



SANDEFJORD KOMMUNE



Rapport publisert 10.09.2014

Munn- og tannhelse

...når tennene ikke lenger pusses en etter en....

Rapport fra tannhelseprosjektet - et samarbeid mellom tannhelsetjenesten i Vestfold og USHT Vestfold



Utviklingscenter for
sykehjem og hjemmetjenester

Vestfold

Innhold

1	BAKGRUNN FOR PROSJEKTET	5
1.1	Utfordringene	6
1.2	Hjemmetjenesten i Sandefjord kommune	7
2	MÅL FOR PROSJEKTET	8
2.1	Rutiner ved innskriving	8
2.2	Plan for munn- og tannhelse.....	8
2.3	Øke kunnskap og kompetanse	8
2.4	Samhandlingsrutiner	9
3	FORANKRING, AKTØRER, ORGANISERING	10
3.1	Involverte aktører	10
3.2	Prosjektorganisering	10
3.3	Prosjektforankring	12
3.4	Finansiering	12
4	METODE	13
5	RESULTAT	14
5.1	Kompetansekartlegging før prosjektstart.....	14
5.2	Kartlegging av pleieplaner før prosjektet	18
5.3	BSI kartlegging før prosjektet	19
5.4	Kompetansehevende tiltak	20
5.5	Kartlegging av pleieplaner etter opplæring	21
5.6	BSI kartlegging etter opplæring	21
5.7	Fokusintervju etter opplæring.....	22
5.8	Pasientens opplevelse	23
6	EVALUERING	24
7	VEIEN VIDERE	25

Figur 1: opplæring/veiledning.....	14
Figur 2: innholdet i tannhelsepermen.....	15
Figur 3: betydning for helsen.....	16
Figur 4: skriftlige rutiner.....	16
Figur 5: samarbeid.....	17
Figur 6: hindringer for � hjelpe.....	17
Figur 7: Trenger mer kunnskap om	18
Vedlegg 1 Spørreskjema	28
Vedlegg 2 BSI skjema	28
Vedlegg 3 Undervisning tannhelse	28
Vedlegg 4 BSI kartlegging bofellesskap	28
Vedlegg 5 BSI kartlegging senter	29
Vedlegg 6 2. BSI kartlegging bofellesskap	29
Vedlegg 7 2. BSI kartlegging senter	29
Vedlegg 8 Tiltaksplan - munntørrhet	30

SAMMENDRAG

Mer kunnskap og økt kompetanse om munn – og tannpleie hos helsepersonell gir pasienter og brukere i hjemmetjenesten bedre munn – og tannhelse.

Dersom personalet får opplæring i munn- og tannpleie og bruker denne kunnskapen aktivt, er det mulig å oppnå svært gode resultater knyttet til forbedringer i munnhygiene.

Dette viser et samarbeidsprosjekt mellom tannhelsetjenesten i Vestfold og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold.

Prosjektet er gjennomført over to år fra 2011 til 2013 ved et senter og et bofellesskap i hjemmetjenesten i Sandefjord kommune.

Målet med prosjektet var å utvikle gode rutiner og prosedyrer for munn- og tannstell hos utsatte pasientgrupper som får hjemmesykepleie. Prosjektet var et samarbeid mellom tannhelsetjenesten i Vestfold og hjemmesykepleien i Sandefjord kommune.

Hovedmålet var å utvikle en modell for opplæring av helsepersonell i hjemmetjenesten som skal:

- Gi god tann- og munnhygiene til eldre og syke i hjemmetjenesten.
- Sikre at pasienter som mottar hjemmesykepleie får hjelpen de trenger for å ivareta egen tann- og munnhygiene.
- Gi helsepersonell som er ansatt i hjemmesykepleien kunnskap og kompetanse til å vurdere pasientenes tann- og munnhygiene og på bakgrunn av denne kunne utarbeide tiltak som ivaretar pasientens behov for hjelp til dette.

Alle medarbeiderne som arbeidet på de to stedene fikk tilbud om et fire timers kurs om munn – og tannhygiene i regi av tannhelsetjenesten.

Tannhelsetjenesten foretok en kartlegging på munn – og tannstatus hos brukere/pasienter før opplæringen og åtte til tolv måneder etter opplæringen. Denne kartleggingen viser en tydelig bedring ved andre gangs kartlegging. Det ble også gjennomført kartlegging av dokumentasjonen før og etter som også viste bedring, men ikke så mye som ønsket. Prosjektet viser at systematisk opplæringsarbeid og god ledelsesforankring gir gode resultater med forholdsvis små midler.

... NÅR TENNENE IKKE LENGER PUSSES EN ETTER EN ...

Et prosjekt for å sikre gode rutiner og prosedyrer for munnstell hos utsatte pasientgrupper som får hjemmesykepleie. Et samarbeidsprosjekt mellom tannhelsetjenesten i Sandefjord og hjemmesykepleien i Sandefjord kommune.

1 BAKGRUNN FOR PROSJEKTET

Dårlig oral helse hos eldre og syke kan få store konsekvenser for deres livskvalitet og helse. Tidligere hadde eldre ofte proteser, men i dag har eldre og syke en tannstatus preget av egne tenner, kroner, broer og implantater. Dette vil stille krav til godt munnstell hos de grupper som på grunn av svekket helse ikke selv kan ivareta tann og munnhygiene. Flere og flere av pasientene har egne tenner og har dermed et behov for forebyggende tiltak og klinisk odontologisk behandling. Undersøkelser som har vært gjennomført i Norge det siste tiåret viser at tannhelse bør få et mer systematisk og tydeligere fokus i hjemmetjenesten. En oversiktsartikkel fra 2008 konkluderer med at ett av ti pneumonidødsfall blant sykehjemspasienter kunne vært forhindret ved forbedret oral hygiene (Sjøgren mfl. 2008).

Forebyggende tiltak kan være enkle undersøkelser som å inspisere pasientens munnhule og fjerne belegg og plakk. Godt munnstell er nødvendig både for å ivareta pasienters orale og generelle helse og deres verdighet og integritet. En stor norsk undersøkelse av beboere på sykehjem gjennomført i 2004 viste at 54 prosent hadde egne tenner og eventuelt delproteser, 43 prosent var tannløse med proteser og 3 prosent var tannløse uten proteser (Gimmestad et.al, 2006). Denne undersøkelsen viste også stor variasjon mellom fylkene og mellom institusjoner. Det er ikke gjort tilsvarende undersøkelser hos brukere av hjemmetjenesten.

Ivaretagelse av Eldres tannhelse er et tiltakende helseproblem både i hjemmetjenesten og på sykehjem.

Antall tenner som er i behold gir økende risiko for sykdom i munnhulen, spesielt karies. I tillegg vil nedsatt evne til tannpuss på grunn av lammelser, munntørrhet på

grunn av legemiddelbruk, og manglende oppfølging av tannhelsepersonell påvirke risikoen (WHO 2009).

Flere av pasientene i hjemmesykepleien har diagnoser som vil kreve en ekstra oppmerksomhet rundt munn- og tannstell. Kreftbehandling med stråling mot hode og halsregion som kan gi akutte og kroniske bivirkninger er et eksempel på en tilstand som krever kunnskap hos de ansatte i hjemmesykepleien (Kreftforeningen 2009). Det er behov for mer kunnskap om at medikamentell behandling ved flere sykdommer som for eksempel epilepsi kan gi skade i munnhulen (Fiske 2002).

Tannhelse og munnhygiene synes å være et forsømt område, og en lite prestisjefyllt oppgave i sykepleien. Studier viser at kunnskapsnivået hos pleiepersonalet er lavt og at dette også kan bidra til lav prioritering. Manglende trening, tidspress og lite kunnskap om orale sykdomsprosesser er også viktige faktorer. Munnen er et personlig område for pasientene og mange synes det er vanskelig å pusse andres tenner (Strand 2005). Forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenester § 3 slår fast at kommunen skal etablere et system for å sikre kvaliteten på tjenester som imøtekommer enkeltindividets grunnleggende behov, blant annet munnhygiene. Hensikten med dette prosjektet var å kartlegge risiko hos pasienten og hindringer i pasientens miljø som kan bidra til mangelfullt tannstell og oral sykdom.

St. melding 25 (2005-2006), "Mestring, muligheter og mening", fremhever betydningen av god tann- og munnhygiene som en viktig del av omsorgstjenestens tilbud, både på institusjon og til hjemmeboende.

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjeneste for Vestfold skal arbeide systematisk med fagutvikling, forskning og kompetanseutvikling som fremmer pleie og omsorgstrengendes helse- og levevilkår.

En viktig del av prosjektet var å innføre enkle og presise metoder og prosedyrebeskrivelser som fremmer god tann- og munnhelse i praksis, og at dette arbeidet gjøres i samarbeid med ansatte som utfører tjenestene.

1.1 utfordringene

En av hovedutfordringene det blir pekt på i samhandlingsreformen (st. meld 47) er at tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom. I en hektisk hverdag for hjemmetjenesten med mange komplekse og sammensatte problemstillinger blir det motiverende arbeidet ofte satt til side til fordel for mer

fremtredende behov. Mange ansatte opplever at de mangler kompetanse som gir dem trygghet til å veilede pasienten til riktig munn- og tannhelse. Ansatte vil komme opp i flere etiske dilemmaer som omhandler pasientens rett til å bestemme (pas.rettighetsloven § 4a) og hvor langt de kan gå i forhold til motivering. Noen pasientgrupper som er relatert til rus, psykiatri, mennesker med utviklingshemming og mennesker med annen kulturell bakgrunn enn norsk vil kreve ekstra oppmerksomhet og kunnskap fra de ansatte i hjemmetjenesten.

1.2 Hjemmetjenesten i Sandefjord kommune

I hjemmetjenesteavdelingene er det totalt ca. 1400 tjenestemottakere (hjemmesykepleie og praktisk hjelp), og ca. 200 årsverk er knyttet til disse avdelingene.

I Sandefjord kommune mottar ca 1200 personer hjemmesykepleie. Ved en undersøkelse av kvaliteten på dokumentasjonen i tre av hjemmetjenesteavdelingene våren 2010 ble det avdekket at kun to av 30 journaler hadde beskrevet et problemområde som omhandlet munn- og tannhelse. Ingen hadde en fullstendig behandlingsplan for dette området. Ut fra denne kartleggingen og tilbakemeldinger fra medarbeidere synes det viktig med en systematisk opplæring av ansatte, og innføring av verktøy for å avdekke pasienter med en risiko for nedsatt tannhelse.

2 MÅL FOR PROSJEKTET

Hovedmålet er å gi god munn- og tannhygiene til eldre og syke i hjemmetjenesten samt å utvikle gode rutiner for munn- og tannstell. Dette skal gjøres gjennom kompetanseheving av medarbeiderne og ved å utvikle skriftlige rutiner for arbeidet. Prosjektet ble delt inn i fire delmål.

2.1 Rutiner ved innskriving

[Gi god informasjon til pasienter som mottar hjemmesykepleie om tilbudet de kan få innen munn- og tannhygiene.](#)

- Ved innskriving/første besøk i hjemmesykepleien skal alle pasienter bli spurt om de trenger hjelp i forbindelse med tannhelse og munnhygiene. De skal også få informasjon om sine rettigheter i forbindelse med at de er innskrevet i hjemmesykepleien. Pasientens behov og rutiner for tannhelse skal dokumenteres i pasientens journal.

2.2 Plan for munn- og tannhelse

[Sikre at pasienter som mottar hjemmesykepleie får den hjelpen de trenger for å ivareta egen tann- og munnhygiene.](#)

- Pasienter i hjemmesykepleien skal få tilbud om hjelp til å sette opp en plan for tann- og munnhygiene med tanke på å hindre/forebygge dårlig tannhelse.
- Alle pasienter/beboere som er i risikozonen skal ha en plan for tannhelse som er tilpasset den enkelte etter diagnose, pasienten/beboeren sine ønsker, forskningsbasert kunnskap og erfaringsbasert kunnskap.

2.3 Øke kunnskap og kompetanse

[Gi helsepersonell som er ansatt i hjemmesykepleien kunnskap og kompetanse til å vurdere pasientens tann- og munnhygiene og på bakgrunn av denne kunne utarbeide tiltak som ivaretar pasientens behov for hjelp til dette.](#)

- Gi alle ansatte opplæring om tannhelse og prosedyrer for god tannhelse.
- Gi alle ansatte en enkel innføring i trygderettighetene til pasientene i hjemmesykepleien som omhandler tannhelse

- Internundervisning på hjemmetjenesteavdelingene, sentrene og avdelingene på sykehjemmene.
- Styrke dokumentasjonsrutiner på bofellesskapet ved å gi alle ansatte undervisning om hvordan de skal dokumentere tannhelse i CosDoc (kommunens EPJ system) og bruk av prosedyrer i PPS ved utforming av tannhelseplan.
- Implementere rutiner og prosedyrer for å sikre god tannhelse og vurdering av risiko for dårlig tannhelse.

2.4 Samhandlingsrutiner

Etablere samhandlingsrutiner mellom tannhelsetjenesten og hjemmesykepleien i kommunen.

- Samarbeidsavtale om fast opplæring fra tannhelsetjenesten.
- Utvikle et opplæringsprogram for ansatte i hjemmetjenesten som kan gjennomføres som internopplæring.
- Utarbeide gode rutiner for å melde pasienter fra hjemmesykepleien til tannhelsetjenesten, på lenger sikt via e-melding.

3 FORANKRING, AKTØRER, ORGANISERING

Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Vestfold og tannhelsetjenesten i Vestfold inngikk et samarbeid våren 2011 om å styrke kvaliteten på munn- og tannhelsen i hjemmetjenesten i Sandefjord kommune.

3.1 Involverte aktører

Sandefjord kommune har rundt 45 000 innbyggere, hvorav ca. 1200 mottar helsetjenester i hjemmet. Av disse er det ca 700 som har rett på fri tannhelsetjeneste.

Hjemmetjenesten i kommunen er organisert med åtte avdelinger samt en felles natt-tjeneste og en felles sykepleietjeneste på kvelder og helger.

Det er to offentlige tannhelseklinikker i kommunen, Solvang og Søreberg med flere tannpleiere. Disse har Vestfold fylkeskommune som sin arbeidsgiver. I prosjektet var en tannklinikk, et bofellesskap og et senter fra hjemmetjenesten deltakere. Prosjektet startet som en pilot i det ene bofellesskapet høsten 2011 og ble utvidet med et senter fra våren 2013.

Alle pasientene som var deltakere ble forespurt om å være med, og skrev under på samtykke om dette. Det var 7 pasienter fra bofellesskapet og 10 fra senteret.

3.2 Prosjektorganisering

Prosjektet var organisert med en styringsgruppe, en prosjektgruppe og en arbeidsgruppe, samt tilknyttet flere ressurspersoner.

Styringsgruppen besto av administrativt lederteam for Utviklingscenter for sykehjem, og hjemmetjenester i Vestfold, USHT. Det er lederne for de tre omsorgsseksjonene i kommunen og prosjektkoordinatorene for USHT.

Gruppen som helhet møttes fire ganger, to av disse sammen med prosjektgruppen.

Prosjektgruppen bestod av representanter fra utviklingscenteret/ kommunen og tannhelsetjenesten. I tillegg var en tannlege tilknyttet prosjektet som ressursperson, og som ble invitert til å komme med innspill på aktuelle saker.

Prosjektgruppen som helhet hadde 5 møter i løpet av prosjektperioden.

Universitetet i Oslo ved professor Tiril Willumsen kom med nyttige innspill og faglig veiledning ved oppstarten til prosjektet. Hun bidro også med fremlegg på Utviklingscenterets seminar om munn- og tannhelse og ernæring i januar 2013.

Prosjektrapport USHT Vestfold – tannhelse 2013

For å styrke forankringen ut i avdelingene ble det dannet en arbeidsgruppe bestående av sykepleier/fagarbeider og tannpleier. Gruppen møtte prosjektledelsen hver 1-2 måned og spilte en avgjørende rolle både i utformingen, implementeringen og oppfølgingen av prosjektet.

I tillegg til dette informerte prosjektledelsen avdelingsledergruppen i seksjon senter og hjemmetjeneste ved behov.

TABELL 1: PROSJEKTSTYRING

Styringsgruppe	
Anne Kirkebø Rosslund	Seksjonsleder, seksjon senter og hjemmetjeneste
Anny-Elisabeth Hanedalen	Seksjonsleder, seksjon institusjon og bofellesskap for demente
Roger Tverå	Seksjonsleder, seksjon botiltak og aktivitet
Prosjektgruppe	
Tone Hustad Fürst	Virksomhetsleder Nordre Vestfold tannhelsedistrikt
Ellinor Bakke Aasen	Prosjektkoordinator, USHT og prosjektleder
Irene Nøis	Sykepleier 1, Parken bofellesskap
Thurid Pedersen	Tannpleier, Solvang tannklinikk
Bjørg Meinseth	Fagkonsulent i seksjon senter og hjemmetjeneste, Sandefjord kommune
Ressurspersoner	
Tiril Willumsen	Professor ved Universitetet i Oslo, institutt for klinisk odontologi
Anne Øksendal	Stabskonsulent i seksjon senter og hjemmetjeneste, Sandefjord kommune

3.3 Prosjektforankring

Prosjektet ble i perioden ansett som et viktig satsningsområde både innen kommunens helse – og sosial etat, seksjon for senter og hjemmetjenester og Vestfold fylkeskommune, tannhelsetjenesten. Det var før oppstart godt forankret i kommunens ledelse innen helse og sosial, samt blant lederne i seksjon for senter og hjemmetjeneste og tannklinikkene i Sandefjord.

3.4 Finansiering

Prosjektet fikk tildelt midler fra Helsedirektoratet samt og Fylkesmannen i Vestfold. Midlene ble benyttet til å dekke lønn til vikarer i hjemmetjenesten, utgifter til kurs og seminar om ernæring og tannhelse for kommunene i Vestfold med mer. Totalt mottok prosjektet kr. 60 000,- fra Helsedirektoratet og kr. 25 000,- fra Fylkesmannen i Vestfold.

4 METODE

Piloten ble planlagt i flere faser og ulike metoder ble benyttet.

Piloten ble gjennomført ved et bofellesskap i hjemmetjenesten. Dette ble valgt fordi det er en oversiktlig og stabil personal og pasientgruppe.

Første fase:

- Kartlegging av pleieplaner som omhandler tannhelse hos pasientene på det aktuelle bofellesskapet i hjemmetjenesten. Det ble brukt en dokumentanalyse av pasientjournalen i CosDoc. Det ble undersøkt om pasienten hadde en pleieplan som omhandler munn- og tannhelse og kvaliteten av denne.

ALLE MEDARBEIDERNE VED BOFELLESSKAPET FIKK ET SPØRRESKJEMA I FORKANT AV OPPLÆRING SOM OMHANDLET KOMPETANSE OG KUNNSKAP OM MUNN- OG TANNHELSE. DETTE VAR EN EGENVURDERING OG IKKE EN KUNNSKAPSTEST (

- Vedlegg 1 Spørreskjema).
- Tannhelsetjenesten gjennomførte en BSI-kartlegging (Vedlegg 2 BSI skjema) av alle pasientene på bofellesskapet i forkant av informasjonen og opplæringen av medarbeiderne.
- Det ble gjennomført kompetansehevende tiltak for å fremme fokus og kunnskap om munn- og tannhelse hos pasientene på bofellesskapet. Alle medarbeiderne på bofellesskapet fikk to opplæringsøkter à to timer i tillegg til et informasjonsmøte i forkant av opplæringen (Vedlegg 3).

I tillegg fikk de opplæring i å lage pleieplan i CosDoc og hvordan de skulle vedlikeholde den.

Andre fase:

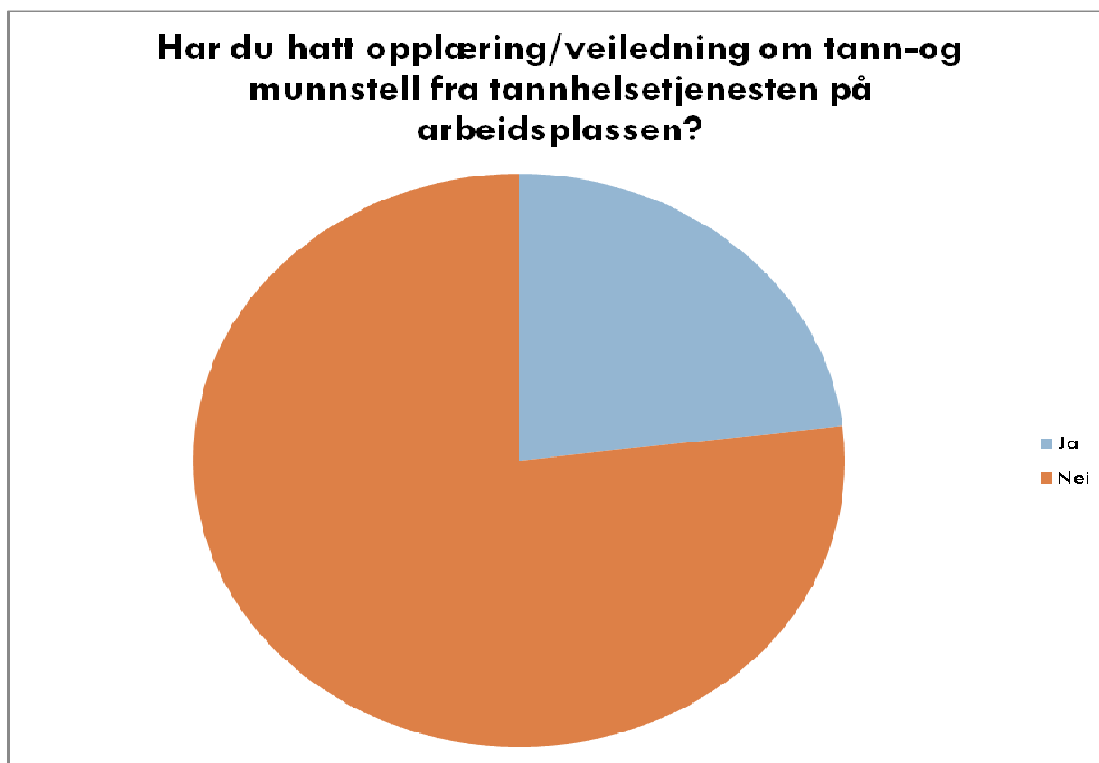
- Ny kartlegging av dokumentasjonen 8 måneder etter opplæringen.
- Ny BSI kartlegging av pasientene 8 måneder etter opplæringen.
- Ny spørreundersøkelse til alle ansatte 8 måneder etter opplæringen, de får samme skjema som første gangen med noen tilleggsspørsmål om opplæringen.
- Fokusgruppeintervju med hele personalgruppen på bofellesskapet.

5 RESULTAT

Resultatene som blir presentert her er fra bofellesskapet, men de samsvarer i stor grad med resultatene fra senteret som ble med i prosjektet fra 2013. Der det ikke er samsvar vil det bli bemerket.

5.1 Kompetansekartlegging før prosjektstart

Høsten 2011 ble det gjennomført en kartlegging i form av spørreskjema til medarbeiderne som var involvert i prosjektet i Sandefjord, ved bofellesskapet mottok vi 13 svar, ved senteret 10 svar. Noen av resultatene blir presentert her.



FIGUR 1: OPPLÆRING/VEILEDNING

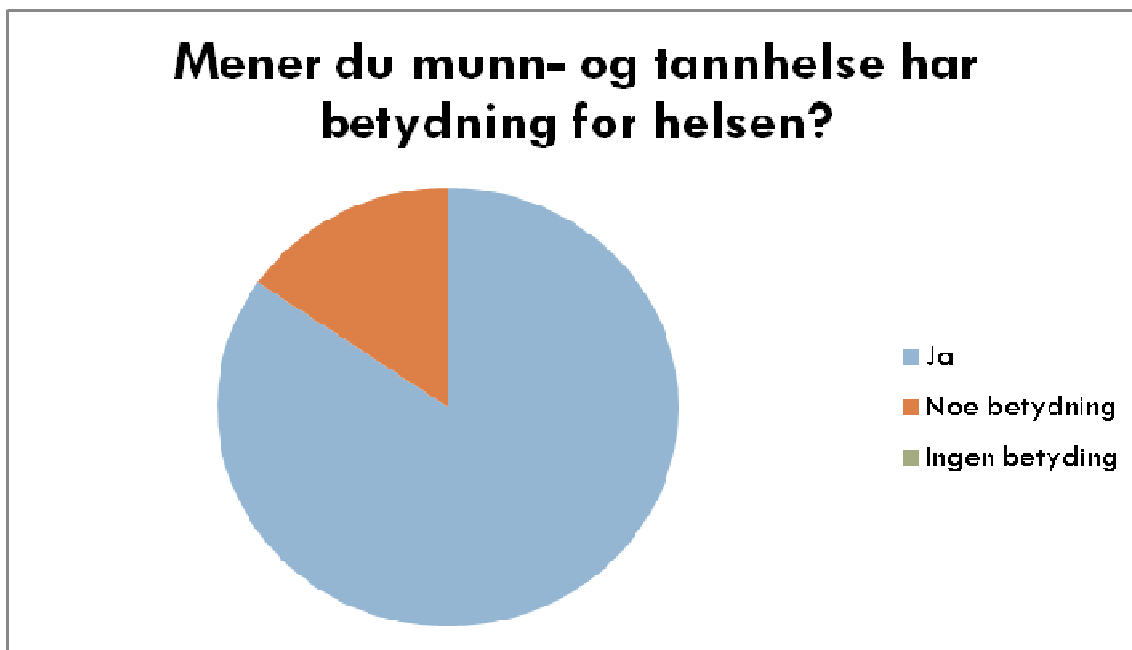
Over 75 % svarte at de ikke hadde hatt opplæring på egen arbeidsplass, det var litt bedre på senteret der nesten 40 % svarte at de hadde hatt opplæring.

Hjemmetjenesten har ikke hatt systematisk opplæring om munn- og tannhygiene, avdelingene selv har tatt kontakt med tannhelsetjenesten og avtalt opplæring/informasjon. Dette har ofte vært i forbindelse med personalmøter der det også er mange andre saker. Det vil nok derfor være litt tilfeldig hvem som har fått opplæring og ikke.



FIGUR 2: INNHOLDET I TANNHELSEPERMEN

Alle avdelinger har en egen tannhelseperm med informasjon og faginnhold fra tannhelsetjenesten. Der er også en underskrevet avtale mellom tannhelsetjenesten og avdelingen. Denne permen skal alle medarbeiderne kjenne til og bruke, fra 2013 ble oppdateringen sendt elektronisk og avdelingen må selv skrive ut og ajourføre permen. Bare 2 av de som svarte kjente innholdet i tannhelsepermen. På senteret var det 4 som hadde kjennskap til permen.



FIGUR 3: BETYDNING FOR HELSEN

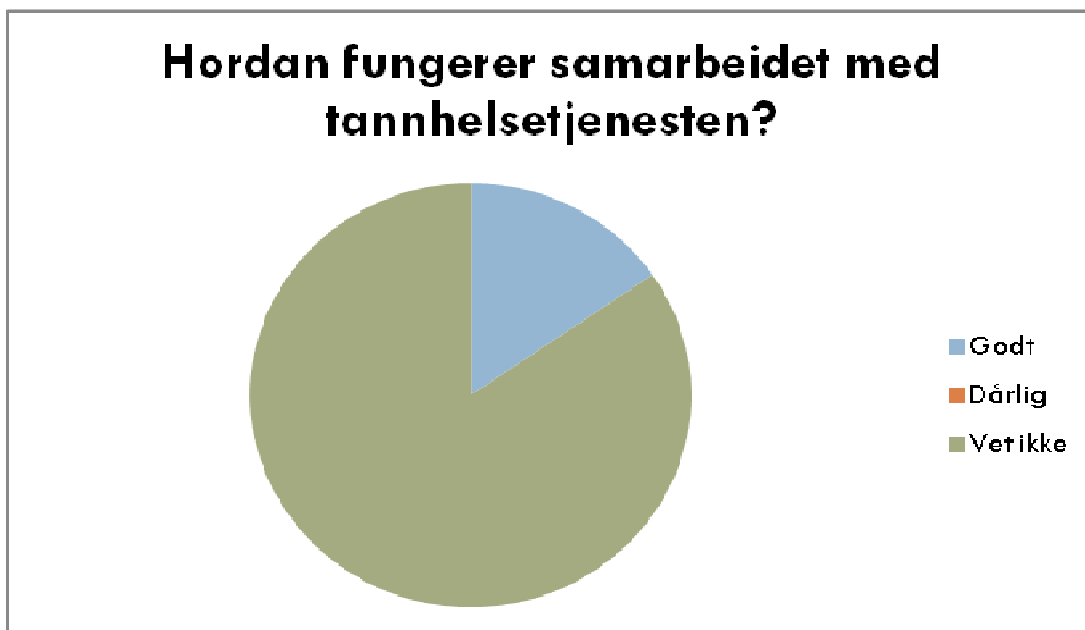
Alle mener at munn- og tannhelse har betydning for helsen.



FIGUR 4: SKRIFTLIGE RUTINER

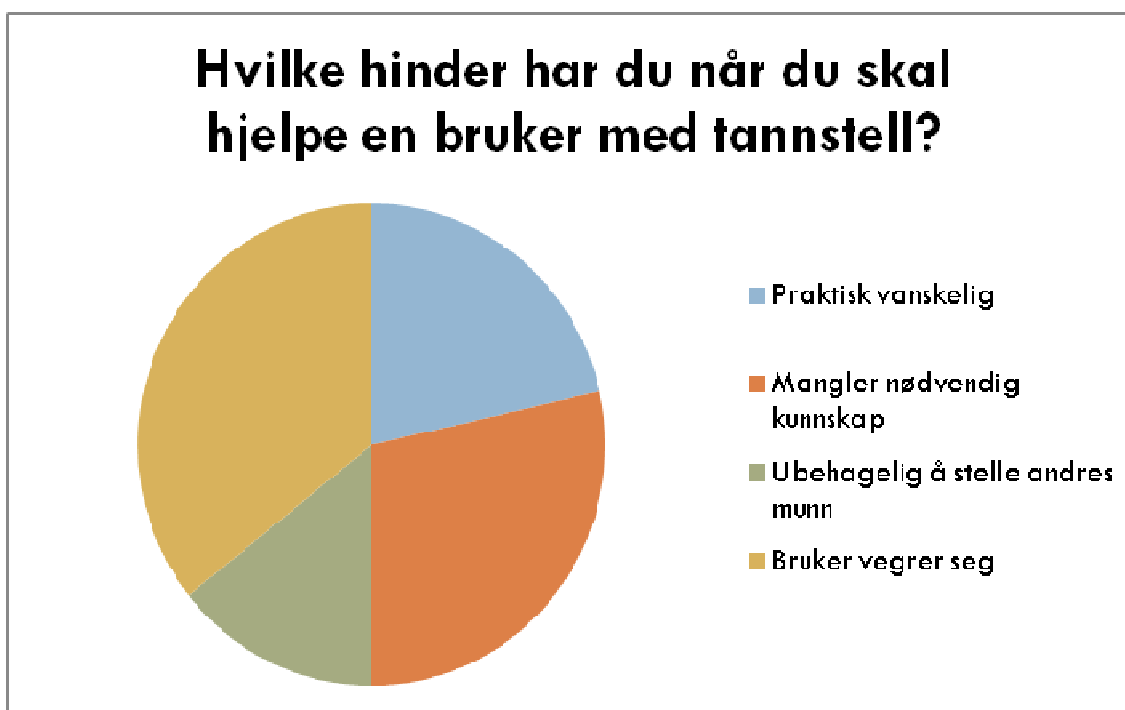
Med skriftlige rutiner menes både overordnede rutiner som samarbeid med tannhelsetjenesten og rutiner på pasientnivå som pleieplaner og tannhelsekort. Nesten 40 % mener at de har rutiner for munn- og tannstell. Resten svarer nei eller vet ikke, det kan tyde på at de som ikke bruker tannhelsekortene og tannhelsepermen ikke opplever at de har rutiner på avdelingen.

Prosjektrapport USHT Vestfold – tannhelse 2013



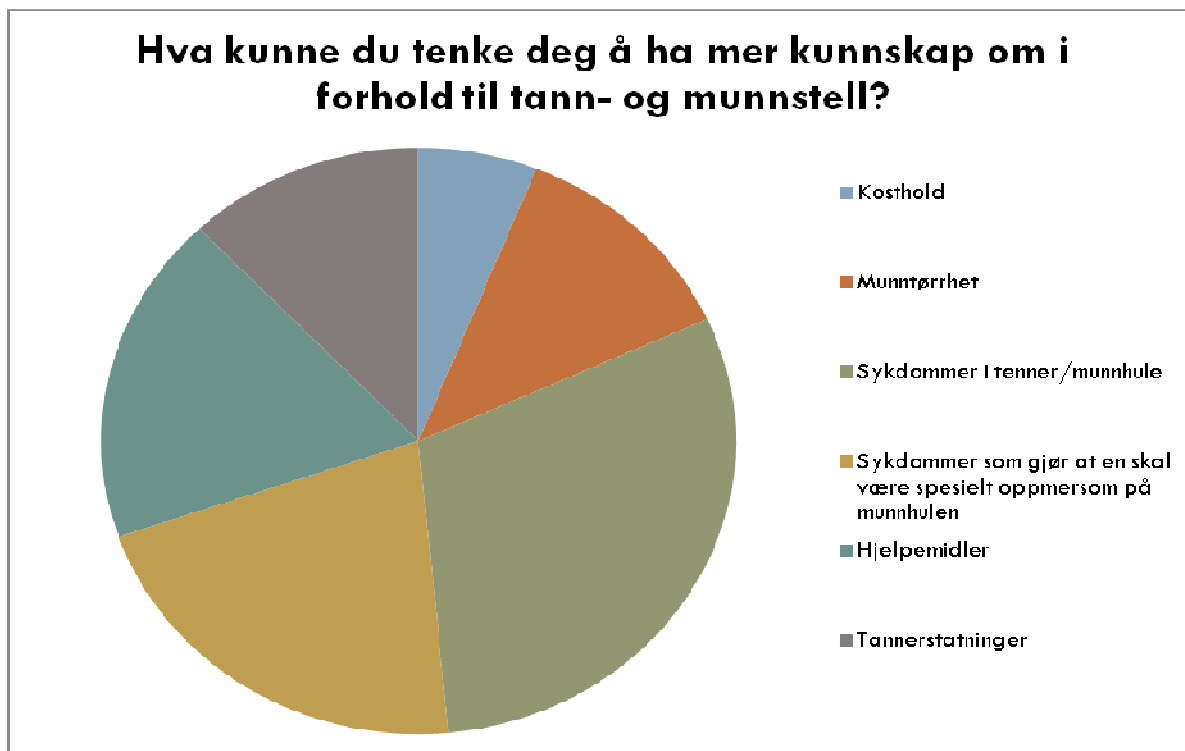
FIGUR 5: SAMARBEID

Over 80 % sier at de ikke vet hvordan samarbeidet med tannhelsetjenesten er, resten mener at det er godt. At så mange ikke vet, tyder på at det er lite samarbeid om pasienten i det daglige. Den enkelte medarbeider opplever kanskje ikke at de har direkte samarbeid med tannhelsetjenesten, det er ofte fagsykepleier og avdelingsleder som har den kontaktene.



FIGUR 6: HINDRINGER FOR Å HJELPE

Når det gjelder hvilke hinder som er størst når medarbeiderne skal hjelpe pasientene er manglende kunnskap og at pasienten vegrer seg de to største hindrene.



FIGUR 7: TRENGER MER KUNNSKAP OM

På spørsmål om hva de kunne tenke seg å ha mer kunnskap om er kjennskap til sykdommer som har innvirkning på munnhulen og tenner. I tillegg ville de gjerne vite mer om hjelpemidler, kosthold og munntørrehet.

5.2 Kartlegging av pleieplaner før prosjektet

Det ble foretatt en enkel dokumentanalyse før prosjektet startet. Journalene til alle beboerne på bofellesskapet ble undersøkt for å finne hva som var dokumentert på området munn- og tannpleie. På senteret ble 10 journaler undersøkt. Medarbeiderne på bofellesskapet informerte om at alle beboerne trengte hjelp i forbindelse med munn- og tannstell, på senteret var det ca halvparten som trengte hjelp. På senteret var det også flere av dem som etter pleiernes mening trengte som ikke ville motta hjelp.

I kartleggingen kom det frem at ingen av beboerne hadde en egen plan for munn- og tannstell. For noen av dem var det nevnt under morgenstell og kveldsstell at de trengte hjelp, men det var ikke beskrevet hva de skulle ha hjelp til og hvordan det skulle gjennomføres. Det var heller ikke egne rapporter som omhandlet munn- og tannhelse. Hvis det var skrevet noe var det inni andre rapporter om hygiene.

Noen av beboerne hadde tannhelsekort på badet sitt der det stod beskrevet hvilke

hjelpemiddel de trengte.

Samhandling med tannhelsetjenesten var ikke beskrevet i noen journaler bortsett fra at dato for siste vurdering av tannhelsetjenesten var nedtegnet i IPLOS.

Det at det ikke ble funnet egne planer for munn- og tannhelse for beboerne på bofellesskapet betyr ikke at pasienten ikke får den hjelpen de skal ha, men at hjelpen ikke ble dokumentert og evaluert systematisk.

Det kan være flere grunner til det ikke ble gjort, men i samtaler med medarbeiderne kom det frem at de var usikre på hvordan det skulle gjøres og hva som skulle dokumenteres. Når pasientene har vært hos tannpleier eller tannlege bruker tannhelsetjenesten å sende en rapport til hjemmetjenesteavdelingen, denne har blitt sendt rett til avdelingen uten at den er blitt postført og lagt inn i journalsystemet. Det blir da et papir som ligger i et arkiv uten at det er et system for oppfølging.

5.3 BSI kartlegging før prosjektet

Belegg og slimhinneindeks (BSI) er et mål for munnhygiene. Indeksen beskriver hygienivået ved å angi mengde bakteriebelegg på tenner og/eller protese samt grad av inflammasjon på gingiva/slimhinne. BSI er en sumskåre for beleggindeks (BI) og en indeks for munnslimhinnens tilstand (SI). BI måler grad av belegg på tennene og/eller protese på en skala fra 1-4; 1 er et uttrykk for "intet synlig belegg" og 4 er et uttrykk for "rikelig med belegg". SI registreres også på en tilsvarende skala fra 1-4; 1 betyr "normalt utseende slimhinne" og 4 "sterk inflammasjon". Ved å slå sammen belegg- og slimhinneindeks får man et uttrykk for tilstanden i munnhulen når det gjelder belegg på tenner og proteser samt slimhinnenes tilstand, BSI. BSI kan ha verdier på en skala fra 2 til 8 (kriteriebeskrivelse utarbeidet av Gerodontologisk seksjon ved Universitetet i Oslo).

Hensikten med undersøkelsen var ikke bare å få en kartlegging av status på et gitt tidspunkt, men også å undersøke om opplæringen ville gi bedringer av BSI- indexen på de beboerne som deltok.

Ved bofellesskapet deltok 6 av de 8 pasientene i begge BSI registreringene i tannhelseprosjektet, og gir grunnlaget for de tallene vi har kommet frem til.

Den første BSI-kartleggingen ble utført før opplæringen var gjennomført. Kartleggingen ble utført av tannpleiere.

Hensikten med undersøkelsen, var ikke bare å få en kartlegging av status på et gitt tidspunkt, men også å undersøke om opplæringen ville gi en evt. bedringer av BSI-

indexen på de beboerne som deltok.

Ved den første kartleggingen var den gjennomsnittlige BSI-indeksen for de 6 deltakerne på 4,5 (Vedlegg 4). På en skala fra 2-8 der 8 er det dårligste og 2 er det beste, var dette resultatet "bra / akseptabel" status.

Av de 10 beboerne som avdelingen hadde plukket ut til å delta i undersøkelsen ved senteret deltok 7 beboere i den første kartleggingen i februar 2013. Ved neste kartlegging deltok 5 av de samme beboerne. Frafallet i antall undersøkte beboere skyldes dødsfall, reservasjon fra å delta ved den andre kartleggingen, innleggelse på sykehus eller at de ikke var tilstede da kartleggingen ble gjennomført. Den første BSI-kartleggingen ble utført før opplæringen var gjennomført. Kartleggingen ble gjennomført av tannpleiere. Ved den første kartleggingen var den gjennomsnittlige BSI-indeksen for de 5 deltakerne som deltok i begge kartleggingene på 4,2 (Vedlegg 5 BSI kartlegging senter). På en skala fra 2-8 der 8 er det dårligste og 2 er det beste, var dette resultatet "bra / akseptabel" status.

5.4 Kompetansehevende tiltak

Et av målene med prosjektet var å utvikle en modell for opplæring av helsepersonell i hjemmetjenesten i Sandefjord kommune som skal:

- Gi god tann- og munnhygiene til eldre og syke i hjemmetjenesten.
- Sikre at pasienter som mottar hjemmesykepleie får hjelpen de trenger for å ivareta egen tann- og munnhygiene.
- Gi helsepersonell som er ansatt i hjemmesykepleien kunnskap og kompetanse til å vurdere pasientenes tann- og munnhygiene og på bakgrunn av denne kunne utarbeide tiltak som ivaretar pasientens behov for hjelp til dette.

Gjennom kompetansekartleggingen og samtaler kom det frem at medarbeiderne trengte opplæring både om munn- og tannhelse og hvordan dokumentere i pasientjournalen. Tannhelsetjenesten ved tannpleier i prosjektet var ansvarlig for å utvikle et fire timers opplæringsprogram om munn- og tannhelse (Vedlegg 3) og USHT var ansvarlig for et en times undervisningsopplegg om dokumentasjon.

Undervisningen fra tannhelsetjenesten var først tenkt som en times undervisning fire ganger over åtte uker. Det viste seg at det var vanskelig å samle personalet når det ble så mange ganger, og trakk ut over åtte uker. Det ble derfor vedtatt at undervisningen skulle gjennomføres som to timers undervisning to ganger i en to ukers periode. Hele

Prosjektrapport USHT Vestfold – tannhelse 2013

personalgruppen på bofellesskapet møtte til begge undervisningene, på senteret var det godt oppmøte på første samling, litt færre på andre samling.

Undervisningen var i utgangspunktet obligatorisk og medarbeiderne fikk lønn eller avspasering etter ønske. Denne ekstrakostnaden for avdelingen ble dekket av prosjektet. Undervisningen ble gjennomført etter lunsj slik at de som skulle på aftenvakt kunne komme før og være med. Tannpleieren gikk gjennom teorien og hadde med seg en del hjelpemiddel som ble vist frem og medarbeiderne fikk prøve. De kunne også stille spørsmål og få råd og veiledning om "sine pasienter".

Dokumentasjonsopplæringen ble gjennomført på arbeidsplassen. Det ble laget et eksempel som kunne brukes som mal for en tiltaksplan innen munn- og tannpleie. Deretter laget medarbeiderne tiltaksplaner for "sine pasienter" under veiledning. De fikk opplæring i å bruke PPS (praktiske prosedyrer i sykepleietjenesten) der prosedyrene kan legges inn som tiltak i journalen ([www.ppsnett](http://www.ppsnett.no)). De som ikke hadde anledning til å være med på opplæringen fikk denne av sine kollegaer.

5.5 Kartlegging av pleieplaner etter opplæring

Åtte måneder etter at opplæringen var gjennomført ble det foretatt en ny dokumentanalyse av journalene. Denne gangen viste funnene at alle pasientene på bofellesskapet hadde en tiltaksplan med munn- og tannhelse som problemområde og med tilhørende mål, tiltak og rapport. Det var ikke gjort evalueringer, PPS var benyttet i flere av planene. På senteret hadde fem av de ti pasientene som var med i prosjektet fått slike planer.

5.6 BSI kartlegging etter opplæring

Den andre kartleggingen ved bofellesskapet ble gjennomført 1 år og 8 måneder etter den første kartleggingen. For de 6 beboerne som var med i begge målingene var nå BSI-indeksen 3,7. Det er en forbedring på 0,8 BSI poeng (Vedlegg 6 2. BSI kartlegging bofellesskap).

Ved senteret ble foretatt en ny BSI registrering 8 ½ måned etter den første kartleggingen. Denne kartleggingen viste at BSI-indeksen hadde bedret seg til gjennomsnittlig 3,6 for de 5 beboerne som var med i begge undersøkelsene. Det er en forbedring på 0,6 BSI poeng.

5.7 Fokusintervju etter opplæring

På bofellesskapet ble det gjennomført en samtale med fem av medarbeiderne som hadde deltatt i prosjektet. Alle medarbeiderne synes det hadde vært moro å være med i prosjektet. De synes de hadde lært mye og at det hadde gjort at de hadde fått mer fokus på munn- og tannhelse. De trakk frem undervisningen fra tannpleieren som veldig bra, særlig det at hun hadde hatt med seg utstyr som de fikk se og prøve. De fikk også gode tips om hvordan de kunne stå for å hjelpe pasienten best mulig med tannstellet, både for å ivareta integriteten til pasienten og gi god hjelp. De sa at det ville bli lettere å ta kontakt med tannpleier når det var noe de lurte på etter denne opplæringen.

Det hadde vært nyttig at undervisningen var på avdelingen slik at de kunne komme med spørsmål knyttet til "deres pasienter" uten at de brøt taushetsplikten. *"Det er så mye lettere å lære når vi kan snakke om det praktiske og hvordan vi skal gjennomføre det med min pasient"*, var det en av medarbeiderne som sa.

Flere av dem synes det var vanskelig å presse pasienten til munn- og tannstell og det hadde vært nyttig å diskutere hvordan de kunne motivere pasientene. Dette stemmer også med spørreundersøkelsen der de svarte at for lite kunnskap om tannstell, og at pasientene vegret seg var de største hindrene for å utføre munn - og tannstell.

Opplæring i hvordan de skulle lage tiltaksplaner synes de også hadde vært nyttig. Særlig PPS hadde vært nyttig å få vite mer om, de fleste hadde ikke brukt det hjelpemiddelet før. Det ble lettere å rapportere når planene var konkrete og tydeligere, de synes likevel at det er vanskelig å holde planene oppdaterte over tid. Dette viser også dokumentanalysen, dokumentasjonen avtar over tid.

Første gang undervisningen ble satt opp gikk den over fire ganger, en time hver gang. Dette kom medarbeiderne med tilbakemelding på at det gikk over for lang tid, og at det var vanskelig å være med på alle samlingene. Andre runde med undervisning gikk over to ganger med to timer hver gang. Dette var en bedre undervisningsform som gjorde at det var lettere å delta begge gangene. For driften er det litt mer krevende at det er to timer, men medarbeiderne var veldig tydelige på at de fikk mest utbytte av at det var satt av litt tid.

På senteret ble det ikke gjennomført en systematisk samtale med medarbeiderne som deltok, men tilbakemeldingene vi fikk var positive. Dette var lærerikt og viktig.

5.8 Pasientens opplevelse

Alle pasientene ble forespurt om å være med i prosjektet på forhånd. Særlig på bofellesskapet var de veldig positive og synes det var spennende å være med i et "forskningsprosjekt". Ved den andre BSI kartleggingen var prosjektleder med de to tannpleierne som gjennomførte undersøkelsen og snakket med pasienten om deres opplevelse av å være med i prosjektet. Alle synes det hadde vært moro, de synes de som jobbet på bofellesskapet var blitt så *flinke til å pusse tenner*, og flere var ivrige etter å vise nytt utstyr som de hadde kjøpt inn etter anbefalinger fra tannpleier sist hun var der. En sa at han synes det var veldig betryggende at de som jobbet der var så interessert i hvordan han hadde det, og at de brydde seg om tennene hans. En annen sa at han synes det ble mye styr bare for noen tenner, men at det var fint at han fikk hjelp til det da. En litt yngre pasient sa at han synes det ikke kunne være nødvendig at de skulle sjekke om han pusset tennene sine godt nok, han var tross alt ikke 7 år, men han synes det var veldig hyggelig med besøk.

På senteret var det en litt annen pasientgruppe som deltok, de trengte mer motivering til å delta og det ble derfor ikke naturlig å snakke med dem i etterkant.

6 EVALUERING

Vår undersøkelse viste at dersom personalet får opplæring i munn- og tannstell og bruker denne kunnskapen aktivt, er det mulig å oppnå svært gode resultater knyttet til forbedringer i munnhygiene.

BSI kartleggingen før og etter viser at det er en tydelig bedring i munn- og tannhelse etter opplæringen.

Kartleggingen av dokumentasjonen viser at personalet har mer fokus på området og lager gode planer for behandlingen. Den samme kartleggingen viser også at det er utfordrende å holde planene ved like og bruke dem aktivt. Det er ingenting som tyder på at pasientene får dårligere hjelp, men observasjonene blir ikke dokumentert og tiltakene blir ikke endret.

Prosjektet avslørte at tilbakemeldingen som tannhelsetjenesten sendte til avdelingene etter at en pasient hadde vært der, ikke alltid ble tatt til følge. Dette kom av at tilbakemeldingene kom i papirform, og ble lagret i pasientens manuelle pasientjournal som ikke blir brukt i den daglige behandlingen.

Disse tilbakemeldingene blir nå sendt til postmottaket i kommunen der de blir scannet inn i pasientens elektroniske pasientjournal og dermed blir tilgjengelig for personalet. Det gjør at de kan bruke tilbakemeldingene til å oppdatere tiltaksplanene.

Forankring i ledelsen er avgjørende for å lykkes med gode rutiner for opplæring og implementering av ny kunnskap. Samtidig har lederne store avdelinger med mye personell og pasienter/brukere, og mange oppgaver som skal prioriteres. Det er derfor viktig at så mye som mulig av opplæringen blir satt inn i faste systemer som årshjul og kompetanseplaner. Det er avgjørende for å holde fokus oppe at tannhelseundervisning systematiseres, to timer en gang i året for hver avdeling er anbefalingene fra dette prosjektet. Det er også viktig med regelmessig gjennomgang av rutiner mellom kommunen og tannhelsetjenesten som samarbeidsmøter og samarbeidsavtaler.

7 VEIEN VIDERE

Prosjektet avdekket at det er stort behov for kunnskap om munn- og tannhelse, både teoretisk og praktisk. Prosjektet viste videre at det er mangler innen dokumentasjon av munn- og tannhelse i hjemmetjenesten.

Sandefjord kommune ønsker å få til et systematisk samarbeid med tannhelsetjenesten om opplæring av helsepersonell der en bruker kunnskapen fra prosjektet. Det beste vil være å ha avdelingsvise opplæringer der en kan diskutere enkelt pasienter, men det viktigste er at personalet får grunnleggende teori om munn- og tannhelse. Det kan derfor være et alternativ at flere avdelinger er sammen om opplæringen.

Målet er å få denne undervisningen inn i kompetanseplanen til kommunen og at den skal gjelde for hele omsorgstjenesten, ikke bare hjemmetjenesten.

I tillegg er USHT med i et nasjonalt prosjekt i regi av Norsk Sykepleierforbund der det arbeides med å lage veiledende pleieplaner. I den sammenheng vil USHT i Vestfold utarbeide en veiledende pleieplan innen munn- og tannhelse. Et eksempel på en slik veiledende plan er en tiltaksplan om munntørrhet som er kunnskapsbasert (Vedlegg 8 Tiltaksplan - munntørrhet). Dette er noe som det arbeides videre med og målet er å få det integrert i pasientjournalssystemet slik at det kan lette dokumentasjonsarbeidet for personalet.

Hjemmetjenesten i Sandefjord har noe som kalles månedens tema. Dette er et fagtema, der det blir laget en kunnskapsoppsummering om et tema som alle medarbeiderne må kvittere ut at de har lest. Dette er tema som personalet selv ønsker å bli oppdatert på. Munn- og tannhelse blir månedens tema i september og oktober i 2014. Disse temaene blir delt med alle Vestfold kommunene.

Litteraturliste

Den norske kreftforening:

http://www.kreftforeningen.no/vp/multimedia/archive/00007/tannhelse_og_trygdere_7267a.pdf

Dodd, M.J. m.fl. (2003): *Radiation – induced mucositis: A randomized clinkcal trial of micronized sucralfate versus salt & soda mouthwashes.* *Cancer Investigation*, vol 21, No 1, s. 21 – 33

Fox, Robert og Creamer, Paul (2013): *Treatment of dry mouth and other non-ocular sicca symptoms in Sjögren's syndrome*, Up to date

Fiske J, Boyle C: Epilepsy and Oral Care, Dent Update 2001; 29: 180-187 **Gimmestad et al.** :Munnhelsen hos institusjonsbeboere i Norge. Norsk Tannlegeforenings tidsskrift. 2006;116: 268–273

Helsedirektoratet (06/2009). Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring.

Hunter, A. m.fl. (2009): *Treatment of oral mucositis after peripheral blood SCT with ATL – 104 mouthwash: results from a ramdomized, double – blind, placebo – controlled trial.* *Bone Marrow Transplantation*, 2009, 43, s. 563 – 569.

Kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene. Veileder til forskrift om kvalitet i pleie- og omsorgstjenestene for tjenesteyting etter kommunehelsetjenesteloven og sosialtjenesteloven. Oslo, Sosial- og helsedirektoratet, 11/2004.

Madan, K. m.fl. (2008): *The effect of three mouthwashes on radiation – induced oral mucositis in patients with head and neck malignancies: A randomized control trial.* *Cancer Res Ther*, March 2008, vol 4., issue 1, s. 3 – 8.

<https://www.ppsnett.no/pps/forside?sv=10.0>

Sjögren P, Nilsson E, Forsell M, Johansson O, Hoogstraate J.: A systematic review of the preventive effect of oral hygiene on pneumonia and respiratory tract infection in elderly people in hospitals and nursing homes: effect estimates and methodological quality of randomized controlled trials. *J Am Geriatr Soc.* 2008; 56: 2124–30.

Sorensen, J. B. m.fl. (2007): "*Double, blind placebo controlled randomized study of chlorhexidine prophylaxes for 5 – fluorouracil – based chemotherapy - induced oral mucositis with nonblinded randomized comparison to oral cooling (cyrotherapy) in gastrointestinal malignancies.*", Cancer, April 1, 2008, vol 112, nr 7. s. 1600 - 1606.

St. Melding 25 (2005-2006) Mestring, muligheter og mening. Helse og omsorgsdepartementet.

St. Melding 47 (2008-2009) Samhandlingsreformen Rett behandling – på rett sted – til rett tid. Helse- og omsorgsdepartementet.

Willumsen, T. Wenaasen, M, Armingohar, Z, Ferreira, J.: Sykepleie og oral helse. Guide til godt munnstell hos pasienter med funksjonssvikt. Oslo, Gyldendal akademisk., 2008

WHO: Oral health in ageing societies: Integration of oral health and general health
http://www.who.int/oral_health/events/Ageing_societies/en/index.html 16. 04 2009

Wårdh, I, Andersson, L., Sörensen, S. Staff attitudes to oral health care. A comparative study of registered nurses, nursing assistants and home care aides. Gerodontology, 2008; 14: 28–32.

VEDLEGG 1 SPØRRESKJEMA



spørreskjema
tannhelse.pdf

VEDLEGG 2 BSI SKJEMA



BSI
kartleggingsskjema.pdf

BSI-kartlegging

VEDLEGG 3 UNDERVISNING TANNHELSE

**Mye god helse i god
tannhelse**

Tannhelseundervisning



VEDLEGG 4 BSI KARTLEGGING BOFELLESSKAP



BSI bofelleskap 1.pdf

VEDLEGG 5 BSI KARTLEGGING SENTER



BSI Senter 1.pdf

VEDLEGG 6 2. BSI KARTLEGGING BOFELLESSKAP



BSI bofellesskap
2.pdf

VEDLEGG 7 2. BSI KARTLEGGING SENTER



BSI senter 2.pdf

VEDLEGG 8 TILTAKSPLAN - MUNNTØRRHET

PROBLEMER/BEHOV/ RESSURSER	MÅL	TILTAK
<p>Munn- og tannhygiene</p> <p>God munn og tannpleie er viktig for å forbygge munntørrhet og munnsopp. Det er viktig at pasienten å få god hjelp til å utføre munnhygiene. Spyttet er av avgjørende betydning for oral helse og velvære.</p>	<p>Hovedmål:</p> <p>Velvære og god munnhelse</p>	<p>Observasjon skal gjøres daglig</p> <p>Ho skal ha tilbud om væske flere ganger i døgnet.</p> <p>Følg plan for munnstell og forebygging av munntørrhet og soppinfeksjon under hvert delmål.</p>
<p>Pasienten er plaget med munntørrhet på grunn av medikamentell behandling. Hun trenger god munnhygiene for å forbygge soppinfeksjon og munntørrhet.</p> <p>Munntørrhet gjør at munnslimhinnen blir tynnere og den gir økt risiko for hull og tannkjøttbetennelse. Munntørrhet kan gi stort ubehag, dårlig ånde, tygge-, svelge- og talevansker (Fox og Creamer 2013).</p> <p>Pasienten har fått informasjon om at det er viktig å holde munnhulen på mest mulig stabil på pH 7(surhetsgrad). Ho har fått opplæring i at: Cola har — pH 2.6 Kaffi har — pH 5.0 Fruktté har — pH 3.2 Sort te har — pH 5.7 to 7.0 Vann fra kranen og sodavann uten tilsetninger — pH 7.0 (Fox og Creamer 2013)</p>	<p>Delmål:</p> <p>Redusere munn-tørrhet</p>	<p>Viktige observasjoner som er tegn på munntørrhet:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tørr, sprukken og avskallet leppe ▪ Tørre slimhinner med sår og sprekker ▪ Sår i munnviken ▪ Furet og belagt tunge ▪ Tykkere og seigere slim ▪ Brennende tunge ▪ Tale - og svelgeproblemer ▪ Nedsatt smaksevne ▪ Vond smak i munnen – dårlig ånde ▪ Problemer med tannproteser ▪ Føler seg ofte tørr og må fukte/drikke ofte ▪ Må ha drikke for å klare å svelge maten ▪ Har problemer med å svelge visse matvarer <p>Ho skal unngå hyppig sukkerinntak, men kan bruke sukkerfri tyggegummi. Munnhulen kan fuktes med spyttstatningsmidler (f.eks, Saliva Orthana, Artisal. Suge-/tyggetabletter med fluordoser à 0,25 mg kan motvirke munntørrhet og karies.</p> <p>Pasienten skal ta små slurker med vann eller sodavann (farris) gjennom hele dagen (Fox og Creamer, 2013).</p> <p>Ho kan også bruke pastiller som Xerodent , Salivin, Oral-balance, Proxident og Sukkerfri</p>

		tyggegummi (Worthington m. fl., 2011)								
<p>Munnsopp kan forårsake redusert appetitt som igjen fører til nedsatt ernæringstilstand og allmenntilstand. Dette kan gi alvorlige konsekvenser da det kan påvirke behandlingen med at man må redusere doser og varighet slik at man ikke får optimalt utbytte av behandlingen (Madan, m.fl. 2008).</p> <p>Pasienten har fått informasjon om at munnsopp er en vanlig bivirkning av behandlingen og derfor må gi beskjed så fort ho kjenner symptom.</p> <p>Ho har også fått informasjon om at det er viktig med forebygging. Dodd m.fl. (2003) finner i sin studie at bruk av munnskyll som salt og sodavann eller micronized sucralfate, kan gi mindre svelgvansker enn ved å ikke bruke noe.</p>	<p><i>Delmål:</i></p> <p>Uten sopp-infeksjon i munnen, forebygge sopp-infeksjon</p>	<p>Bruk WHO` s tabell for vurdering av grad av munnsopp hos pasienten. Dette gjøres på dagvakt hver torsdag.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Grad 0</th> <th>Grad1</th> <th>Grad 2</th> <th>Grad 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>-Ingen smerte - Ingen rødhet - Ingen sår - Ingen problem er ved inntak av mat og drikke</td> <td>- Sårhet i munn - Noe smerter - Litt rødhet</td> <td>-Rødhet - Sår - Smerter ved inntak av mat og drikke</td> <td>-Sår - Inntak av mat er ikke mulig - smerter ved inntak av drikke</td> </tr> </tbody> </table> <p>(Hunter, m.fl., 2009).</p> <p>Forekomsten av munnsopp reduseres og tidspunkt for utbrudd utsettes ved bruk av munnskyll. I følge Sorensen m.fl. (2007) opplever 40 % som er under behandling med 5 – fluorouracil å få munnsopp. Det finnes andre behandlinger som også forårsaker munnsopp f eks behandling med inhalasjons medikamenter (KOLS), bruk av antibiotika, samt annen behandling som påvirker normalfloraen i munnhulen. Ut i fra dette kan en anta at problemet med munnsopp er utbredt blant kronisk syke pasienter som mottar en slik behandling. Det vises flere steder til både salt og soda vann (Dodd m.fl, 2003 & Madan m.fl., 2008) og klorhexidin (Madan m.fl., 2008 & Sorensen m.fl., 2007) som effektive til både å forebygge og behandle munnsopp.</p>	Grad 0	Grad1	Grad 2	Grad 3	-Ingen smerte - Ingen rødhet - Ingen sår - Ingen problem er ved inntak av mat og drikke	- Sårhet i munn - Noe smerter - Litt rødhet	-Rødhet - Sår - Smerter ved inntak av mat og drikke	-Sår - Inntak av mat er ikke mulig - smerter ved inntak av drikke
Grad 0	Grad1	Grad 2	Grad 3							
-Ingen smerte - Ingen rødhet - Ingen sår - Ingen problem er ved inntak av mat og drikke	- Sårhet i munn - Noe smerter - Litt rødhet	-Rødhet - Sår - Smerter ved inntak av mat og drikke	-Sår - Inntak av mat er ikke mulig - smerter ved inntak av drikke							

