag gezien worden. Het is niet iets dat wekelijks hoeft te gebeuren, maar wel op vaste tijdstippen tijdens de behandeling om te kijken hoe het staat met de mondgezondheid en bij de intake van nieuwe patiënten.

Interviewer: Welke voordelen ziet u als een mondhygiënist structureel deel uitmaakt van de dienst?

Dr. Lambrecht: Als er problemen zijn dat er een snelle, korte communicatielijn is. Dat ze dan ook toegewijd zijn aan de oncologische patiënt en dan ook kennis kunnen opbouwen. Iedere patiënt is natuurlijk anders maar ook elke therapie heeft zijn eigen specifieke problemen, en als je daar de kennis kan vergaren is dat wel een groot voordeel.

Als die kennis binnen het ziekenhuis blijft, stijgt de kwaliteit van zorg. Dat verlies je als je te veel werkt met externe professionals die maar af en toe een oncologische patiënt zien.

Interviewer: Zijn er drempels of uitdagingen wanneer een mondhygiënist geïntegreerd wordt in het team? Logistiek, financiering...

Dr. Lambrecht: Ja, zeker. Ten eerste de logistiek: er moet ruimte voorzien worden en het nodige materiaal moet beschikbaar zijn. Dat is een kwestie van eraan te werken en vraagt uiteraard financiering. Het is een kost die de patiënt waarschijnlijk ten goede zal komen maar financiering voorzien betekent dat het iemand is die je mee in je team neemt, een recurrente kost. Personeel aannemen is altijd vervelend want die blijven, een toestel kan je afschrijven. Dat is denk ik de grootste drempel.

Daarnaast is er de leercurve, de 'know how'. In het begin moet uitgezocht worden wat haalbaar is, hoe de workflow eruitziet en welke interventies veilig zijn. Ik denk dat het daar een belangrijke rol is om de meerwaarde aan te tonen. De intzgratie van zo een profiel in een multidisciplinair team heeft echt een meerwaarde bij uw patiënten. Vaak wordt zo'n profiel eerst via een project gefinancierd bijvoorbeeld via Kom op tegen Kanker. Als blijkt dat het een duidelijke meerwaarde heeft, kan dan gevraagd worden om het structureel te financieren.

Interviewer: En dan om af te sluiten, als er nu een mondhygiënist morgen zou starten op uw afdeling, welk concreet probleem zou u willen dat hij of zij als eerste aanpakt?

Dr. Lambrecht: Het belangrijkste is denk ik vooral de screening. Het opsporen van verborgen mondproblemen bij patiënten die wij nu niet goed detecteren. Als iemand een heel slechte mondhygiëne heeft of duidelijke tandproblemen, zien we dat meteen. Maar sommige patiënten lijken op het eerste gezicht een goede mondgezondheid te hebben, terwijl hun behandeling hen een sterk verhoogd risico geeft op complicaties. Dat we die onderscheppen eigenlijk, ik denk dat dat het voornaamste zal zijn.

Interviewer: Zijn er nog aandachtspunten, ideeën of opmerkingen die volgens u belangrijk zijn rond mondzorg in de oncologie?

Dr. Lambrecht: Ja. Mondzorg is een van de paramedische disciplines die in de reguliere zorg al een grote, bewezen meerwaarde heeft. Ik ben ervan overtuigd dat het ook in de oncologische zorg een belangrijke rol kan spelen.

Een specialisatie in oncologische mondzorg, net zoals bij psychologen, logopedisten en andere disciplines heeft een enorme meerwaarde. Jullie hebben tijd en expertise voor zaken waar wij ofwel niets van kennen, ofwel simpelweg te weinig tijd voor hebben.

En hoe lager de drempel, hoe beter de patiëntenzorg. Het moeilijkste blijft de structurele inbedding in een ziekenhuiscontext. Dat vraagt tijd. Maar ik denk dat steeds meer mensen zich bewust worden van hoe belangrijk dit is, zeker bij specifieke populaties zoals mensen met hoofd-hals-tumoren of longtumoren, waar mondzorg vaak minder gekend of opgevolgd is. Die er zeker een meerwaarde bij kunnen hebben.

3. Interview 3

Kan u kort functie en je rol binnen de oncologische zorg toelichten.

Ik ben halftijds VPK-specialist, oncologische heelkunde en halftijds clinical support manager. Maar dat is zo'n functie eerder ter ondersteuning van de artsen, maar ook om de processen te optimaliseren, de zorg zo goed mogelijk efficiënt en kwalitatief te maken. Nu onze hoofdbrok, patiënten begeleiden, trajectbegeleiding zijn, dus aanspreekpersonen voor patiënten. Ja, dus onze groep, dat zijn de bot- en weke-delen sarcomen. En we zien ook wel patiënten met melanomen. En wij zien die van het moment dat de diagnose is gesteld en dat het behandelplan is besproken met de patiënt. En wij stellen ons voor als contactpersonen dat ze hier zoveel mensen zien en als ze vragen hebben, dat ze weten dat ze tenminste ergens terecht kunnen en wij filteren dan de vragen en geven deze wat door. Wij proberen hen zo goed mogelijk te informeren over hun traject, te verduidelijken wat de artsen hebben gezegd en dan te kijken naar ondersteuning, wat nodig is bijvoorbeeld, naar een ontslag toe. Bv moeten we een sociaalassistent inroepen om thuishulp in te roepen. Moet er een ergotherapeut zijn om bv iemand die met een amputatie eindigt om daar aanpassingen te doen in huis. Is er kinesist nodig? Hoe kunnen ze ook voorbereiden? Tegenwoordig bewegen is ook heel belangrijk. Dat we de mensen vooraf al doorsturen naar een kinesist voor re conditionering. Tijdens de behandeling wordt er kinesitherapie voorgeschreven en ook na de behandeling. Dus ja echt een aanspreekpunt.

Komt u dan ook vaak in contact met patiënten die orale complicaties ervaren?

Eigenlijk niet. Maar ik denk wel die mensen die vreemd materiaal ingeplant krijgen, dat we die van het begin nog beter aandacht kunnen voor vragen. Ik denk ook dat het, dat is jullie expertise, dat het misschien aangewezen is voor een operatie of een tandartsbezoek of bij een mondhygiënist langs te gaan. Dat die toch gaatjes of die dingen allemaal. Of dat die een gezond mondslijmvlies hebben. Dus in dat opzicht past jullie onderwerp, allee is dat wel iets nuttigs voor ons ook.

En bent u dan al vertrouwd met het beroep en de kerncompetenties van een mondhygiënist? Ik neem aan dat dat misschien een grijze zone is voor u.

Wel ja, bij mijn tandarts. Mijn zonen zijn bij een mondhygiënist geweest toen ze geen tandarts vonden die plaats had, en dat was ook oké. Maar in dat opzicht, ja, zo ben ik vertrouwd. Allee, weet ik van jullie functie.

Maar in de oncologische setting is dat nog niet echt gekend.

Ik weet het niet, maar ik zeg het. Wij zijn zo een niche apart. De grote groep, als wij vergaderen met de verpleegkundig specialisten van oncologische oncologie, zal ik het dan noemen, die hebben allemaal patiënten die ze volgen in het kader van immunotherapie, chemotherapie. En ik denk, ja, die hebben wel problemen als ze chemo krijgen met afters en wat is het allemaal

Maar ik neem aan dat voor u de rol van de mondzorgdienst eigenlijk nu vrij onduidelijk is binnen de oncologische heelkunde.

Als je een overzicht hebt van wat dat jullie allemaal kunnen betekenen, graag. Dat is eigenlijk ook voor onze kant nuttig, dat we kunnen weten waar we kunnen doorverwijzen naar jullie.

Want als er nu een probleem is met de mondzorg, hoe wordt dat dan opgevolgd? Is dat een persoon dat jullie doorsturen? Of is dat iets dat bij een andere groep meer gebeurt en dat jullie eigenlijk...

Het blijft eerder ook op de radar. Dat komt nooit ter sprake. Wij hebben zo vragenlijsten over ondersteuning thuis en die dingen, maar over mondzorg niet. Eigenlijk moet het dan al van de patiënt komen, maar die legt ook geen link, denk ik. Dat die complicaties komen door de behandeling. Eigenlijk blijft dat nu onder de radar. Dat wordt gewoon niet opgepikt.

En hoor je dan soms van patiënten die zeggen of klagen van orale complicaties die ze hebben, of is dat ook iets waar ze... Ik niet echt. Maar ja, onze patiënten doen een operatie op hun benen of zo, dus in het hoofd-halsgebied komen wij niet. En degenen die als problemen hebben gaan naar de dagzaal. Dus dat dat niet bij mij komt, dat kan. Ik verwacht ook niet dat dat eerst bij ons komt.

VRAAG 9 En vindt u dat er voldoende aandacht is voor de mondzorg momenteel binnen de oncologische setting?

Ik kan alleen maar spreken over mijn stukje. Bij ons te weinig, denk ik. En zeker als er over prothesen wordt gesproken. Dan wordt dat in de vluchtte gezegd. Er wordt gezegd tegen hun dat als je naar een tandarts gaat en ze gaan iets doen, vraag dan antibiotica, zodat er niks op je prothese komt te zitten.

Dus als ik dat goed begrijp, dan denkt u wel dat er een protocol best kan uitgewerkt worden. En dat is dan vooral dat u... Ik denk vooral, ja, dat we... Dat we gerichte vragen kunnen stellen aan de patiënt, dat we kunnen detecteren van...

We kunnen gewoon gerichte vragen stellen, bv ga jij regelmatig naar een tandarts? Allee, dat komt nu gewoon in mij op. Ik heb daar geen idee van. Heb je een vals gebit

bijvoorbeeld? Misschien dat dat ook wel belangrijk is. Dus dat we een aantal vragen toch wel bij de intake al kunnen stellen en dat we daaruit kunnen afleiden van, ja toch best nog een keer langsgaan voor de operatie. Of na de operatie, frequentere opvolging of ja, ik weet niet wat dan de aanbevelingen kunnen zijn. Dus het is eigenlijk vooral voor, tijdens en na dat het wel meer in de picture mag komen.

En ja, dat is misschien een beetje ver van je bed, maar welke impact zouden die orale problemen volgens jou hebben op de therapietrouw, op het comfort, de voeding en het herstel ook van de patiënt?

Sowieso op herstel en voeding. Als ze niet kunnen eten, kunnen ze ook geen voldoende calorierijke maaltijden nemen. Allee, dan worden er waarschijnlijk andere middelen gezocht. Een diëtist kan dat misschien vinden. Het hangt ook af van de conditie van de patiënt bij operatie. Wij hebben mensen met retroperitoneale sarcomen die wel echt verzwakken. En bij die is het zeker belangrijk dat die voldoende gevoed worden en dat dat wel kan verzekerd worden. Dus bij hen denk ik wel dat dat belangrijker is dan bijvoorbeeld iemand die wel in de spier heeft en dat moet uitgehaald worden. Afhankelijk van de zwaarte van de ingreep gaat dat al dan niet een grotere rol spelen. Maar los daarvan denk ik dat we dat in een standaardvraaglijst kunnen gieten en mee bevragen bij intake. En dat mogelijkst doorverwijzen, mocht er toch iets te zien zijn.

Ja. Dus als we echt praktisch gaan kijken, zou je eerder bij alle patiënten een vragenlijst en dan wie er in aanmerking komt doorverwijzen? Wij zijn dus niet per se de mondhygiënist die mee op de afdeling rondgaat. Hoe zou je dat zien?

Ik werk vooral op raadpleging. Dus we zien de patiënten voor een intakegesprek. En mijn eerste idee is nu gewoon dat we dat mee integreren en vragen hoe vaak gaat u op tandartsbezoek. Ja dat we de status van de mondhygiëne, dat we daar een beeld van hebben en op basis daarvan. Een screening dus ook. Ja, daar een screening te doen en dan wie nood heeft doorverwijzen.

Ja, zeker. Ziet u bepaalde voordelen voor het oncologische team wanneer de mondhygiënist structureel deel zou uitmaken van de dienst?

Voor onze populatie niet direct. Nee, ook omdat een opname moeten we zo kort mogelijk houden. Ja, dat alles terug op gang komt en dat de wonde goed heelt. Geen infecties ontwikkelt en zo van die dingen, dus nee, niet per se.

En als u uit uw verpleegkundige kennis denkt op andere afdelingen, dat dat wel daar een voordeel zou hebben?

Ik zou denken op dagzaal wel. Allee, daarvoor ken ik te weinig jullie mogelijke bijdrage als mensen stomatitis hebben en zo, ten gevolg van de chemotherapie. In hoeverre dat jullie toch kunnen zorgen dat die mondhygiëne zo goed mogelijk op punt komt. Maar ja, ik zeg, dat is echt oncologisch. En voor de immuuntherapie, die komen ook op dagzaal. Dus misschien op dagzaal en op de afdeling oncologie waar de chemotherapieën gegeven worden. Allee, maar ik moet dat niet over oordelen. Dat alleszins overwegen, denk ik. Zoals je ook een pedicure hebt die langskomt. Dat is eigenlijk ook hetzelfde. Als daar ingangspoortjes zijn voor kiemen, dat kan ook op hun prothese blijven vastzitten. Ja, een

sepsis ten gevolge van kiemen die onverzorgd. Want dat heeft ongetwijfeld een grotere impact. Ja, zeker. Op de algemene gezondheid. Ik denk dat dat nog ongekend is, die impact dat dat kan hebben.

En welke drempels of uitdagingen ziet u bij het integreren van de mondhygiënist in UZ Leuven? Bijvoorbeeld logistiek of financiering of...

O, daar ben ik niet zo vertrouwd mee. Ja, ik weet van die pedicure, sommigen komen op zelfstandige basis, dat is een piste om te bekijken. En dat je niet vanuit je budget een probleem hebt. En bijvoorbeeld mijn functie van verpleegkundig specialist, met dan bijzondere aandacht voor het traject en het gebeuren, dat wordt via het Leuvens Kankerplan gefinancierd. En daar moeten we cijfers kunnen voorleggen dat dat voldoende nuttig is en dat het een meerwaarde heeft. Dus het financieren gaat zeker een drempel zijn. Als je in dienst van UZ Leuven, tenzij dat dat een departement thk dat doet, dan kun je nog zoiets financieren, dat weet ik niet. Maar je moet goed kunnen aantonen dat het een meerwaarde heeft voor de oncologische patiënt. Logistiek, jullie gebruiken waarschijnlijk ook instrumenten en zo. Dan hangt het er ook van af of het jouw instrumenten zijn. Doe je het zelfstandig dan zijn het jouw instrumenten. Of is dat van hier en dan heb je weer de omloop naar sterilisatie en in die toestanden of wegwerp instrumenten gebruiken? Dus dat is ook iets wat je dan zou moeten bekijken.

Misschien dan met het sint raf dat naar boven komt, is dat misschien iets wat makkelijker toegankelijk is voor de instrumenten

Dat zou kunnen. Jullie hebben geen speciale instrumenten. Dat is vergelijkbaar met hun? Ja, dat is vergelijkbaar. Dat dat misschien zo'n samenwerking kan zijn. Je kunt je dan ook bereiken. Je moet weten waar je ze moet ophalen en waar je ze moet terugbrengen. Bij setjes werkt er dan op het einde van de dag dat gevoel. Ja, zo kunnen ze je inderdaad wel organiseren.

En dan de contacten met de hoofdverpleegkundige om hoe je dat kunt aangeven. Het organisatorische, van ik kom dan langs of hoe moet ik die aanvraag doen. Dat zijn vooral de praktische dingen. Dat is misschien vergelijkbaar met een kinesist die naar bed komt. Allee, ja. Dus je kunt je wel spiegelen aan andere professionals.

We hebben ook kapsters die aan bed komen. Of er is een lokaal waar de kapster ook patiënten ziet. Ah ja. Je moet ook een stoel hebben en zo? Dat valt ook in hoeverre we de screening willen nemen. Of we ook radiologische foto's willen nemen, daar hebben we ook een lokaal nodig. Maar als het gaat om screenings van de mond aan het bed ja dat kan.

Of een consultfunctie dat je ze wel onderzoekt en dan adviezen geeft.

Want momenteel hebben we al gehoord van TA dat ze op die diensten werken die een lokaaltje hebben. Maar dan moeten de patiënten zelf van de dienst oncologie van die verdieping naar beneden gaan. Wat is haalbaar voor hen natuurlijk. Dus dat is iets waar we wel aan bekijken zijn. Je gaat een drempel verlagen als je aan bed gaat. Ja, dat is wat we bij de andere interviews ook horen. Dat het eigenlijk beter zou zijn als het op de afdeling, op de dienst zelf.

Ja, de afsluiting. Dus stel je voor, er komt morgen een mondhygiënist. Die start op jullie afdeling. Welk concreet probleem zou je willen dat die aanpakt? En is er een probleem? Of is er een probleem bij jullie?

Als ik gewoon kijk naar de patiënten die ik op de raadpleging zie. Het zou het heel makkelijk maken. Mocht je daar aanwezig zijn, ik stuur ze gewoon door. Van kijk, dit is standaard in de zorg, dus je gaat daar eerst langsgaan. Anderzijds is dat misschien ook een beetje te veel van jullie gevraagd om daar te zijn en dat dat te weinig opbrengt. Ik zou de patiënten direct naar jullie doorsturen waarvan ik hoor dat die het laatste jaar niet meer naar de tandarts zijn geweest en dat die voor de grote ingreep staan. Zodat ze infectievrij zijn, niet echt voor de orale complicaties.

Zijn er zelf nog opmerkingen, ideeën of aandachtspunten die je hebt voor ons die belangrijk zijn binnen de oncologische

Ik ga weer niet aan de chemo's denken, want die zijn echt een apart geval. Misschien als er zo een flyer kan worden gemaakt met gewoon de basis en de aandachtspunten van: hiervoor en hiervoor kunt u naar de mondhygiënist doorverwijzen. Voor de specialisten, de zorgverleners. Niet voor de patiënten, maar voor de zorgverleners. Echt een kaartje of een functiebeschrijving? Een functiebeschrijving, kort van waar jullie voor staan. En wat een meerwaarde is. Ja, en dan voor de patiënt. Gewoon de basis tips over mondhygiëne, en het belang daarvan. Daar kunnen we wel zeker mee aan de slag. En de kostprijs is ook belangrijk voor de patiënten. Ja, dat zij geïnformeerd zijn van: als ik ga, dat kost mij zoveel. Want dat kan voor patiënten ook vaak een drempel zijn. Ik denk, als je zit in die lagere sociale klasse. Dat is moeilijk, want bij welke mutualiteit zitten ze dan? Of gezegd: vraag na bij je mutualiteit. Want er zijn terugbetalingsmodaliteiten. Vraag het na. Maar dat is inderdaad een grote drempel. Dat ze misschien weten dat er een terugbetaling is, dat dat wel mogelijk kan, denk ik. Ja, dat die kans bestaat. En dat ze het dan maar moeten navragen, dat is wel nog wel iets.

Want zeker voor kinderen is die terugbetaling voor een mondonderzoek bijvoorbeeld twee keer per jaar.

Dus sommige ouders waar dat moeilijk over is, gaan ook minder naar de tandarts, terwijl het eigenlijk wel gratis is voor die kinderen.

Dus misschien is dat dan zo wel iets is om te flyeren. Ik zie ook wel weinig kinderen. Omdat dat gelukkig minder voorkomt, maar die botsarcomen worden op pediatrie behandeld.

Wil je bedanken dat je de tijd hebt genomen om... Ik vind het nuttig. Ik vind het echt nuttig, want ik... Het zit al lang in mijn hoofd, maar... om een vraagje te maken van waar je op moet letten. En wat zijn... Als ze een prothese... Vooral die mensen met vreemd materiaal.

Ja. En ik heb ook de vragen aan de mensen van de totale heupprothesen. Wat jullie doen, vooral in de oncologie, hè.

Maar ook bij die totale... De nieuwe totale heupprothesen, de knieprothesen, schouderprothesen, al wat prothesen is. Als daar iets opkomt van kiemen, dan gaat dat wel niet af. Dan moet het eruit, hè.

Dus je moet daar toch ook aandacht voor hebben, denk ik. Toen we onze bachelorproef maakten, waren er ook veel afdelingen waar we overal op oncologie afgeklopt waren. Maar er zijn nog meerdere afdelingen waar er echt een voordeel zou kunnen zijn voor meer aandacht aan die mondgezondheid.

Maar nu hebben we inderdaad moeten afmaken. Omdat zelfs in de oncologie kunnen we al zo breed gaan. Dat denk ik ook.

Maar inderdaad, op andere afdelingen zeker ook... Ook iets wat daar verder bekeken moet worden. Dat misschien wel voor de volgende... Voor de volgende nieuwe bachelorproef.

Ja, dus dat. En jullie zijn nu nog interviews aan het doen en gaan dan... Ja, dus de literatuur is gedaan. We zijn nu de praktijk aan het bekijken van hoe en wat.

En dan gaan we dat uitschrijven, uitwerken, verwerken en dan een conclusie maken. Dus dit is je laatste jaar? Ja. Hoe staat het klaar tegen... Tegen juni.

Ja. Dus dat gaat wel even gaan. Allee, we staan aan het... En hoe moet je wat gelijkenissen tussen literatuur? En wat dat geïnteresseerd bent met de dingen? Zeker.

Zeker bij onze... Bij de hoofd-hals-oncologie zie je wel echt dat die problematiek zeer aanwezig is en dat het wel echt... En dat ze daar dan ook al meer kennis over hebben dan bijvoorbeeld jullie dienst oncologische heekunde. Ja. Dus het is wel echt waardevol om die twee zo'n beetje naast elkaar te zetten.

Ja, inderdaad. Ja, want ik denk nu louter aan tanden en ook wel mondslijmvlies, maar ongetwijfeld zijn dat gewoon dingen die een rol spelen in je... Als je medicatie neemt, dat kan er ook een invloed hebben op je... Ja, droge mond... droge mond, maar... Ja, ja, ja.

Zeker, en het is geen mooie dingen. En dan nuchter zijn en zo. Dat is allemaal wel... Ze moeten niet meer zo lang nuchter zijn voor een ingreep.

Ze mogen nog tot twee uur voor de ingreep heldere dranken drinken. En dan tot zes uur niet-heldere dranken en voeding. Ja.

Ik weet niet of dat dan in het voordeel speelt, maar ik kan me voorstellen dat als je... Allee, gewoon in je mond... Allee, regelmatig drinken en zo. Is dat goed voor je hygiëne? Water, hè. Ja, zeker voor de... Ja, ja.

Ja, zolang het geen frisdrank is, natuurlijk. Ja, nee, dat weer niet. Dus dat je er ook vanaf gaat dat je drinkt.

Ja. Dat ook een invloed heeft op alles. Dat kan inderdaad ver gaan.

Ja, je kunt ver blijven. Je moet goed afwachten dat je blijft bezig. Nee, inderdaad.

Dat merken we nu ook. Maar... En... Krijg je dat... Kun je een samenvatting of zo? Van de bachelorproef? Ja. Zeker? Dan kunnen we nu de bachelorproef... Wanneer die af is, kunnen we die wel tegen je sturen.

Dan kunnen we daar misschien wel iets uithalen om te integreren in ons... Want ons doel is ook om met de bachelorproef zo'n taak, zoals je zei, een functiebeschrijving uit te werken. Dus dat staat ook normaal gezien op het einde. We hebben daar ook een beeld van.

Iets, ja. Dus dat kunnen we sowieso bezorgen. O, dat is... Ik ben altijd wel iets aan het leren.

Inderdaad, dat er al meer aandacht naar geschonken wordt. Dat is al een grote stap, hè. Ja, het is dat.

Je hebt er gewoon al van denken. Dat je een beetje... Dat mensen er al denken dat dat er ook is en dat je daar ook voor kunt doen misschien. Oké.

We zijn een vragenlijst aan het testen, eigenlijk. En daar staat dus niks van mondzorg in. Wel van... Hoe fit je bent en je gewicht en dat allemaal wel.

Maar... Even met collega's opnemen. Ja, ik kan dat inderdaad... Een vraag kunnen inlassen. Of dat het relevant is, hè.

Ja, inderdaad. En de onderwijzing aankoppelen. Ja.

4. Interview 4

Interviewer: Perfect, dan kunnen we direct beginnen met de eerste vraag. Kunnen jullie kort jullie functie en rol binnen het oncologisch team toelichten?

Arts 1: Ja, we zijn allebei artsen binnen het oncologisch team, maar we zijn assistenten. Dat betekent dat wij de dagelijkse werking op de afdeling opvolgen. De supervisie gebeurt door de professoren, de kinderoncologen. Wij werken onder hun supervisie, maar staan dagelijks in contact met de patiënten en de afdeling.

Interviewer: Komen jullie vaak in contact met patiënten die orale complicaties ervaren tijdens chemotherapie of radiotherapie?

Arts 2: Ja, echt wel dagelijks. We zien dat heel vaak. We zijn ook preventief met veel zaken bezig. We kijken eigenlijk altijd in de mond en controleren op dingen zoals mucositis. Er wordt veel nadruk op gelegd dat we dat bij kinderen steeds goed opvolgen.

Arts 1: Veel van onze chemotherapieën kunnen mucositis veroorzaken. Daarom kijken we ook altijd vóór de start van een kuur of er geen uitgebreide letsels zijn. Als dat wel zo is, stellen we de behandeling soms liever uit tot de mond hersteld is, omdat mucositis telkens een mogelijke ingangspoort voor infecties vormt.

Arts 2: En elke woensdag, één keer per week komt de tandarts langs. Mauranne jij hebt daar ook wel eens een keer mee meegelopen denk ik.

Interviewer: Toen was dat wel iemand anders ja, Dieter Cloet. En als ik het juist begrijp: de mondzorg wordt momenteel opgevolgd door jullie, de assistenten, en dan één keer per week ook door de tandarts?

Arts 1: Ja, klopt. De tandarts en soms kijken de professoren ook mee. Maar dagelijks zijn wij het die de mond controleren.

Arts 2: Dan nog iets anders, maar mochten er kinderen met blokjes of een beugel zijn dan bekijkt de tandarts dit ook mee. En de verpleging doet de dagelijkse mondzorg: mondspoelingen, soms lasertherapie... Die zijn daar ook sterk mee bezig.

Interviewer: Zijn jullie al vertrouwd met het beroep en de kerncompetenties van de mondhygiënist, of is dat nog een beetje een grijze zone?

Arts 1: Voor mij is dat nog een grijze zone.

Arts 2: Voor mij ook.

Interviewer: Dus een samenwerking met de mondhygiënist was er ook nog niet op professioneel vlak in het verleden?

Arts 1: Ik denk van niet en dat het wel waardevol zou zijn, maar ik weet niet of er hier al mee wordt samengewerkt. Misschien dat Griet al wel met jullie samenwerkt maar daar hebben wij geen weet van. Wij hebben enkel met haar of een van haar assistenten contact.

Interviewer: Is de rol van de mondhygiënist binnen een ziekenhuissetting of oncologische setting momenteel duidelijk voor jullie?

Arts 1: Ik denk dat het een heel goede rol zou kunnen zijn maar weet gewoon niet of het nu al wordt toegepast hier.

Interviewer: Moeten we anders nu al kort toelichten wat onze rol inhoudt?

Arts 1 en 2: Ja

Interviewer: Dan licht ik het kort toe... (uitleg over preventieve rol mondhygiënist).

Arts 1: Ja, dat klinkt logisch. Fluoridebehandelingen, poetsinstructies, preventie... Dat zie ik wel als nuttig.

Interviewer: En welke orale complicaties zien jullie het meest bij de kinderen? Ik heb al gehoord dat jullie vaak in contact komen met die mucositis

Arts 2: Vooral mucositis. Dat is echt het meest voorkomende.

Interviewer: Als er iets anders voorkomt dan mucositis, wat zien jullie dan nog?

Arts 2: Soms zien we kinderen, met bijvoorbeeld leukemie waarbij er hoge dosissen chemo zijn en er zoveel gaande is dat de ouders soms de mondzorg wat naar de achtergrond schuiven. Gewoon naar hier komen en die medicatie is al een strijd. Dus zeker de mondzorg in het algemeen is soms wel iets wat veel aandacht vraagt en niet zo makkelijk is, zeker bij de opstart van de diagnoses.

Arts 1: En misschien ook wel als kindjes een nieuwe diagnose hebben. Je ziet soms dat een kind van vier of vijf helemaal geen goede tanden heeft, en dan zegt de supervisor dat dit kind vóór de start van chemo door een tandarts moet worden gezien. Daar zou meer preventieve ondersteuning nodig zijn. Maar het is vooral wel die mucositis tijdens de actieve behandeling.

Arts 2: Ik denk dat sommige chemo's ook wel verkleuringen geven.

Interviewer: Zijn jullie al in contact gekomen met ontwikkelingsstoornissen door chemotherapie, zoals tanden die niet doorkomen?

Arts 1: Nee, niet echt binnen de oncologie.

Arts 2: Ik heb het wel al gezien op neurologie, bij CP-patiënten, maar nog niet in het oncologisch kader.

Interviewer: Welke impact hebben orale problemen zoals mucositis op therapietrouw, voeding, comfort en herstel van de patiënt?

Arts 1: Soms moeten we de chemotherapie uitstellen omdat kinderen te veel last hebben of we veel mucositis zien. Anderzijds vormt mucositis een ingangspoort voor infecties en is de afweer bij deze patiënten al niet optimaal. Kinderen worden dan sneller opgenomen door een infectie met koorts, eten slecht, drinken slecht en hebben soms sondevoeding of langdurige infusen nodig. Ze voelen zich algemeen heel slecht. We zien het dus wel als een veelvoorkomend probleem met veel invloed op het welzijn van de kinderen.

Arts 2: Vooral bij adolescenten zien we dat ze hun klachten minimaliseren. Ze zeggen niet altijd wanneer ze afters hebben, omdat het voor hen 'normaal' lijkt wanneer ze al veel chemo gehad hebben. Terwijl het voor ons wel belangrijk blijft om dat goed op te volgen.

Interviewer: Op dit moment wordt mucositis vooral behandeld door de verpleegkundigen dan?

Arts 2: Ja. En thuis ook. We hebben een gespecialiseerde apotheek, puur voor de kinderoncologie die een goede mondspoeling maakt. Die raden we aan tijdens risicoperiodes voor afters. Tijdens hospitalisaties schrijven we die verder voor wanneer ze dan dingen voelen.

Arts 1: En soms doet de verpleegkundige lasertherapie als de mucositis al ernstig is.

Interviewer: Jullie gaven aan dat er bij jullie eigenlijk al relatief veel aandacht gaat naar mondgezondheid.

Arts 1: Ja, ik denk dat wij vrij actief bezig zijn met mondzorg, maar vooral op het moment dat er klachten zijn. Het is dus eerder curatief dan preventief. Wanneer we mucositis of andere problemen zien, ondernemen we actie.

Arts 2: Klopt. Tijdens actieve behandelingen is er vooral focus op het behandelen van de klachten die er zijn. Maar preventief kunnen we zeker nog stappen vooruitzetten, vooral bij de start van het traject.

Interviewer: Op welke momenten in het zorgtraject is er volgens jullie de grootste nood aan ondersteuning vanuit mondzorg? Voor de behandeling, tijdens of erna?

Arts 1: Eigenlijk in elke fase, maar vooral vóór de start. Omdat preventie dan het meeste effect kan hebben. Je wil dat kinderen en ouders al een goede basis gewoonte hebben.

Arts 2: Inderdaad. Tijdens de behandeling gaat het meer om het behandelen van klachten. Maar goede voorlichting bij het begin van de diagnose zou echt een heel groot verschil kunnen maken. Ouders weten vaak niet goed wat ze zelf kunnen doen. En wanneer we kijken na de behandeling, terug goed de nadruk leggen op bijvoorbeeld 2x/dag poetsen. Want vaak zien we dat tijdens de behandeling er wat lakser mee omgegaan wordt en dan is het echt wel belangrijk dat erna dit terug aangevat kan worden.

Interviewer: Welke taken zouden jullie zien voor een mondhygiënist binnen het traject?

Arts 1: Voorlichting bij de opstart van een chemo-traject, naar zowel ouders als kinderen. Uitleg over poetsen, belang mondhygiëne, fluoride, wat ze kunnen verwachten.

Arts 2: En opvolging. Gewoon iemand die af en toe meekijkt, zeker in het begin. Ook opleidingen geven aan verpleegkundigen lijkt me nuttig want nu doen ze het vaak routineus omdat het moet maar dat het dan ook duidelijk is waarom ze het doen.

Interviewer: Zijn er nog voordelen wanneer een mondhygiënist structureel deel zou uitmaken van de dienst?

Arts 1: Ja, zeker. Het is goed voor ouders om één duidelijk aanspreekpunt te hebben. En als we sterk inzetten op mondzorg, kunnen we sommige problemen echt voorkomen. Minder infecties, minder voedingsproblemen... Dat kan een groot verschil maken in de opnameduur.

Arts 2: In de kinderoncologie focussen we sowieso heel sterk op infectiepreventie. We werken nauw samen met diëtisten, psychologen... Mondzorg hoort eigenlijk ook in dat rijtje thuis. Bijvoorbeeld via brochures, educatie, laagdrempelige vragen... Dat zou heel nuttig zijn.

Interviewer: Zien jullie drempels of uitdagingen bij de integratie van een mondhygiënist? Bijvoorbeeld financiering of logistiek?

Arts 1: Financiering is altijd een punt, maar kinderoncologie krijgt wel veel ondersteuning. Ik denk dus niet dat het onhaalbaar is.

Arts 2: Het grootste praktische probleem is dat veel kinderen zich in het begin moeilijk laten onderzoeken. We gebruiken soms lachgas of doen onderzoeken tijdens een slaapinleiding. In de mond kijken bij jonge kinderen is altijd een uitdaging en dit zal dan altijd wel even een drempel zal zijn in het begin. Maar inhoudelijk zie ik weinig drempels. Kinderoncologie werkt al multidisciplinair met zoveel specialisten, dat mondzorg hier eigenlijk perfect zou bij passen. Ook als aanspreekpunt voor de verpleegkundigen, voor psychologen of diëtisten bellen we direct. Maar voor mondzorg is er geen directe lijn. De tandarts komt maar één keer per week, waardoor veel vragen via ons passeren.

Interviewer: Als er morgen een mondhygiënist zou starten op jullie afdeling, welk concreet probleem zou volgens jullie als eerste moeten worden aangepakt?

Arts 1: Vooral de mucositis. Dat is echt het grootste probleem tijdens de behandeling.

Arts 2: Ja, en daarnaast de opstartfase. Ik zie de mondhygiënist echt als iemand die, net zoals de psycholoog of de diëtist, meteen bij de eerste consultaties betrokken wordt. Iemand die zich komt voorstellen, informatie geeft en brochures achterlaat.

Interviewer: Zouden flyers of documenten voor zorgprofessionals, zoals wanneer doorverwijzen, nuttig zijn?

Arts 1: Zeker. Dat zou heel handig zijn.

Arts 2: Absoluut.

Interviewer: Hebben jullie zelf nog opmerkingen of aandachtspunten rond mondzorg in de oncologie?

Arts 1: Niet specifiek. Ik denk dat we al veel besproken hebben.

Arts 2: Misschien één ding: binnen UZ Leuven bestaat AYA-zorg voor adolescenten en jongvolwassenen. Die proberen dezelfde holistische en multidisciplinaire aanpak verder te zetten zoals bij kinderen. Het lijkt me interessant om hen ook te betrekken voor interviews.

Interviewer: Oke super, is zeker wel interessant om verder naar te kijken. Dank jullie wel voor jullie tijd!

5. Interview 5

We zullen ons al wel even voorstellen. Ik ben Laura en dat is mijn medestudent Mauranne. Wij zijn dus onze bachelorproef aan het maken daarover. Maar als eerste vraag hadden wij eigenlijk of jullie misschien kort jullie functie en rol binnen de oncologische sector eens kunnen toelichten. Ja, één voor één.

Ik ben Joke. Ik ben verpleegkundige, oncologisch verpleegkundige. Ik werk in de hematologie en ben ook aphereseverpleegkundige.

Voor mij is het eigenlijk hetzelfde.

En hoe komen jullie vaak in contact met patiënten die orale complicaties ervaren bij chemo of radiotherapie?

Vooral vooraf, voordat ze mogen starten. Ik weet dat er wel heel veel patiënten vóór hun behandeling een aantal tanden moeten laten behandelen. En er zijn ook mensen die door botversterkers, die ze krijgen als ondersteuning van hun oncologische behandeling, soms tand en botafbraak krijgen. Kaak vooral, die worden aangetast waardoor de therapie moet stoppen.

En hoe vertrouwd zijn jullie momenteel met het beroep van de mondhygiënist en de kerncompetenties daarvan?

Als ik voor mezelf spreek, op professioneel vlak hier op het werk niet echt. Eerder vanuit persoonlijke ervaring bij de tandarts. Daar ben ik al bij een mondhygiënist geweest. Maar hier op het werk komt dat eigenlijk nog niet echt aan bod. Ik denk dat mensen gewoon naar de tandarts gaan.

Die opvolging gebeurt dan vooral buiten het ziekenhuis, bij de eigen tandarts?

Nee, dat gebeurt hier.

Dat doen jullie zelf?

Ja, bijvoorbeeld laseren bij mucositis. Dat doen we hier.

Dus jullie kijken ook echt in de mond?

Ja, maar vooral naar het slijmvlies, niet naar de tanden.

Zijn er andere zorgprofessionals die daar ook naar kijken, die dan misschien wel naar de tanden kijken?

Ja, wanneer er geklaagd wordt. Dat is iets wat we altijd moeten bevragen. Als we bepaalde botversterkers geven, moeten we altijd vragen: heb je last van je mond, van je tanden, van je kaken? En als dat zo is, dan gaat de arts daar wel naar kijken. Maar dat is geen tandarts natuurlijk. En op basis daarvan wordt de botversterking soms stopgezet. Dan moeten ze eerst herstellen of eerst naar de tandarts, voor ze terug opstarten. En meestal is dat dan extern, bij de eigen tandarts.

Sowieso wordt bij elke behandeling wel gezegd dat mondhygiëne belangrijk is en hoe je met een zachte tandenborstel moet poetsen, om geen bloedingen te veroorzaken. Want ze zijn gevoeliger door de anti tumorale therapie. Het is niet alleen chemotherapie, maar ook andere behandelingen. Ze hebben vaak lagere bloedplaatjes, bloeden sneller en hebben een lagere hemoglobine, lage immuniteit. Mondhygiëne is dus belangrijk. En dan wordt er vooral preventief gewerkt met mondspoelingen. En curatief wanneer ze last hebben van het slijmvlies, dat geïrriteerd raakt door de therapie.

Hadden jullie al eens nagedacht over de rol van de mondhygiënist binnen de ziekenhuissetting?

Ja, ik denk wel dat dat veel zou kunnen betekenen. In de zin van: moest dat verbonden zijn aan de behandeling, standaard. Er hoeft niet altijd naar de tandarts gegaan te worden, maar voor controle bijvoorbeeld en voor tips. Dus ja, dat zou wel een meerwaarde kunnen zijn.

Welke orale complicaties komen jullie vooral tegen bij patiënten tijdens hun behandeling?

Schimmelinfecties en stomatitis.

En xerostomie misschien ook?

Ja, eigenlijk ook.

Denken jullie dat die orale complicaties effect hebben op therapietrouw, voeding en herstel van de patiënt?

Absoluut, ja. Zeker. Zeker op voedselinname, wat heel belangrijk is. Dat ze minder kunnen eten of minder goed kunnen eten. En misschien ook andere voedingsmiddelen kiezen. Hardere dingen vermijden, prikkelende zaken vermijden. Maar vooral minder eten. Onze patiëntenpopulatie verliest vaak veel gewicht tijdens therapie. Terwijl het dan net belangrijk is om voldoende te eten en drinken. En ook pijn, fysiek afzien, wat weer mentale belasting geeft.

Heeft dat dan effect op de behandeling zelf?

Ze gaan niet snel de behandeling stopzetten als de mond ontstoken is. Nee, ze behandelen vooral symptomatisch. Pijnstilling opstarten, mondspoelingen met lidocaïne en zo. Maar de chemo aanpassen gebeurt niet snel.

Die mondspoelingen, hoe gebeurt dat?

Dat is een standaard mondspoeling voor stomatitis en mucositis. Die wordt hier gemaakt. Preventief is het vaak gewoon perio 8.

En vinden jullie dat er momenteel genoeg voldoende aandacht wordt besteed aan die mondgezondheid binnen jullie dienst? Of zou je daar wel nog meer aan kunnen?

Ik denk misschien persoonlijk qua preventie. Dat hangt er heel veel vanaf. We hebben verschillende soorten pathologieën. Sommige krijgen echt een vpk specialist die bij hen langskomt. Dat is eigenlijk trajectbegeleiding. Ik heb het gevoel dat die iets meer uitleg op voorhand krijgen. Daar moet je op letten. Dat kan er gebeuren. Maar ik denk dat er ook wel patiënten in groepen zijn die meer nood hebben aan vooral dat preventieve contact.

Als we dan zouden denken aan de mondgezondheid in een menszorgtraject, dan denk ik best dat die voor de behandeling, tijdens of na. Maar dan denk ik eerder dat jullie misschien ervoor een screening bedoelen.

Inderdaad. Van voor de behandeling tot tijdens. Ook. Ja. Echt meeblijven. Tijdens het hele project eigenlijk. Maar tot er wel voorhand al eens een contact is geweest van het weten van het bestaan ervan, ook door de patiënt, en het beroep kunnen doen op. We bevragen wel elke keer hun symptomen. Dat wel. En dan geven wij wel advies van wat wij weten. Of we verwijzen door naar de arts voor pijnstillingen, medicatie, spoelingen, of wat dan ook. Maar het mag beter. Het kan beter.

Het zou misschien niet slecht zijn als mensen tijdens behandeling ook nog eens een consult volgen. Al is het maar om de mond nog eens te reinigen. Want ook door, soms ook door een misselijkheid of een vermoeidheid ofzo, denk ik dat dat altijd even contentieus gebeurt.

Dus jullie zeggen van de taken die een m'n zou kunnen opnemen zijn dan screening en dan ook de reiniging, zei jij?

Ja, dat ze af en toe eens te kunnen terug tijdens hun behandeling kunnen een consult aanvragen. Dat ze dan al eens bij een mondhygiënist komen zonder daarvoor bij de tandarts te moeten gaan.

En dan meer op buiten het ziekenhuis. Zouden wij echt dat wij hier een lokaal zouden hebben waar wij dat zouden kunnen uitvoeren?

Onze droom is eigenlijk wel dat alles hier, dat dat één team is. En dat patiënten dat ook kunnen koppelen aan hun afspraak op de dagzaal. Zodat ze dan ook een afspraak bij jullie zouden krijgen. Of op patiënten die minder goed te been zijn. Zodat jullie eventueel kunnen langsgaan op de kamer afhankelijk hoe dat gaat praktisch. Ja, dat gaat misschien wel een paar vaste uren over een dag hebben. Zodat ze zo even een slot van 10 minuten, een kwartier kunnen inboeken als ze daar nood aan hebben. Of langer, maar het is te zien wat je gaat doen.

Bv Lijkt bij onze schoonheidsspecialisten. Die hebben een schoonheidsspecialist speciaal voor onco patiënten. Maar dat is gesubjecteerd. Maar voorlopig is dat wel heel fijn voor die mensen. Dus als ze hier komen, is het naar daar te kunnen gaan.

Die bijvoorbeeld financiering is een drempel. Denken jullie daar nog zo van? Die logistieke uitdagingen van om mondhygiënist te integreren bij een team hier.

Subsidie schoonheidsspecialist is via het Leuvense kankerinstituut die dat sponsort. Ja, ik denk dat de drempel vooral het financiële plaatje is. Hier in het ziekenhuis toch wel. Een ruimte gaat wel gevonden worden. Maar het financiële plaatje... Ja, onze verpleegkundige specialisten en verpleegkundige consultants en zo. Die moeten ook regelmatig vechten ofja, zoeken achter iemand die hun blijft sponsoren om hier te mogen blijven.

Welke voordelen zien jullie als er echt een mondhygiënist deel zou uitmaken, wat het structurele deel zou uitmaken van het team? Zou bijvoorbeeld... Zouden jullie het als voordeel zien dat wij bijvoorbeeld de verpleegkundige meer ook opleiding geven over bijvoorbeeld de mondzorgproblemen? Of eerder echt dat wij taken op ons nemen bij de patiënten?

Het is een beetje te zien, denk ik, hoe vaak jullie bij de mensen kunnen komen. Nu, je moet onze tijd niet overschatten. Op het dagziekenhuis krijgen wij max 20 minuten per patiënt

Die mensen zijn hier wel de hele dag. Dus je moet die twintig minuten eigenlijk zien over een hele dag. En dat is niet veel. Maar als je dan nog heel veel uitleg gaat moeten geven... We zijn ook wel heel blij met de verpleegkundig specialist voor... Ja, tot nu toe is het er maar voor één pathologie. Maar dat is onze grootste groep mensen. En die geeft heel veel uitleg aan de mensen. Maar als we dat moeten doen, ik zou niet weten wanneer. Zo'n klein advies te geven, ja. Zeker. Allee... Tips, zeker. Maar voor echt uitgebreide uitleg. Zo bij een eerste contact of zo. Preventie, weet ik veel.

In het ideale zouden we inderdaad nog veel meer willen opnemen. En ook meer van willen leren. En dat ook kunnen toepassen op de patiënt. Maar ik denk in de realiteit dat het al fijn zou zijn om zelf iets meer handvaten te hebben. Meer echt een samenwerking. Als er

dan een groter probleem is. En ook iets meer tijdrovend, dat we jullie kunnen inschakelen. Misschien zou het een goed idee zijn, dat je gelijk een team wondeorg kunt contacteren.

Of team katheterzorg. Die zitten in heel het ziekenhuis. En je belt die als je een probleem hebt. En die hebben zo een eigen intranetpagina voor de meest voorkomende problemen. Waar je kunt opzoeken wat er moet gebeuren. Maar je mag ze ook altijd bellen voor. Dan komen die naar hier als ze kunnen.

En zou dan een infobrochure niet handig zijn om mee te geven aan patiënten? Dat er zoiets standaard wordt opgesteld. En dat ze dan bij jullie als eerste aanspuitpunt komen om die doorwijzing te doen? Of... Als je wilt weten wat patiënten al meekrijgen. Dat zijn stapels. Dat is wel heel veel. Die lezen dat niet. Die lezen soms iets als een probleem zich voordoet.

Ja, je hebt erbij die wel alles lezen. Als ik heel eerlijk mag zijn zijn dat de types die heel graag alles onder controle willen hebbe. Leerkrachten, of zo. Alles willen weten. Haha.

En als er nu praktisch... En als er echt een mondhygiënist. in is. Morgen zou je starten hier op de afdeling. Welke concrete taak, opdracht zou je als eerste moeten aanpakken volgens jullie? Als het alleen voor deze afdeling zou zijn. Ik denk dat je daar alleen nog maar van kunt dromen. Maar als dat nu binnen heel onco zou zijn. Er zijn bepaalde schema's die veel meer last geven op mondletsels. Dan zou ik me als eerste daarop gaan focussen. En die patiëntenpopulatie. Dat in kaart brengen. En met die mensen of die artsen afspreken van kan je mee op consult? Of wanneer komen die? Zodat je die op de kamer een keer kunt zien. Of zulke dingen. Dat zou ik als eerste doen. Echt een risicoprofiel. Ja, die er eerst uithalen.

Want we hebben heel veel immuuntherapie tegenwoordig ook. En dat geeft dat niet. Maar die wordt vaak gecombineerd een klassieke chemo. Op onze afdeling zelf valt het best mee van mondletsels.

Maar hierboven, dat is het algemene onco. Daar heb je producten die veel agressiever zijn. Dus jullie denken ook wel dat de nood misschien op andere afdelingen nog hoger is. Voor de mondhygiënist dan hier? Ja. Alleen hier is de preventie belangrijk. Omdat we met transplant heel veel transplantatiepatiënten hebben stamceltransplantatie.

Ja, daar is mondhygiëne. Ja, die mensen moeten soms al hun tanden afspreken. Ja, vooral de infectie. Dus daar gaat uw rol groter zijn dan hier op een gewone chemo-afdeling. Ja, de transplanten komen hier op controle. En algemeen hebben die, algemeen, heel veel problemen. Maar vaak toch ook stomatitis. En daarop ook nog andere virologische problematieken. En nog eens een virus, een herpes, een heroplakkering. Dat zijn wel patiënten die vaak door één traject er wel eens mee te maken krijgen. Ja. Heel vaak.

En om terug te komen op wat je daarnet zei, want het mondzorgteam en die andere teams, hoe werkt dat net? Ja, dus team katheterzorg. Daar kun je bij terecht als je problemen hebt met iemand zijn katheter. Poortkatheter, hekmunkatheter, verschillende soorten die gebruikt worden. Als je problemen hebt met doorgang en van die dingen, die bel je dan. En die geven dan een advies. Het zijn telefonisch of ze komen langs. Of je kijkt op

internet naar de procedure die ze ontwikkeld hebben. Dat zijn verpleegkundigen dan? Ja, verpleegkundige, verpleegkundig specialisten. Er zijn soms ook artsen aan verbonden aan dat team. Bij het wondzorgsteam hetzelfde. Als er wonden zijn. De hematologen weten niet veel van wonden. Dat is een andere discipline. Dan wordt dat ingevraagd. Dan wordt een foto genomen en een advies gevraagd hoe dat verzorgd moet worden. En zo heb je een team van ziekenhuishygiënen. En die werken dan met referentieverpleegkundigen.

En daar is zij bijvoorbeeld iets van. Op de afdelingen om de nieuwe info door te sturen. Vandaag is de code geel terug. Dus de maskers zijn erop. En dat verspreiden zij dan op de afdelingen. Maar die kun je ook altijd contacteren online. Om te zien wie moet je isoleren enzovoort. Dus in die setting denk ik dat mondhygiënist wel makkelijker hier een plaats vinden in het ziekenhuis. Inplaats dat je echt op een afdeling werkt. Ik denk dat dat iets gemakkelijker is te realiseren. Ja, en ik denk dat dat een grote meerwaarde kan zijn als er altijd iemand bereikbaar is. En ook weer die dubbele functie van zelf rechtstreeks contact met de patiënt en adviesorgaan voor die combinatie.

om dan nog eens even terug te komen op die mondzorg.

Die screening zien we dan eerder als een combinatie van... We kunnen op die website of pagina kijken voor een standaardprocedure of bellen voor een complexer probleem. Maar ook met een aanvraag voor een eerste consult. Hoe zie je dat juist met die eerste consult?

Pas je daar ook bij in?

Of je zou dat standaard in een traject moeten kunnen inplannen. Voor of bij de start. Of voor de start van de eerste behandeling. Dat ze dan al een contact hebben. , dat is dan op de consultaties. Dat is vaak op de consultaties waar een nieuw handelplan wordt voorgesteld. En in de meest perfecte omstandigheden is daar een vpk consulent of specialist aanwezig om die mensen mee op te vangen.

Dus eigenlijk vooral in het multidisciplinair team in het begin ook al een rol spelen en dan tijdens en na vooral via die team mondzorg dat dat dan gebeurt? Ja, zo zou ik denken. Dat dat misschien het beste werkt.

Allee, bijvoorbeeld vandaag. Dinsdag namiddag is consultatie hemato. Dus als er dan iemand van jullie beschikbaar is. Als er een patiënt is die een nieuw diagnose krijgt waar dan bepaalde therapiehoorden zijn. Zodat je dan oproepbaar bent om meteen ook wat uitleg om te geven. Alhoewel, maak geen illusies op die eerste dag onthouden patiënten niet veel l. In kader daarvan kan de folder dan al handig zijn.

Dat ze iets hebben om op terug te vallen. Of gewoon contactgegevens. Toch wel goed dat ze weet hebben van het bestaan.

Hebben jullie nog iets van opmerkingen, ideeën of aandachtspunten die we nog niet besproken hebben. Die voor jullie ook belangrijk zijn rond de mondzorg in de praktijk?

Ja, zolang je niet terug betaalbaar zijt. Of tenzij je gekoppeld bent aan een tandarts. Dan heb je een tandarts nodig mee in je verhaal om te vertrekken. Want voor die mensen is dat wel belangrijk om te doen. Om niet terug betaalbaar te zijn.

Want bij Pedonco is er een tandarts die is betrokken daar. Maar op een andere afdeling is dat nog niet echt een vaste pediatrie-omgeving. Ah, bij pediatrie.

Ah, oké. Daar hebben ze echt zo'n heel goed team waarbij iedere week één tandarts rondgaat. Ja, bij alle kindjes.

Ah, dat wist ik zelfs niet. Nee, want we hadden net een interview met hen en daar was dat echt al helemaal uitgewerkt eigenlijk. En werd dat heel goed opgevolgd.

Ja, die mondtegene werd echt al redelijk goed opgevolgd. Maar gek dat dat op andere afdelingen dan zo'n groot verschil is. Ja, dat moet je zeker zeggen.

En als je met een arts een interview hebt, zoals met Elijn Schoonmans, gaat dat misschien bij zijn. Ja, dat is heel druk te zien. Maar als je dat al tegen Cathy zegt, van kijk op pediatrie.

Cathy is wel iemand die houdt van nieuwe projecten en zulke dingen. Inderdaad. Dat moet je dan zeker wel horen.

Ja, dat het niet... Als het op een andere afdeling al bestaat... Ja, dan kan het ook. Dat moet je ook horen aan de volwassenen. En als die kinderen 18 zijn, komen die aanwezig.

Ja. Want ze hadden wel zoiets gezegd, dat je daar net over had, over AYA, die de jongvolwassenen wel een beetje opvangt. Dan is die groep wel een beetje makkelijk toegankelijk via daar.

Maar ja, wanneer je dan ouder bent, 26 denk ik, dan is het ook wel AYA. Ja, dat wordt soms heel ruim gezien. Van 18 tot 35 of zo.

AYA. Zoiets is het vaak, hè? Ja. Maar ja, de grootste populatie hier zijn ouderen.

Ja, hier zijn ze wat ouderen. Het is een zelfzorggroep. Ik weet niet of dat een... Het is een zelfhulpgroep van de verschillende pathologieën.

Je hebt meestal van... Je moet eens in de folders kijken wat hier overal hangen. En op de onkondiensten. Dat is vaak... Misschien kun je daar ook iets... Die organiseren vaak lezingen of zo.

Misschien kun je op die manier ook wat na een bekendheid maken voor hen. Ja, dat kan wel, ja.

6. Interview 6

Interviewer: Oké, om te beginnen: kunt u kort uw functie toelichten binnen de oncologische zorg?

Kathy Goris: Ja, ik ben verpleegkundig specialist in stamceltransplantaties. Ik ben verpleegkundige van opleiding en heb jarenlang op de afdeling hematologie gewerkt. Nu focus ik mij voornamelijk op consultaties en trajectbegeleiding van patiënten voor en na een stamceltransplantatie. Dat gaat vooral over pathologieën zoals leukemie, maar ook lymfomen en myelofibrose. Het grootste deel bestaat uit acute leukemie.

Ik doe vooral pretransplantatiegesprekken op de raadpleging en dagzaal, begeleid patiënten tijdens hun opname voor de transplantatie en volg hen daarna verder op.

Interviewer: Komt u ook vaak in aanraking met patiënten die orale complicaties ervaren tijdens chemotherapie?

Kathy Goris: Zeker. Onze patiënten krijgen allemaal chemotherapie voorafgaand aan hun stamceltransplantatie, waardoor de mucosa sowieso wordt aangetast. De voorlopercellen van de mucosa krijgen veel schade en daardoor is de kans op aftes reëel.

Mondzorg is dus ontzettend belangrijk. Patiënten hebben vaak last van een droge mond, wat heel hinderlijk kan zijn. Daarnaast zien we regelmatig schimmelinfecties of virale infecties in de mond, omdat ze zo vatbaar zijn voor infecties. Het is voor ons dus absoluut geen vreemd probleem.

Interviewer: Bent u vertrouwd met het beroep en de kerncompetenties van de mondhygiënist?

Kathy Goris: Ik had er al van gehoord, maar kende de inhoud van jullie job eigenlijk niet echt. Ik ben wel benieuwd en ik heb er daarnet met een collega over gesproken. We denken dat het zeker voordelen kan bieden binnen onze setting.

Interviewer: Moeten we misschien eerst ons profiel uitleggen zodat u kunt aangeven of dat overeenkomt met uw verwachtingen?

(Korte uitleg mondhygiënist door interviewer.)

Interviewer: Dus ik ga er ook vanuit dat u nog nooit samengewerkt heeft met een mondhygiënist.

Kathy Goris: Nee

Interviewer: Hoe duidelijk is de rol van de mondhygiënist binnen een ziekenhuissetting voor u?

Kathy Goris: Ja het is echt super belangrijk, zeker voor de transplantatie. We proberen patiënten altijd aan te moedigen om tijdig naar de tandarts te gaan als er nog problemen zijn. Hun immuniteit gaat immers heel lang zwak gaat zijn. Als er nog tanden getrokken moeten worden of tandvleesproblemen moeten worden opgelost, dan moet dat echt op voorhand gebeuren. Maar ik weet als verpleegkundige niet of we er genoeg mee bezig zijn. We geven patiënten bij opname uitleg over mondzorg, dat ze drie keer per dag moeten poetsen, na elke maaltijd spoelen, en twee keer per dag Perio-Aid moeten

gebruiken. Nadien gaan we er een beetje van uit dat ze het zelf doen. Pas als we zien dat het niet gebeurt, grijpen we in.

Maar het is ook zo dat de ene afdeling Perio-Aid systematisch gebruikt, de andere niet. Soms vragen we ons af welke schema's best zijn, of er betere alternatieven bestaan. Ik denk dat we daar te weinig mee bezig zijn en dat we veel problemen niet volledig kunnen voorkomen.

We behandelen mucositis wel uitgebreid, bijvoorbeeld met pijnstilling, stomatitis-cocktails en zo nodig morfine. Maar ik denk dat er nog veel andere mogelijkheden bestaan waarvan we weinig weten.

Daar zie ik zeker een rol voor een mondhygiënist, het meedenken over wat belangrijk is per type chemotherapie, wat nuttig is of niet, welke protocollen moeten bestaan. Ook educatie van zowel de patiënt als verpleegkundige teams zowel op de dagzaal als tijdens consultaties. Ook samen met apothekers bekijken welke producten standaard gebruikt kunnen worden. En uiteraard ook met artsen afstemmen. Ik zie mondhygiënist vooral als een adviserende functie binnen dat proces.

Interviewer: En ziet u hier dan ook een rol voor de mondhygiënist na de behandeling?

Kathy Goris: Wel bij ons zijn ze sowieso nog een jaar intensief op opvolging, ze nemen veel medicatie om hun immuunsysteem te onderdrukken. Die problemen in hun mond zorgen voor verschillende infecties, zoals virale of schimmelinfecties. Ik denk dus vooral bij die risicopatiënten met slechte tandzorg, dat dat wel een functie zou zijn dat jullie daar af en toe een contact moment mee kunnen hebben. En dan op tijd kunnen doorsturen naar de tandarts indien nodig.

Interviewer: Hoe wordt de mondzorg momenteel opgevolgd? Is dat vooral door verpleegkundigen of ook door tandartsen?

Kathy Goris: Dagelijks vullen we een WHO-classificatie in voor de mond of als ze last hebben. Onze assistenten zijn verplicht om elke dag in de mond van de patiënt te kijken, omdat dat zo gevoelig is voor infecties. De mucosa, tong en wangen worden altijd gecontroleerd. De tanden iets minder, maar de mond zelf dus wel heel systematisch. Zeker bij een intensief chemoschema.

Interviewer: Wordt er gebruikgemaakt van lasertherapie voor mucositis?

Kathy Goris: Ja, dat doen de verpleegkundigen. Daar is een korte opleiding voor nodig. Het zijn dure toestellen en dan is er soms eentje stuk waardoor we het niet altijd kunnen aanbieden helaas. Er is al gevraagd naar een tweede toestel, maar dat blijft financieel een uitdaging.

Interviewer: U vermeldde ook 'mucositis-cocktails'. Waar bestaan die uit?

Kathy Goris: Vooral lidocaïne, soms corticosteroïden. Ze zijn voornamelijk pijnstillend, ontstekingsremmend bedoeld om de patiënt comfortabeler te laten eten en slikken. En als er schimmels bijkomen, geven we nog Nystatine.

Interviewer: Zijn er naast mucositis en xerostomie nog andere orale complicaties die vaak voorkomen? Kan u aan nog iets denken zoals bijvoorbeeld smaakverlies?

Kathy Goris: Zeker. Veel patiënten last van smaakverlies. Het zou dan ook interessant zijn mochten jullie daar eens voor samen kunnen zitten met de diëtiste. Je kan tegenwoordig met smaakboxen werken maar dat is bij ons nog niet zo geïntegreerd.

Interviewer: Wat is de impact van deze klachten op therapietrouw, comfort en voeding?

Kathy Goris: Ze kunnen minder eten zeker bij aften, minder drinken, en medicatie slikken wordt soms moeilijk door pijn of zwelling in de mond of keel. Bij smaakverandering vallen dan ook veel producten al af die ze in principe mogen eten. Een goede opvolging en oplossing is dus ook echt belangrijk. Die pijn iedere keer dat ze slikken is echt zeer confronterend voor de patiënten. Poetsen kan ook pijn doen, waardoor ze het niet goed uitvoeren, en dan belanden ze in een vicieuze cirkel van meer infecties en meer pijn. Het is dus superbelangrijk voor ons maar ik denk dat we er nog in vooruit kunnen.

Interviewer: Zijn er nog taken waarvan u denkt dat een mondhygiënist die zou kunnen opnemen of verbeteren?

Kathy Goris: In mijn werk heb ik veel te maken met patiënten die afstoting ontwikkelen na transplantatie. Zij krijgen donorcellen (stamcellen, bloedplaatjes, RBC en WBC) van iemand en hun immuunsysteem wordt dan vervangen. Wat er soms kan gebeuren is dat die donorcellen te actief worden, de WBC van de donor vallen het immuunsysteem van de patiënt dan aan. Dit heet Graft-versus-Host Disease (GVHD). In de chronische vorm zien we vaak letsels in de mond zoals lichen. Een snellere detectie daarvan zou enorm waardevol zijn.

Nu ligt die verantwoordelijkheid vooral bij ons tijdens consultaties, en soms bij de tandarts. Maar een mondhygiënist zou daar echt een belangrijke rol kunnen spelen. Het kan immers ontaarden in kleine kankertjes in de mond als we het niet tijdig opmerken.

Daarnaast kunnen mondhygiënist patiënten leren hoe ze zelf mondinspectie uitvoeren, zeker bij chronische GVHD. Dat zou een grote meerwaarde zijn.

Interviewer: Hoe ziet u die samenwerking praktisch?

Kathy Goris: Ik zie dat wel zoals onze apothekers of diëtisten. Ze werken niet exclusief voor ons, maar zijn op vaste dagen aanwezig op de afdeling en de dagzaal. Ze screenen dossiers, signaleren risicopatiënten, en zijn bereikbaar als aanspreekpunt. Dat je gemakkelijk bereikbaar bent en op vaste dagen op de afdeling aanwezig bent om ze samen te kijken, misschien mee in het multidisciplinair team, zoals diëtisten, psychologen en sociaal werkers dat nu doen. Heel veel multidisciplinair overleg denk ik vooral. Wij hebben een wondzorg team en een katheter team en die bellen wij maar ik denk in onze populatie oncologie breed, denk ik dat het fijn zou zijn dat jullie op de afdeling aanwezig zijn en af en toe ook een overleg meedoen.

Interviewer: Zijn er verschillen tussen dagzaal en afdeling?

Kathy Goris: Een bepaald percentage apothekers werkt bij ons op hemato. Zij werken dan vooral rond immuunsuppressie en de wisselwerkingen tussen medicatie. Dat model zou kunnen dienen als voorbeeld. Ik denk op verschillende oncologische afdelingen dat daar van die nieuwere functies wel heel erg in passen om vooruit te geraken.

Interviewer: Ziet u voordelen als een mondhygiënist geïntegreerd wordt binnen het oncologieteam?

Kathy Goris: Ik ben daar zeker voorstander van. Ik denk als daar een goed dossier voor wordt uitgewerkt. Zo'n nieuwe functies werken eerst via externe fondsen. Dat je bijvoorbeeld via Kom op Tegen Kanker een aanvraag indient en zo tijdelijk mandaat kunt sponsoren en zo het belang kunt aantonen met behulp van de literatuur, jullie aanwezigheid, projecten, etc. Daarna kan er dan een structurele financiering worden aangevraagd hier bij UZ Leuven in het bestuur.

Interviewer: En als we dan kijken naar de drempels, zal financiering wel een zijn?

Kathy Goris: Financiering, zeker. Nieuwe functies zijn altijd moeilijk om structureel ingebed te krijgen, je moet eigenlijk een arts en een team hebben dat daar achter staat en daarvoor gaat pleiten. Er zijn bijvoorbeeld verpleegkundig specialisten en consultants, dat is al heel moeilijk om financieel geïntegreerd te krijgen.

Interviewer: En zijn er nog andere drempels?

Kathy Goris: Ja, ik denk vooral dat jullie functie nog weinig gekend is. Jullie zullen jullie rol duidelijk moeten maken, via presentaties, overleg, voorstellen... Het gaat echt wel moeten groeien maar ik denk echt wel dat het potentieel kan hebben om verbetering te geven. Zeker in de oncologie dan.

Interviewer: Zouden flyers en brochures nuttig zijn?

Kathy Goris: Moesten jullie geïntegreerd zijn in ons team zeker, voor patiënten dan met duidelijke info over wat belangrijk is per therapie. Dat ze een houvast hebben. Voor verpleegkundigen denk ik eerder aan lunchseminaries of teamvoorstellingen. Dat werkt beter.

Interviewer: Als er morgen een mondhygiënist zou starten op uw dienst, welk concreet probleem zou u dan als eerste willen laten aanpakken?

Kathy Goris: Ik denk vooral het wegwerken van verschillen tussen afdelingen. Duidelijke protocollen zouden enorm helpen. Daarnaast is educatie van heel belangrijk zowel voor de verpleegteams, die dagelijks met de patiënten werken, als voor assistent-artsen, die elke dag in de mond moeten kijken. Daar ontbreekt nu soms uniformiteit. En als ik egoïstischer mag zijn ook bij patiënten met stamceltransplantaties en GVHD. Het zou heel waardevol zijn als jullie een rol krijgen in screening en vroegdetectie bij risicopatiënten. Zeker omdat letsels in de mond soms evolueren naar ernstigere problemen.

Interviewer: Denkt u dat assistent-artsen taken zouden kunnen doorschuiven naar een mondhygiënist?

Kathy Goris: Ze blijven verantwoordelijk voor het volledige onderzoek, maar een mondhygiënist kan wel als aanspreekpunt dienen. Iemand die ze kunnen raadplegen voor advies bij risicopatiënten. Niet om iedereen te zien, maar wel om de juiste selectie te maken.

Interviewer: Zijn er zelf nog opmerkingen of aandachtspunten rond mondzorg binnen de oncologie?

Kathy Goris: Ik denk dat we te weinig toepassen wat er in de literatuur al bestaat. Voor een universitair ziekenhuis mogen we daar meer mee bezig zijn. Iemand die daar gericht mee bezig is, zou daar echt een verschil kunnen maken.

Interviewer: Hoe kunnen mondhygiënisten best betrokken worden bij vorming of seminars?

Kathy Goris: Dat gebeurt meestal via de hoofdverpleegkundige. Vaak organiseren we lunchseminaries met broodjes, een korte presentatie, alle verpleegkundigen samen. Soms ook avondopleidingen als het onderwerp belangrijk genoeg is. Dus als jullie een thema hebben, kunnen jullie dat altijd voorstellen.

Interviewer: Dan denk ik dat we hiermee heel wat inzichten hebben gekregen. Bedankt voor uw tijd!

Kathy Goris: Graag gedaan. Stuur zeker de bachelorproef eens door wanneer ze af is.

7. Interview 7

Goeiemorgen.

We zullen onszelf nog eens kort voorstellen. Ik ben Laura. Ik ben Mauranne.

Onze bachelorboef gaat over wat de rol zou kunnen zijn van de mondhygiënist in een oncologische setting. Voordat we beginnen met de vraag, is dat ook nog een vraagje, of het voor jou oké zou zijn als we het gesprek opnemen, dan kunnen we het later ook weer coderen. Ja, dat is zeker geen probleem. Oké, super. Dan kunnen we er al direct aan beginnen.

Als eerste vraag, heb je opgeschreven of je kort je functie en rol binnen de oncologische dienst zou kunnen toelichten?

Ik ben Katrijn. Ik ben één van de zorgcoördinatoren hier in UZ Leuven op kinderoncologie. Wij zijn een team van vijf personen en we zorgen ervoor dat de planning en heel het traject voor de patiënten duidelijk is.

Wij stellen de chemo-schema's op, dus hun planning, wanneer ze hier moeten komen, voor wat. We zorgen dat dat allemaal gepland is, ook de onderzoeken. Wij gaan langs bij de patiënten op verschillende momenten tijdens hun behandeling voor de algemene uitleg geven, waar ze thuis op moeten letten, hoe dat de behandeling eruitziet, hoe het hier in het ziekenhuis in zijn werk gaat. Ook als ze thuis zijn en er vragen moesten zijn, nemen ze als eerste contact op met ons. We zorgen dat de vraag bij de juiste persoon terechtkomt of we bespreken dat met de arts. We zitten veel samen met de artsen om alle patiënten te overlopen en zien dat alles een beetje loopt in hun traject. We gaan ook mee met de

beenmergpunctie, om daarmee te assisteren. Het is een heel uiteenlopende functie. En over het algemeen de patiënten begeleiden en zien dat daar alles voor geregeld is en wij vragen dat we hun verder helpen.

Komt u daarbij vaak in contact met orale complicaties tijdens die chemo- en die radiotherapie?

Ja, toch wel. We hebben heel veel patiënten die met mucositis worden opgenomen of die daardoor niet kunnen starten met hun chemo.

Dat is ook iets wat we in het begin van de therapie toelichten dat dat zeker iets is dat kan optreden. Wij zorgen er ook voor dat we bij de start van hun behandeling zien dat de tandarts hierlangs is geweest. Die doet ook een hele uitleg op wat ze moeten letten en wat ze moeten doen met bepaalde complicaties. De tandarts staat met ons in contact om te laten weten wanneer ze nog eens op controle moeten komen. Soms kan het ook zijn dat ze een gaatje of iets anders hebben en dat dat moet aangepakt worden. Dat is dan met ons afstemmen wanneer het de ideale timing is in hun traject om dat te laten plaatsvinden.

Hoe wordt de mondzorg momenteel opgevolgd in uw afdeling. Zijn dat de tandartsen die het vooral doen of zijn er nog andere personen die daarmee naar kijken?

Ja, binnen de ploeg van de tandartsen is er één iemand die specifiek de patiënten opvolgt van ons, de kinderoncopatiëntjes. Het is vooral zij dat het doet. Het is niet dat wij nog een ander aanspreekpunt hebben. Dat is echt de tandarts. Zij beslist in het begin van het traject welke opvolging er verder nodig is voor die specifieke patiënt. Bij sommige is dat gewoon dat alles in orde was en dat zij verder mogen gaan bij hun eigen tandarts thuis. In het verdere verloop, als er in het begin wat complicaties zijn, doen we een snellere controle. Of stel dat het een bredere problematiek is en dat er orthodontie of iets anders moet bij betrokken worden, dan legt zij ook die contacten aan en dat het daar verder bekeken wordt.

Dus met het beroep de mondhygiënist en de kerncompetenties, daar bent u dan al iets over vertrouwd mee of helemaal niks?

Nee, eigenlijk niet. We hebben niemand die als mondhygiënist hier op de afdeling werkt. Het is gewoon de tandarts die bij ons komt. Dus het is niet dat dat al breder uitgewerkt is.

Ik ben benieuwd of je daar graag een beetje info over zou willen of... Ja, eigenlijk wel. Ik ben wel benieuwd hoe dat bij ons ook ingezet zou kunnen worden of hoe dat juist in zijn werk gaat.

Ja, dus we zijn meer opgeleid op het preventieve van de mond, dus echt voor in samenwerking met de tandarts, anders dan de tandarts het curatieve wij het preventieve. Dus in de klinische praktijk vertaalt zich dat in de gewone onderzoeken. Omdat er iets van van gaatjes is. Wanneer we kijken naar de oncologische zorg, kan het ook gaan naar fluoride-malletjes maken bijvoorbeeld. Of adviezen. Dus we zijn nu aan het onderzoeken of onze rol in het ziekenhuis verder kan uitgebreid worden, want wij worden nu vooral te werk gesteld in klinische praktijken. Omdat het beroep nog zo nieuw is, maar het zou

eigenlijk veel breder kunnen ingezet worden, merken we nu met onze interviews ook. Dus dat is een beetje wat we nu aan het doen zijn.

Want ik weet niet goed dat u momenteel de rol vindt van een mondhygiënist die in is binnen een ziekenhuissetting.

Ja, eigenlijk... Bij ons is het niet zo dat er iemand al te werk gesteld is in ons team. En ik wist ook zelf niet zo goed wat jullie wel of niet konden doen. Maar nu jullie het uitleggen, denk ik wel dat daar zeker iets goed zou zijn. Moest dat meer ingezet worden. Want we merken ook van onze tandarts, zij is heel druk bezet. Omdat die bijvoorbeeld maar één dag in de week op de afdeling komt. Maar ja, we hebben natuurlijk nieuwe patiënten alle dagen van de week. En soms is het ook moeilijk om te zien dat op die ene dag iedereen gezien kan worden. Of als er tussentijds vragen zijn, is het soms een beetje moeilijk om in te plannen. Dus ik denk zeker dat dat iets heel goeds zou zijn. Want wat jullie zeggen, het preventief, dat is iets dat bij ons heel belangrijk is. En dat ook het meeste aanbod komt. Echt de ingrepen of zo. Dat is bij een minderheid, maar het gaat vooral over het preventieve. En in het begin zien wat er nu is en wat er gedaan moet worden. Dus dat zou zeker wel iets goeds zijn. Moest je ook iemand hebben die die rol kan opnemen eigenlijk.

Ja. Zo'n beetje een brug dan tussen het tandartsen en jullie.

Ja, inderdaad. Want de tandarts, als het echt gaat over iets van ingrepen, gedaan worden of een gaatje, of dat. Maar het merendeel van onze patiënten is echt wel gewoon zien dat het preventieve en die uitleg doen. Dus dat zou wel goed zijn. Moest er daar ook iemand... Ik zeg het nu, één dag in de week. Dat is allemaal een beetje moeilijk om dat te combineren voor de tandarts. Dus dat zou wel iets goeds zijn. Moest er daar toch zo'n persoon zijn.

Oké. Want u zei dan ook al zoiets kort over mucositis. Maar zijn er eigenlijk nog complicaties? Of welke zijn de meeste complicaties of de meest voorkomende complicaties bij de patiënten tijdens hun behandeling?

Ja, mucositis is wel tijdens de behandeling het meest voorkomend. Voorafgaand aan de behandeling zien we wel dat sommige patiënten al starten met gewoon een hele slechte tandhygiëne. Dus dan hebben we wel soms dat er al iets moet gedaan worden aan bijvoorbeeld gaatjes of zo, van die dingen. Want dan bestaat het gevaar anders dat het tijdens de behandeling erger wordt en dat we met abscessen of zo gaan zitten. Dus dat komt wel een keer voor, maar dat is eigenlijk niet zo heel vaak. En dan tijdens de behandeling, wat jullie ook zeiden, van die fluoride mallen en zo. Dat is ook wel iets dat soms tijdens de behandeling moet opgenomen worden als ze zien dat ze dan toch naar bestraling over moeten gaan. Maar tijdens de behandeling... Ja, ik denk dat mucositis hetgeen is dat we het meeste zien en het meeste last van hebben. En dan voor de rest, van degenen die al slechte mondhygiëne hebben. Daar zijn er natuurlijk wel dat we soms moeten ingrijpen omdat ze risico hebben op een infectie doordat hun hygiëne al slecht was eigenlijk om mee te starten.

Want eens we starten met de behandeling, is het ook moeilijk om dan nog iets te gaan inplannen van bijvoorbeeld toch al een gaatje of zo daar iets aan te gaan doen of iets

verder, omdat ze dan door hun chemo wel vaak neutropeen zijn. En dan is het moeilijk om dan iets van ingreep te gaan doen omdat je dan natuurlijk het gevaar hebt dat ze daardoor een infectie opdoen. Dus dat is ook wel niet zo simpel als er dan iets moet gebeuren om daar dan nog veel aan te gaan doen eigenlijk.

Want wat is het protocol? Moest dat toch nodig zijn? Zijn er zo standaard maatregelen dat jullie volgen?

Als we zien dat er toch iets ingepland moet worden, dan gaan we eerst kijken hoe urgent dat moet gebeuren en wat is momenteel de planning van de chemo. En dan proberen we dat te doen net voordat er een nieuw chemoblokje start, omdat in de meeste gevallen net het moment is dat je witte bloedcellen terug aan het opkomen zijn. Dus zo proberen we het meestal te doen. Maar bij sommige patiënten kan dat toch lang duren en dan wordt er bijvoorbeeld al iets van antibiotica of zo gestart om dat dan toch onder controle te houden. En dan is het eigenlijk altijd opnieuw evalueren wanneer ze terug aan het stijgen zijn en dat we het kunnen inplannen. Maar dat is natuurlijk ook niet makkelijk, want dat hangt ook van de planning van veel mensen af. Maar zo proberen we het meestal te doen.

Ik kan me ook inbeelden wat een impact dat heeft door de orale problemen, een impact hebben op de therapietrouw, het comfort, misschien voornamelijk het herstel van een patiënt.

We zien vaak dat tijdens de chemo, als ze dan zo diep aan het zakken zijn, en ze doen daar nog een mucositis op, dat dan de intake slecht wordt. En soms doen we dan ook een opname gewoon omwille van de mucositis, omdat ze juist niet veel binnen meer krijgen en dat we dan wel IV vocht en zo verder gaan moeten opvolgen. Dus dat is wel iets dat we moeten doen. We hebben ook gewoon patiënten, zeker bij de leukemie, dat zijn dan vaak de kleintjes, de kleuters en zo. Daarbij loopt het poetsen soms al niet makkelijk. Dan starten ze met die therapie en dan wordt het nog moeilijker voor de ouders om dat allemaal te blijven onderhouden. Dus dat het dan soms ook op vlak van hygiëne wel slechter gaat, omdat het voor de ouders soms een struggle is of we ons nu moeten focussen en dat soms dat poetsen en zo, en dat gegeven wat meer naar de achtergrond gaat. Dus dat is ook wel zoiets. We hebben dat heb ik nog niet gezegd, maar als ze starten met chemo, dan moeten de blokjes en zo ook allemaal verwijderd worden. Dus dat is dan ook wel iets dat we moeten zien in het begin dat dat gebeurt en ook inplannen. Daar hebben de ouders dan ook vaak vragen naar. Allee, een terugbetaling enzo is één ding, maar ook wanneer wordt dat dan weer gestart. Omdat dat vaak al een heel lopend traject is en dat ze daar dan natuurlijk een stapje terug in moeten nemen. Dus dat is vaak ook wel een bezorgdheid bij hen. En ja, ik denk dat het grootste, die intake en zo, is dat het dan wel echt slechter gaat.

Dus dat hebben we misschien al een beetje beantwoord tijdens het interview, maar vindt u dat er momenteel voldoende aandacht is voor de mondgezondheid binnen de oncologische dienst?

Ja. Ik denk, er is zeker wel aandacht voor, maar er wordt in het begin zoveel, zeker bij de diagnose, zoveel gestart en onderzoeken en alles moet heel snel gaan en zo. En dat soms dat stukje, als de tandarts niet direct kan komen, een beetje niet vergeten wordt, niet op de eerste plaats staat en dat we dan soms achteraf zien van, oei, er is daar of daar wel

een issue, dat dan zeker wel iets waar we meer rekening mee kunnen houden, omdat daar niet altijd in eerste instantie aan gedacht wordt. En daarmee zou het ook wel goed zijn, moest daar een breder team voor zijn, zodanig dat daar ook sneller op ingepikt kan worden en sneller dat de mensen ook alle info en zo krijgen, want wij zeggen een deeltje, maar ja, wij kennen daar zelf ook niet alles van, dus wij kunnen maar heel beknopt iets zeggen.

En op welke momenten in het zorgtraject ziet u voor u de grootste nood voor die ondersteuning, voor, tijdens of na de behandelingen?

Ik denk het grootste is ervoor, dus echt bij de diagnose, omdat je dan echt moet zien van, hoe is het nu? We hebben ook patiënten die nooit bij het tandarts zijn geweest. Dus daarvoor is het belangrijkste. En dan een beetje afhankelijk hoe dat eerste contact is geweest, hoe vaak ze teruggezien moeten worden, want sommigen moeten voor de rest niet meer opgevolgd worden, anderen wel frequenter. En dan op het einde is er ook wel nog een belangrijk moment als ze dan hun eindbehandeling hebben, dus als ze klaar zijn met de behandelingen, dat er dan ook gekeken wordt van, oké, hoe gaat dat stukje nu verder? Mogen ze terug naar hun eigen tandarts gaan? Zijn er raadvragen? En dan is het ook een beetje de briefing naar de tandarts thuis dat dan ook moet gebeuren. Eigenlijk, onze tandarts nu stelt ook altijd een brief op, dat ze dan kunnen meegeven wat die situatie toelicht van wat er hier is gebeurd. Dus dat is ook belangrijk.

Dus als we kijken naar de taken die de mondtegnis zou kunnen opnemen, is het echt screenings en ook daarna dan doorverwijzing?

Ja screening, doorverwijzing ...

En zijn er voor u bepaalde voordelen die je ziet bij de mondhygiënist te integreren in het team?

Ja, zeker. Ik denk, wat ik daarnet al zei, dat de tandarts hier... Dat is maar een klein deeltje van het takenpakket dat hij heeft. Dus dat het wel fijn zou zijn als er iemand echt specifiek op dat stukje van de screening, de preventie... Ik denk wel dat dat een voordeel zou zijn, omdat we dan, denk ik, sneller ook patiënten kunnen in dat traject starten. Dus dat zeker.

En we merken ook wel dat mensen die hier zitten, mensen die tijdens hun traject soms zo'n vraag hebben als ze thuis zijn. En bijvoorbeeld ineens dat het tandvlees wat roder ziet of zo van die zaken. En dan wil ze ook wel een aanspreekpersoon hebben. Dus ik denk dat dat ook wel echt een meerwaarde kan zijn. Nu komen heel veel van die vragen bij ons terecht dat wij ook een vast aanspreekpunt hebben aan wie we dat kunnen vragen. En ik zeg het nu even, dat de tandarts heel hard haar best doet, maar dat misschien zo de vraag sneller opgelost zouden raken. Dat de mensen sneller ook een aanspreekpunt daarvoor hebben.

En ziet u ook enkele drempels of uitdagingen voor het integreren van de woontegnis? Bijvoorbeeld logistiek of de financiering?

Ja, over financiering, dat weet ik zelf ook niet. Want ik weet dat dat soms in het ziekenhuis een beetje een issue is. En dat het altijd heel goed geargumenteed moet worden wat de meerwaarde zal zijn. Dus ik denk dat dat misschien in het begin een drempel kan zijn dat de genen verantwoordelijk zijn dat ze mensen aannemen en dat ze duidelijk weten wat de voordelen zijn. En voor... Allee, want ik zei het, jullie hebben de tandarts, dat ze ook wel weten wat de voordelen zijn om een mondhygiëniste daarbij te hebben. Maar eens dat dat voor iedereen duidelijk is, denk ik wel dat dat moet gaan. En voor de rest zie ik eigenlijk niet zo heel veel drempels. Ook bij de patiënten. Ze staan er altijd heel hard voor open om al die uitleg te krijgen over wat ze op dat vlak kunnen doen. Dus dat gaat ook wel goed onthaald worden.

Er was ook nog een vraag waar de mondhygiënist het beste gepositioneerd zou worden, omdat we bij sommige interviews meer de indruk kregen om de mondhygiënist

Bijvoorbeeld in Sint-Raf te hebben en dan zo door te verwijzen. Maar ik merk dat u wel echt zegt op de afdeling de mondhygiënist zelf hebben.

Ja, eigenlijk voor wat Sint-Raf, dat is het moeilijke. Ze zitten bijna allemaal daar, maar als we een vraag hebben of een nieuwe diagnose, dan is dat vaak heel snel dat dat moet gaan. En het is ook niet dat ze... Ja, ze hebben meestal vaste dagen dat er iemand hier is, maar dat maakt het soms ook moeilijk om... Ook als je iemand nodig hebt, telefonisch en je belt rond, je komt niet altijd bij... Het is toch nog een beetje een brug, vinden wij soms, daar op Sint-Raf. Dus ik denk wel echt dat het een meerwaarde zou zijn moest er echt iemand hier op Campus Gasthuisberg zitten voor dat er sneller die contacten gelegd kunnen worden.

En stel je voor, er begint echt een mondhygiënist morgen op jullie afdeling. Welk probleem zou je willen dat we als eerste aanpakken?

Dat is een goeie vraag. Er zijn niet echt zo grote problemen, maar ik denk dat het belangrijkste zou zijn om ook een beetje het overzicht te hebben van welke patiënten er nu bij ons in behandeling zijn. En dat dat dan ook in overleg is met de tandarts, want die heeft daar nu wel een overzicht van. Om dan een beetje te gaan zien eigenlijk van... Oké, op welke patiënten moet er nu gefocust worden? Wanneer komen die? En dan zo eigenlijk snel de lopende dingen het snelste aan te pakken. En dan voor de rest is het altijd dat er een nieuwe diagnose komt om daar ook direct mee te zijn in het dossier en verder te gaan zien. Maar ik denk dat het vooral een overleg gaat zijn tussen de tandarts enerzijds en ons aan de andere kant om een beetje te zien van... Oké, wie zit waar in zijn traject? En bij wie moet wat nu opgestart of opgevolgd worden eigenlijk?

Zijn er nog andere opmerkingen of ideeën waar u nog aan denkt? Dat heb ik nog niet kunnen vertellen.

Goh, niet direct, maar ik vind het wel fijn om te weten dat ik nu een beetje een idee heb van wat jullie juist zouden kunnen doen. En ik denk dat het zeker interessant is dat jullie er onderzoek naar doen, omdat dat toch wel een stukje is waar er ook nog aandacht naar moet gaan en dat dat soms nu een beetje overschiet of dat er gewoon te weinig tijd is en dat dat wel echt een meerwaarde zal zijn, als jullie dan zo in het team komen.

Oké, super. Leuk om te horen. Zeker.

Ik denk dat het voor ons duidelijk is. We hebben veel nuttige dingen gehoord, dus daar kunnen we zeker verder mee aan de slag gaan. Dus heel fijn dat u de tijd heeft genomen voor ons.

Heel erg bedankt. Graag gedaan. Veel succes nog met jullie bachelorproef.

Dank je wel.

8. Interview 8

Interviewer: Dan kunnen we meteen beginnen met de eerste vraag. Kunt u kort uw functie en rol binnen het oncologisch team toelichten?

Ann Smeets: Ik ben borstkankerchirurg.

Interviewer: Komt u vaak in aanraking met patiënten die orale complicaties ervaren tijdens chemo- of radiotherapie?

Ann Smeets: Niet echt. Chemotherapie gebeurt vooral op het oncologisch dagcentrum, waardoor wij die complicaties minder rechtstreeks zien. De groep patiënten waarbij wij wel iets met mondzorg doen, zijn diegenen die moeten starten met bisfosfonaten. Omdat die behandeling risico's inhoudt voor het kaakbot, moeten patiënten vooraf een afspraak maken bij de tandarts en hun mondhygiëne op punt zetten.

Interviewer: Gebeurt die afspraak bij hun eigen tandarts?

Ann Smeets: Ja, meestal wel.

Interviewer: Bent u vertrouwd met het beroep van de mondhygiënist?

Ann Smeets: Niet echt via mijn job, nee. Persoonlijk wel een beetje, omdat ik uit een familie kom met tandartsen en een mondhygiënist. Maar binnen mijn werkcontext heb ik weinig professionele ervaring met mondhygiënist.

Een groot topic is de relatie tussen mondgezondheid en oncologische trajecten. Dus eerder dan van complicaties door een slechte mondhygiëne. Er is steeds meer aandacht voor het microbiom zowel het darmmicrobiom als het mondmicrobiom en hoe dat een invloed kan hebben op het verloop van kankerbehandeling en algemene gezondheid. Ik denk dat daar voor jullie (mondhygiënist) veel potentieel ligt.

Interviewer: Is de rol van de mondhygiënist dan duidelijk voor u?

Ann Smeets: Nee, ook naar terugbetaling is dit niet duidelijk nee. Ik vraag me wel af hoe dat praktisch georganiseerd wordt. Werken jullie volledig zelfstandig? Enkel in een groepspraktijk? En hoe zit het met terugbetaling?

(Uitleg over de mondhygiënist en hoe de handelingen uitgevoerd kunnen worden)

Interviewer: Hoe wordt mondzorg momenteel opgevolgd binnen uw dienst?

Ann Smeets: Dat gebeurt volledig via de tandarts. Wij verwijzen patiënten door naar hun eigen tandarts. Bij ons is er niemand in het ziekenhuis daarbij betrokken nee.

Interviewer: Dan ziet waarschijnlijk ook niet echt orale complicaties?

Ann Smeets: Heel occasioneel. Soms verliest een patiënt een tand tijdens intubatie, bijvoorbeeld wanneer een tand al los zat. Maar structurele mondzorgscreening gebeurt niet.

Interviewer: Is er volgens u voldoende aandacht voor mondzorg binnen uw afdeling?

Ann Smeets: Nee, eigenlijk niet. Niet uit onwil, maar omdat het in onze routine nog geen vaste plaats heeft. Zoals ik eerder zei: zodra het duidelijk wordt dat mondhygiëne een significante invloed heeft op herstel, complicaties of zelfs overleving, zal de interesse automatisch toenemen. Ik denk dat dit een evolutie is die nog gaat komen.

Interviewer: In andere interviews horen we vooral over mucositis, xerostomie en infecties tijdens chemo. Dit is dan wel een hele andere insteek die ook wel interessant is.

Ann Smeets: Klopt. De complicaties die jullie beschrijven komen veel meer voor bij behandelingen zoals intensieve chemotherapie of bestralingen in het hoofd-halsgebied. Zeker hoofd-hals populaties is een speciale doelgroep. Zij roken veel, drinken veel, hebben een lage SES. Daar is een grote kluif en veel winst te behalen.

Daarnaast is er die nieuwe insteek rond het microbiom. Dat gaat in de toekomst enorm belangrijk worden, niet alleen in oncologie maar in de hele geneeskunde. Kijk bijvoorbeeld naar orthopedie, daar is het al standaard dat de mond eerst in orde moet zijn voor je een prothese krijgt. In oncologie zou dat eigenlijk net zo moeten. We zouden systematischer moeten controleren of er geen verborgen infecties zijn en of de mondgezondheid op punt staat vóór de behandeling start.

Interviewer: Welke rol ziet u voor de mondhygiënist in dat verhaal, is die positionering voor/tijdens of na de behandeling?

Ann Smeets: Screening, zonder twijfel. Een mondhygiënist zou daar echt veel kunnen betekenen door pre-screenings en educatie op zich te nemen. Maar in opvolging zal er ook wel een deeltje zijn.

Interviewer: Zijn er dan ook voordelen van een mondhygiënist?

Ann Smeets: Ja je kan inzetten op de complicaties. Bij de patiënten met bisfosfonaten worden er vaak al een heel aantal tanden preventief getrokken, als je daar kan inzetten op die preventie zou dat echt al van veel meerwaarde zijn. Ook op populatieniveau valt er echt wel veel te winnen.

Interview: En waar ziet u dan de MH gepositioneerd, is dit hier op de afdeling of in het sint-raf?

Ann Smeets: Sint raf kan ook, patiënten zijn bereid om naar daar te gaan voor kwaliteitsvolle zorg. Voor mij is het logisch dat mondhygiënist dicht bij de tandartsen staan. De samenwerking en wisselwerking tussen beide is belangrijk. Idealiter bevindt de mondhygiënist zich op een plek waar goede infrastructuur aanwezig is en waar tandartsen gemakkelijk geraadpleegd kunnen worden.

Interviewer: Welke drempels of uitdagingen ziet u voor de integratie van mondhygiënist in het ziekenhuis?

Ann Smeets: Ja aanrekening speelt een grote rol. Als een ziekenhuis iets moet organiseren dat geen inkomsten genereert, wordt het moeilijker. Dat hebben jullie natuurlijk niet in de hand. In privépraktijken hoor ik hetzelfde bij mijn broer en schoonzus, een mondhygiënist toevoegen is financieel niet altijd vanzelfsprekend zolang de terugbetaling beperkt is.

Daarnaast moeten zorgverleners zich bewust worden van het belang van mondhygiëne dus educatie. Veel mensen beseffen nog onvoldoende dat mondmicroben de algemene gezondheid en het verloop van behandelingen beïnvloeden.

Beschikbaarheid en toegankelijkheid. Als we makkelijk iemand kunnen contacteren, gaan we dat ook effectief doen. Maar als een afspraak weken of maanden duurt, haakt iedereen af. Daarnaast is communicatie essentieel. Het team moet weten dat mondhygiënist bestaan, waar ze te vinden zijn en wat ze precies doen. Regelmatig overleg is eveneens belangrijk: gezamenlijk afstemmen, noden bespreken, casussen overlopen dat zorgt voor een sterke samenwerking.

Interviewer: Zou een mondhygiënist ook een brugfiguur kunnen vormen tussen medische diensten en de tandheelkundige wereld?

Ann Smeets: Absoluut. Wij hebben nu weinig interactie met tandartsen van het ziekenhuis. Als een mondhygiënist die brug kan vormen en een vaste partner wordt van het oncologisch team, dan is dat een enorme meerwaarde.

Interviewer: Als er morgen een mondhygiënist op uw dienst zou starten, welk probleem moet dan als eerste worden aangepakt?

Ann Smeets: Screening van alle patiënten. Dat zou het belangrijkste zijn. Daarnaast lijkt het me nuttig dat een mondhygiënist meteen een presentatie geeft op onze stafvergadering: wie ze zijn, welke handelingen ze uitvoeren, hoe de samenwerking zou verlopen... Dat wederzijds begrip helpt om alles goed op te starten dus overal eens langsgaan.

Interviewer: Zijn er nog opmerkingen of aandachtspunten waar we nog niet op teruggekomen zijn, maar die u wel belangrijk vindt?

Ann Smeets: Ik denk dat het belangrijkste punt echt die nieuwe invalshoek rond het microbiom is. Dat wordt in de toekomst enorm belangrijk en biedt veel opportuniteiten voor jullie beroep.

Daarnaast is het beroep nog relatief nieuw in België. Nieuwe richtingen hebben altijd een soort 'aanloophase': mensen zijn nog zoekend, wetgeving loopt achter, niet alles is direct duidelijk uitgewerkt. Dat is normaal. Hetzelfde zagen we destijds bij andere nieuwe opleidingen zoals biomedische laboratoriumtechnologie.

9. Interview 9

Kan je kort je functie en je rol binnen het oncologisch team toelichten?

Ik ben verpleegkundige kinderoncologie, gewoon pediatriesch verpleegkundige. Maar we recent gestart met werkgroepjes en samen met Laura zit ik nu in het werkgroepje mondzorg.

Hoe vaak komt u momenteel in contact met orale complicaties bij chemobehandelingen of radiotherapie?

Zeer regelmatig, ja.

En bent u dan al vertrouwd met het beroep van mondhygiënist en de kerncompetenties, of is dat een redelijk grijze zone?

Ja, we hebben op dit moment geen mondhygiënist. Geen mensen die op de afdeling komen. Dus niet echt eigenlijk.

Ook niet op persoonlijk vlak? Nee.

En zou u daar graag meer informatie over willen? Ja, dat mag zeker.

We focussen eigenlijk een beetje op het preventieve luik. We doen in de praktijk de jaarlijkse controle, de halfjaarlijkse controle, en zorgen dat de mondhygiëne op peil blijft. In de meer oncologische setting gaat dat dan ook zijn: fluoridemalletjes maken, en eigenlijk een brugfiguur spelen tussen de tandarts en het medisch team. En ook tussen de tandarts en de patiënt. Ja, echt preventief. In de praktijk bijvoorbeeld, of in schooltjes lessen geven aan kindjes. Vooral preventief. Niet curatief, geen gaatjes behandelen, dat is voor de tandarts. Maar echt preventief, en dan samenwerken en doorverwijzen: wie preventie nodig heeft, wie curatie nodig heeft.

Ik neem aan dat u de rol van de mondhygiënist in een ziekenhuissetting en een oncologisch team nog niet echt heel duidelijk vindt.

Nee, dat klopt.

U had ook gezegd dat er een tandarts is. Hoe wordt die opvolging gedaan? Is dat enkel de tandarts of zijn er ook verpleegkundigen die meekijken?

Wij kijken daar zeker mee naar. En de artsen ook, de pediaters. De tandarts komt één keer per week op de dienst, maar die komt niet bij alle patiënten. In het begin van het traject komt die zeker bij de patiënten. En als er problemen of vragen zijn, probeert ze die patiënten op te volgen. Maar het is niet heel duidelijk. Misschien dat Laura het beter weet: hoe frequent onze patiënten worden gezien.

En zijn dat dan problemen die de patiënten zelf aankaarten, of ook problemen die jullie zien?

Meer problemen die de patiënten zelf aankaarten. Dan gaat het over gaatjes. Die worden in het begin zeker nagekeken. En dan worden er soms gaatjes gevuld om ze klaar te maken voor het chemotraject. Bij pubers die blokjes hebben, worden die meestal ook verwijderd omdat dat moeilijkheden geeft in hun mond. Maar dat wordt ook niet hier gedaan maar in sint raf, dan moeten ze naar daar gaan. Niet bij een eigen orthodontist? Nee, ook niet denk ik. Ik denk dat ze het meestal in het sint raf zelf doen, vaker omdat ze daar sneller terecht kunnen.

Welke orale complicaties ziet u het meeste bij een patiënt? U haalde mucositis aan. Zijn er nog andere, zoals xerostomie?

Echt voornamelijk mucositis. Smaakverlies gebeurt wel, maar dat komt minder bij ons. Dat is iets waar we minder mee bezig zijn. Maar het wordt wel standaard gezegd dat bij de start van de behandeling de smaak kan veranderen. We merken dat wel.

Qua infecties, is dat iets dat sneller voorkomt? Ja, die mucositis vooral. Echt die ontsteking van de mondslijmvliezen.

Welke impact denkt u dat dat heeft op het comfort, de therapietrouw, maar ook de voeding en het herstel van de patiënt?

Dat heeft ongetwijfeld een grote impact. Soms zorgt dat voor een ziekenhuis opname van enkele dagen tot meer dan een week. Het is moeilijker voor de patiënten om medicatie in te nemen. Moeten dan medicatie intra veneus. De patiënten eten duidelijk minder dan. We hebben vaak, of toch regelmatig, nood aan parenterale voeding. Dat heeft best wel een grote impact. En daardoor worden soms chemokuren uitgesteld, tot de patiënten voldoende hersteld zijn.

Is er een protocol dat jullie dan volgen? Een mondzorgprotocol of een behandeling die pijn verlichtend is? Hoe pakken jullie mucositis aan?

Wanneer een patiënt is opgenomen starten we sowieso met pijnstilling. Dat begint met paracetamol systematisch. En dan afhankelijk van wat de patiënt aangeeft, hoeveel pijn hij heeft en of hij nog kan eten of niet, wordt er gemakkelijk morfine opgestart. Dat is ook wel heel pijnlijk kan zijn zo'n mucositis. Er wordt vaak een cassette met morfine gebruikt die aan een lage dosis continu loopt.

En die lasertherapie?

Dat wordt ook gedaan, maar niet alle patiënten voelen daar een verschil van. Dat is meestal op vraag van de patiënt. Als het de eerste keer is, stellen we dat wel voor. Dan kunnen we dat eens uitproberen. Daarna is het meestal de patiënt die vraagt of hij het opnieuw wil. En als het effect heeft, doen we dat om de 2 dagen.

Speelt de tandarts in rol in? Doet de tandarts ook bepaalde behandelingen?

Nee, bij mucositis komen zij minder aan bod.

Bij andere complicaties misschien wel?

Ongetwijfeld. Als het meer over de tanden gaat. Maar als het over de slijmvliezen gaat, zijn het eerst de verpleegkundigen en onze pediaters. Bij mucositis zelf minder, of dat idee heb ik toch.

Vindt u dat er momenteel genoeg aandacht is voor mondzorg binnen de afdeling?

Ik denk dat we nog meer kunnen inzetten op preventie.

Op welke momenten ziet u dan de grootste nood? Voor de behandeling, tijdens of na het traject?

Vooraf en tijdens. Omdat ze dan heel gevoelig zijn voor infecties. Mondhygiëne en preventie is dan heel belangrijk, zodat we ernstige mucositis een beetje kunnen vermijden.

Welke taken ziet u dan voor een mondhygiënist? Eerder zorgverleners opleiden of patiënten educatie?

Ik denk educatie, zeker voor een groot stuk. Zowel voor verpleegkundigen als voor patiënten. Wat ons heel interessant lijkt, is bijvoorbeeld een heel duidelijke brochure voor patiënten met richtlijnen voor mondhygiëne. Eventueel zoals in Nederland, waar ze een toilettas geven met tools: een goede tandpasta, een zachte tandenborstel, mondspoeling. Mondspoeling doen wij niet trouwens. Maar een standaardpakketje zodat de patiënt al kan beginnen. Zeker voor patiënten met een complexere sociale situatie is dat handig.

Ziet u ook voordelen als wij structureel deel zouden uitmaken van jullie dienst?

Ja op vlak van preventie. Als de patiënten meer geëduceerd zijn in het belang van mondhygiëne tijdens hun chemotherapie.

Als we kijken naar de positie waar wij het best staan: hier op de afdeling, of in Sint-Raf, of een samenwerking?

Ik denk dat het interessant is dat jullie echt op de afdeling staan. Als de patiënten naar Sint-Raf moeten voor een ingreep, is dat een drempel. Ik denk dat het belangrijk is dat de patiënten het in hun leefwereld hebben: iemand die aan bed komt of op de afdeling passeert.

Wanneer nodig kunnen ze dan naar Sint-Raf voor iets complex of oeh, ziet u dat aan bed gaan? Bijvoorbeeld screenings: kijken in de mond. Dat zou aan bed kunnen. Maar als er een malletje moet gemaakt worden, zo'n fluoride malletje, zie ik dat eerder in Sint-Raf gebeuren? Of eventueel op de dagzaal, als we hier een lokaal zouden hebben met een stoel.

Dat kan ik niet goed inschatten. Idealiter zou alles hier gebeuren. Maar ik weet niet of dat praktisch haalbaar is.

Want de tandarts komt die enkel aan bed of komen kindjes ook naar een lokaal?

Kindjes gaan soms ook op raadpleging. Maar degene die gehospitaliseerd zijn komt ze aan bed. Kinderen op de dagzaal gaan naar daar.

Ziet u mogelijke drempels of uitdagingen bij het integreren van de mondhygiënist? Bijvoorbeeld financiering, logistiek, tijd?

Alles gaat heel traag. Dat soort projecten kan lang duren voor het erdoor komt. Maar Laura weet daar meer van, zij heeft daar als adjunct hoofdverpleegkundige meer zicht op.

U weet bijvoorbeeld niet hoe de tandarts wordt gefinancierd: vanuit het ziekenhuis of de patiënt?

Ik vermoed vanuit het ziekenhuis, maar dat weet ik niet zeker.

Stel dat we morgen starten met een mondhygiënist: welk probleem zou u willen dat we als eerste aanpakken?

Educatie. Zowel verpleegkundigen als patiënten. Maar in eerste plaats verpleegkundigen, denk ik. Als wij daarmee aan de slag kunnen gaan. En het opstellen van brochures voor patiënten, heel duidelijk.

Zijn er nog andere opmerkingen of ideeën waar we niet toe gekomen zijn?

Nee, ik denk dat alles redelijk duidelijk is.

10. Interview 10

Interviewer: Kunt u kort uw functie en uw rol binnen het oncologisch team toelichten?

Laura Christiaans: Ik ben Laura, adjunct-hoofdverpleegkundige op de afdeling kinderoncologie en chemotherapie binnen Kinderhospitalisatie 2. In mijn functie heb ik vooral een sturende en coördinerende rol. Ik ben verantwoordelijk voor de dagelijkse werking van de afdeling, de organisatie van opnames en ontslagen, en de opvolging van nieuwe en lopende projecten. Een voorbeeld daarvan is de werkgroep rond mucositis, waar ik actief bij betrokken ben om processen te evalueren en bij te sturen. Door die rol heb ik een goed overzicht van wat er leeft op de afdeling.

Interviewer: Komt u nog vaak rechtstreeks in contact met orale complicaties tijdens chemotherapie of radiotherapie?

Laura Christiaans: Minder dan de verpleegkundigen die aan bed staan, omdat mijn functie meer organisatorisch is. Toch probeer ik regelmatig in de zorgplanning te staan, zodat ik nauw betrokken blijf en het geen 'ver-van-mijn-bed-show' wordt.

Interviewer: Bent u vertrouwd met het beroep en de kerncompetenties van de mondhygiënist?

Laura Christiaans: Niet helemaal. Meestal wordt er over tandartsen gesproken wanneer het over mondzorg gaat. Maar ik kan me zeker voorstellen dat mondhygiënisten ook een belangrijke rol kunnen spelen bij bepaalde pathologieën en dat die samenwerking tussen de tandarts en mondhygiënist daar een belangrijke rol speelt. Zelf ben ik nog nooit bij een mondhygiënist geweest.

(Uitleg over de mondhygiënist en het beroep)

Interviewer: Wanneer we de rol van de mondhygiënist toelichten sluit dat

Laura Christiaans: Dat is niet zo duidelijk. Wij hebben een vaste tandarts die op de afdeling langskomt en ik heb geen weet van een mondhygiënist.

Interviewer: U zei dat de tandarts wekelijks langskomt. Zijn er naast de tandarts nog andere personen die de mondzorg mee opvolgen?

Laura Christiaans: Ja, zeker. De verpleegkundigen spelen een zeer grote rol in de dagelijkse opvolging van mondzorg. Zij stimuleren kinderen om te poetsen, controleren of het lukt en helpen wanneer dit niet zelfstandig gaat. Ze voorzien ook de nodige mondspoelingen of de 'cocktail' bij pijn of ontsteking.

Daarnaast kijken de artsen dagelijks in de mond tijdens het klinisch onderzoek, zeker wanneer een kind chemotherapie krijgt. Ze letten daarbij op infecties, aften, ontsteking van het mondslijmvlies en andere afwijkingen. De tandarts komt vervolgens wekelijks langs, vooral wanneer wij aangeven dat er mucositis is, of wanneer een kind net gediagnosticeerd is en een baseline controle nodig heeft. En de diëtiste die er misschien ook een kleine rol inspeelt kijkend naar de voeding dan en minder in de mond

Interviewer: Wat zijn de meest voorkomende orale complicaties bij kinderen tijdens hun behandeling?

Laura Christiaans: Aften en mucositis zijn met voorsprong de meest voorkomende problemen. Daarnaast zien we dat kinderen soms enkele dagen amper kunnen eten door pijn, waardoor mondzorg moeilijk vol te houden is. Door chemotherapie komt een droge mond vaak voor, maar sommige kinderen hebben net een verhoogde speekselvloed wanneer ze misselijk zijn. Die kinderen spuwen dan voortdurend speeksel uit, dat zien we vaker dan men denkt. Ook ontstoken slijmvliezen komen veel voor, en soms zijn er herpesinfecties, schimmelinfecties of andere infectieuze problemen in de mond.

Interviewer: Welke impact hebben deze orale complicaties op therapietrouw, comfort en voeding?

Laura Christiaans: De impact kan echt heel groot zijn, zeker bij jongere kinderen. Als ze hevige mucositis hebben, weigeren ze soms medicatie omdat slikken te pijnlijk is. Dat zorgt voor strijd bij ons, om ondanks de pijn toch nog de medicatie in te nemen. Wat de therapietrouw moeilijk maakt. Qua voeding zien we vaak dat kinderen te weinig binnenkrijgen door pijn, misselijkheid of een algemeen gevoel van ongemak. Soms moeten we overschakelen op sondevoeding of infusen om hun vocht en energiebehoefte te ondersteunen.

Interviewer: Vindt u dat er momenteel genoeg aandacht gaat naar de mondzorg binnen jullie afdeling. Waar ziet u nog noden of kansen?

Laura Christiaans: Ik ben wel van mening dat er bij ons veel aandacht naar gaat, wij hebben er met de tandarts ook eens over samen gezeten en zij vindt ook dat we op onze afdeling al wel veel aandacht eraan schenken. Natuurlijk bij ons zit het 2x/D poetsen dankzij de ouders er ook al wel goed in. Het zit ook vrij goed in onze dagelijkse zorgen,

dat we ernaar vragen en dat we het bekijken dus ik denk wel dat we er vrij goed in zijn. Wat niet neemt dat we er altijd nog in kunnen verbeteren.

Interviewer: Ziet u dan een nood van een mondhygiënist?

Laura Christiaans: Ik denk dat het wel nuttig kan zijn, we moeten blijvend opleidingen voorzien. Voor onze standaardzorgen leren we veel van elkaar dus ik denk ook niet dat het slecht is voor meer gespecialiseerde mensen die opleiding te laten geven. Zo doen we dat ook bij nieuwe collega's dat de diëtist dan een lesje geeft omtrent die voeding, dat is er momenteel nog niet voor die mucositis. En ook bij de uitleg aan de ouders over dingen zoals die mucositis cocktails, denk ik wel dat de mondhygiënist de verpleging daarin kan ondersteunen. Of bij tijdsdruk van de verpleegkundige daar rustig de tijd voor kan nemen om alles uit te leggen.

Interviewer: En kijkend naar de taken, ziet u dan vooral die screenings?

Laura Christiaans: Ik denk dat de tandarts daar beter op zal kunnen antwoorden, gezien zij dat nu vooral doet. Wij als verpleegkundigen anticiperen vooral op dingen die zich voordoen en een stukje preventief.

Interviewer: Dus vooral het stukje educatie dat we dan op ons kunnen nemen?

Laura Christiaans: Ja of in de ondersteuning he. Ik denk dat het niet een of verhaal moet zijn.

Sommige kinderen verzetten zich enorm tegen poetsen, zeker tijdens intensieve behandelingen. Een mondhygiënist zou dan gericht kunnen zoeken naar manieren om poetsen toch haalbaar te maken, afgestemd op het individuele kind.

Interviewer: Denkt u dat de aanwezigheid van een mondhygiënist structureel een voordeel zou zijn voor de dienst?

Laura Christiaans: Soms als het er nog niet is, is het moeilijk om in te beelden wat het allemaal als voordeel kan zijn maar ik ben zeker dat het voordelen kan hebben.

Interviewer: Hoe ziet u de positie van een mondhygiënist binnen de afdeling?

Laura Christiaans: Absoluut. Hoe verder iemand van de afdeling staat, hoe minder nuttig die rol wordt. Voor ingrepen kunnen patiënten naar Sint Raf, maar voor dagelijkse opvolging, toegankelijkheid en laagdrempelige vragen is het echt een grote meerwaarde dat iemand op de afdeling aanwezig is. Wanneer de tandarts op de dienst rondloopt, denken verpleegkundigen en ouders veel sneller aan mondzorg. Ze voelen zich vrijer om vragen te stellen en problemen tijdig te signaleren. Dat werkt gewoon veel beter dan wanneer iemand enkel 'op afstand' functioneert.

Interviewer: Zijn er drempels of uitdagingen bij het integreren van een mondhygiënist? Bijvoorbeeld logistiek of financiering?

Laura Christiaans: Financiering is in een ziekenhuis altijd een uitdaging. Logistiek hangt vooral af van welke materialen nodig zijn. Op de afdeling zijn de materialen beperkt, maar ik zie dat niet als een onoverkomelijk obstakel. Wat voor mij vooral interessant zou zijn, is dat een mondhygiënist mogelijk technieken of producten kan introduceren die wij nog

niet kennen. Wij zoeken niet systematisch uit welke nieuwere behandelingen er bestaan, dat gebeurt meestal via tandartsen of andere specialisten. Op dat vlak kan vernieuwing vanuit mondhygiënist een meerwaarde zijn.

Interviewer: Weet u hoe de tandarts momenteel gefinancierd wordt?

Laura Christiaans: Voor zover ik weet wordt dat via het ziekenhuis geregeld. Wij moeten daar niets extra voor aanrekenen.

Interviewer: Stel dat er morgen een mondhygiënist start op jullie dienst. Welk concreet probleem zou dan als eerste moeten worden aangepakt?

Laura Christiaans: Wij zijn recent gestart met een werkgroep rond mucositis. Daar zou een mondhygiënist meteen een grote rol in kunnen spelen. We willen onder andere bekijken: Doen we nog altijd de juiste dingen? Is onze aanpak evidence based? Zijn er betere technieken? Bijvoorbeeld rond lasertherapie: in sommige centra, zoals Antwerpen, geven ze preventief lasertherapie, terwijl wij dat niet standaard doen.

Interviewer: Zijn er nog andere opmerkingen, ideeën of aandachtspunten die u graag zou willen meegeven?

Laura Christiaans: Ik denk dat het nuttig zou zijn om een hulpmiddel te hebben om kinderen te motiveren bij het poetsen of spoelen. We werken soms met stickerkaarten, vooral wanneer het moeilijk loopt, maar tijdens zware periodes worden die gewoontes snel vergeten. Een visueel hulpmiddel op maat van kleuters of jonge schoolkinderen zou hen kunnen helpen begrijpen waarom mondzorg belangrijk blijft, ook wanneer poetsen lastig is.

Interviewer: Zou een workshop op de afdeling hiervoor nuttig kunnen zijn?

Laura Christiaans: Een workshop lijkt me minder haalbaar. De afdeling is al heel druk en er komen al veel verschillende disciplines langs: kinesitherapeuten, spelbegeleiding, de leerkracht van de ziekenhuisschool, vrijwilligers... Een extra groepsmoment past daar moeilijk tussen, en ik weet niet of je er veel personen mee gaat kunnen bereiken.

Educatieve tools of korte individuele begeleidingsmomenten zouden waarschijnlijk meer effect hebben.

11. Interview 11

Kunt u kort uw functie en rol binnen de oncologische zorg toelichten?

Ja, ik werk als verpleegkundig specialist voor de hoofd-hals-oncopatiënten. Ik doe ook de trajectbegeleiding voor die patiënten. Dus eigenlijk ben ik een eerste aanspreekpunt voor die patiënten. Ik zet die altijd mee op weg met wat er moet gebeuren. Als de nieuwe oncopatiënten hier komen, dan gaan die eerst bij de arts. En daarna zie ik die. Dan doe ik een anamnese om te kijken hoe de situatie in elkaar zit. En daarna kijken we ook welke onderzoeken en welke stappen er nog moeten gebeuren. Dan krijgen die mensen de onderzoeken ingepland. Daarna komen ze terug, worden ze op de MOC (Multidisciplinair Oncologisch Consult) besproken en komen ze weer bij de arts. Daarna zie ik die ook en dan gaan we die mensen mee op weg zetten met wat er dan gaat starten van behandeling.

Een beetje afhankelijk van het type behandeling Als ze bijvoorbeeld worden opgenomen voor een grote chirurgie, zie ik die mensen ook nog weer tijdens de opname. Dan komen die mensen postoperatief terug op controle. Dan zie ik die eigenlijk ook standaard nog weer, gewoon om te kijken hoe de postoperatieve fase verloopt. Ofwel gewoon om te kijken hoe het thuis gegaan is. Maar ook: stel dat ze postoperatief nog bestraald moeten worden, om ze ook weer op weg te zetten voor dat stukje. En eigenlijk verder kunnen die patiënten te allen tijde contact kunnen zoeken. Als er ergens een probleem is, kan dat ook op het moment zelf nog zijn dat de arts zegt: "Ik heb deze patiënt vandaag mee op controle, daar is dit mee of die heeft vragen over dat. Kan die bij jou terecht?" Ja, zeker. Maar ook voor mensen die van thuis uit bellen en zeggen: "Ik heb dit aan de hand, wat zou ik doen? Of kun je mij advies geven?" Zo blijven we eigenlijk altijd bij die mensen wel in de loop.

En komt u daarbij ook vaak in contact met orale complicaties door chemo en radiotherapie?

Ja.

En u zegt dat dat dan gebeurt bij de tandarts. Bent u dan ook al vertrouwd geweest met een mondhygiënist die misschien al een deel van die taken opneemt? Bijvoorbeeld de kerncompetenties?

We hebben de studenten wel al hier gezien, dat ze iets zijn mee komen volgen. Maar verder heb ik ze eigenlijk zelf nog niet gezien.

Dus als ik het goed begrijp, vindt u de rol van de mondhygiënist nog een grijze zone?

Ja. Maar ik denk wel dat dat iets is wat zeer zeker opgenomen kan worden. Omdat wij heel vaak mensen zien met een slechte mondgezondheid. Ook vanuit hun achtergrond. Het is vaak een populatie die rookt, die alcohol gebruikt. En daar zijn ook heel veel mensen bij die al jaren geen tandarts meer hebben gezien. Dus dat ze gewoon hun mond opendoen, dat is arts achteruitgaan door de geur.

En waar komen zij dan terecht van tandarts als ze nog nooit naar de tandarts zijn geweest?

Nee, op Sint-Raphaël. En eigenlijk is er een vaste tandartsgroep die die patiënten ziet.

Dus niet de eigen tandarts?

Die kan soms een deeltje opnemen van het traject, maar meestal zit daar niet zo heel veel tijd tussen. Dus daar zit maar een paar weken tussen. En dan gaan die bij ons hier naar de tandarts op Sint-Raphaël. Die mensen houden zich ook vooral bezig met die oncologiepatiënten. Die weten ook wat er daar precies mee moet gebeuren. Of hebben ook een zicht op wat bijvoorbeeld mee in het bestralingsgebied kan liggen, wat niet, welke voorzorgen we daarvoor moeten nemen. En dan worden die daar onder de collega's verdeeld. Ofwel wordt er gezegd: dit deeltje kan terug gebeuren bij de eigen tandarts, of daar hebben we nog wat tijd voor. Dit moet nu ad hoc gebeuren. En normaal gezien zie je die ook zeker nog eens terug twee à drie maanden na stop van therapie. En vanaf dan maken die onderling afspraken: wanneer zien we elkaar terug, of wat gaan we bij de eigen

tandarts doen. Maar dan wordt ook echt het belang van die tandzorg en die oncologie benadrukt.

Zijn er nog andere personen die meer de mond bekijken binnen de afdeling of de dienst?

In principe kijkt de arts altijd tijdens zijn consultatie in de mond. Want die moet een klinisch onderzoek doen. En dan kan het bijvoorbeeld ook zijn dat die zegt: "Ik kijk in die mond en ik zie toch dat die tanden heel slecht zijn." Dat die dan eigenlijk zegt: "Je moet eens naar de tandarts gaan." En meestal zeggen we dan: "Kom maar hier naar de tandarts." Dus dan zorgen we dat die op Sint-Raphaël snel een afspraak krijgen. En dat we niet gaan wachten totdat de patiënt zelf iets onderneemt om bij de eigen tandarts te gaan. Soms zit daar te veel tijd tussen en dan is de motivatie weg. En goed, je moet natuurlijk je middelen die zorgen voor die schade ook mee wegnemen. Dus dat blijft hameren op rookstop. Dat blijft doorverwijzen naar huisarts, naar tabakoloog.

Daarmee dat eigenlijk ook standaard al die hoofd-hals-oncopatiënten vooraf naar de tandarts gaan voor een tandnazicht en een gebitsreiniging. Dan krijgen die mensen daar heel veel informatie over: de invloed van bestraling bijvoorbeeld op de tanden, op het mondslijmvlies, op speeksel, al die dingen die daarbij horen. En dan worden op dat moment ook de beschermmalletjes gemaakt voor die patiënten. En die krijgen dan de uitleg mee. Vaak moeten wij ook achteraf nog herhaalrecepten geven voor die fluorgel die ze dan gebruiken. Dus dat belang van die mondzorg en ook van die zorg voor die tanden wordt eigenlijk al vanaf het eerste moment mee benadrukt. En moest het zijn dat die mensen achteraf weer problemen stellen daarmee, dan kunnen we ook snel schakelen met de collega's die daarover gaan.

En ik denk dat onze tandarts op maandag namiddag en dinsdagochtend op Sint-Raphaël zit. Dan hebben die dus die pre-radiotherapie-uitleg. Wij laten daar ook de mensen al naartoe gaan, bijvoorbeeld voor heelkunde. Dus als wij nu zeggen: dat is iemand waarvan we verwachten dat die achteraf radiotherapie gaat nodig hebben, dan laten we die op voorhand al gaan voor het OK. Want dan kunnen we ook zeggen: moesten er nu nog tanden getrokken moeten worden, kunnen we kijken of we dat tijdens het OK doen. Maar ook de mensen die een bestraling krijgen, of vermoedelijk bestraling gaan krijgen, dat gaat ook allemaal eigenlijk naar daar. En dan heeft de tandarts op vrijdag nog een tandartsstoel, maar dat is in een ander deel van het ziekenhuis. Dan hebben die nog een box waar ze dan de opvolging doen. Maar ja, ik denk dat ze op voorhand met twee zijn. En zijn het acht sloten denk ik per week. Acht sloten per week standaard voor die patiënten. Maar de opvolging, er is maar één persoon die dat doet. Dus dat is ook afhankelijk of die er is. Maar die gaat geen acht patiënten op een voormiddag zien. Dus dat gaat ze nooit allemaal meenemen. Ze hebben ook niet meer allemaal tanden. Of dan moeten we vooruit gaan kijken: we hebben nu die tanden, we zijn tanden kwijt. Kunnen we ook gaan kijken hoe we dat prothetisch kunnen herstellen? Dan moeten we vooruit gaan kijken. En op Sint-Raphaël zien de collega's wat voor protheses ze maken. Dat kan zijn dat dat gewoon echt is voor een gebitje, maar dat kan ook zijn dat dat nog iets bijkomends aan doet voor een klosprothese, als ze een deel van het verhemelte wegnemen. Dat dat stuk ook afgesloten moet kunnen worden, zodat de mensen beter kunnen eten en zo.

En er zijn ook nog collega's van MKA. Die komen hier ook op vrijdag voor de multidisciplinaire raad. Maar die zien soms ook nog patiënten op Sint-Raphaël. Soms op donderdag. Ook soms nieuwe oncopatiënten. Die zijn ook wel een deel van het gebit aan het nakijken. Maar die komen dan ook vrijdag hier. Dus die zitten dan natuurlijk meer samen met de tandarts. Dat werkt dan ook weer anders. Of beter samen denk ik. Want ik weet dat als wij nu iemand van hier naar de tandarts sturen voor die pre-radiotherapie, en die zegt: "Ik denk dat er tanden getrokken moeten worden," dan stuurt die die dan ook door naar de MKA. Ze moeten dan zeggen: "Tanden moeten getrokken worden," en dan regelt de MKA verder dat die tanden getrokken worden. Dus die zitten daar ook al mee in dat traject. Zij sturen zelf ook van de mensen die zij zien, waar ze zeggen: "Er moet een gebitsreiniging gebeuren en die moeten die malletjes hebben," die sturen zij ook standaard naar de tandarts, naar diezelfde tandarts eigenlijk. Maar dat zit daar veel dichter bij elkaar. Ik weet ook dat de tandarts die bij ons die patiënten ziet, ook vaak echt wel rond de hygiëne en zo met die mensen spreekt, bijvoorbeeld over interdentale borsteltjes en dergelijke. We horen ook soms van patiënten dat die de opdracht meekrijgen: "Kijk, je hebt nu nog zoveel tijd tot aan je operatie. Jij gaat nu heel hard thuis moeten werken aan dat poetsen. En voor de operatie wil ik je nog eens terugzien om te zien of we alle tanden kunnen behouden of wat we alsnog moeten trekken tijdens de operatie." Met ook het oog op postoperatieve radiotherapie, omdat je ook weer tijdig hersteld moet zijn van die mond om te kunnen starten met die radiotherapie.

En anderzijds wil je ook voorkomen dat je postoperatief of tijdens de radiotherapie nog tanden moet gaan trekken. Want op het moment dat je dan nog tanden gaat trekken, klopt ook de bestraling zelf niet meer. En dan loop je eigenlijk weer heel erg achter op je plan. En dat kun je eigenlijk niet permitteren. Dan moet je een therapiestop inlassen, maar dat moet eigenlijk doorgaan.

En welke orale complicaties ziet u dan het meeste bij patiënten tijdens hun behandeling?

Dat is vooral mucositis dat die hebben.

En ook iets van droge mond of smaakverlies?

Droge mond zien we heel veel. Maar dat is ook postoperatief. Als die mensen tijdelijk door de mond ademen of dat er weinig speeksel is, dan zie je ook vaak van die hele korsten en zo. En daarmee is het ook heel belangrijk dat we altijd mondzorg laten doen, dagelijks of zelfs meerdere malen per dag op de afdeling, bij die patiënten, om dat ook allemaal zo proper mogelijk te houden. En verder denk ik dat je vooral nog complicaties hebt op langere termijn, ook na de radiotherapie. Dat is vaak zo'n droge mond wat je daar ziet. Ik denk dat je bij neustumoren soms ook smaak- en reukstoornissen hebt.

En die mucositis, is daar momenteel iets van lasertherapie dat er op een gegeven moment gebeurt?

Voor die mucositis die bestraling gerelateerd is, kunnen ze eigenlijk geen lasertherapie geven. Maar bijvoorbeeld als het mucositis is op basis van chemotherapie, en dat heeft eigenlijk niks te maken met een hoofd-halstumor, dat is een ander soort tumor, daar kunnen ze wel lasertherapie voor geven. En verder is het dan medicamenteus aanpakken tijdens de radiotherapie, met zo'n mucositisgel en andere pijnmedicaties.

En welke impact hebben deze orale problemen op de therapie, het comfort, herstel en het eten van de patiënt?

Op het comfort heeft dat natuurlijk impact. Want het is sowieso een heel vervelende plaats om behandeld te worden. Je ziet ook bij die patiënten dat die vaak moeilijker kunnen eten en drinken. Heel die behandeling daarachter vaak nog. Vaak is bijvoorbeeld ook zo'n mucositis ten gevolge van bestraling... Ja, die bestraling is vaak niet de eerste behandeling. Soms heb je ook wel een majeure chirurgie gehad op voorhand. Dus is ook sowieso die orale controle al veel moeilijker, waardoor de intake ook moeilijker verloopt. En het is dan ook bij ons vooral gericht om die patiënten comfortabel te krijgen. Dus die hebben dan ook een wekelijkse opvolging bij de arts. En zo nodig wordt daartussendoor nog bijgestuurd. Logopedisten staan daarbij betrokken. Diëtisten zijn daar ook bij betrokken naar aanpassing van voeding en dergelijke. Maar het is ook zo'n hele psychische impact. Het blijft duren. Je bent op een trein gestapt en je weet niet wanneer je uitstapt. Het is sowieso heel erg gericht op motiveren. Omdat die behandelingen op zich al zwaar zijn. Die radiotherapie duurt standaard zes weken. Het kan ook soms zeven weken zijn. Van maandag tot vrijdag. Dat je alle dagen naar het ziekenhuis moet komen. Het vervelende daaraan is ook dat je de eerste twee weken niet zo'n last hebt. En daarna begint die last te komen. En naar het einde toe ga je de meeste last hebben. Die patiënten zijn het al beu om naar het ziekenhuis te komen. Je gaat hen moeten blijven motiveren om naar het ziekenhuis te komen voor die behandeling voort te zetten. Maar ondertussen weet je ook dat het zwaarder en zwaarder wordt. Dus dat is echt motiveren om naar het ziekenhuis te komen. Maar ook blijven motiveren om te blijven eten en drinken, ondanks bijvoorbeeld mucositis. Om te voorkomen dat je bijvoorbeeld een voedingssonde moet krijgen. Dat je moet worden opgenomen. Dat is echt ook de diëtist die daarachter zit: goed aanpassen en blijven eten en drinken. Om toch ervoor te zorgen dat we die mensen niet nog een voedingssonde moeten geven. Dus daar wordt heel veel van die mensen gevraagd. En vaak is het ook van: ja goed, dan moet je nog herstellen van de radiotherapie. En dan gaat het ook nog verder. Dus je revalidatie gaat nog voort. Want dan kun je vaak pas thuis ook weer door je huisarts beginnen met de logopedische revalidatie naar het spreken en dergelijke. Dus daar wordt heel veel gevraagd van de patiënten.

En vindt u dat er momenteel voldoende aandacht is voor die mondgezondheid binnen deze dienst?

Dat kan nog worden uitgebreid. Want het is eigenlijk iedere keer opnieuw het verhaal dat je moet starten. Mensen zijn vaak niet op de hoogte van mondgezondheid. Zijn daar niet zo mee bezig. Dat hoor je ook terug van patiënten. Je tandenpoetsen is toch wel heel veranderd ten opzichte van 50 jaar geleden. Omdat we ook continu in die mond moeten zijn of ermee bezig zijn. En door de hele impact hier voor die patiënten is het wel heel belangrijk dat dat daar echt helemaal ingebakken zit. Dat is momenteel nog heel beperkt eigenlijk. Die maken nog geen standaard deel uit van de rest van het behandelende team. Maar die horen daar wel thuis.

En op welke momenten in het zorgtraject ziet u volgens u de grootste nood voor die mondzorgondersteuning? Voor de therapie start, tijdens of erna?

Ik denk dat het vooral ervoor is. Ook om ervoor te zorgen dat dat allemaal in orde is. En dat je die mensen mee kunt nemen op sleeptouw. En dat je dat ook mee in het traject kunt zetten. Dat zijn gewoon standaarddingen die komen om de zoveel tijd terug. Net zoals je de dokter om de zoveel tijd ziet. Net zoals je de onderzoeken om de zoveel tijd hebt.

Maar dan daarna ook, eens dat de therapie stopt, in het nazorgtraject en in de verdere opvolging. Want daar is vaak dat ze op een bepaald moment afhaken. In het begin, waar er nog heel veel controle is, krijg je die mensen wel mee. Maar op het moment dat ze zelf weer volledig de regie hebben over hun leven, dreigen ze soms af te haken.

En ziet u die opvolging dan vooral in het ziekenhuis? Of eerder bij de mondhygiënist in een privépraktijk?

Dat kan zeer zeker in de buurt. Dat is ook niet haalbaar als ze dat allemaal hier moeten doen. Maar daarvoor is dan ook weer een goede samenwerking noodzakelijk. Vooral ook in de zin dat er gemakkelijk naar elkaar toe gecommuniceerd kan worden. Een probleem is dat de mondhygiënist gemakkelijk een lijn naar hier heeft om dat door te geven aan de collega. Of: "Als hij de volgende keer komt, wil je daar of daar op letten? Of kun je daar eens advies over geven?"

Dus eerder een samenwerking dan met sint raf?

Ja, die moeten nog komen. Het gebouw moet nog komen. Of met de behandelend arts. Dat kan ook. Dat is een beetje afhankelijk. Soms worden mensen ook naar het ziekenhuis gestuurd omdat een tandarts iets gezien heeft. Het is niet per se dat een huisarts iets gedetecteerd heeft, maar dat in opvolging de tandarts het zou kunnen laten onderzoeken. En dat daar dan iets kwaadaardigs uitkomt.

Het is niet dat de patiënten standaard worden opgenomen?

Ze moeten elke dag gewoon voor de radiotherapie op en af komen. Voor chemotherapie worden ze, afhankelijk van het schema, wel opgenomen. Dus we hebben ook een combinatie van radiotherapie en chemotherapie. Dat loopt dan eigenlijk gelijktijdig. En dan worden die mensen twee tot drie keer tussendoor opgenomen. Dus bijvoorbeeld de eerste week dat ze starten met de radiotherapie: als die radiotherapie maandag start, dan worden ze tot zondagavond opgenomen. En dan blijven ze tot dinsdag. Dinsdag gaat dan hun infuus weg en dan gaan ze dinsdag naar de bestraling. De rest van de week moeten ze gewoon weer naar de ambulante bestraling komen. Dan gaan ze weer een paar weken naar de bestraling ambulant komen. En dan is er weer zo'n opname met twee overnachtingen. Maar dat is ook afhankelijk van de producten die gegeven worden of daar een opname in zit. Als ze worden opgenomen voor grote heerkunde, zijn die ook gemakkelijk tien tot veertien dagen bij ons. Maar de vraag is ook altijd: als je dan veel in de mond zou willen doen... Niet iedereen krijgt ook zijn mond goed open. Dan hebben ze dat ook niet altijd graag, voor de patiënten. Dan is het vooral dat je ze op voorhand wel goed geïnstrueerd moet hebben. Of dat je ze kunt helpen naar mondgezondheid toe. Of ook voor korsten en zo mee uit de mond houden. Om die mond te bevochtigen en dagelijks daarin te ondersteunen.

Zijn er dan bepaalde taken die u ziet dat de mondhygiënist zou kunnen bijdragen? Bijvoorbeeld die adviezen geven. Of aan welke taken denkt u dat de mondhygiënist zou kunnen opnemen?

Ik denk dat dat sowieso naar reinigingen gaat. Dat is gewoon die mondgezondheid mee opvolgen. Dus advies geven, mee reinigen, kijken of we patiënten ondersteunen. Wat die nog kan beter opvolgen. Doet die wat die moet doen? En de fluoridemalletjes ook. Dat is een goede zaak. Want er zijn veel ziekenhuizen waarbij dat niet gebeurt, die fluoridemalletjes. Dus dat die wel naar de tandarts gaan, dat die die malletjes niet krijgen. Hier staan ze daar echt op: die moeten die malletjes hebben. En omdat we dus weten dat dat op veel plaatsen niet gebeurt, zeggen wij dus ook als patiënten: "Ja, maar ik ben pas nog bij de tandarts geweest." Ja, dat kan. En als het dan gaat over de fluoridemalletjes, dan kijken ze altijd heel vreemd. Daar hebben ze al goed van gehoord. Kijk, daarvoor moet je expliciet bij ons naar de tandarts gaan om ervoor te zorgen dat we die dingen hebben.

En ziet u dan bepaalde voordelen wanneer er echt een mondhygiënist deel zou uitmaken van die samenwerking?

Ik denk dat daardoor ook de taken beter verdeeld kunnen worden. Omdat ieder zijn eigen deel kan blijven doen waarin hij ook gespecialiseerd is.

Ziet u ook drempels of uitdagingen bij het integreren van die mondhygiënist?

Ik denk dat op het moment dat je ergens nieuw komt, je altijd een stukje van de wei moet zien te veroveren. En daar gaan altijd mensen zich bedreigd voelen. Dus dat duurt vaak. Dat is een samenwerking van langere duur. Ik denk dat het belangrijk is dat je een aanvulling bent op elkaar, in plaats van dat je een concurrent bent van elkaar. Ik denk wel dat er op veel plaatsen al samengewerkt wordt in praktijken met mondhygiënist en tandartsen en nog andere personen. Dus dat is één groot pakket.

En qua financiering is dat ook een drempel of een uitdaging?

Ja. Want veel hoofd-halspatiënten hebben financieel niet veel mogelijkheden. Dus het moet niet de patiënt op heel veel extra kosten jagen. Want dan gaat hij ook zeggen: "Dat kan ik niet betalen."

En dus als er morgen een mondhygiënist zou starten hiermee in de samenwerking, welk concreet probleem zou u dan willen dat we als eerste echt aanpakken?

Ik denk dat dat gaat in eerste instantie ook mee naar de tandarts ondersteunen. En ook mee naar verdere preventie toe. Dat je in eerste instantie op het eerste stuk eigenlijk mee instapt voor behandeling. Om patiënten ook goed te educeren. Zodat ze het wel beter kunnen voorkomen dan genezen eigenlijk. En dan kun je op een later moment de opvolging ook verder meepakken. Maar ik denk in het eerste stuk, waar het belang al wordt benadrukt, dat we daar echt moeten starten.

Zijn er nog andere opmerkingen, ideeën of aandachtspunten die volgens u nog belangrijk zijn rond mondzorg en oncologie?

Ik vind gewoon dat het heel belangrijk is. En dat is niet alleen als mondhygiënist zelf en de zorg die je zelf doet maar ook rond educatie van teams. Hoe ga je bijvoorbeeld om met postoperatief? Welke producten kun je gebruiken? Wat is het belang van die mondzorg om een mond ook goed proper te houden? Voor de patiënt ook naar comfort toe. Dat wordt vaak nog onderschat. Het belang van tanden poetsen en zo. Die mondzorg wordt op heel veel plaatsen overgeslagen.

Wij werken specifiek veel met patiënten met de mond. Dus wij kunnen dat gebied niet negeren. Maar het zou ook kunnen dat bepaalde andere afdelingen, waar het accent op iets heel anders ligt, bijvoorbeeld traumatologie, waar de heupen en de knieën binnenkomen, veel minder gericht zijn op hygiënische zorg om bijvoorbeeld ook de mondzorg mee te doen. Je kunt wel zeggen: "Met een vals gebit, ik poets dat gebit en ik geef dat terug." Maar ondertussen zou je ook de mond mee moeten reinigen.

Dat waren onze vraagjes eigenlijk. Hebt u nog iets te vragen?

Je bent ook altijd welkom om te komen meevolgen op zo'n consultatie. Of dat je het traject van de patiënt eens meevolgt. Patiënten zien vaak heel veel verschillende zorgverleners. Vaak het klinisch onderzoek, en ik voor een groot deel bij de arts. En dan gaan die mensen ook verder: wat moet er allemaal nog gebeuren? Iedereen geeft ook zijn specifieke uitleg voor dat deel, van wat zijn de aandachtspunten voor die patiënt.

Want ik heb hier al eens gestaan bij schisis, toen die hier stage deed. Maar voor tumoren en zo nog niet. Bij schisis is ook de tandarts betrokken eigenlijk. Ja, want dat was echt een tandartstoel daar. En ik denk dat onze tandarts op maandag namiddag en dinsdagochtend op Sint-Raphaël zit. Dan hebben die dus die pre-radiotherapie-uitleg. Wij laten daar ook de mensen al naartoe gaan, bijvoorbeeld voor heelkunde. Dus als wij nu zeggen: dat is iemand waarvan we verwachten dat die achteraf radiotherapie gaat nodig hebben, dan laten we die op voorhand al gaan voor het OK. Want dan kunnen we ook zeggen: moesten er nu nog tanden getrokken moeten worden, kunnen we kijken of we dat tijdens het OK doen. Maar ook de mensen die een bestraling krijgen, of vermoedelijk bestraling gaan krijgen, dat gaat ook allemaal eigenlijk naar daar. En dan heeft de tandarts op vrijdag nog een tandartstoel, maar dat is in een ander deel van het ziekenhuis. Dan hebben die nog een box waar ze dan de opvolging doen. Maar ja, ik denk dat ze op voorhand met twee zijn. En zijn het acht sloten denk ik per week. Acht sloten per week standaard voor die patiënten. Maar de opvolging, er is maar één persoon die dat doet. Dus dat is ook afhankelijk of die er is. Maar die gaat geen acht patiënten op een voormiddag zien. Dus dat gaat ze nooit allemaal meenemen. Ze hebben ook niet meer allemaal tanden. Of dan moeten we vooruit gaan kijken: we hebben nu die tanden, we zijn tanden kwijt. Kunnen we ook gaan kijken hoe we dat prothetisch kunnen herstellen? Dan moeten we vooruit gaan kijken. En op Sint-Raphaël zien de collega's wat voor protheses ze maken. Dat kan zijn dat dat gewoon echt is voor een gebitje, maar dat kan ook zijn dat dat nog iets bijkomends aan doet voor een klosprothese, als ze een deel van het verhemelte wegnemen. Dat dat stuk ook afgesloten moet kunnen worden, zodat de mensen beter kunnen eten en zo.

Ja, ik denk dat het vooral een zaak is dat je een stap binnen krijgt bij alle collega's. Het gaat over tanden en zo, en elkaar, dat je daar een plaatsje kunt opeisen. Bekendheid, een beetje over wat we doen.

Er is ook eens een tijdje iets geweest dat die op de afdeling kwamen. Dat is ook een soort project geweest op de hospitalisatieafdeling. Dat dat dan ook meegeholpen werd. Dat is al een hele tijd geleden dat we dat toen ook zo... mondhygiëne... dat was ook zo'n project.

Ja. Interessant om eens te bekijken. Je bent altijd welkom, voor ons, om ons een beeld te vormen van wat er nu gebeurt. En er zijn ook nog collega's van MKA. Die komen hier ook op vrijdag voor de multidisciplinaire raad. Maar die zien soms ook nog patiënten op Sint-Raphaël. Soms op donderdag. Ook soms nieuwe oncopatiënten. Die zijn ook wel een deel van het gebit aan het nakijken. Maar die komen dan ook vrijdag hier. Dus die zitten dan natuurlijk meer samen met de tandarts. Dat werkt dan ook weer anders. Of beter samen denk ik. Want ik weet dat als wij nu iemand van hier naar de tandarts sturen voor die pre-radiotherapie, en die zegt: "Ik denk dat er tanden getrokken moeten worden," dan stuurt die die dan ook door naar de MKA. Ze moeten dan zeggen: "Tanden moeten getrokken worden," en dan regelt de MKA verder dat die tanden getrokken worden. Dus die zitten daar ook al mee in dat traject. Zij sturen zelf ook van de mensen die zij zien, waar ze zeggen: "Er moet een gebitsreiniging gebeuren en die moeten die malletjes hebben," die sturen zij ook standaard naar de tandarts, naar diezelfde tandarts eigenlijk. Maar dat zit daar veel dichter bij elkaar.

Hier zit natuurlijk de verplaatsing er nog tussen. Dat moet binnenkort nog gebouwd worden. Het moet hier nog naast komen. Het is toch eventjes weg. Ja, dat zijn ook denk ik voor de patiënten die bij de tandarts komen toch best wel pittige contacten. Want die moeten eigenlijk al anderhalf uur daarvoor rekenen dat die daar zijn. Dus daar gebeurt denk ik heel wat.

Ik heb ze zelf... we hebben ze meegevolgd in Maastricht. En daar, een tijdje terug, zijn we daar ook eens gaan kijken: hoe werkt het daar? En dan zijn we ook met die patiënt meegeweest. Die hadden eigenlijk alles heel erg geclusterd. We proberen wel zoveel mogelijk bij elkaar te zetten, maar soms moeten we zeggen: voor bepaalde dingen moet je nog eventjes terugkomen, een andere dag.

Maar daar hadden ze het eigenlijk samen. Dat ze zeggen: als die patiënt zich vandaag aanmeldt, dan gaat er vandaag dit en dit nog gebeuren. En morgen gebeurt dit en dit. En overmorgen kom je terug. En dan hebben we eigenlijk alles bij elkaar. Dan zit er soms wat meer tijd tussen, omdat we niet alles samen kunnen doen. Maar dat wil niet zeggen dat het daardoor vertraagt. Nee.

En daar gingen de mensen, als ze bij de dokter kwamen, ook naar de tandarts. En die gingen kijken wat er nog moest gebeuren. En daar was denk ik wel een mondhygiënist bij. Die bekeek ook samen met de tandarts die patiënten daar. En dan kreeg die een paar dagen daarna een afspraak bij de mondhygiënist om verder het deel niet-curatief te doen. De preventie. Dat soort dingen. Eigenlijk zijn deel.

Oké. Verder kunnen we wel niet alles leggen denk ik.

12. Interview 12

Interviewer: Als eerste vraag: kunt u uw functie en uw rol binnen de oncologische setting toelichten?

Griet Vansteenkiste: Ja. Ik ben tandarts van opleiding en gespecialiseerd in kindertandheelkunde en bijzondere tandheelkunde. In 2012 ben ik, op vraag van een collega die dit vroeger deed, gestart met het onderdeel tandheelkunde bij kinderen die opgenomen zijn op kinderoncologie. Concreet betekent dit dat ik één keer per week naar de afdeling ga, momenteel op dinsdag.

Ik ben zelf twee jaar afwezig geweest, en in die periode heeft Dieter dit van mij overgenomen. Toen ik terugkwam, heb ik mijn rol opnieuw geëvalueerd: wat is precies mijn taak? Dat is vooral het uitvoeren van de eerste screenings bij nieuwe patiëntjes. We bekijken of er tandheelkundige problemen aanwezig zijn en welke ondersteuning ze nodig hebben.

In het verleden was dit geëvolueerd naar opvolging, maar dat hebben we nu duidelijker afgebakend. De eerste screening gebeurt altijd bij kindjes die starten met chemotherapie. Kinderen die enkel radiotherapie krijgen bijvoorbeeld bij hersentumoren, worden niet standaard gescreend, tenzij de artsen expliciet een vraag stellen.

Ik kom dus wekelijks een halve dag langs, voornamelijk aan bed, om screenings en eventuele opvolgconsulten te doen.

Interviewer: U zei dat u vooral voor de behandeling iets ziet, komt dan orale complicaties tegen tijdens chemo- of radiotherapie?

Griet Vansteenkiste: Zeker, op dinsdag bekijk ik wie opgenomen is, wie op de dagzaal chemo krijgt, en welke kinderen nieuw zijn. Bij opgenomen kinderen beslis ik wie opnieuw gezien moet worden bijvoorbeeld heel jonge patiëntjes bij wie mondhygiëne nog niet opgestart was. Die zie ik na drie maanden terug om te evalueren: lukt het poetsen? Zijn er klachten?

Bij problemen zoals mucositis komen de verpleegkundigen vaak eerst naar mij. Zij zijn de eerste opvang, omdat ik slechts één keer per week op de dienst ben. Als zij merken dat iets niet lukt of niet verbetert, kom ik meekijken wat we kunnen aanpassen.

Interviewer: Spelen er nog andere disciplines een rol, zoals bijvoorbeeld diëtisten?

Griet Vansteenkiste: Ja, de diëtisten spelen een grote rol in voeding.

Wat voor mij een grote uitdaging blijft, is dat wij patiënten vaak heel vroeg in hun traject zien. Ouders zijn op dat moment nog enorm overweldigd door de diagnose en alle informatie die op hen afkomt. Hierdoor blijft maar een klein deel van wat we uitleggen echt hangen. Daarom probeer ik steeds te herhalen dat wij wekelijks langskomen en dat vragen altijd opnieuw kunnen gesteld worden.

Sommige ouders zeggen letterlijk: 'We hebben nog niet gepoetst, het is er niet van gekomen.' Dat begrijp ik volledig en ik benoem dat ook. Daarom komen we wekelijks

langs: om hen te ondersteunen en ervoor te zorgen dat mondzorg niet vergeten wordt. En mocht er dan iets zijn kunnen ze me altijd aanspreken erover.

Over voeding en droge mond geef ik basisadviezen, maar voor uitgebreid voedingsadvies verwijs ik altijd door naar de diëtiste. Tijdens de behandeling is voldoende eten en drinken belangrijker dan perfect tandvriendelijke voeding. Na de therapie bekijken we opnieuw hoe we cariës kunnen voorkomen. Ook rond smaakverlies zie je dat ze vaak tips hebben waar ik soms niet eens aan gedacht heb.

Interviewer: Bent u vertrouwd met het beroep van de mondhygiënist?

Griet Vansteenkiste: Vooral theoretisch. We hebben al mondhygiënist op stage gehad, maar nog niet zo heel veel mee samengewerkt. De momenten waarop het wel gebeurde, vond ik wel fijn. Jullie kijken met een andere bril, hebben een andere opleiding en kunnen heel motiverend werken rond mondhygiëne. Waarbij dit bij ons minder is, waardoor wij ook meer kunnen focussen op het technische (die vullingen en behandelplannen) wat tijd wint.

Interview: En dat beantwoordt dan eigenlijk ook mooi de volgende vraag over waar u de mondhygiënist gepositioneerd zit. Dit is dan vooral voor de behandeling?

Griet Vansteenkiste: Ja voor de behandeling maar ook tijdens en erna. Nu dat vraagt ook wel verandering van het protocol. Nu is het zo dat als kindjes binnenkomen met een diagnose en we zien dat er geen THK zorg nodig is, er goed gepoetst wordt, er een eigen tandarts is... Dan doen we de eerste screening maar verwijzen we daarna door naar de eigen tandarts. Stel er is geen eigen tandarts dan zien we ze wel binnen 6 maanden terug maar is het wel de bedoeling dat ze opzoek gaan naar een eigen tandarts waarmee we gaan samenwerken. Wanneer er wel THK zorg nodig is en de mondhygiëne niet op peil is, gaan we ze wel terugzien.

...

Zelfs tijdens zou het al fijn zijn om samen te werken met een mondhygiënist die af en toe dan eens kan langsgaan. Ook de visibiliteit is een belangrijke, ik ga momenteel op de kamers langs. Het feit dat je op die afdeling komt en dat zorgprofessionals, ouders en kinderen mij zien, hun eraan herinnert om te poetsen of als er vragen zijn. Maar ook in een kabinet kan het soms doorgaan, wat niet altijd evident is qua regeling maar ik denk dat het een en en verhaal is en niet een of.

Dat is een uitdaging. Vroeger deden we alle eindbehandelingen zelf, maar dat is niet haalbaar qua tijd. Daarom verwijzen we kinderen tegenwoordig sneller terug naar hun eigen tandarts. Maar het blijft belangrijk dat die mondhygiëne opnieuw wordt opgepikt na de behandeling, want we zien dat kinderen na afloop echt een dip krijgen. Ook ouders zijn dan moe en uitgeput. Daar kan een mondhygiënist opnieuw heel belangrijk zijn: even langlopen, motiveren, uitleggen waarom het belangrijk blijft.

Interviewer: Welke orale complicaties ziet u het meest tijdens behandelingen?

Griet Vansteenkiste: Eigenlijk is de zorg die we nu vooral bieden in het begin en dus preventief. Tijdens therapie is het meer een curatieve rol dus ik zie dan vaak mucositis. Heel vaak gaat dit samen met candida (schimmelinfectie) of herpes. Dan worden we soms bij geroepen om te bekijken of de letsels alleen mucositis zijn of dat er nog iets bijkomt. Mucositis zien we meestal op de losse mucosa: wangen, tong, onderlip... Als we letsels zien op het verhemelte, denken we soms eerder aan herpes.

Smaakverlies is iets wat kinderen heel snel melden. Soms al vanaf dag twee van de chemo. Een klassiek voorbeeld: kinderen vragen een boterham met choco, proeven, en zeggen dan: 'Mama, deze choco is vies!' Maar het is exact dezelfde als thuis, dat is dus puur smaakverandering.

Ook zie ik vaak, maar ik kan dat niet bewijzen, dat kinderen van zoet naar hartig verschuiven tijdens behandeling. Dat merk je wanneer je op de kamer komt: in het begin zie je veel chocolade en zoete snacks, later meer chips en hartige dingen.

Een droge mond, heb ik eigenlijk niet echt kinderen die dat rapporteren. Verkorte wortels of wortelstop is ook wel iets dat terugkomt na de behandeling, meestal bij stamceltransplant patiëntjes, maar dat zien we dan minder aan bed. En ook de lippen, heel veel patiënten hebben last van droge lippen door het ventilatiesysteem. Door die droge lucht dan. Dus daar geef ik ook altijd als advies mee om die lippen goed in te vetten en pruts ook niet aan die velletjes.

Interviewer: Hebben de orale complicaties die u beschreef een impact op therapietrouw, voeding en comfort?

Griet Vansteenkiste: Op medische therapietrouw meestal niet. Chemotherapie loopt gewoon door, maar artsen kunnen het schema aanpassen wanneer een kind te veel last heeft of wanneer het bloedbeeld te laag is. Dat is iets wat artsgedreven is.

Naar mondzorg toe zie je wel verschillen. Sommige kinderen met ernstige mucositis blijven toch poetsen, zelfs met pijn. Anderen hebben al moeite met de kleinste aanraking. Dan zoeken we samen naar wat wél lukt: misschien eerst alleen de voorkant poetsen, of poetsen op een ander moment van de dag. Bij kinderen met autisme of andere bijkomende problemen is dat soms een aparte uitdaging.

Voeding is wél sterk beïnvloed. Als kinderen door mucositis weinig eten, raakt de mond sneller uitgedroogd, wat de pijn verergert. Ik benadruk altijd hoe belangrijk het is dat ze blijven drinken. Waterijsjes kunnen helpen zowel tegen uitdroging als tegen pijn. Spoelen met fysiologisch water kan ook verlichting geven.

Interviewer: Welke adviezen geeft u bij mucositis?

Griet Vansteenkiste: Dat doet vooral de verpleging maar dat zijn we nu aan het herbekijken. Goed drinken, eventueel spoelen met fysiologisch water, en pijnstilling indien nodig. De 'mucositis cocktail' krijg je vaak van de afdeling een stroperige, pijnstillende spoeling. Maar ook dat ze het blijven melden als ze last hebben, wat sommige soms niet altijd doen omdat er een actie aan vasthangt.

Ook wijs ik ouders erop dat kinderen zelf meestal als eerste voelen waar een aft gaat komen. Ze zeggen dan: 'Het doet pijn daar', nog voor je iets ziet. Kleine kinderen kunnen dat niet, maar bij oudere kinderen merk je dat heel goed.

Interviewer: Is er voldoende aandacht voor mondzorg binnen pediatrische oncologie?

Griet Vansteenkiste: Bij kinderen loopt dat eigenlijk heel goed. De samenwerking tussen tandarts, verpleegkundigen en soms ergotherapie is sterk. Ik kan iets vragen aan verpleegkundigen en ze nemen dat meteen mee op. Op volwassen afdelingen is dat heel anders. Daar staat mondzorg nog in zijn kinderschoenen.

Interviewer: Wat zouden dan juist de taken van de mondhygiënist zijn?

Griet Vansteenkiste: Educatie van verpleegkundigen, de brochure en ook ondersteunen op de hospitalisatie eenheid bij patiëntjes waar het moeilijk loopt.

Wat we nu doen, is vooral in mijn hoofd 'vlaggetjes zetten': kinderen waarvan ik denk dat ze extra opvolging nodig hebben. Maar dat hoeft niet per se door een tandarts te gebeuren. Een mondhygiënist kan die opvolging perfect overnemen, zeker wanneer het gaat om mondhygiëne, motivatie en ondersteuning.

Interviewer: Zou u liever hebben dat de mondhygiënist fysiek op de afdeling aanwezig is, of vanuit een externe samenwerking zoals met Sint-Raf?

Griet Vansteenkiste: Ik zie momenteel geen samenwerking met Sint Raf. De afstand is te groot, de organisatie te moeilijk, en ouders geraken daar vaak niet. Ik zie een mondhygiënist echt op de afdeling werken, op de dagzaal of in het tandzorgkundig kabinet hier. Maar niet extern. Ook logistiek is dat moeilijk: kinderen mogen tijdens chemotherapie vaak niet van de afdeling weg dus qua planning is dit niet evident. Natuurlijk wanneer er een patiënt een reiniging nodig heeft, kan die daarvoor dan wel eens maar ik zie vaak dat dit niet zo goed loopt.

Interviewer: En qua drempels, hoe kijkt u naar uitdagingen zoals financiering en organisatie?

Griet Vansteenkiste: Ja waar we nu over praten is een droomscenario. Financiering is een grote uitdaging. Jullie moeten uiteraard betaald worden, en ouders afhaken als er veel niet terugbetaalde kosten zijn. Daarnaast is organisatie cruciaal: oncologie vraagt enorme flexibiliteit. Soms stap ik drie keer dezelfde kamer binnen omdat een kind slaapt, of aan een infuus hangt, of een behandeling krijgt.

Interviewer: Zijn er logistieke beperkingen wat infrastructuur betreft?

Griet Vansteenkiste: Ja. Aan bed werken we met een lampje, maar soms heb je echt meer zicht nodig. Sommige kinderen zijn te ziek om naar een onderzoekskamer te gaan. Een mondhygiënist zou tegen dezelfde beperkingen botsen. Het is niet onmogelijk, maar wel uitdagend.

Interviewer: Hoe ziet u de samenwerking tussen mondhygiënist, u, verpleegkundigen en ouders?

Griet Vansteenkiste: Ik zie de samenwerking tandarts en mondhygiënist zeer sterk maar ook vooral tussen mondhygiënist en

Verpleegkundigen: praktische tips doorgeven, knelpunten signaleren. En vooral met ouders samenwerken, zij dragen de grootste verantwoordelijkheid. Sommige ouders zijn echt wanhopig omdat poetsen niet lukt. Dan bel ik hen soms elke maand om samen oplossingen te zoeken, maar dat is enorm tijdsintensief. Ik koppel altijd schriftelijk terug naar de arts wanneer een patiënt iets nodig heeft: een behandeling, opvolging, infectierisico... Artsen moeten mee in het verhaal zitten, anders werkt het niet. Maar het multidisciplinair overleg volg ik niet mee, dat is zeer technisch. Ook als ik op de kamer ben geweest, koppel ik ook altijd even terug. De diëtist kan voor een klein stukje misschien ook meespelen maar zij nemen al wel veel op van wat we zeggen.

Interviewer: Wat zou u willen dat een mondhygiënist eerst aanpakt als hij of zij morgen zou starten?

Griet Vansteenkiste: Mijn brochure! (lacht) We hebben dringend een eenvoudige A4 nodig met basisadvies: twee keer poetsen, materiaal, tips, contactinfo. Ouders zijn overspoeld bij diagnose en vergeten de helft. Een duidelijke poster of blad zou enorm helpen.

Daarnaast: ondersteuning op de afdeling. Kinderen en ouders motiveren, praktische tips geven, flexibel werken en vooral mild zijn. Niet te theoretisch, maar kijken naar wat haalbaar is. Soms kan iets gewoon écht niet tijdens therapie.

Interviewer: Zijn er nog aandachtspunten waar u aan denkt?

Griet Vansteenkiste: Uitbreiden naar andere afdelingen. Plekken waar we nog niet komen zoals volwassen oncologie heeft hier veel nood aan. De mondhygiëne is daar vaak zeer beperkt opgevolgd. Screening zou daar echt relevant kunnen zijn, maar vaak moet een behandeling zo snel starten dat je de patiënten pas net voor of net tijdens de behandeling ziet, wat bij mijn collega Dieter voor de nodige frustratie zorgde. En aandacht ervoor creëren he, ik denk dat op de volwassene afdeling die tanden vaak nog als iets verschillend gezien worden. Daar is er nog wel wat meer kneedwerk nodig. Die artsen meekrijgen is belangrijk, als uw artsen er niet in geloven ... Natuurlijk wel geen evidentie.

Bijlage 7: Mondhygiënist binnen IFIC-model

Mondhygiënist (specialisatie oncologie)

(M/V/X)



14

Algemeen doel: Het verlenen van gespecialiseerde mondzorg, preventie, educatie en opvolging aan oncologische patiënten teneinde orale complicaties vroegtijdig te detecteren, te voorkomen en te beperken, en zo bij te dragen aan een optimale levenskwaliteit, therapietrouw en continuïteit van zorg binnen het oncologisch traject.

ACTIVITEITEN

TAKEN

- Stellen van mondzorgkundige diagnoses en risicoprofielen

- Voert systematische mondzorgscreenings uit bij nieuwe oncologische patiënten (voor start chemo- of radiotherapie);
- Detecteert vroegtijdig orale afwijkingen zoals mucositis, xerostomie, infecties, stralingscariës, parodontale problemen, trismus en tekenen van osteonecrose;
- Stelt een mondzorgkundig risicoprofiel op en documenteert de bevindingen in het patiëntendossier;
- Bespreekt de mondstatus en risico's met het oncologisch team in het kader van multidisciplinair overleg;
- Stelt intake-instrumenten en screeningsprotocollen op en past deze toe.

- Behandelen en opvolgen van patiënten

- Volgt patiënten preventief op tijdens het volledige oncologische traject (voor, tijdens en na behandeling);
- Geeft individuele mondhygiëne-instructies en past deze aan volgens klachten, beperkingen of risico's;
- Voert preventieve mondzorg uit zoals professionele reiniging, fluoride-toepassingen en mondhygiëne-instructies;
- Ondersteunt patiënten bij xerostomie-management, smaakstoornissen, mucositiscomfort en preventie van stralingscariës;
- Verzorgt triage van mondproblemen en verwijst gericht door naar tandarts, MKA-chirurg of andere disciplines;
- Motiveert patiënten en hun naasten om mondzorg consequent toe te passen tijdens het oncologisch traject.

- Administratief opvolgen van mondzorg en patiëntendossiers

- Houdt het patiëntendossier m.b.t. de mondzorg actueel;
- Noteert screeningsresultaten, interventies, evoluties en adviezen in het patiëntendossier;
- Stelt verslagen op voor betrokken disciplines (bv. verpleegkundigen, artsen);
- Ontwikkelt en actualiseert mondzorgprotocollen en richtlijnen binnen de oncologische afdeling.

- Andere activiteiten

- Geeft opleiding aan verpleegkundigen, zorgkundigen en andere disciplines over mondzorgprotocollen en herkenning van orale complicaties;
- Ontwikkelt brochures, richtlijnen en educatief materiaal die afgestemd zijn op de specifieke noden van de oncologische afdelingen;
- Draagt bij aan de implementatie van preventieve mondzorg binnen het ziekenhuisbeleid.

CRITERIA

Kennis en kunde	• Opleiding conform de wettelijke vereisten van toepassing voor de uitoefening van de functie; • Kan werken met de specifieke informatietoepassingen; - Inwerktijd: 6 tot 12 maanden
Leidinggeven	• Coachen van verpleegkundigen, zorgkundigen en mantelzorgers.
Communicatie	• Bezit luistervaardigheden; • Is vaardig in rapporteren; • Kan duidelijk en objectief communiceren in groep en het eigen standpunt verdedigen; • Bespreekt de optimale mondzorgkundige en multidisciplinaire behandeling in het multidisciplinair werkoverleg; • Verschaft inlichtingen aan patiënten en hun naasten en motiveert hen tijdens de behandeling.
Probleemoplossing	• Past de interventies en adviezen aan de individuele behoeften en voorkeuren van de patiënten aan; • Motiveert de patiënten zich te houden aan de adviezen; • Bespreekt problemen i.v.m. de patiënten met de collega's en/of de artsen;
Verantwoordelijkheid	• Staat in voor de uitvoering van mondzorgkundige behandelingen; • Draagt bij aan de preventie en beperken van orale complicaties; • Verzekert continuïteit van mondzorg binnen het oncologisch traject;
Omgevingsfactoren	• Af en toe contact met besmettelijke ziekten; • Werken aan een beeldscherm (<80%) is vereist voor het uitoefenen van de functie; • Regelmatig persoonlijk contact met ziekte, lijden of dood; • Af en toe contact met verbaal of fysiek agressieve personen.

IFIC RAADT U AAN OM VOLGENDE INFORMATIE ZORGVULDIG DOOR TE NEMEN

- O MET UITZONDERING VAN DOOR DE WETGEVING BESCHERMEDE FUNCTIETITELS, ZIJN SECTORALE FUNCTIETITELS STRIKT INDICATIEF, M.A.W. ZE DIENEN ENKEL OM DE IDENTIFICATIE VAN DE FUNCTIE BINNEN DE SECTORALE FUNCTIEWIJZER TE VERGEMAKKELIJKEN (GEBRUIKMAKEND VAN DE MEEST GEBRUIKTE TITEL). EENZELFDE TITEL KAN SOMS VERSCHILLENDE REALITEITEN OP HET TERREIN DEKKEN. DAAROM DIENT EN MOET ALLEEN DE INHOUD (EN NIET DE TITEL) VAN DE FUNCTIE TE WORDEN GEBRUIKT ALS BASIS VOOR DE TOEWIJZING VAN EEN SECTORALE FUNCTIE.
- O OMWILLE VAN DE LEESBAARHEID ZIJN ONZE FUNCTIEBESCHRIJVINGEN IN MANNELIJKE FORM GESCHREVEN. ALLE FUNCTIEBESCHRIJVINGEN ZIJN ECHTER VAN TOEPASSING OP ALLE GENDERS (M/V/X).
- O DE VOLGENDE ELEMENTEN WORDEN BESCHOUWD ALS STANDAARD VOOR ALLE FUNCTIES EN WORDEN DAAROM NIET BESCHREVEN / OPGENOMEN IN IEDERE FUNCTIEBESCHRIJVING BEHALVE WANNEER ZE EEN SPECIEK ONDERDEEL VAN DE ACTIVITEIT VORMEN.
 - De naleving van de wetgeving is de norm voor alle functies die moeten worden uitgeoefend in overeenstemming met de modaliteiten en voorwaarden die zijn vastgelegd in de verschillende wettelijke, regelgevende of conventionele bronnen van toepassing op zowel sectoraal als institutioneel niveau (wetten, codes, conventies, procedures, protocollen enz.).
 - Vertrouwelijkheid of beroepsgeheim bij de uitoefening van de functie: van toepassing op allen in overeenstemming met de wetgeving betreffende de arbeidsovereenkomst (artikel 17, 3 ° van de wet van 3 juli 1978).
 - Bijdragen aan projecten en de ondersteuning van collega's maken deel uit van de normale uitoefening van de functie bv. deelname aan vergaderingen, solidariteit en steun aan collega's bij projecten).
 - Deelname aan het sociale leven van de instelling maakt deel uit van de normale uitoefening van de functie (bv. deelnemen aan activiteiten, festiviteiten binnen en buiten de werkuren).
 - Kennis behouden: functiehouders worden gedurende hun hele loopbaan verwacht om zich aan te passen aan veranderingen in hun beroep (bijvoorbeeld door het volgen van een door de werkgever georganiseerde opleiding, door op de hoogte te blijven van de ontwikkelingen in het beroep of door documentatie op te zoeken over hun werkdomein). Het vereiste opleidingsniveau voor het uitoefenen van een sectorfunctie wordt opgenomen in de rubriek "kennis en kunde" en bevat zowel de opleiding op zich als wettelijk verplichte bijscholing voor de uitoefening van de functie in kwestie.

12 Literatuurlijst

1. KIMO. Extramurale mondzorg tijdens en na kankerbehandeling: algemene aspecten [Internet]. Het KIMO; [cited 2025 Dec 7]. Available from: <https://www.hetkimo.nl/richtlijnen/extramurale-mondzorg-tijdens-en-na-kankerbehandeling/algemene-aspecten/>
2. McHill C. Hospital dental hygiene: advantages of integrating oral health services in a hospital setting. Today's RDH. 2025 Sep 29.
3. McPherson K. Paging dental hygiene: Why this should be heard in hospitals everywhere [Internet]. RDH Mag. 2019 [cited 2025 Oct 27]. Available from: <https://www.rdhmag.com/career-profession/article/14275467/paging-dental-hygiene-why-this-should-be-heard-in-hospitals-everywhere>
4. Ahern J. Advancing oral health equity through medical-dental integration: dental hygienists as catalysts for change in an evolving health care system. J Dent Hyg. 2024 Jun;98(3):8-12. PMID: 38876794.
5. Departement Zorg en Gezondheid. Over ziekenhuizen [Internet]. Brussel: Vlaamse overheid; [geraadpleegd 2025 dec 11]. Beschikbaar op: <https://www.departementzorg.be/nl/over-ziekenhuizen>
6. Gezond België. Organisatie van algemene ziekenhuizen [Internet]. Brussel: Federaal kenniscentrum voor de gezondheidszorg; [geraadpleegd 2025 dec 11]. Beschikbaar op: <https://www.gezondbelgie.be/nl/blikvanger-gezondheidszorg/algemene-ziekenhuizen/organisatie#:~:text=Sinds%201%20januari%202020%20moet,acht%20en%20in%20Brussel%20vier>
7. Thuisverpleging België. Wat is ambulante zorg? [Internet]. België: Thuisverpleging België; 2024 [geraadpleegd 2025 dec 10]. Beschikbaar op: <https://www.thuisverpleging-belgie.be/blog/wat-is-ambulante-zorg-g7v7>
8. Departement Zorg en Gezondheid. Personeel in de ziekenhuizen [Internet]. Brussel: Vlaamse overheid; [geraadpleegd 2025 dec 11]. Beschikbaar op: <https://www.departementzorg.be/nl/personeel-de-ziekenhuizen>
9. UZ Leuven. Ziekenhuisnetwerken en samenwerkingsverbanden [Internet]. Leuven: UZ Leuven; [geraadpleegd 2025 dec 11]. Beschikbaar op: <https://www.uzleuven.be/nl/over-ons/ziekenhuisnetwerken-en-samenwerkingsverbanden>
10. Departement Zorg en Gezondheid. Zorgverlening en diensten [Internet]. Brussel: Vlaamse overheid; [geraadpleegd 2025 dec 11]. Beschikbaar op: <https://www.departementzorg.be/nl/zorgverlening-en-diensten>
11. Gezond België. *Organisatie van algemene ziekenhuizen* [Internet]. Gezondheidszorg: Algemene ziekenhuizen; [geraadpleegd 2025 Feb 23]. Beschikbaar op: <https://www.gezondbelgie.be/nl/blikvanger-gezondheidszorg/algemene-ziekenhuizen/organisatie>
12. Zorg en Gezondheid. *Erkenningssituatie, hospitalisatiediensten: huidig aantal erkende bedden per vestigingsplaats* [Internet]. PDF; [geraadpleegd 2025 Dec 11]. Beschikbaar op: https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/external/p_v_i_im_020_e002_erkenningssituatie-hospitalisatiediensten-huidig_aantal_erkende_bedden_per_vestigingsplaats.pdf

13. Agentschap Zorg en Gezondheid. *Personeel in Vlaamse ziekenhuizen – 2016*. Brussel: Afdeling Informatie en Zorgberoepen; 2016 [geraadpleegd op 03-12-2025]. Beschikbaar op: http://www.zorg-en-gezondheid.be/Cijfers/GI2016_ziekenhuispersoneel.pdf
14. Departement Zorg en Gezondheid. *Personeel in de ziekenhuizen*. Brussel: Vlaamse overheid; [geraadpleegd op 03-12-2025]. Beschikbaar op: <https://www.departementzorg.be/nl/personeel-de-ziekenhuizen>
15. Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg. *Arbeidsduur in de medische sector*. Brussel: FOD Werkgelegenheid; [geraadpleegd op 03-12-2025]. Beschikbaar op: <https://werk.belgie.be/nl/themas/arbeidsreglementering/arbeidsduur-en-rusttijden/arbeidsduur-de-medische-sector>
16. Vlaamse overheid. *Werktijdsregeling*. Brussel: Vlaanderen.be; [geraadpleegd op 03-12-2025]. Beschikbaar op: <https://www.vlaanderen.be/intern/werktijdsregeling>
17. Departement Zorg en Gezondheid. *Ziekenhuisfinanciering*. Brussel: Vlaamse overheid; [geraadpleegd op 03-12-2025]. Beschikbaar op: <https://www.departementzorg.be/nl/ziekenhuisfinanciering>
18. Gezond België. *Financiering van algemene ziekenhuizen*. Brussel: Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg; [geraadpleegd op 03-12-2025]. Beschikbaar op: <https://www.gezondbelgie.be/nl/blikvanger-gezondheidszorg/algemene-ziekenhuizen/financiering>
19. Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). *Verpleegdagprijzen in ziekenhuizen* [Internet]. Brussel: RIZIV; [geraadpleegd op 03-12-2025]. Beschikbaar op: <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/wat-het-ziekenfonds-terugbetaalt/verzorging-in-ziekenhuizen/verpleegdagprijzen-ziekenhuizen>
20. FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. *Budget Financiële Middelen (BFM)* [Internet]. Brussel: FOD Volksgezondheid; [geraadpleegd op 03-12-2025]. Beschikbaar op: <https://www.health.belgium.be/nl/professionals/gezondheidsprofessionals/menselijke-gezondheid/organisatie-gezondheidszorg/organisatie-financiering-ziekenhuizen/budget-financiele-middelen-bfm>
21. Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). *Nomenclatuur van de geneeskundige verstrekkingen* [Internet]. Brussel: RIZIV; [geraadpleegd op 03-12-2025]. Beschikbaar op: <https://www.riziv.fgov.be/nl/nomenclatuur>
22. Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). *Honoraria, prijzen en vergoedingen voor individuele zorg* [Internet]. Brussel: RIZIV; [geraadpleegd op 03-12-2025]. Beschikbaar op: <https://www.riziv.fgov.be/nl/thema-s/verzorging-kosten-en-terugbetaling/wat-het-ziekenfonds-terugbetaalt/individuele-verzorging/honoraria-prijzen-en-vergoedingen>
23. Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering (RIZIV). *Ziekenhuizen: informatie voor professionals* [Internet]. Brussel: RIZIV; [geraadpleegd op 03-12-2025]. Beschikbaar op: <https://www.riziv.fgov.be/nl/professionals/verzorgingsinstellingen-en-diensten/ziekenhuizen>

24. UCLL. De oncologische patiënt: de medisch gecompromitteerde patiënt [Internet]. z.j. Beschikbaar via: UCLL Toledo-leeromgeving (bestand: 9.1 De oncologische patiënt.pdf)
25. Baskar, R., Lee, K. A., Yeo, R., & Yeoh, K. W. (2012). Cancer and radiation therapy: current advances and future directions. *International journal of medical sciences*, 9(3), 193–199. <https://doi.org/10.7150/ijms.3635>
26. Parra-Rojas, S., Velázquez-Cayón, R.T., Borges-Gil, A. *et al.* Oral Complications and Management Strategies for Cancer Patients: Principles of Supportive Oncology in Dentistry. *Curr Oncol Rep* 26, 391–399 (2024). <https://doi.org/10.1007/s11912-024-01518-5>
27. Epstein, J.B., Smith, D.K., Villines, D. *et al.* Patterns of oral and dental care education and utilization in head and neck cancer patients. *Support Care Cancer* 26, 2591–2603 (2018). <https://doi.org/10.1007/s00520-018-4099-z>
28. Ricevuto, E., Bruera, G., & Marchetti, P. (2010). General principles of chemotherapy. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, 14(4), 269–271.
29. van den Boogaard, W. M., Komninos, D. S., & Vermeij, W. P. (2022). Chemotherapy side-effects: not all DNA damage is equal. *Cancers*, 14(3), 627.
30. Prabhash, K., Noronha, V., Menon, N. (2024). Impact of Systemic Therapy on Oral and Dental Health in Cancer Patients. In: Dholam, K., Gurav, S., Singh, G.P. (eds) *Maxillofacial Prosthetics and Dental Oncology*. Springer, Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-99-5195-6_12
31. Nik Nabil WN, Lim RJ, Chan SY, Lai NM, Liew AC. A systematic review on Chinese herbal treatment for radiotherapy-induced xerostomia in head and neck cancer patients. *Complement Ther Clin Pract*. 2018;30:6-13. doi:10.1016/j.ctcp.2017.10.004
32. de Castro G Jr, Federico MH. Evaluation, prevention and management of radiotherapy-induced xerostomia in head and neck cancer patients. *Curr Opin Oncol*. 2006;18(3):266-270. doi:10.1097/01.cco.0000219256.37843.83
33. Paz C, Glassey A, Frick A, et al. Cancer therapy-related salivary dysfunction. *J Clin Invest*. 2024;134(17):e182661. Published 2024 Sep 3. doi:10.1172/JCI182661
34. Chambers MS, Garden AS, Kies MS, Martin JW. Radiation-induced xerostomia in patients with head and neck cancer: pathogenesis, impact on quality of life, and management. *Head Neck*. 2004;26(9):796-807. doi:10.1002/hed.20045
35. Chaveli-Lopez B, Bagan-Sebastian J. Treatment of oral mucositis due to chemotherapy. *Journal of Clinical and Experimental Dentistry*. Medicina Oral, S.L.; 2016;:0-. DOI: 10.4317/jced.52917
36. Peterson DE. New strategies for management of oral mucositis in cancer patients. *J Support Oncol*. 2006;4(2 Suppl 1):9–13.
37. Saunders DP, Epstein JB, Elad S, Allemano J, Bossi P, van de Wetering MD, et al. Systematic review of antimicrobials, mucosal coating agents, anesthetics, and analgesics for the management of oral mucositis in cancer patients. *Support Care Cancer*. 2013;21(11):3191–207.
38. Ariyawardana A, Cheng KKF, Kandwal A, Tilly V, Al-Azri AR, Galiti D, et al. Systematic review of anti-inflammatory agents for the management of oral mucositis in cancer patients and clinical practice guidelines. *Support Care Cancer*. 2019;27(10):3985–95.
39. El Harram S, Sqalli T. Radiation-induced caries: exploring the pathway to manage the challenge. *Cureus*. 2025;17(1):e76810. doi:10.7759/cureus.76810.

40. Moore C, Markey N, Donnelly M, O'Neill C, Cardwell C, McKenna G. A prospective clinical study of the influence of dental and salivary gland radiation dose on dental caries development in patients with head and neck cancer. *J Dent.* 2025;159:105817. doi:10.1016/j.jdent.2025.105817
41. Chai WL, Ngeow WC, Ramli R, Rahman RA. Managing complications of radiation therapy in head and neck cancer patients: Part II. Management of radiation-induced caries. *Singapore Dent J.* 2006;28(1):4-6.
42. Grötz, K. A., Riesenbeck, D., Brahm, R., Seegenschmiedt, M. H., Al-Nawas, B., Dörr, W., Kutzner, J., Willich, N., Thelen, M., & Wagner, W. (2001). *Chronische Strahlenfolgen an den Zahnhartgeweben („Strahlenkaries“): Klassifikation und Behandlungsansätze.* *Strahlentherapie und Onkologie*, 177(2), 96–104. <https://doi.org/10.1007/PL00002390>
43. Nwizu N, Wactawski-Wende J, Genco RJ. Periodontal disease and cancer: epidemiologic studies and possible mechanisms. *Periodontol* 2000. 2020;83(1):213-233. doi: 10.1111/prd.12329.
44. Villar A, Mendes B, Viêgas M, de Aquino Alexandre AL, Paladini S, Cossatis J. The relationship between periodontal disease and cancer: Insights from a Systematic Literature Network Analysis. *Cancer Epidemiol.* 2024;91:102595. doi:10.1016/j.canep.2024.102595
45. Fitzpatrick SG, Katz J. The association between periodontal disease and cancer: a review of the literature. *J Dent.* 2010;38(2):83-95. doi: 10.1016/j.jdent.2009.10.007.
46. Colonia-García A, Gutiérrez-Vélez M, Duque-Duque A, de Andrade CR. Possible association of periodontal disease with oral cancer and oral potentially malignant disorders: a systematic review. *Acta Odontol Scand.* 2020;78(7):553-559. doi: 10.1080/00016357.2020.1774076.
47. Soutome S, Otsuru M, Kawashita Y, Funahara M, Ukai T, Saito T. Effect of cancer treatment on the worsening of periodontal disease and dental caries: a preliminary, retrospective study. *Oral Health Prev Dent.* 2021;19:399-404. doi: 10.3290/j.ohpd.b1757253.
48. Rapidis AD, Dijkstra PU, Roodenburg JL, et al. Trismus in patients with head and neck cancer: etiopathogenesis, diagnosis and management. *Clin Otolaryngol.* 2015;40(6):516-526. doi:10.1111/coa.12488
49. Chopra S, Kaur R, Bharthuar A. Strategies for obviation and management of trismus in oral cancer. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2025;33(4):211-215. doi:10.1097/MOO.0000000000001045
50. Buglione M, Cavagnini R, Di Rosario F, et al. Oral toxicity management in head and neck cancer patients treated with chemotherapy and radiation: Xerostomia and trismus (Part 2). Literature review and consensus statement. *Crit Rev Oncol Hematol.* 2016;102:47-54. doi:10.1016/j.critrevonc.2016.03.012
51. Agarwal P, Shiva Kumar HR, Rai KK. Trismus in oral cancer patients undergoing surgery and radiotherapy. *J Oral Biol Craniofac Res.* 2016;6(Suppl 1):S9-S13. doi:10.1016/j.jobcr.2016.10.004
52. Watters AL, Cope S, Keller MN, Padilla M, Enciso R. Prevalence of trismus in patients with head and neck cancer: A systematic review with meta-analysis. *Head Neck.* 2019;41(9):3408-3421. doi:10.1002/hed.25836

53. De Pablo A, Chen JK, Tsao CK. Trismus surgery and microsurgical reconstruction after oral cancer treatment. *J Surg Oncol*. 2023;127(6):929-936. doi:10.1002/jso.27217
54. Togni L, Mascitti M, Vignigni A, et al. Treatment-Related Dysgeusia in Oral and Oropharyngeal Cancer: A Comprehensive Review. *Nutrients*. 2021;13(10):3325. Published 2021 Sep 23. doi:10.3390/nu13103325
55. Brook I. Early side effects of radiation treatment for head and neck cancer. *Cancer Radiother*. 2021;25(5):507-513. doi:10.1016/j.canrad.2021.02.001
56. Jafari A, Alaei A, Ghods K. The etiologies and considerations of dysgeusia: A review of literature. *J Oral Biosci*. 2021;63(4):319-326. doi:10.1016/j.job.2021.08.006
57. Mathlin J, Courtier N, Hopkinson J. Taste changes during radiotherapy for head and neck cancer. *Radiography (Lond)*. 2023;29(4):746-751. doi:10.1016/j.radi.2023.05.004
58. Ponticelli E, Clari M, Frigerio S, De Clemente A, Bergese I, Scavino E, et al. Dysgeusia and health-related quality of life of cancer patients receiving chemotherapy: A cross-sectional study. *European Journal of Cancer Care*. Hindawi Limited; 2017;26(2):e12633. DOI: 10.1111/ecc.12633
59. Wang X, Zhang W, Wu W, Wu S, Young A, Yan Z. *Is Candida albicans a contributor to cancer? A critical review based on the current evidence*. Microbiological Research. 2023;272:127370.
60. Verma R, Saxena P, Khan LA. *The trio of Candida albicans, immune cells, and cancer progression: a complex interplay driving tumorigenesis*. Medical Oncology. 2025;42:527.
61. Wang X, Wu S, Wu W, Zhang W, Li L, Liu Q, Yan Z. Candida albicans promotes oral cancer via IL-17A/IL-17RA-macrophage axis. *mBio*. 2023;14(3):e00447-23. doi: 10.1128/mbio.00447-23.
62. Tayyar R, Ho D. Herpes simplex virus and varicella zoster virus infections in cancer patients. *Viruses*. 2023;15(2):439.
63. Ribeiro ILA, Limeira RRT, de Castro RD, Bonan PRF, Valença AMG. Oral mucositis in pediatric patients in treatment for acute lymphoblastic leukemia. *Int J Environ Res Public Health*. 2017;14:1468–1475.
64. Chaturvedi AK, Engels EA, Pfeiffer RM, Hernandez BY, Xiao W, Kim E, et al. Human papillomavirus and rising oropharyngeal cancer incidence in the United States. *J Clin Oncol*. 2011;29(32):4294-301.
65. Panghal M, Kaushal V, Kadayam S, Yadav JP. Incidence and risk factors for infection in oral cancer patients undergoing different treatments protocols. *BMC Oral Health*. 2012;12:22. Published 2012 Jul 20. doi:10.1186/1472-6831-12-22
66. Whittle SB, Williamson KC, Russell HV. Incidence and risk factors of bacterial and fungal infection during induction chemotherapy for high-risk neuroblastoma. *Pediatr Hematol Oncol*. 2017;34(5):331-342. doi:10.1080/08880018.2017.1396386
67. Vento S, Cainelli F. Infections in patients with cancer undergoing chemotherapy: aetiology, prevention, and treatment. *Lancet Oncol*. 2003;4(10):595-604. doi:10.1016/s1470-2045(03)01218-x
68. Schlesinger A, Paul M, Gaftor-Gvili A, Rubinovitch B, Leibovici L. Infection-control interventions for cancer patients after chemotherapy: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Infect Dis*. 2009;9(2):97-107. doi:10.1016/S1473-3099(08)70284-6

69. Sroussi HY, Epstein JB, Bensadoun R, Saunders DP, Lalla RV, Migliorati CA, et al. Common oral complications of head and neck cancer radiation therapy: mucositis, infections, saliva change, fibrosis, sensory dysfunctions, dental caries, periodontal disease, and osteoradionecrosis. *Cancer Medicine*. Wiley; 2017;6(12):2918-31. DOI: 10.1002/cam4.1221
70. Yarom N, Shapiro CL, Peterson DE, Van Poznak CH, Bohlke K, Ruggiero SL, et al. Medication-related osteonecrosis of the jaw: MASCC/ISOO/ASCO clinical practice guideline. *J Clin Oncol*. 2019;37(25):2270-90.
71. Ruggiero SL, Dodson TB, Fantasia J, Goodday R, Aghaloo T, Mehrotra B, et al. American Association of oral and maxillofacial surgeons position paper on medication-related osteonecrosis of the jaw—2014 update. *J Oral Maxillofac Surg*. 2014;72(10):1938-56.
72. Otto S, Pautke C, Van den Wyngaert T, Niepel D, Schiødt M. Medication-related osteonecrosis of the jaw: Prevention, diagnosis and management in patients with cancer and bone metastases. *Cancer Treat Rev*. 2018;69:177-187. doi:10.1016/j.ctrv.2018.06.007
73. AlRowis R, Aldawood A, AlOtaibi M, et al. Medication-Related Osteonecrosis of the Jaw (MRONJ): A Review of Pathophysiology, Risk Factors, Preventive Measures and Treatment Strategies. *Saudi Dent J*. 2022;34(3):202-210. doi:10.1016/j.sdentj.2022.01.003
74. Hassankhani A, Bagley SJ, Dahmouh H, Parsons MS, Nabavizadeh A. Role of neuroimaging in cancer-treatment neurotoxicity. *AJR Am J Roentgenol*. 2025;225(3):e2533139. doi:10.2214/AJR.25.33139
75. Dietrich, J. (2020). *Neurotoxicity of cancer therapies*. Continuum (Minneapolis, Minn.), 26(6), 1646–1672. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000943>
76. Sroussi HY, Epstein JB, Bensadoun RJ, Saunders DP, Lalla RV, Migliorati CA, Heavilin N, Zumsteg ZS. Common oral complications of head and neck cancer radiation therapy: mucositis, infections, saliva change, fibrosis, sensory dysfunctions, dental caries, periodontal disease, and osteoradionecrosis. *Cancer Med*. 2017;6(12):2918-31. doi:10.1002/cam4.1221
77. Zadik Y, Vainstein V, Heling I, Neuman T, Drucker S, Elad S. Cytotoxic chemotherapy-induced odontalgia: a differential diagnosis for dental pain. *J Endod*. 2010;36(9):1588-92. doi:10.1016/j.joen.2010.05.004
78. Mladosičevićová B, Jurkovič R, Izakovičová Hollá L. Dentálne abnormality po protinádorovej liečbe v detskom veku [Dental abnormalities after treatment for childhood cancer]. *Klin Onkol*. 2015;28(1):20-23. doi:10.14735/amko201520
79. Vaughan MD, Rowland CC, Tong X, Srivastava DK, Hale GA, Rochester R, Kaste SC. Dental abnormalities in children preparing for pediatric bone marrow transplantation. *Bone Marrow Transplant*. 2005;36(10):863-866. doi:10.1038/sj.bmt.1705111
80. Shum M, Mahoney E, Naysmith K, Macfarlane S, Corbett R, Narsinh M, Natarajan A, Ramadas Y, Hitchings E, Anderson H. Associations between childhood cancer treatment and tooth agenesis. *N Z Med J*. 2020;133(1523):41-54.
81. Halperson E, Matalon V, Goldstein G, Saieg Spilberg S, Herzog K, Fux-Noy A, Shmueli A, Ram D, Moskovitz M. The prevalence of dental developmental anomalies among

childhood cancer survivors according to types of anticancer treatment. Sci Rep. 2022;12(1):4485. doi:10.1038/s41598-022-08266-1

82. Codering interviews_basis [dataset]. s.d. [Geraadpleegd op 15 april 2026]. s.l.: s.n.. Beschikbaar via [Codering interviews_basis.xlsx](#)

83. IKNL. Hoofd-halskanker: cijfers [Internet]. Utrecht: Integraal Kankercentrum Nederland; z.d. [geraadpleegd op 24 februari 2026]. Beschikbaar via: <https://iknl.nl/kankersoorten/hoofd-halskanker/cijfers>