

Forskelle i medicinindtagelse, mundtørhed og cariesincidens hos patienter i privat og amtspsykiatrisk tandlægepraksis

Peter Østergaard, Bent Rosenbaum, Jens Eriksen, Martin Heiden, Torben H. Thygesen og Allan Bardow

Øget cariesforekomst hos psykiatiske patienter kan skyldes lægemiddelinduceret nedsat spyttsekretion, men også i høj grad de psykiatiske patienters sygdomsbetingede livsstil. Da psykiatiske patienter udgør en særdeles inhomogen patientgruppe, kan det være svært at få et overblik over disse årsagssammenhænge.

Formålet med denne undersøgelse var derfor at sammenligne udvalgte cariesrisikofaktorer samt cariesincidens hos raske patienter i privat tandlægepraksis med to veldefinerede grupper af psykiatiske patienter. Den ene gruppe bestod af patienter med skizofrene lidelser og den anden af patienter med affektive lidelser, såsom mani og depression. Vi fandt at medicinindtagelse, klager over mundtørhed, hyppighed af tandlægebesøg og cariesincidens var væsentligt højere/hyppigere hos de psykisk syge som samlet gruppe end hos de raske. Diagnosen *psykisk syg* prædisponerede således for en højere cariesincidens end hos raske. Mellem de to grupper af psykisk syge var der betydelige forskelle i cariesincidensen således at den skizofrene gruppe internt viste en inhomogen cariesincidens i modsætning til den affektive gruppe, som havde en relativt homogen cariesincidens. Det er derfor nødvendigt at tilbyde en meget differentieret tandpleje til psykiatiske patienter, herunder specielt til gruppen af patienter med skizofrene lidelser.

Psykiatiske patienter har ofte store odontologiske problemer i form af øget cariesforekomst og mundtørhed. De hyppige klager over mundtørhed hos de psykiatiske patienter kan næsten altid relateres til deres medicinindtagelse, idet psykiatiske patienter ofte indtager en lang række lægemidler med kendte og veldokumenterede bivirkninger i form af nedsat spyttsekretion. Den øgede cariesforekomst hos de psykiatiske patienter kan skyldes den lægemiddelinducerede nedsatte spyttsekretion. Men den kan også i høj grad skyldes disse patienters sygdomsbetingede livsstil. Således vil nogle former for psykiatiske sygdomme medføre livsstilsændringer der kan resultere i tvivlsom mundhygiejne og tandplejevaner (1-4).

Hidtil er dette årsagskompleks primært beskrevet for de psykisk syge patienter som en samlet gruppe. For at opnå et mere detaljeret odontologisk billede af de psykiatiske patienter er der således et behov for at beskrive forskelle i mundtørhed og cariesforekomst mellem de forskellige grupper af psykisk syge. En sådan beskrivelse kunne gøre det muligt at præcisere den psykiatiske tandpleje mht. behandlingsbehov fordelt på forskellige grupper af psykisk syge. I dag behandles de psykisk syge patienter, alt efter deres psykiatiske tilstand, i mange forskellige regi. Således behandles nogle i privat praksis, mens andre behandles i omsorgs- og i amtstandplejen.

Med amtstandplejen per 2002 er der etableret ordninger der sikrer de dårligste psykiatiske patienters tandpleje. Hidtil er psykisk syge i tandplejeundersøgelser blevet behandlet som en homogen gruppe af psykiatrisk indlagte eller hjemmeboende, selv om de i undersøgelserne er beskrevet som en meget heterogen gruppe af patienter med forskellige diagnoser, medicinforbrug og tandplejevaner (1-9). Pga. denne uensartethed hos de psykisk syge personer kan det være særlig svært at få overblik over deres orale forhold. Et bedre kendskab til disse patienter i tandplejen vil derfor hjælpe til at de kan tilbydes mere individuelle odontologiske behandlinger.

Formålet med denne undersøgelse var således at foretage en sammenligning af 1) daglig medicinindtagelse, 2) forekomst af mundtørhed, 3) forekomst af orale *Candida*-infektioner, 4) antallet af cariesbehandlede tænder inden for en toårig periode, og 5) antal tandlægebesøg inden for en toårig periode hos en gruppe af patienter i privat tandlægepraksis (gruppe A) og en gruppe af psykisk syge patienter i amtstandplejen. For at få en mere differentieret indsigt i de orale forhold hos gruppen af de psykisk syge deltes denne, jf. WHO ICD-10's klassifikation, i to hoveddiagnosegrupper, nemlig en gruppe af patienter (B) med lidelser inden for det skizofrene spektrum, og en gruppe (C) af patienter

Tabel 1. Forskelle i to grupper af psykisk syge mht. kognition (opfattelse), affekt (virke) og handleplan: B er en gruppe af psykiatriske patienter med lidelser inden for det skizofrene spektrum, og C er en gruppe af psykiatriske patienter med lidelser inden for det affektive spektrum (dvs. sindsbevægelse som bl.a. mani og depression) (10, 11).

Gruppe B (skizofrene)	Gruppe C (affektive)
<i>Kognition:</i>	
Moderat til svært læderet opmærksomhed og koncentration	Let til moderat læderet opmærksomhed og koncentration
Svært nedsat evne til at processere tanker	Tanker processeres ofte normalt, men i nedsat tempo (undtaget er panik)
Dårlig eller fragmenteret evne til planlægning	Rimelig evne til sammenhængende planlægning
Urealistisk forhold til krop-pens og hygiejns betydning	Realistisk forhold til krop og hygiejne, men kan føles vanskeligt at gennemføre
<i>Affekt (angst, vrede) og humør:</i>	
Ikke-situationstilpasset affekt	Hypigere situationstilpasset affekt (undtaget: dyb depression, panik og selvdestruktion)
Uforståelig affekt	Ofte forståelig affekt
<i>Handleplan:</i>	
Svært nedsat evne til at føre realistiske tanker til handling	Evne til at føre realistiske tanker til handling, men i langsommere tempo (undtaget impulsiv handlen)
Bizar adfærd	Sjældent bizar adfærd
Rituel/tvangsmæssig adfærd	Sjældent rituel/tvangsmæssig adfærd (undtaget er OCD)
Egocentreret adfærd	Egocentreret adfærd, men i mindre grad

med lidelser inden for det affektive spektrum (10, 11) (Tabel 1).

Undersøgellesdesign

Undersøgelsen blev udført på en kohorte af 30-50-årige,

hvor det må antages at psykiatiske sygdomme havde forekommet i nogle år. Selve undersøgelsen tog udgangspunkt i et spørgeskema som blev udfyldt af patienter og raske kontrolpersoner under en rutinemæssig tandlægekonsultation. Den raske gruppe (A) omfattede 21 kvinder og 19 mænd fra privat tandlægepraksis (n = 40). Gruppen af patienter med skizofrene lidelser (B) omfattede 11 kvinder og ni mænd (n = 20), og gruppen af patienter med affektive lidelser (C) omfattede 10 kvinder og 10 mænd (n = 20), som alle blev undersøgt på amtstandklinikken i Psykiatrisk Center Glostrup. Patienterne i gruppe B var i forbindelse med deres psykiatriske behandling blevet diagnosticeret med enten skizofreni, paranoia eller skizoaffektive lidelser. Patienterne i gruppe C var diagnosticeret med affektive tilstande som mani og depressioner, nervøse og stressrelaterede tilstande, samt forstyrrelser og forandringer af personlighedsstruktur og adfærd (Tabel 1).

Tandbehandlingsfrekvensen blev bestemt som antallet af tandlægebesøg de sidste to år inden undersøgelsen. Daglig medicinindtagelse blev bestemt som antal receptpligtige præparater per dag. Ingen i kontrolgruppen indtog selvsagt præparater mod psykiatiske lidelser. Mundtørhed blev bestemt ud fra fire spørgsmål som graduerede graden af mundtørhed (12). Prævalensen af *Candida*-infektioner blev bestemt som antal de sidste to år inden undersøgelsen. Cariesincidensen blev bestemt som antal behandlede tænder de sidste to år inden undersøgelsen. Forskelle mellem to grupper blev analyseret med Wilcoxon rang-sum test, og forskelle mellem alle tre grupper med Kruskal-Wallis' test. Individuelle korrelationer blev bestemt med Spearmans rangkorrelationsanalyse og korrelationskoefficienten (r_s) givet. Signifikansniveauet blev sat til 5 %.

Resultater

Som beskrevet i undersøgelsesdesignet var kønsfordelingen næsten ens i de tre grupper. Ydermere var også gennemsnitsalderen næsten ens for gruppe A (38 ± 7 år), B (42 ± 5 år) og (C) (40 ± 6 år).

Gennemsnitsværdierne for medicinindtagelse i de tre grupper er vist i Fig. 1A. Der fandtes en signifikant forskel i medicinindtagelse mellem de psykiatriske patienter og de raske kontrolpersoner ($P < 0,001$). Således indtog kun 10% af de raske kontrolpersoner receptpligtig medicin dagligt mod 98% af de psykisk syge (13). De to grupper af psykisk syge (B og C) var næsten ens vedr. antallet af daglige præparater. Men kvalitativt viste det sig at der var væsentlig forskel på typen af medicinske præparater i de to psykiatriske grupper. Gruppe B fik primært antipsykotisk medicin, der blev suppleret med sedativa og anxiolytica. Gruppe C fik primært

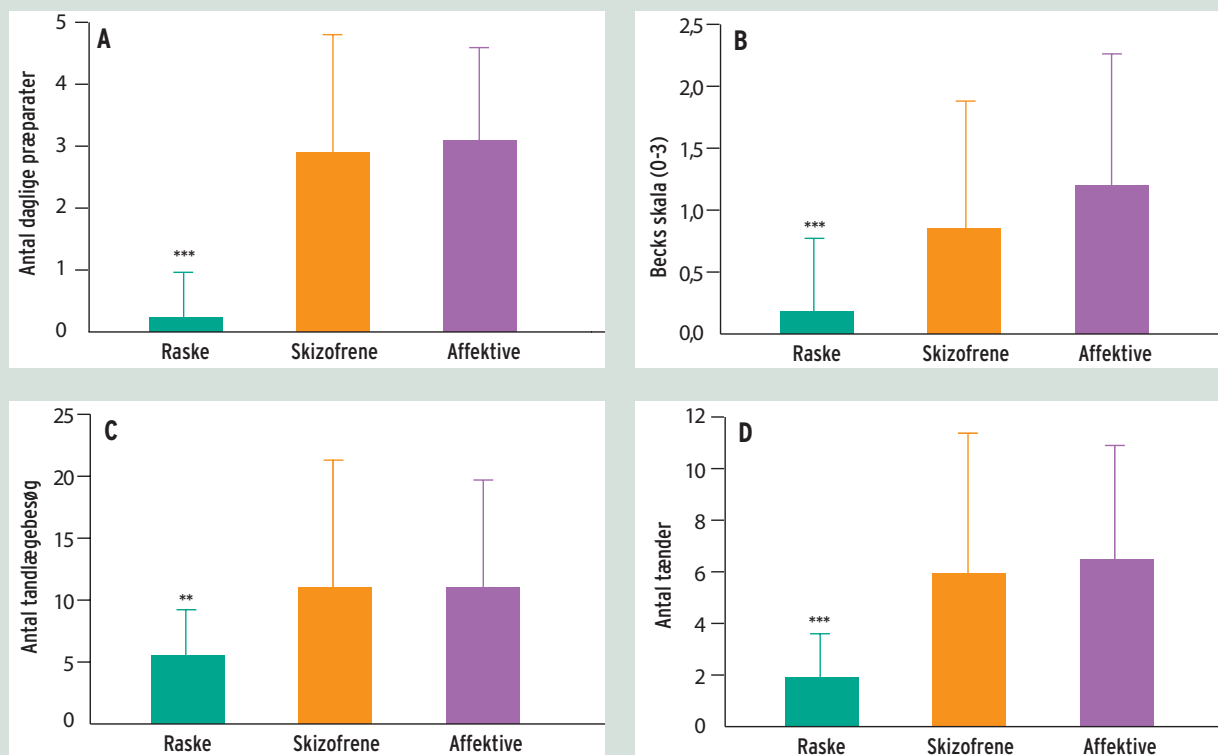


Fig. 1. Daglige medicinindtagelse (A), følelse af mundtørhed (B), antal tandlægebesøg i de sidste to år (C) og antal behandlede tænder i sidste år (D) hos tre forskellige patientgrupper: henholdsvis psykiatrisk raske i privat tandlægepraksis og to grupper af psykisk syge, én gruppe med lidelser inden for det skizofrene spektrum og én gruppe med lidelser inden for det affektive spektrum (dvs. sindsbevægelse som bl.a. mani og depression) (10, 11).

Fig. 1. Medicine intake (A), complaints of dry mouth (B), number of dental visits within the last two years (C), and number of treated teeth within the last two years (D) in three different patient groups: A group of psychiatrically healthy patients in private dental practice, a group of psychiatric patients within the schizophrenic spectrum, and a group of psychiatric patients within the affective spectrum, covering manic and depressives (10, 11).

antidepressiv-præparater, evt. suppleret med antipsykotica og sedativa/benzodiazepiner. Medicineringen for gruppe B var ofte moderat, men konstant. Medicineringen for gruppe C var enten konstant, eller svingende mellem ingen medicin og medicin i høje doser.

Gennemsnitsværdierne for mundtørhedsscoren er vist i Fig. 1B. Som samlet gruppe havde de psykisk syge signifikant flere klager over mundtørhed end de raske ($P < 0,001$). Således angav kun 10% af de raske at lide af mundtørhed mod 65% af de psykisk syge. Indbyrdes i gruppen af psykisk syge viste det sig at flere affektive (75%) end skizofrene (55%) klagede over mundtørhed. Overraskende havde ingen af patienterne i de tre grupper været behandlet for orale *Candida*-infektioner i to år inden undersøgelsen.

Gennemsnitsværdierne for tandlægebesøg i løbet af to år inden undersøgelsen er vist i Fig. 1C. Gennemsnitligt gik de raske kontrolpersoner, som alle blev behandlet i privat tand-

lægepraksis, til tandlæge ca. fem gange i løbet af to år inden undersøgelsen. I modsætning hertil gik de psykisk syge som samlet gruppe mere end dobbelt så meget til tandlægen ($P < 0,05$). Der var ingen forskel i antallet af tandlægebesøg mellem de to grupper af psykiatiske patienter.

Gennemsnitsværdierne for antal behandlede tænder i en toårig periode inden undersøgelsen er vist i Fig. 1D. De raske kontrolpersoner havde gennemsnitligt fået behandlet to tænder i løbet af de sidste to år inden undersøgelsen. Dette var signifikant mindre end de psykisk syge, der som samlet gruppe gennemsnitligt havde fået behandlet lidt over seks tænder ($P < 0,001$). De psykiatiske patienter havde således i gennemsnit fået behandlet tre gange flere tænder end de raske kontrolpersoner i løbet af de sidste to år inden undersøgelsen. Tandbehandlingsincidensen for raske patienter kan således udregnes til én behandlet tand per år, mens tandbehandlingsincidensen for psykisk syge

var tre behandlede tænder per år. Der var igen væsentlige forskelle mellem de to grupper af psykisk syge hvad angik antallet af behandlede tænder de sidste to år inden undersøgelsen. Gennemsnitstallene for den skizofrene gruppe dækkede dog over en meget stor spredning i antal behandlede tænder (Fig. 2). Dette skal ses som modsætning til de raske kontrolpersoner (A) i privat praksis og den affektive gruppe (B), der begge var mere homogene mht. antal behandlede tænder de sidste to år inden undersøgelsen (Fig. 2).

De individuelle korrelationer for samtlige forsøgspersoner (psykisk syge og raske) viste at der ikke var sammenhæng mellem alder og antal behandlede tænder; sandsynligvis fordi antal behandlede tænder repræsenterer cariesincidensen og ikke carieserfaringen. Antallet af behandlede tænder var derimod signifikant positivt korreleret til antallet af tandlægebesøg ($r_s = 0,57$, $P < 0,001$). Ligeså blev der fundet positive sammenhænge mellem medicinindtagelse og antal behandlede tænder ($r_s = 0,48$, $P < 0,001$) samt mundtørhed og behandlede tænder ($r_s = 0,37$, $p < 0,001$). Endelig fandt vi en signifikant positiv sammenhæng mellem medicinindtagelse og mundtørhed ($r_s = 0,68$, $P < 0,001$). Når vi så isoleret på de psykisk syge som gruppe, kunne vi genfinde den samme signifikante positive sammenhæng mellem medicinindtagelse og mundtørhed ($r_s = 0,40$, $P < 0,05$) som fandtes for hele gruppen. Derimod kunne vi overraskende nok ikke genfinde de andre sammenhænge mellem medicinindtagelse, mundtørhed og antal behandlede tænder hos de psykisk syge som isoleret gruppe.

Diskussion

Når der hos de psykisk syge ikke findes en sammenhæng mellem medicinindtagelse, mundtørhed og tandbehandlingsincidens, tyder denne undersøgelse på at dét at være psykisk syg *per se* forårsager et større behov for tandbehandling og -profylakse. Det betyder at psykisk syge som gruppe er påvirket af så meget medicin, og dermed også mundtørhed, samt en sandsynligvis utilstrækkelig mundhygiejne, der gør at de gennemsnitlig har et tre gange større behandlingsbehov af deres tænder end raske.

Tidligere undersøgelser har også påpeget et større tandbehandlingsbehov for psykisk syge målt som carieserfaringen i DMFS/T (1,2,5-9). Cariesincidensen hos de psykisk syge i dette studie er på linje med fundene i en undersøgelse fra 1983 af danske stofmisbrugere, der også har et stort behandlingsbehov, som blev opgjort til en gennemsnitlig cariestilvækst på over tre tandflader per år (14). Ligeledes blev der i 1995 foretaget en sammenligning af den ubehandlede cariesincidens for indlagte psykisk syge på 55% og »normalbefolk-

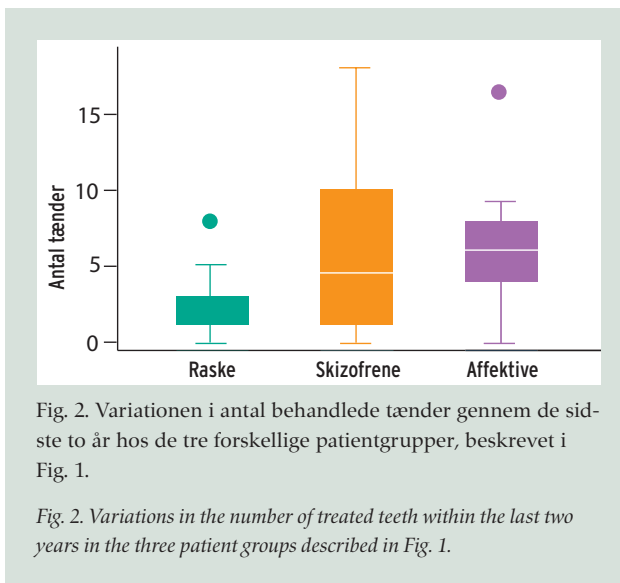


Fig. 2. Variationen i antal behandlede tænder gennem de sidste to år hos de tre forskellige patientgrupper, beskrevet i Fig. 1.

Fig. 2. Variations in the number of treated teeth within the last two years in the three patient groups described in Fig. 1.

ningens» cariesincidens på 23%, hvilket ca. svarer til en faktor 2,5 i forskel (1,15).

Ingen tidligere undersøgelser har påpeget forskellen i caries- og tandbehandlingsbehov mellem de to hoveddiagnosegrupper: patienter med lidelser inden for det skizofrene spektrum (gruppe B) og det affektive spektrum (gruppe C), om end der i den psykiatriske forskning er en væsentlig sondring mellem disse to diagnosegrupper (10, 11) (Tabel 1).

Et interessant fund i denne undersøgelse er at der for de psykisk syge ikke er nogen sammenhæng mellem de hyppigere tandplejebesøg (ca. én gang i kvartalet) i forhold til de raskes (ca. halvårligt besøg) i forhold til en forbedring af tandsundheden. De psykisk syges hyppigere tandplejebesøg er snarere en funktion af at de har et større behandlingsbehov.

I denne undersøgelse var mundtørhed et generelt problem for de psykisk syge (ca. 65%), mens det kun forekom sjældent hos de raske (ca. 10%). Når der hos de psykisk syge ikke er en klar årsagssammenhæng mellem medicinindtagelse, mundtørhed og cariesincidens, må det skyldes at denne undersøgelse ikke har medtaget de væsentligste determinanter for caries hos psykisk syge. Tidligere undersøgelser har peget på at utilstrækkelig mundhygiejne og uhensigtsmæssig livsstil er de to væsentligste andre forklaringer på den høje cariesincidens hos denne gruppe (1,9). Dette må vurderes differentieret i forhold til gruppe B og C, som har et temmeligt forskelligt diagnosemæssigt grundlag for både mundhygiejne og livsstil (Tabel 1).

Diagnosen *psykisk syge* prædisponerer således for en højere cariesincidens end hos raske. Mundtørhed og medicinindta-

gelse er en integreret del af at være psykisk syg. Selve diagnosen *psykisk syg* udtrykker netop at man sinds- og adfærdsmæssigt afviger negativt fra det såkaldte normale. Hermed kan det virke logisk at de psykisk syge langtfra altid har gode hygiejnerutiner (oralt og generelt), mad- og drikkevaner, sovnetider og alt hvad der indebæres af gode livsstilsforhold. Det er således netop psykosociale metoder og evner til at klare hverdagens situationer som halter hos de psykisk syge, hvilket bidrager negativt til den psykisk syges orale forhold.

Carieskonsekvenserne for de psykisk syge har dog markante individuelle forskelle, dels inden for gruppen af psykisk syge, dels mellem grupperne af skizofrene og affektive. Spredningen på cariesincidensen er således langt større i skizofrenigruppen end i den affektive gruppe (Fig. 2).

Det er således nødvendigt at tilbyde en meget differentieret tandpleje for netop disse psykisk syge. Hermed menes en oral forebyggelse og behandling der passer mere præcist til de meget individuelt forskellige psykiatriske patienter. Her er nogle gange behov for radikale behandlinger og forebyggelsesmetoder, mens der andre gange er brug for at anskue behandlingen med professionel fatalisme i forhold til den psykiatriske sygdoms sværhedsgrad. Som tandplejelovent er i dag behandles de psykisk syge alt efter deres psykosociale tilstand i forskellige tandplejesystemer, dvs. i amts- og omsorgstændplejen, samt i privat regi med sygesikrings-tandpleje og kommunale tilskudsmuligheder.

Indices og radikale metoder i forebyggelse og behandling

Denne undersøgelse understreger at der er behov for at udvikle individuelle profylaktiske og behandlingsmæssige metoder til de cariesmæssigt udsatte psykisk syge. Behandlingsmæssigt er generel anæstesi kun den mest radikale af metoderne. Desuden er der behov for flere systematiske oplysninger til anamnese og orale indices end dét der hidtil er præsteret. Her åbner den elektroniske patientjournal helt nye muligheder for statistisk overblik og analyse.

Journaliseringen må forbedres. Først må patientens orale niveau – som hidtil – vurderes, men desuden behøves en dynamisk vurdering af patientens orale forhold med indices for anamnese, forebyggelses- og behandlingsniveau. Anamnestisk skal der sikres løbende overblik over den psykiatriske sygdom, medicinforbruget og graden af mundtørhed. Mundhygiejnen skal kortlægges med indices for plak og gingivitis. Ligeledes må forebyggelses- og behandlingsniveauet vurderes med indices for caries/behandlede tænder per år og tendensen i fæstetabet.

Denne undersøgelse har vist at diagnosen psykisk syg *per se* viser at der er særligt behov for at holde øje med patientens

cariesaktivitet. Mulighederne for at ændre på cariesrisikofaktorerne drejer sig primært om plakkontrol, fluoridterapi og kostændring. Sådan er det traditionelt for ikke-psykisk syge. Desværre har de psykisk syge, der har mest behov for forebyggelse, oftest ringest komplians og sygdomsforståelse. Værst er det for de dårligste i gruppen af patienter med lidelser inden for det skizofrene spektrum (Tabel 1 og Fig. 2). Når god komplians og sygdomsforståelse nærmest er grundelementerne for god oral egenomsorg og oral helse, er prognosen dårlig for at forbedre de uheldige orale forhold hos de dårligst stillede psykisk syge. Det er her at den professionelle fatalisme kan komme på tale. Men det må i hvert fald komme efter en mere radikal terapi med fluorid i form af fx brug af fluortyggegummi, mundskylning med fluorvæske og/eller indkald til behandling med fluorgel i individuel skinne samt regelmæssig afpudsning hos tandplejer.

Kostændringer kan realistisk kun ske hvor plejepersonalet har direkte indflydelse på patientens kostplan, fx i boinstitutioner. Det er straks vanskeligere for fx patienter tilknyttet distriktspsykiatrien, hvor patienterne bor hjemme og højst har en hjemmehjælper et par timer om ugen. Endelig må der tages særligt hensyn til de psykiatriske patienters svingende funktionsnedsættelse. Hos disse patienter er caries således snarere en kumulativ konsekvens af deres psykiske handicap, som bryder ud i deres psykiatriske perioder.

For at reducere carieskonsekvenserne for de psykisk syge er der yderligere behov for at udvikle samarbejdet og de profylaktiske værktøjer mellem personalet i psykiatrien og tandplejen; bl.a. har de psykoterapeutiske forløb på de psykiatriske afdelinger ikke integreret mundplejen tilstrækkeligt i den almene pleje for de indlagte (16). Hermed kan en mere psykiatrisk diagnoselateret tandpleje, der opdeler de psykisk syge i risikogrupper, så de individuelt kan få den behandling og deltage i den forebyggelse der matcher deres orale og almene situation, etableres.

English summary

Differences in medicine intake, xerostomia and caries incidence among patients in private and psychiatric dental practice

Increased caries experience in psychiatric patients may be due to medication-induced salivary gland dysfunction, but may also be related to the lifestyle of the psychiatric patients. It is, however, difficult to obtain a clear view of the causal relationships, as psychiatric patients comprise a very inhomogeneous group. Thus the aim of this study was to determine selected caries risk factors as well as caries incidence in a group of psychiatrically healthy dental patients in private dental practice and in two well-defined groups of psychiatric patients. One group was comprised of patients

within the schizophrenic spectrum and one group was comprised of patients within the affective spectrum covering manic and depressives. The results showed that medication intake, complaints of dry mouth, number of visits to the dental clinic and caries incidence were considerably higher in the psychiatric groups compared to the non-psychiatric group. Thus, a psychiatric diagnosis was predisposing for a high caries incidence. Within the two groups of psychiatric patients considerable differences in caries incidence were revealed, thus the schizophrenic group showed to be much more inhomogeneous than the affective group that was relatively homogenous. Accordingly, it is necessary to offer a highly differentiated dental treatment to psychiatric patients and especially to patients belonging to the schizophrenic group.

Litteratur

1. Hede B. Oral health in Danish hospitalized psychiatric patients. *Community Dent Oral Epidemiol* 1995; 23: 44-8.
2. Hede B. Tandforholdene hos hjemmeboende kroniske psykiatriske patienter. *Tandlægebladet* 1990; 94: 309-11.
3. Hede B. Dental health behavior and self-reported dental health problems among hospitalized patients in Denmark. *Acta Odontol Scand* 1995; 53: 35-40.
4. Sjögren R, Nordström G. Oral health status of psychiatric patients. *J Clin Nursing* 2000; 9: 553-7.
5. Siksna A, Bengtsson F, Gutmark B, Levin A, Lönneberg K. Chronic patients in a mental hospital. *Nord Psyk Tidskr* 1991; 45: 75-80.
6. Stefel DJ, Truelove EL, Menard TW, Anderson VK, Doyle VK, Mandel LS. A comparison of the oral health of persons with and without chronic mental illness in community settings. *Spec Care Dent* 1990; 10: 6-12.
7. Barnes GP, Allen EH, Parker WA, Lyon TC, Armentrout W, Cole JS. Dental treatment needs among hospitalized adult mental patients. *Spec Care Dent* 1988; 8: 173-7.
8. Rundegren J, van Dijken J, Mörnstad H, Knorrning LV. Oral conditions in patients receiving long-term treatment with cyclic antidepressant drugs. *Swed Dent J* 1985; 9: 65-9.
9. Baunöe J-H. Dental status, treatment needs and possibilities in 385 chronic psychiatric patients. *NFH-Bull* 1980; 7: 5-20.
10. Parnas J, Handest P, Sæby D, Jansson L. Anomalies of subjective experience in schizophrenia and psychotic bipolar illness. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 108: 126-33.
11. Kaplan HI, Sadock BJ, Grebb JA. *Synopsis of psychiatry*. 7th ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1994.
12. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psych* 1961; 22: 62-8.
13. Buchwald M, Ockelmann HH, Haastrup S. Anvendelsen af antipsykotika på Psykiatrisk Center Glostrup år 1998, 1999, 2000 og 2002. Poster v. Psykiatrisk Årsmøde 2003.
14. Scheutz F. Five-year evaluation of a dental care delivery system for drug addicts in Denmark. *Community Dent Oral Epidemiol* 1984; 12: 29-34.
15. Kirkegaard E, Borgnakke WS, Grönbæk L. Oral health status, dental treatment need and dental care habits in a representative sample of the adult Danish population (Ph.D.Thesis). Royal Dental Colleges, Copenhagen and Aarhus; 1986.
16. Østergaard P, Tind M. Plejepersonalets problemer med oral forebyggelse for indlagte psykiatriske patienter. *Tandlægebladet* 2003; 107: 248-51.

Forfattere

Peter Østergaard, amtstandlæge, MPH
Amtstandklinikken, Københavns Amt

Bent Rosenbaum, overlæge, dr.med.
Psykiatrisk Center Glostrup, Københavns Amt

Jens Eriksen, tandlæge
Privat praksis, Godthåbsvej 70, 2000 Frederiksberg

Martin Heiden, tandlæge
Privat praksis, Toftegårds Allé 30, 2500 Valby

Torben H. Thygesen, tandlæge
Afdeling for Tand-, Mund- og Kæbekirurgi, Århus Universitetshospital

Allan Bardow, adjunkt, tandlæge, ph.d.
Afdeling for Oral Medicin, Klinisk Oral Fysiologi, Oral Patologi og Anatomi, Odontologisk Institut, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet