

'Don't Forget The Mouth !': a process evaluation of a public oral health project in community-dwelling frail older people

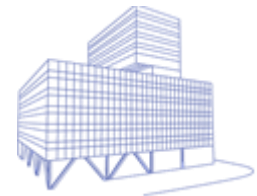
Bach Van Ho¹, Claar Debora van der Maarel-Wierink², Annemiek Rollman¹, Roxane Anthea Francesca Weijenberg¹, Frank Lobbezoo¹

¹ Department of Orofacial Pain and Dysfunction, Academic Centre for Dentistry Amsterdam (ACTA), University of Amsterdam and Vrije Universiteit Amsterdam, Gustav Mahlerlaan 3004, 1081 LA Amsterdam, The Netherlands

² Department of Oral Medicine, Academic Centre for Dentistry Amsterdam (ACTA), University of Amsterdam and Vrije Universiteit Amsterdam, Gustav Mahlerlaan 3004, 1081 LA Amsterdam, The Netherlands

Corresponding author: Bach Van Ho

email address: b.v.ho@acta.nl



Additional file 2: The screening-referral tool

The screening-referral tool as developed by the project 'Don't forget the mouth!'

The original screening-referral tool is enclosed in Dutch, followed by an English translation.

Patiënt/Cliënt Naam:

M / V geboortejaar:

Gebitssituatie	
	ja/nee/onbekend
Hebt u eigen tanden en/of kiezen?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Hebt u een volledige gebitsprothese? Bij ja: <input type="checkbox"/> boven <input type="checkbox"/> onder	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Hebt u een gedeeltelijke gebitsprothese (plaatje of frame)? Bij ja: <input type="checkbox"/> boven <input type="checkbox"/> onder	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Hebt u nog eigen tandwortels onder uw gebitsprothese?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Hebt u implantaten?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

Hebt u klachten in uw mond, rond uw gebitsprothese of aan uw tanden/kiezen?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Kunt u goed kauwen?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Draagt u uw gebitsprothese?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Zit de gebitsprothese los?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Hebt u een droge mond?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Hebt u een vieze mondgeur?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

Bezoek aan de mondzorgpraktijk

Hoe lang geleden bezocht u voor het laatst een mondzorgpraktijk?

- korter dan 1 jaar geleden
- 1-2 jaar geleden
- 2-5 jaar geleden
- langer dan 5 jaar geleden
- onbekend

Norm:

- eigen tanden/kiezen: minimaal elk half jaar;
- volledige gebitsprothese: elk jaar.

Mag ik u naar de mondzorgverlener verwijzen?

- Ja, te weten naar: naam:
- seniorenproof praktijk
- andere praktijk
- Nee, reden:
 - vind ik niet belangrijk
 - angst voor de tandarts
 - kosten
 - anders, te weten:

Aandachtspunten voor de mondzorgverlener

- Extra aandacht nodig vanwege geheugen-aandoening
- Extra aandacht nodig vanwege lichamelijke aandoening
- Begeleiding door naaste bij de behandeling nodig: naaste contacteren (zie Verwijsformulier)
- Patiënt kan zich niet verplaatsten, ook niet per taxi: s.v.p. huisbezoek
- Anders, te weten:

Mondverzorging

Observatie zelfzorg

	ja/nee/onbekend
Poetst de cliënt op eigen initiatief 's ochtends en 's avonds?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Poetst de cliënt op verzoek?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Maakt de cliënt effectieve poetsbewegingen?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Poetst de cliënt de tanden/kiezen en/of de gebitsprothese aan de binnen-, buiten- en bovenkant?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Houdt hij/zij het poetsen tenminste een minuut vol?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Kan de cliënt de mond spoelen?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

Conclusie

- Zijn niet alle vragen met 'ja' beantwoord? → Hulp is nodig, te weten:
 - toezien op mondverzorging
 - assisteren of overnemen van de mondverzorging
- Zijn alle bovenstaande vragen wel met 'ja' beantwoord? → Geen hulp nodig

Als er hulp nodig is

	ja / nee
Is er een mantelzorgverlener die de juiste hulp kan bieden bij de dagelijkse mondverzorging (conform het Poetsboek)?	<input type="radio"/> <input type="radio"/>
Hoe staat cliënt tegenover hulp bij de mondverzorging?	



Gegevens patiënt / cliënt:

Dhr / Mw

Naam: _____

Adres: _____

Telefoon: _____

Geboortedatum: _____

BSN: _____

Moet iemand anders gebeld worden om een afspraak te maken?

Nee

Ja, te weten:

Naam: _____

Relatie tot patiënt/cliënt: _____

Telefoon: _____

Verwijzing: (toelichting in bijbehorend screeningsformulier)

Verwijzing naar mondzorgpraktijk, naam:

Verwijzing naar thuiszorg, naam: _____

Patiënt / cliënt (of diens wettelijk vertegenwoordiger) geeft toestemming voor deze verwijzing:

Plaats:

Datum: _____

Naam: _____

Relatie tot patiënt/cliënt: _____

Handtekening: _____

Verwijzer: Naam, functie en contactgegevens verwijzer (stempel mag ook)

Patient/Client

Name:

O M / F O

year of birth:

Oral health status	yes/no/unknown
Do you have a natural dentition?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Do you have a full dental prosthesis?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
If Yes, <input type="radio"/> maxillary <input type="radio"/> mandibular	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Do you have a partial dental prosthesis?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
If Yes, <input type="radio"/> maxillary <input type="radio"/> mandibular	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Do you have retained roots beneath your prosthesis?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Do you have dental implants?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Do you have complaints in your mouth, in area surrounding your dental prosthesis, or of your teeth/molars?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Can you chew well?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Do you wear your dental prosthesis?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Is your dental prosthesis loose?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Do you have a dry mouth?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Do you have a bad breath?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>

Visit to the dental practice
How long ago did you visit a dental practice?
<input type="radio"/> < 1 year
<input type="radio"/> 1-2 years
<input type="radio"/> 2-5 years
<input type="radio"/> >5 years
<input type="radio"/> Unknown
May I refer you to an oral health care professional?
<input type="radio"/> Yes, to:
<input type="radio"/> a senior-proof practice
<input type="radio"/> another practice
<input type="radio"/> No, because:
<input type="radio"/> I don't think it is important
<input type="radio"/> fear of an oral health care professional
<input type="radio"/> costs
<input type="radio"/> other, namely:
Points of attention for the oral health care professional
<input type="radio"/> attention needed because of a cognitive decline
<input type="radio"/> attention needed because a physical decline
<input type="radio"/> informal caregiver needed for guidance during the treatment: contact with the informal caregiver (see Referral form)
<input type="radio"/> patient cannot be displaced, also not with a taxi service: please home visit
<input type="radio"/> other, namely:

Norm:
- Natural dentition: minimally once every 6 months
- Complete dental prostheses: each year

Name:

Oral hygiene care	yes/no/unknown
<u>Observation of daily oral hygiene self-care</u>	
Does the client brush on his/her own initiative in the morning and evening?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Does the client brush on request?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Does the client make effective brush movements?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Does the client brush the teeth/molars and/or dental prosthesis on three sides (inside, outside and upside)?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Does he/she carry on brushing at least one minute?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
Can the client rinse the mouth?	<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>
<u>Conclusion</u>	
<input type="radio"/> <u>Not</u> all the questions are answered with yes → Support is needed with:	
<input type="radio"/> Monitoring oral hygiene care	
<input type="radio"/> Assistance with, or taking over, oral hygiene care	
<input type="radio"/> <u>All</u> questions above are answered with yes → no support is needed	
<u>If support is needed</u>	
Is there an informal caregiver who could provide the correct support with daily oral hygiene care?	
<input type="radio"/> yes <input type="radio"/> no	
What is the client's opinion about support in daily oral hygiene?	



Data of the patient/client:

Mr./Mrs.

Name

Address

Telephone

Birth date

Social Security Number

Does someone else need to be called for making an appointment?

No

Yes, namely :

Name:

Relation with patient/client:

Telephone

Referral (explanation corresponding to screening form)

Referral to dental practice, name:

Referral to home care organization, name:

Referrer:

Name, function and contact details referrer (stamp also valid)

Patient/ client (or their legal representative) gives permission for this referral:

Place

Date

Name

Relation with patient/client

Signature