

Helena O. Haugbo, Kari Storhaug og Tiril Willumsen

Rusavhengighet, psykiatri og oral helse. Rapport fra et sykehusprosjekt i Oslo

I 2006 startet sykehustannhelseprosjektet ved TAKO-senteret på Lovisenberg Diakonale Sykehus (LDS). Det ble gitt midler fra daværende Helse Øst til å etablere en tannklinikk med tannlege, tannpleier og sekretær på sykehusområdet. Prosjektet gikk over en periode på tre år og var øremerket pasienter tilknyttet LDS med rusavhengighet og psykiatridiagnose. Over 50% av pasientene knyttet til LDS har en psykiatridiagnose. Pasientene ble henvist fra sengeavdelinger og distriktspsykiatriske sentre (DPS) underlagt sykehuset. Formålet med prosjektet har vært å gi et supplerende tilbud til en gruppe som ikke har klart å nyttiggjøre seg andre tannhelsetilbud samt å prøve ut en sykehusforankret modell for tannhelsetjenester med tanke på en permanent sykehustannklinikk ved LDS.

Prosjektet har gitt mer kunnskap om en pasientgruppe som det er lite systematisk kunnskap om. Totalt 260 pasienter ble undersøkt og behandlet hvorav 177 ble ferdigbehandlet. Antall menn var noe høyere enn kvinner. Over halvdel av pasientene hadde egne barn. De fleste oppga at de bodde i egen bolig. Utdanningsnivået lå på gjennomsnittlig 11,5 år. I gjennomsnitt hadde denne gruppen pasienter ruset seg i 12 år. Blandingsmisbruk og sidemisbruk var svært vanlig. Subjektiv og objektivt målt munntørrehet var høy. Ingen av pasientene hadde gått jevnlig til tannlege. Intervallet mellom hvert tannlegebesøk varierte fra noen måneder opp til 20 år.

Forekomsten av karies var høy, og de eldste hadde færrest tenner. Ti pasienter ble intervjuet etter gjennomført behandling. Alle uttrykte tilfredshet med behandlingen. De følte at de hadde fått bedre tyggefunksjon, et mer akseptabelt smil og derved større mulighet til fremtidig jobb og sosialt liv. Takket være godt samarbeid med sykehusets enheter har vi nådd flere pasienter med et stort udekket behandlingsbehov.

Forfattere

Helena O. Haugbo, cand.odont., sykehustannlege. Lovisenberg Diakonale Sykehus (LDS)

Kari Storhaug, dr.odont., avdelingssjef. TAKO-senteret Lovisenberg Diakonale sykehus (LDS)

Tiril Willumsen, dr.odont., førsteamanuensis. Det odontologiske fakultet, Universitetet i Oslo

Rusfeltet dreier seg mye om psykiske lidelser. Tradisjonelt har rusproblemer og psykisk sykdom blitt behandlet hver for seg. Man snakker i dag om dobbeltdiagnose, det vil si både rusavhengighet og psykiatrisk sykdom. Psykiatriproblemet maskeres av rusproblemet, og rusbruken kan maskere psykiatriproblemet. Derfor er det vanskelig å si hvilket problem som oppstod først. Psykiatrien har i den senere tid erkjent at rus- og psykiatriproblemer må behandles parallelt. Jo mer alvorlig ruslidelser er, desto høyere er forekomsten av psykisk sykdom (3). Ofte faller denne gruppen utenfor når det gjelder tannhelsetilbud.

Sverige har i lang tid (siden ca. 1975) hatt sykehustannklinikker. Sykehustannlegene har sin egen forening med eget tidsskrift, og de arrangerer egne kurs. I dag er det ca 15 sykehus i Norge som har en sykehustannklinikk (4, 5), men oppgavene og funksjonen til disse tannklinikkene er svært ulike. De fleste tilbyr kirurgiske inngrep og tannbehandling i generell anestesi til pasienter fra den offentlige tannhelsetjenesten.

Med sammenlikning fra sykehustannklinikker i Sverige, ut fra Norges offentlige utredninger (6) og erfaringer fra FUTT-prosjektet (Forsøksordning med utvidet tannhelsetilbud) (7) ble det søkt om støtte gjennom daværende Helse Øst om prosjektmidler til utprøving av en sykehusforankret tannhelsetjeneste. Midlene ble bevilget til et prøveprosjekt

Hovedbudskap

- Dobbeldiagnosegruppen rus og psykiatri har dårligere tannhelse enn befolkningen for øvrig
- Karies er hovedproblemet
- Tannhelseatferd, tannbehandlingsfrykt, munntørrehet og kosthold var viktige hindringer for at pasientene klarte å opprettholde god tannhelse
- Gruppen bruker tannhelsetjenesten i akutte situasjoner
- Sykehustannklinikkenes supplerende tannhelsetilbud har gjort både terapeuter og pasienter svært fornøyde
- Man kan ikke regne med å nå de aller svakeste med dette tilbudet

for undersøkelse og tannbehandling av rus- og psykiatripasienter i Lovisenberg sektor som omfatter bydelene Grünerløkka, Gamle Oslo, Sentrum og St. Hanshaugen. Lovisenberg Diakonale Sykehus (LDS) er lokalsykehus for disse bydelene. Omtrent halvparten av pasientene som sokner til LDS har en psykiatridiagnose.

En egen tannklinikk ble utrustet i tilknytning til TAKO-senteret (Nasjonalt tannkompetansesenter for sjeldne medisinske tilstander) som allerede var en del av LDS. Tannpleier, tannlege og pasientkoordinator ble ansatt.

I løpet av en to-års periode ble det gjennomført kartlegging av tannhelsen til dobbeltdiagnosepasienter. Det finnes få publiserte artikler om tannhelsesituasjonen hos denne gruppen. Vi anså det derfor som en viktig oppgave å samle opplysninger om dette.

Målet med denne rapporten var å synliggjøre behovet for en sykehustannhelsetjeneste ved å kartlegge tannhelsen og behandlingsbehovet hos en gruppe mennesker med rusavhengighet og en psykiatrisk diagnose. Dessuten var målet å undersøke barrierer for gode tannhelsetjenester i disse gruppene og å prøve ut en sykehusforankret modell for tannhelsetjenester til kronisk syke med antatt store og sammensatte behov.

Pasienter og metoder

Over en periode på to år ble det undersøkt og behandlet 260 pasienter med dobbeltdiagnose. Denne rapporten er resultat av oppfølging av klinisk virksomhet for å belyse behandlingskvalitet.

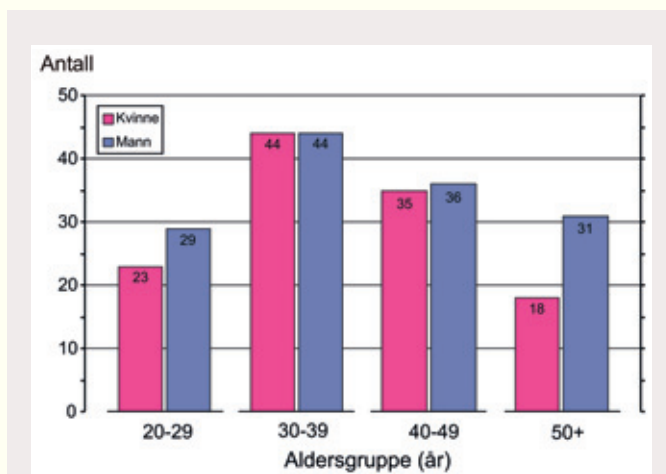
Henvisningene kom fra ulike satellittenheter innen LDS: Vor Frues Hospital, Akuttpsykiatrisk avdeling, Tøyen DPS og Lovisenberg DPS. Alle typer helsearbeidere ved sykehuset har henvist: psykologer, leger, sykepleiere, miljøterapeuter og sosionomer. Henvisingenhetene fikk informasjon om prosjektet gjennom intranettet ved LDS og egne informasjonsmøter i avdelingen.

Henvisningene ble sendt på bakgrunn av rusavhengighet, psykisk sykdom og at pasienten var i en form for rehabilitering. I henvisningene til prosjektet har inndelingen av psykiske lidelser vært: 1) schizofreni 2) personlighetsforstyrrelser 3) affektiv lidelse. Dette er en forenklet inndeling, men den sier noe om fordelingen av psykiske lidelser i gruppen.

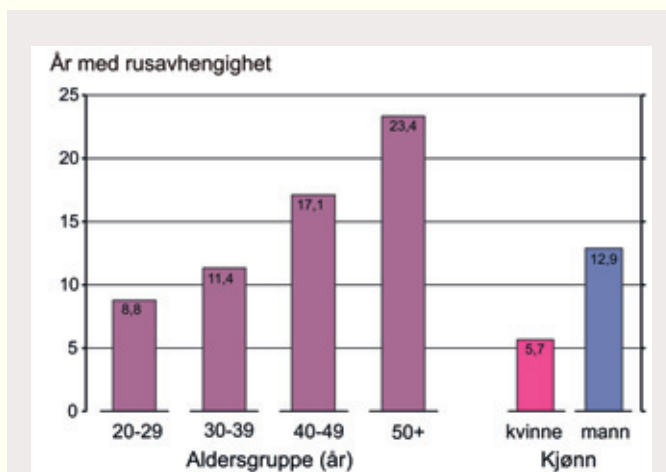
Ved første konsultasjon ble det tatt opp anamnese og foretatt klinisk og røntgenologisk undersøkelse. Det ble også tatt kliniske bilder. For å registrere tannstatus benyttet man DMFT (decayed, missing, filled teeth). Festetap rundt tenner ble grovt anslått fra røntgen og klinisk undersøkelse. Festetap over 4 mm fra emaljeselementgrensen ble registrert på de røntgenbildene man hadde tilgjengelig (bitewings og apikale bilder).

Munntørhet ble kartlagt med xerostomi-spørsmål fra «Xerostomia Inventory» (8). Salivproduksjonen ble målt med standard metode. Ustimulert spyttsekresjon ble foretatt ved å la pasienten samle spytt i 15 minutter uten å svelge, lett fremoverbøyd. Stimulert saliva ble så målt ved at en parafinbit ble tygget og saliva samlet og spyttet ut i 5 minutter. Pasientene ble oppfordret til å fylle ut et spørreskjema. I spørreskjemaene ble det lagt vekt på å finne ut mer om rusbruk, boforhold, utdanning, familiesituasjon og tidligere tannlegebesøk. «Corah Dental Anxiety Scale» ble brukt som mål på tannbehandlingsfrykt.

All tannbehandling var frivillig, og det ble bare tilbudt behand-



Figur 1. Pasientenes aldersfordeling etter kjønn.



Figur 2. Gjennomsnittlig antall år med rusavhengighet fordelt på alder og kjønn.

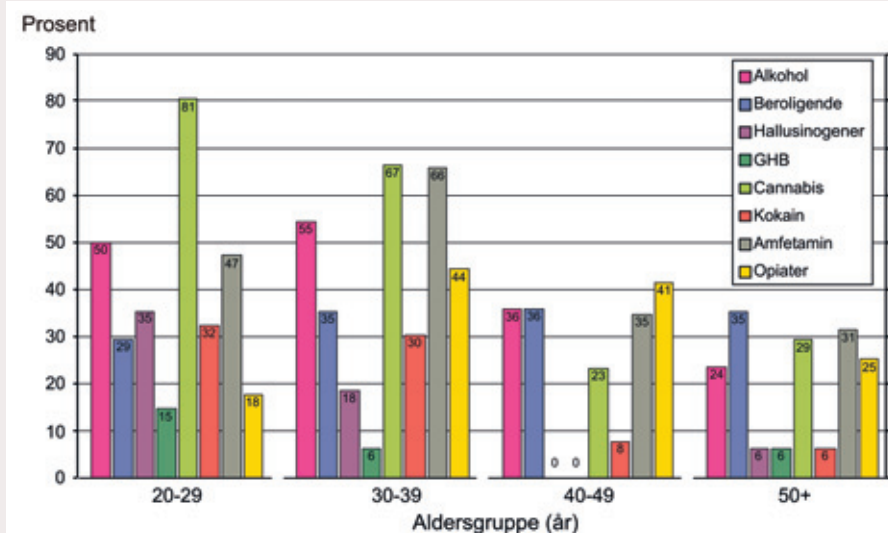
ling etter faglige retningslinjer og generelle anbefalinger for hva som regnes for nødvendig tannbehandling (5). Det ble utarbeidet behandlingsplan og kostnadsoverslag for hver pasient. Stort sett ble behandlingsplanen et kompromiss mellom hva som var realistisk og pasientens ønske.

Noen av pasientene som var ferdigbehandlet, ble spurt om de ville delta i et avslutningsintervju med nøytral intervjuer for å få et bilde av pasientenes erfaringer. Ti pasienter ble intervjuet, hver i ca. 30 minutter.

Resultater

I løpet av prosjektperioden ble 260 pasienter undersøkt. Alle var under en form for rehabilitering for sin psykiske lidelse og rusproblem. Felles for de henviste var at de var sosialhjelpsavhengige, uføre og at de var tilknyttet LDS. Fordelingen av de psykiatriske diagnosene i prosjektet var 43,5% schizofreni, 25,9% personlighetsforstyrrelse og 30,6% affektiv lidelse. I alt 177 pasienter ble ferdigbehandlet.

Antall menn var noe høyere enn kvinner (Figur 1). Gruppene 30–39 og 40–49 år var størst. Gjennomsnittlig alder for kvinner



Figur 3. Bruk av rusmidler i de ulike aldersgruppene. Blandingsbruket avtar med økende alder.

var 37,5 år og 38,6 år for menn. Over halvdel av de undersøkte pasientene hadde egne barn.

De aller fleste bodde alene i egen bolig (58,3%) Noen få var gift eller hadde samboer. Ikke alle svarte på antall år med utdanning, men basert på de svarene vi fikk, hadde de i gjennomsnitt 11,5 år med skolegang.

Rusavhengigheten hadde i gjennomsnitt vart i 12 år (Figur 2).

Det ble brukt mange ulike rusmidler (Figur 3). Cannabis og amfetamin ble ofte brukt i kombinasjon. Blandingsbruket så ut til å være mest utbredt i aldersgruppen 20–39 år. Eksperimentering og blandingsbruk så ut til å avta med økende alder.

Orale forhold og tenner

Gjennomsnittlig var det gått ca. 5 år siden siste tannbehandling. Lengste periode fra siste tannbehandling var 20 år, korteste periode var noen måneder.

Pasientene rapporterte problemer med munntørret (tabell 1). Sekstio prosent oppga problemer med tørr munn. Femti prosent

Tabell 1. Spørsmål fra spørreskjema om selvopplevd munntørret tatt fra «Xerostomia Inventory». Andel (%) som har svart ja på spørsmålene.

| | JA (%) |
|---|--------|
| 1. Har du eller har du hatt problemer med tørr munn? | 62 |
| 2. Føler du deg oftest tørr i munnen? | 42 |
| 3. Gjør du stadig noe for å fukte munnen? | 44 |
| 4. Nå: Må du stå opp om natten for å drikke noe? | 41 |
| 5. Har du problemer med å snakke fordi du er tørr i munnen? | 30 |
| 6. Drikker du noe for å klare å svelge maten? | 50 |
| 7. Føles munnen din tørr når du spiser? | 31 |
| 8. Har du problemer med å svelge noen typer mat? | 30 |

oppga at de måtte drikke for å svelge mat. Standardiserte spyttprøver på 60 pasienter viste hyposalivasjon (mindre enn 0,1 ml/min, ustimulert) hos 30% (18 personer).

Tannforholdene var oftest dårlige, som vist i kاسبildene (Figur 5–7). Forekomsten av karies var høy (Figur 4). I gjennomsnitt hadde aldersgruppen over 50 år 9 manglende tenner. Aldersgruppen 30–39 år hadde flest kariøse tenner, 7,55 i gjennomsnitt. 18% ble diagnostisert med festetap.

Pasientenes forventninger varierte. Hos noen var målet helt basalt; smertelindring. Hos andre var forventningene til faste protetiske løsninger urealistiske. Behandler observerte at dette var avhengig av hvordan brukersituasjonen var i øyeblikket, og hvor i rehabiliteringen pasienten

befant seg. Noen av dem som ruset seg mest, hadde urealistiske forventninger.

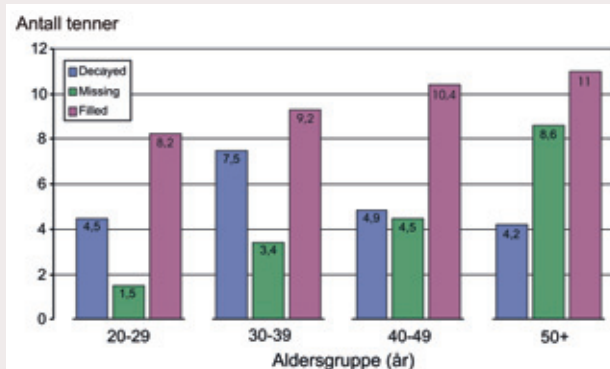
Gjennomsnittlig ville full behandling ha kostet ca. kr 12 000,- etter trygdens takster (median: kr 6 361,-). Laveste kostnad registrert på en pasient var kr 345,- og høyeste kostnadsoverslag var ca kr 135 000,-

Nytteverdien av tilbudet ble belyst i avslutningsintervjuet. Alle ti personer som ble intervjuet, uttrykte at behandlingen hadde bidratt til noe positivt for deres generelle rehabilitering. De beskrev bedre tyggefunksjon og bedre kosthold. Bedre tenner og et penere smil hadde gitt økt selvtillitt og gjort dem mer forberedt på å møte sosialt liv og arbeidsmarkedet.

Det var et klinisk inntrykk at det var generelt dårligere tannhelse hos de som brukte sprøyter i forhold til dem som var avhengig av piller, alkohol og rusmidler i pulverform.

Vegring for tannbehandling og uteblivelse fra avtaler

Mange ønsket lystgass/sedaasjon under tannbehandling, men de fleste taklet tannbehandlingen godt uten, etter tilvenning. Lyst-



Figur 4. Gjennomsnittlig DMFT fordelt på de ulike aldersgruppene.



Figur 5. Mann 26 år. Bruker alle typer rusmidler og injiserer heroin og amfetamin. Det er et sparsomt resttannsett der underkjeven er bedre bevart enn overkjeven. Det er stort behandlingsbehov med mange rotrester og infeksjoner. Det er mye plakk, og tapt bitthøyde.



Figur 6. Mann (afrikansk opprinnelse) 36 år. Bruker alkohol og hasj og er schizofren. Han har tilsynelatende «friske» tenner, men med gingivale karieslesjoner på buccalflatene (grad 3–4) på alle tenner bortsett fra fronttennene i underkjeven.

gass ble gitt der det var indikasjon for det, det vil si ved stor vegring for tannbehandling selv etter mange tilvenningstimer. Noen måtte ekstrahere flere tenner, og da var det aktuelt med lystgass eller annen sedasjon. Til sammen har 12 pasienter fått midazolam, sju har fått lystgass, og tre pasienter fikk behandling under generell anestesi.

Nesten halvparten av pasientene rapporterte sterk tannbehandlingsfrykt initialt (Dental Anxiety Score, DAS, >12) (9). Av dem som deltok i avslutningsintervjuet, ga ni av 10 uttrykk for at tannbehandlingsfrykt hadde vært et problem for dem i deler av livet.

Vi registrerte totalt 181 uteblivelser fra timeavtaler («ikke-møtt»). I tillegg kommer timer som ble ubenyttet fordi pasienten ringte og avbestilte sent (totalt 162). Av antall timer avsatt i løpet av 25 måneder (2656 timer tilgjengelig hos tannlege eller tannpleier) utgjør dette ca. 13%. Det vil si at ca. 87% av tilgjengelig behandlingstid ble utnyttet. Det var særlig stort frafall fra timer satt opp hos tannpleier.

Diskusjon

Prosjektet har gitt nyttig informasjon om gruppen rus- og psykiatripasienter og deres tannhelse.

LDS er et lokalsykehus for bydeler i Oslo der levekårsundersøkelser (10) viser høy tetthet av sosialhjelpsavhengige, lavere levealder og større helseproblemer sammenliknet med andre bydeler i Oslo. Pasientene vi behandlet gjenspeilet det klientellet de henvisende enhetene behandler til daglig også når det gjelder alders- og kjønnsfordelingen. Det var mange unge, og vi så et relativt jevnt utvalg av kvinner og menn. Alders- og kjønnsfordelingen i prosjektet skilte seg ikke i særlig grad fra rusmiddelstatens egne tall som viser at gjennomsnittsalder for deres brukere er 40 år. Andelen menn blant brukerne i rusmiddelstaten var 69% (11).

Rusmiddelstatens tall viser at andelen med egen bolig (eid eller leid) er 7%. Hos våre pasienter oppga 58,3% at de bodde i egen bolig. Det er mulig at pasientenes tolkning av egen bolig var f.eks. en bolig på institusjon da de svarte på vårt spørreskjema, eller at vi ikke har nådd ut til de aller svakeste med tilbudet. Økt samarbeid



Figur 7. Mann 44 år. Opiatavhengig og med post-traumatisk stress og depresjon. Det er mange komposittoppbygginger i fronten med sekundære lesjoner og store (grad 4–5) gingivale karieslesjoner i tennene distalt for hjørnetennene i overkjeven. Det er tydelig gingivitt. Spyttssekresjonen var svært lav.

og bevissthet om oral helse og dens betydning hos terapeuter kan på sikt føre til at vi også vil nå de aller svakeste.

Risikofaktorer for oral helse

Psykofarmaka brukt over tid disponerer for hyposalivasjon (12). Det er lite dokumentasjon på objektivt målt munntørrehet blant rusavhengige. Vi observerte at rusmiddelavhengige i rehabilitering svært ofte kombinerte illegale rusmidler (sidemisbruk) og legemidler forskrevet av behandlende instans. 30% av våre pasienter hadde hyposalivasjon, og 62% rapporterte munntørrehet. Liknende tall fremkommer i en dansk undersøkelse fra en psykiatrisk institusjon som viste at gruppen psykisk syke oftest oppga at de led av munntørrehet (65%) sammenliknet med friske pasienter (10%) (13).

Gruppen rapporterte i gjennomsnitt fem år siden siste ordinære tannbehandling. Som forklaring på hvorfor det hadde gått så lang tid, oppga de aller fleste tiltaksløshet, rusbruk, fravær av smerter og

manglende betalingsevne. Mange har svart at de bare kjente smerter av og til, til tross for dårlig tannstatus. Vårt inntrykk var at gruppen stort sett brukte tannhelsetjenester i akutsituasjoner. En undersøkelse gjort av Seksjon for samfunnsodontologi, UiO, i 2004 (14) viste at 87% av den voksne befolkningen i Norge hadde vært til tannlege i løpet av de to siste årene, til sammenlikning.

Sammenliknet med tidligere undersøkelser om tannbehandlingsfrykt (9), var forekomsten av tannbehandlingsfrykt ved oppstart av behandlingen hos våre pasienter ca. fire ganger så høy. Enda flere oppgav i intervju at frykt hadde hindret dem i å få nødvendig tannbehandling i perioder av livet.

Orale funn

Hvis vi sammenlikner med Trøndelagsundersøkelsen (15) som inneholder tall om tannhelsen i den friske voksne delen av befolkningen, kom vår prosjektgruppe svært dårlig ut i alle aldersgrupper for de to parametrene kariøse tenner (DT) og manglende tenner (MT). Gjennomsnittet for aldersgruppen 35–44 år i Trøndelagsundersøkelsen for DT var 0,8 mens det i vårt materiale var nesten åtte kariøse tenner for gruppen 30–39 år. I Trøndelagsundersøkelsen hadde gruppen 34–44 år gjennomsnittlig MT på 1,2 mens vår gruppe i samme alder hadde MT 3,35. En undersøkelse blant hjemløse (hovedsakelig rusavhengige) i Stockholm viste lignende tall (16). Vi fant festetap hos ca. 18%. Forekomsten av periodontitt i den normale voksne befolkningen er ca 10–15% (17). Nesten alle de undersøkte oppga at de røykte (93,5%), noe som tilsvarer funnene i en svensk undersøkelse (16).

Det kan virke som om tanntap i forholdsvis ung alder ikke skyldes festetap og periodontitt, men karies. Søthunger, som er en kjent følge av rusavhengighet, samt livsmønsteret, munntørrehet og manglende evne til egenomsorg må anses som medvirkende til det alvorlige kariesbildet.

Behandling

Gjennomsnittlig pris for total oral rehabilitering var kr 12 000,- etter trygdens takster. Tannstatus og bruken av tannhelsetjenester hos vår pasientgruppe skiller seg svært mye fra den øvrige befolkningen ved at det er et stort akkumulert behandlingsbehov.

Tatt i betraktning den høye forekomsten av kariøse og manglende tenner, og gruppens unge alder, var det bekymringsfullt at interessen for forebyggende tiltak og oppfølging hos tannpleier var svært liten. Tannbehandling alene kommer til kort dersom god tannhelse skal opprettholdes på lang sikt.

Barrierer for god tannhelse og uteblivelser fra timeavtaler

Alle de ti pasientene som gjennomgikk avslutningsintervju, sa at det var vanskelig for dem å få gjennomført daglig tannstell og tannbehandling under rusavhengigheten. Grunnene til dette ble blant annet beskrevet som at mangel på selvrespekt førte til neglisjering av munnhygiene. Det ble ikke tid til tannstell fordi all tid gikk med til å skaffe penger til rusmidler. Munntørrehet og søthunger bidro til karbohydratholdig småspising. En pasient fortalte at han ofte hadde ruset seg ekstra for å dempe tannmerter. Dette ble understøttet av at andre pasienter fortalte at de ikke hadde tanns-

merter så lenge de ruset seg. Men når de ikke lengre hadde tilgang på rusmidler, f.eks. ved akutte innleggelser, fikk de tannmerter.

Oppfølgingstimer hos tannpleier og opplæring i egenomsorg var uinteressant for de fleste pasientene. De «forsvant» fra hjelpeapparatet eller hadde tilbakefall med hensyn til psykisk helse og rusavhengighet og evnet derfor ikke å komme til klinikken i perioder. Det har likeledes vært utfordrende å få pasientene til klinikken for kontroll ett år etter avsluttet behandling. Mange av innkallingene per post kom i retur. Innkalling per sms førte heller ikke fram. Mange endret mobilnummer og flyttet hyppig.

Konklusjon

Vi har sett at en sykehusforankret tannhelsetjeneste kan sikre personer med dobbeltdiagnose et bedre tannhelsetilbud, men vi har trolig ikke nådd de aller svakeste med dette tilbudet. Samarbeidet mellom sykehustannklinikken og øvrige enheter tilknyttet LDS førte til at mange pasienter med dobbeltdiagnosen rus/psykiatri ble i stand til å nyttiggjøre seg tannbehandlingstilbudet. Pasientene ga klart uttrykk for at tannbehandling var en viktig del av en vellykket totalrehabilitering og gjenintegrering i samfunnet. For å kunne gi et mer entydig og fullstendig bilde av tannhelsesituasjonen hos denne gruppen pasienter bør det undersøkes bredere og dypere. Helse Sør-Øst har etter endt prosjektperiode bevilget midler for en permanent sykehustannklinik ved LDS for samme målgruppe.

English summary

Haugbo HO, Storhaug K, Willumsen T.

Drug dependency, psychiatry and oral health. Report of a hospital project in Oslo, Norway

Nor Tannlegeforen Tid 2010; 120: 912–7.

In 2006 the TAKO Centre (National Dental Centre) at Lovisenberg Diakonale Hospital established a new dental service. The project's primary aim was to test the efficacy of a hospital-based clinic in providing a specialist dental service to people with psychiatric and drug-related difficulties.

The regional health department funded the project for 3 years, with a clinical team consisting of dentist, dental hygienist, and a patient coordinator. Altogether 260 patients were referred from inpatient wards at the hospital and from local psychiatric centres. Information was gathered through interviews, questionnaires, examinations, and treatment.

Men and women were almost equally represented. The patients had an average of 11.5 years in education, most lived in their own apartment, and almost half had one or more children. They had experienced an average of 12 years of drug addiction. The reported interval since previous dental visits ranged from a few months to 20 years.

The oral health of this group was poorer than that of the general population, with a high prevalence of dental caries and missing teeth. Ten patients were interviewed following their dental rehabilitation. All reported improved chewing function, a more acceptable smile, and greater employment opportunities following treatment.

Referanser

1. Evjen R, Kilelland KB, Øiern T. Dobbel opp: Om psykiske lidelser og rusmisbruk. 2. utg. Oslo: Universitetsforlaget, 2007.
2. Pedersen W: Bittersøtt: ungdom/sosialisering/rusmidler. 2 utgave. Oslo: Universitetsforlaget, 1998.
3. Kunnskapssenteret. Rapport nr 21. Dobbeldiagnose – alvorlig psykisk lidelse og ruslidelse. Del 1. Screening og diagnoseinstrumenter. 2007. p. 3.
4. Stortingsmelding nr: 16; Resept for et sunnere Norge. Folkehelsepolitikken. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2002–2003. p 100–4.
5. Stortingsmelding nr. 35. Tilgjengelighet, kompetanse og sosial utjevning. Fremtidas tannhelsetjenester. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2006–2007. p 55.
6. NOU 2005: 11. Det offentlige engasjement på tannhelsefeltet.
7. Sosial- og helsedirektoratet. Forsøksordning med utvidet fylkeskommunalt tilbud om tannhelsetjenester. FUTT prosjektet: Rapport IS 1230 og IS 1231. Sosial- og helsedirektoratet; 2004.
8. Thomson WM, Chalmers JM, Spencer AJ, Williams SM. The Xerostomia Inventory: a multi-item approach to measuring dry mouth. Community Dent Health. 1999; 16: 12–7.
9. Vassend, O. Kommunikasjon og pasientbehandling: praktisk psykologi for helsepersonell med eksempler fra odontologi. Oslo, Spartacus forlag, 1997. p 149–150.
10. FAFO rapport. Levekårsundersøkelsen i Oslo, Levekår på vandring. Velstand og marginalisering i Oslo, 2007.
11. Nordrik B, Stugu S, Eilertsen R. Når de svakeste taper. Konsekvenser av rusreformen 2008. De facto rapport, Kunnskapssenter for fagorganiserte.
12. Sreebny LM. Saliva in health and disease: an appraisal and update Int Dent J. 2000; 50: 140–161.
13. Østergaard P, Rosenbaum B, Bardow A. Forskelle i medicinintagelse, mundtørhet og caries hos pasienter i privat og amtspsykiatrisk tandlægepraksis. Tandlægebladet. 2004; 108; 736–41.
14. Holst D, Grytten J, Skau I. Den voksne befolknings bruk av tannhelsetjenester i Norge i 2004. Nor Tannlegefor Tid. 2005; 115; 212–6.
15. Holst D, Schuller A, Grimestad A. Tannhelsen i dynamisk endring – fra sykdomsrisiko til helsepotensial. Nor Tannlegeforen Tid. 2004; 114: 866–71.
16. De Palma, Patricia. Oral health among a group of homeless individuals from a dental professional's and patient's perspective. Thesis for doctoral degree 2007. Karolinska institutet.
17. Holst D, Aleksen juniene J. De periodontale sykdommers epidemiologi og klassifikasjon. Nor Tannlegeforen Tid. 2004; 114: 14–9.

Adresse: Helena O. Haugbo, Lovisenberggata 17A, 0440 Oslo.
E-post: hohaugbo@gmail.com

Artikkelen har gjennomgått ekstern faglig vurdering.