

Anvisningar – Munhälsobedömning 2014

Personnummer

Tolv (12) siffror (**ååååmmdd-xxxx**) ex 19190919-0009

Kategori

N1 – N4. Grupperna definieras enligt den ursprungliga indelningen på listan från Beställarenheten. För personer med beslut om LSS-insats är kategorin N3 oavsett om de bor i ordinärt boende eller i särskilt boende.

Adress/Boende

Boendeenhetens namn i klartext.

Objektnr

Sifferkoden som finns på listorna från Beställarenheten fylls i med samma format som i listan d v s XXXX:XXX

Anamnes

Smärta (avser smärta nu och en viss tid bakåt i tiden)

Den subjektiva smärtupplevelsen efterfrågas.

Den uppsökta och i förekommande fall den som svarar i dennes ställe tillfrågas:

Har du eller brukar du ha ont från munnen?

1. (Nej) Har inte ont/känner inte smärta
2. (Ja) Har ont/känner smärta. Tänder eller munhåla **är inte orsak** till detta.
3. (Ja) Har ont/känner smärta . Tänder och munhåla **är orsak** till detta.
4. Går ej att avgöra/vet ej (pga. minnesstörning, psykiskt och fysiskt funktionshinder, medicinering mm.)

Tuggförmåga

Den uppsökta och i förekommande fall den som svarar i dennes ställe tillfrågas:

Kan du äta normalkost (köttbullar, potatis och smörgås)?

1. Ja, utan svårighet.
2. Nej, inte alls eller med svårighet pga. bristande mun- och tandstatus.
3. Nej, inte alls eller med svårighet, beroende på andra orsaker än bristande mun- och tandstatus, såsom tex. demens, svalgpares, Parkinsons sjukdom, MS mm.

Tandstatus

Antal egna tänder (skriv antal tänder i rutan för ök resp. uk)

Går antalet inte att avgöra, sätts X i rutorna.

- Kronförsedd tand räknas som tand
- Provisorisk krona i plast eller metall räknas som tand
- Tand med konuskrona räknas som tand
- Rot med förankringselement ("tryckknapp") räknas som tand
- Definitivt cementerad konstruktion – varje stöd räknas som tand
- Hängande led räknas **inte** som tand
- Rotrest räknas **inte** som tand
- Implantat räknas **inte** som tand

Avtagbar protes som används (förekomst av hel- eller delprotes i ök resp. uk)

1. **Ja**

2. **Nej**

- Avtagbar protes i tandlös käke som understöds av implantat (overdenture) räknas som helprotes, dvs. kryssa i ruta ja (1)
- Avtagbar protes som understöds av egna tänder med tryckknapp som förankringselement räknas som helprotes, dvs. kryssa i ruta ja (1)
- Avtagbar konuskonstruktion räknas som delprotes, dvs. kryssa i ruta ja (1)
- Om det saknas protes skall rutan nej (2) kryssas i.

Implantat (förekomst av ett eller flera implantat i ök resp. uk)

1. **Ja**

2. **Nej**

- Till implantat räknas allt från förankringselement för avtagbar protes, singelimplantat för en krona till implantatförankrade broar i tandlösa käkar.
- Om det saknas implantat skall rutan nej (2) kryssas i.

Bedömning munhygien

1. **Bra:** Små/måttliga, för ögat synliga, mängder beläggningar (plack och matrester). Vid tveksamhet – välj **dålig** så att man kan jobba med en förbättring. **Bra** får inte väljas i de fall patienten är "svår" och personalen gör så gott de kan.
2. **Dålig:** Rikligt med beläggningar och matrester på tänder, proteser och slemhinnor. Munhälsan riskerar att försämrats med nuvarande munhygien.

Behov av tandvård

(Frågan gäller **inte** behov av revisionstandvård – det bör alla få regelbundet)

Bör patienten hänvisas för akut undersökning/behandling på tandvårdsklinik pga. en eller flera av nedanstående skador/sjukdomstillstånd?

Karies

1. **Nej**
2. **Ja**, t.ex. öppna kaviteter, fakturerade tänder/fyllningar.

Parodontalt

1. **Nej**
2. **Ja**, t.ex. ökad mobilitet, grad 2 eller mer, pusflöde, spontanblödning.

Slemhinna

1. **Nej**
2. **Ja**, t.ex. symtomgivande besvär från slemhinnan, sår, svampväxt.

Avtagbar protetik

1. **Nej**
2. **Ja**, protesen behövs men fungerar inte pga. t.ex. skavsår, problem vid tuggning eller tal

Patientens/ombudets önskemål om behandling (i de fall ett behov av akut tandvård har konstaterats enl. ovan)

1. **Ja**
2. **Nej**
3. **Inget akut behov av tandvård finns**

Regelbunden tandvårdskontakt finns

1. **Ja**, ansvarig/vald tandläkare finns som patienten besöker regelbundet. Ange kliniken/tandläkarens namn och telefon
2. **Nej**, patient/anhörig/kontaktperson informerar att ingen regelbunden tandvård finns
3. **Vet ej**, ingen information finns om etablerad tandvårdskontakt

Datum för undersökning

Åtta siffror (åååå-mm-dd) ex 2013-01-01

Underskrift

Namn och klinik/företagsstämpel