

Ójöfnuður munn- og tannheilsu – fræðileg nálgun



POUL ERIK PETERSEN, PRÓFESSOR, DR. ODONT, DR H.C., CAND.SCIENT.SOC.
TANNLÆKNINGASTOFNUN, HEILBRIGÐIS- OG LÆKNAVÍSINDASVIÐ, HÁSKÓLINN Í KAUPMANNAHÖFN,
DANMÖRK. poep@sund.ku.dk
MAGNUS HAKEBERG, PRÓFESSOR, DR. ODONT, TANNLÆKNINGASTOFNUN, SAHLGRENSKA AKADEMÍAN,
HÁSKÓLINN Í GAUTABORG, GAUTABORG, SVÍPJÓÐ. magnus.hakeberg@odontologi.gu.se

TENGILIÐUR: POUL ERIK PETERSEN, poep@sund.ku.dk
SAMÞYKKT AF RITSTJÓRN PEMAVERKEFNIS TIL BIRTINGAR 27. APRÍL 2020

TANNLÆKNABLAÐIÐ 2021; 39(2): 73-85
doi: 10.33112/tann.39.2.8

ÁGRIP

Þessi grein dregur fram og útskýrir fræðileg hugtök í tengslum við ójöfnuð heilbrigðis ásamt því að fjalla um helstu atriði sem brúa bilið milli þjóðfélagshópa þegar kemur að munn- og tannheilsu. Ójöfnuður heilbrigðis er alþjóðlegt vandamál. Félags- og efnahagslegir þættir á borð við tekjur, menntun og starf hafa mikil áhrif á munn- og tannsjúkdóma hjá fullorðnum. Auk þess hafa áhrif félagslegra þátta á munn- og tannheilsu barna komið fram víða. Kannanir sýna að ójöfnuður munn- og tannheilsu er langvarandi vandamál. Félagsfræðikenningar hafa lagt sitt af mörkum við að auka skilning á félagslegum ójöfnuði. Félagsfræðingar sem aðhyllast *átakakenningar* (e. conflict sociologists) telja efnahagslega þáttinn vera meginorsök stéttaskiptingar og skorts innan samfélaga. Átakakenning leggur áherslu á vald og tengsl þess við framlegð innan samfélaga. *Virgni- eða samstöðukenning* (e. functionalist or consensus theory) bendir á upphafina sem fylgir sterkri þjóðfélagsstöðu, samfélagslegri viðurkenningu og addáun annarra. Fjórar megináðferðir hafa verið notaðar til að greina hugtök eins og stétt eða félags- og efnahagslega lagskiptingu. Samstöðukenning mælir með orðstíraðferð (e. reputational method), sjálfsmetinni samfélagsstöðu (e. self-location) og aðferð með samsettu stuðli (e. composite index method) en átakakenning hallast að hlutlægrri aðferð. Kerfislægir og sálfélagslegir þættir ásamt pólitískum þáttum leiða til ójöfnuðar heilbrigðis. Mismunandi lífnaðarhættir og áhættuhegðun eru mikilvægir miðlunarþættir. Þegar reynt er að skilja hvernig félagslegur ójöfnuður virkar er hægt að nota líkan sem Alþjóða heilbrigðismálastofnunin (WHO) þróaði. Ójöfnuður heilbrigðis er óréttlátt fyrirbæri en með rétttri blöndu af stefnumálum stjórnvalda er hægt að draga úr honum. Alþjóða heilbrigðismálastofnunin viðurkennir lýðheilsuáhrif sem lönd þurfa að tileinka sér í því skyni að rjúfa félagslegan ójöfnuð heilbrigðis og lýsir helstu nálgunum sem hægt er að beita til að draga úr ójöfnuði munn- og tannheilsu.

Lykilorð: Tegundir ójöfnuðar, félagsfræðikenningar, mæling á ójöfnuði, félagslegir drifkraftar, ójöfnuður rofinn

Inngangur

Sjúkdómar í munni eru algengustu langvinnu sjúkdómar heims en þó hefur mynstur þeirra breyst umtalsvert á síðustu árum. Í þróunarlöndum fer tíðni tannskemmda hjá ungum börnum og fullorðnum, og tíðni tanntaps hjá fullorðnum ört hækkandi (1, 2) meðan alvarlegir sjúkdómar í munni virðast vera á undanhaldi sem lýðheilsuvandamál í iðnvæddum ríkjum. Á Norðurlöndum hefur þróunin undanfarna þrjá áratugi verið í átt að bættri munn- og tannheilsu en vandamál á þessu sviði eru samt sem áður viðvarandi, einkum hjá sérstökum áhættuhópum.

Sjúkdómar í munni hafa áhrif á fólk á öllum aldri og eru mikil byrði fyrir einstaklinga og samfélög. Helstu sjúkdómarnir eru m.a. tannskemmdir, tannhaldssjúkdómar, tanntap, áverkar á munni og tönnum og krabbamein í munni. Þessir sjúkdómar hafa oft viðtæk áhrif á lífsgæði og félagslega virkni (3). Helstu sjúkdómar í munni tengjast langvinnum sjúkdómum. Samhliða sjúkdómar stafa einkum af áhættuþáttum á borð við óholtt mataræði með mikilli sykurneyslu, tóbaksnotkun, ofneyslu áfengis og ófullnægjandi hreinlæti (4). Til viðbótar við áhrif sem sameiginlegir áhættuþættir valda eru bein tengsl milli sjúkdóma í munni og ákveðinna langvinnra sjúkdóma, svo sem milli langt gengins tannhaldssjúkdóms og sykursýki (5). Þar af leiðandi koma sjúkdómar í munni og aðrir langvinnir sjúkdómar oft fram hjá fátækum og viðkvæmum hópum þar sem félagslegir þættir munn- og tannheilsu og heilsufars almennt hafa veruleg áhrif.

Slíkan ójöfnuð má finna við nánast alla sjúkdóma í munni. Í öllum löndum og aldurshópum má finna mikinn félagslegan mun á venjum sem tengjast munn- og tannheilsu, s.s. tannlæknaheimsóknum, munnhirðu og matarvenjum (6). Lýðheilsustefna á Norðurlöndum hefur gert það að verkum að aðsókn barna og fullorðinna að tannlæknaþjónustu er almennt góð og sjúklingar fá oft fyrirbyggjandi tannlæknaþjónustu og -meðferð (7). Hins vegar fær talsverður hluti viðkvæmra og jaðarsettra hópa ófullnægjandi meðferð þar sem þeir hafa ekki ráð á þjónustu og fyrirbyggjandi meðferð hjá tannlæknum. Athygli vekur að jafnvel á Norðurlöndum er nokkur hluti eldra fólks sem fær ekki fullnægjandi tannlæknaþjónustu (8).

Tilgangur

Félagsmála- og lýðheilsustefnur skapa góðan ramma utan um tannlæknaþjónustu á Norðurlöndum; meðferð helstu markhópa er annaðhvort veitt gjaldfrjáls með aðstoð opinberra sjóða eða gegnum einkarekna tannlæknaþjónustu með stuðningi þriðja aðila. Þrátt fyrir tilraunir til að veita

fullnægjandi þjónustu er ójöfnuður munn- og tannheilsu sláandi og stöðugt þarf að hafa afskipti af félagslegum þáttum og styrkja heilbrigðiskerfin til að uppfylla þarfir allra þjóðfélags hópa. Markmið þessarar greinar er að draga fram fræðileg hugtök um ójöfnuð heilbrigðis ásamt því að fjalla um helstu atriði til að brúa bilið milli þjóðfélags hópa þegar kemur að munn- og tannheilsu.

Ójöfnuður munn- og tannheilsu – rannsóknir byggðar á reynslu

Líklega hefur munn- og tannheilsa í félagslegu samhengi verið einna mest rannsökuð á sviði orsakafræði. Þetta svið innan lýðheilsufræði kallast félagsleg faraldsfræði en þar miða rannsóknir að því að skrá félagslegan mun á sjúkdómum meðal barna, unglunga, fullorðinna og aldraðra með klínískri skoðun eða spurningalistum. Í samfélags-tannlækningum hafa niðurstöður munn- og tannheilsu hvað varðar tannskemmdir, tannhaldssjúkdóma, tanntap og krabbamein í munni verið settar í forgang (9). Til dæmis staðfesti klínísk rannsókn á fullorðnum Dönnum (10) að tíðni tannskemmda var mjög mismunandi eftir tekjum, menntunarstigi og starfi (sjá Töflu 1).

Hætta á krabbameini í munni er talin vera mikil meðal fólks sem stendur höllum fæti félags- og efnahagslega, býr á vanbúnum svæðum og er útsett fyrir skaðlegum umhverfisaðstæðum (11). Áhrif félagslegra þátta á tannskemmdir hjá börnum eru þekkt um allan heim (12). Í nýlegri sænskri rannsókn (13) voru tengsl milli ýmissa félags- og efnahagslegra þátta og tannskemmda hjá börnum og unglungum rannsökuð. Ójöfnuður í tengslum við tannskemmdir er nátengdur fjölskyldutekjum, húsnæði, menntunarstigi móður eða föður, atvinnustöðu foreldra og innflytjendabakgrunni. Þessir þættir vögu þyngra hjá yngri börnum en unglungum.

Til viðbótar við klínískar niðurstöður kom þó fram að viðhorf til munnheilsu og sjúkdómseinkenna eru mikilvæg og að ólík viðhorf eru meðal ýmissa hópa þegar kemur að eigin mati á munn- og tannheilsu, munnhirðu, notkun tannlæknaþjónustu og tengdum sálfélagslegum þáttum (6). Fjöldi félags- og efnahagslegra þátta hefur verið notaður til að staðfesta þá byrði sem fylgir ójöfnuði munn- og tannheilsu. Óháðar breytur eru meðal annars þjóðfélagsstétt, menntun, atvinna, tekjur og atferlisþættir. Í könnun sem lögð var fyrir fullorðna í Svíþjóð kom fram greinileg félagsleg tenging við slæma munn- og tannheilsu og almennt slæmt heilsufar, sem svarendur greindu frá sjálfir (14). Eftir því sem menntunarstig og tekjur voru lægri, var erfiðara að safna stærri fjárupphæð og húsakostur var lélegri, var aukin

Félagslegir þættir munn- og tannsjúkdóma

Tafla 1. Meðaltal tannskemmda (DMF-S) hjá 35–44 ára Dönurum í tengslum við tekjur, menntun og starf (staðalskekka meðaltal er sýnd í sviga) (10).

Tekjur, menntun og starf	(n)	D-S	M-S	F-S	DMF-S
Tekjur (DKK):					
Minna en 200.000	(190)	1,9 (0,4)***	22,5 (1,2)***	26,2 (1,0)	50,6 (1,7)**
200.000–299.999	(337)	0,7 (1,6)	18,9 (0,6)	26,4 (0,7)	46,0 (1,0)
300.000–399.999	(120)	0,6 (0,2)	18,2 (1,2)	26,2 (1,5)	45,0 (1,9)
400.000 eða meira	(86)	0,4 (0,1)	15,6 (1,1)	25,1 (1,6)	41,1 (2,0)
Menntun:					
Lítill (≤ 10 ár)	(62)	2,2 (0,9)***	27,2 (2,8)***	28,2 (1,8)***	57,5 (3,3)***
Miðlungs (11–12 ár)	(158)	1,5 (0,4)	20,6 (1,2)	27,3 (1,1)	49,4 (1,6)
Mikil (13–14 ár)	(299)	0,9 (0,1)	19,2 (0,7)	28,2 (0,9)***	48,3 (1,1)
Mjög mikil (≥ 15 ár)	(193)	0,4 (0,1)	16,5 (0,7)	22,6 (1,0)	39,5 (1,3)
Starf:					
Sjálfstætt starfandi	(61)	0,7 (0,2)	17,8 (2,0)	28,9 (2,0)	47,4 (2,7)
Skrifstofustarfsmaður	(457)	0,5 (0,1)	17,7 (0,5)	25,4 (0,7)	43,6 (2,5)
Sérhæfður starfsmaður	(57)	1,2 (0,4)	18,3 (1,9)	30,6 (2,1)*	50,1 (2,5)
Ófaglærður starfsmaður	(100)	1,5 (0,5)	24,3 (1,5)	28,4 (1,5)	54,2 (2,2)***
Atvinnulaus	(21)	1,9 (0,7)	22,7 (4,5)	24,7 (1,9)	49,3 (5,1)
Lífeyrisþegi	(29)	3,8 (1,8)***	24,6 (3,2)***	25,0 (2,4)	53,4 (4,5)

* $P < 0,05$ ** $P < 0,01$ *** $P < 0,001$

Félagslegir þættir munn- og tannheilsu og almenns heilsufars sem fólk greinir sjálft frá

Tafla 2. Lógístísk aðhvarfsgreining með tvíþreytu þar sem munn- og tannheilsa er háð breyta (góð heilsa móti slæmri heilsu) og félags- og efnahagsleg staða er óháð breyta (14). OR = líkindahlutfall (e. Odds Ratio) og stjarna * tákna tölfræðilega marktæk tengsl ($p < 0,05$) við viðmiðunarflokk hvernar óháðrar breytu.

		Munnheilsa OR	95% öryggisbil	Almenn heilsa OR	95% öryggisbil
Menntun	Háskóli	1,0		1,0	
	(Viðmiðun)				
	Menntaskóli	1,33*	1,12–1,58	1,80*	1,43–2,27
	Grunnskóli	2,10*	1,71–2,57	3,80*	2,95–4,89
Tekjur (SEK)	≥ 601.000				
	(Viðmiðun)	1,0		1,0	
	401.000 – 600.000	1,53*	1,21–1,94	2,14*	1,45–3,16
Getur greitt 15.000 SEK á einni viku	201.000 – 400.000	2,06*	1,65–2,59	4,27*	2,98–6,11
	≤ 200.000	2,09*	1,63–2,70	6,75*	4,66–9,78
	Já, alltaf	1,0		1,0	
	(Viðmiðun)				
	Já, yfirleitt	1,38*	1,16–1,64	1,59*	1,28–1,99
	Nei, yfirleitt ekki/nei, aldrei		24,3 (1,5)	28,4 (1,5)	54,2 (2,2)***
Húsnæði	Eigið hús				
	(Viðmiðun)	1,0		1,0	
	Eigin íbúð	1,00	0,82–1,23	1,43*	1,11–1,84
	Leiguíbúð	1,43*	1,20–1,72	1,87*	1,50–2,34

hætta á að greint væri frá lélegri munn- og tannheilsu og almennt slæmu heilsufari. Rannsóknin var aðlöguð með tilliti til samhliða áhrifa af öðrum óháðum breytum eins og aldri, kyni og lífsstílstengdum þáttum. Greiningin staðfesti að tekjutengdar breytur höfðu mest áhrif (Tafla 2). Í norski rannsókn hjá fullorðnum kom einnig fram að félagslýðfræðilegir þættir, aðsókn að tannlæknaþjónustu og búsetusvæði höfðu mikil áhrif á virkni og lífsgæði (15).

Hægt er að bera saman tengingu félagslegra þátta við munn- og tannheilsu og almennt heilsufar. Það gefur til kynna að um sé að ræða sameiginlegar orsakir og drifkrafta. Danska lýðheilsustofnunin (16, 17) framkvæmdi nýlega (2017) rannsókn hjá fullorðnum sem varpar ljósi á samhliða ójöfnuð hvað varðar almennt heilsufar og munn- og tannheilsu sem einstaklingar greina sjálfir frá (Tafla 3). Menntunarstig er traustur mælikvarði á félags- og efnahagslega stöðu. Niðurstöður staðfesta að almennt heilsufar þjóðfélagshópa með lægra menntunarstig er oft verra og þessir hópar eru oftast útsettir fyrir áhættuþáttum samanborið við hópa með herra menntunarstig. Hlutfall fullorðinna með starfshæfan tannbúskap (20 tennur eða fleiri) og hlutfall eldra fólks sem sækir reglulega tannlæknaþjónustu er nátengt menntunarstigi.

Afleiðing félagslegs ójöfnuðar

Félagslegur ójöfnuður vísar til ójafnra tækifæra og ávinnings sem ólíkum hópum býðst innan samfélags (6). Ójöfnuður birtist meðal annars í ójafnri dreifingu menntunar, atvinnu, tekna og húsnæðis en einnig í misjöfnum aðgangi að heilbrigðisþjónustu, meðferð við sjúkdómum og fyrirbyggjandi aðgerðum. Félagsleg staða hefur mikil áhrif á aðgang að heilsugæslu þar sem meiri líkur eru á að efnaðri þjóðfélagshópar fái aðstoð þegar á þarf að halda. Misréttið getur einnig komið fram ef heilbrigðisþjónusta er ófullnægjandi eða of dýr, eða ef lítil eða engin niðurgreiðsla kostnaðar er til staðar. Mikilvægt er að hafa í huga að margir þættir endurspeglar grundvallaratriði ójöfnuðar, svo sem mismunandi aðbúnaður fólks sem býr í þéttbýli annars vegar og dreifbýli hins vegar, þjóðernisminnihlutahópar, umhverfisaðstæður, kyn, fjölskyldustaða og börn.

Á Norðurlöndum eru reglulega framkvæmdar mælingar á vegum félagsrannsóknarstofnana eða hagstofum viðkomandi landa, þar sem litið er á ójöfn tækifæri og mismunandi lífsskilyrði ólíkra félags- og efnahagslegra hópa. Þessar niðurstöður má einnig finna í hagskýrslum frá Hagstofu Evrópubandalaganna (18). Hagstofa Evrópubandalaganna var sett á fót af Evrópuþinginu til að hafa

Veikindi og heilsufar sem fólk greinir sjálft frá, eftir menntun

Tafla 3. Hlutfall fullorðinna Dana 16–75 ára eða eldri sem greindu frá heilsufarsvandamálum og áhættuþáttum í tengslum við menntunarstig (aldursaðlagáðar tölur). (Danish National Health and Illness Survey 2017 (n=12.753) (16, 17).

	Grunnskóli (7ár)	Framhaldsskóli (9 ár)	Stutt símenntun	Meðallöng símenntun	Löng símenntun
Góð/mjög góð heilsa	68,1	82,0	85,6	87,3	92,1
Slæm líkamleg heilsa	27,8	12,9	9,5	8,0	4,0
Slæm andleg heilsa	17,2	12,7	11,1	10,7	9,9
Mikil streita	33,1	24,8	21,4	19,4	17,5
Langtímaveikindi	48,4	38,3	34,8	35,0	26,9
Margir sjúkdómar (≥2)	42,5	30,9	21,7	26,1	20,3
Verkir eða óþægindi	52,2	43,7	43,7	38,3	30,5
Svefnvandamál	18,6	14,0	12,2	11,4	8,5
Daglegar reykingar	25,4	20,6	14,6	12,1	6,7
Óhollt mataræði	26,7	19,9	13,6	9,3	5,4
Líkamleg vanvirkni	42,4	31,5	28,0	25,4	23,4
Ofþyngd (BMI >25)	63,4	58,0	54,8	48,4	38,5
* Með 20 eða fleiri eigin tennur		1,2 (0,4)	18,3 (1,9)	30,6 (2,1)*	50,1 (2,5)
* Reglulegar tannlæknaheimsóknir að minnsta kosti árlega hjá eldra fólki 65–74 ára			24,3 (1,5)	28,4 (1,5)	54,2 (2,2)***

eftirlit með hagskýrslum aðildarríkja og stöðugri þróun gagnasöfnunaraðferða.

Þjóðfélagsstéttir, félagsleg staða, kenning

Myndun þjóðfélagsstétta eða félagsleg lagskipting virðist vera til staðar um allan heim. Félagsfræðikenningar hafa lagt sitt af mörkum við að auka skilning á félagslegum ójöfnuði (19). Félagsfræðingar sem aðhyllast *átakakenningar* (e. conflict sociologists) telja efnahagslega þáttinn vera meginorsök stéttaskiptingar og skorts innan samfélaga. Í samræmi við það eru líkur á að einstaklingar nái að afla og halda efnislegum gæðum og öðrum ávinningi breytilegar eftir þjóðfélagsstétt viðkomandi. Átakakenning leggur áherslu á að grundvallaratriði í þróun félagslegs misréttis tengist valdi og tengslum þess við framlegð innan samfélaga. Hins vegar leggur *virgni- eða samstöðukenning* (e. functionalist or consensus theory) áherslu á afleiðingar sem fylgja því félagslega gildismati sem fólk hefur og tengingu þess við stofnanir samfélagsins. Lykilatriði í svokallaðri félagslegri lagskiptingu er upphefð sem fylgir þjóðfélagsstöðu, samfélagslegri viðurkenningu og aðdáun annarra.

Fjórar meginaðferðir hafa verið notaðar til að mæla hugtök eins og stétt eða félags- og efnahagslega lagskiptingu. Samstöðukenning mælir með fyrstu þremur aðferðunum hér á eftir, þ.e. orðstíraaðferð (e. reputational method), sjálfsmetinni samfélagsstöðu (e. self-location) og aðferð með samsettum stuðli (e. composite index method) en átakakenning hallast að hlutlægru aðferð.

Orðstíraaðferð felur í sér að fólk sem þekkir til er beðið um að raða einstaklingum og fjölskyldum með hliðsjón af stöðu þeirra í lagskiptingunni.

Aðferð með sjálfsmetinni samfélagsstöðu felur í sér að meðlimir samfélags greina sjálfir frá því hvaða þjóðfélagsstétt þeir telja sig tilheyra. Sem dæmi gæti fólk verið beðið um að staðsetja sig innan ákveðins hóps þjóðfélagsstétta sem rannsóknaraðili leggur fyrir það. Algengur hópur þjóðfélagsstétta inniheldur til dæmis lágstétt, verkamannastétt, miðstétt og yfirstétt.

Aðferð með samsettum stuðli fyrir þjóðfélagsstöðu byggist á því að raða fólki út frá nokkrum forsendum eins og menntun, starfi og valdsviði. Aðrir samsettir stuðlar fyrir félags- og efnahagslega stöðu geta falið í sér upplýsingar um tekjur einstaklinga eða fjölskyldueignir. Þá er fólki eða þátttakendum raðað eftir þjóðfélagsstöðu, frá þeirri hæstu til lægstu. *Félagsleg staða fjölskyldu* er mynduð út frá hæstu einkunn sem heimili fá fyrir félagslega stöðu.

Hlutlæg aðferð felur í sér flokkun einstaklinga eða fjölskyldna/heimila út frá hlutlægum viðmiðum eins og

tekjum, starfi og menntun. Hlutlægni er hentug þar sem rannsóknaraðili vinnur með ákveðna kvarða sem geta skapað samkvæmni þegar fólki er raðað í þjóðfélagsstétt.

Bæði samsettar og hlutlægar flokkunaraðferðir hafa verið notaðar árum saman við félagsfræðirannsóknir. Um miðbik 8. áratugar síðustu aldar þróaði danska félagsrannsóknastofnunin flokkunarkerfi til landsbundinna greininga á lífsskilyrðum sem nú er orðið sígilt. Í því er fólki raðað í fimm félagslega hópa (I–V) með hliðsjón af upplýsingum um starf þeirra, menntun og valdsvið (fjöldi undirmanna) (20). Á þeim tíma var kerfið einnig notað til landsbundinna greininga á félagslegum ójöfnuði tannheilsu og nýtingu tannlæknaþjónustu (21). Undanfarið hefur svipað kerfi verið notað til að greina heilbrigðistengda hegðun hjá dönskum skólabörnum með hliðsjón af félagslegri stöðu fjölskyldunnar (frá hæstu til lægstu) (22).

Sökum þess hve samfélög hafa tekið miklum breytingum á síðustu áratugum eiga flokkunarkerfi þó oft erfitt uppráttar. Til dæmis er erfitt að flokka fólk sem stendur höllum fæti, svo sem atvinnulausa, eldra fólk sem býr eitt, einstæða foreldra og þjóðernisminnihluta. Einnig hefur aukin þátttaka kvenna á vinnumarkaði vakið upp spurningar um hvort rétt sé að flokka giftar konur eftir starfi maka frekar en þeirra eigin. Sænsk rannsókn á þróun tanntaps í tengslum við félags- og efnahagslega stöðu sýndi fram á mikilvæg greiningarvandamál. Gögn rannsóknarinnar byggðust á endurteknum þversniðskönnunum sem gerðar voru á árunum 1968–2007 (23). Konur voru flokkaðar í þrjár mismunandi þjóðfélagsstéttir. Árin 1968–1969 og 1980–1981 tilgreindu giftar konur störf eiginmanna sinna, en eigið starf ef þær voru ógiftar. Árin 1992–1993 og 2004–2005 tilgreindu konur fyrst eigin störf. Upplýsingarnar voru síðan yfirfærðar samkvæmt stöðluðu sænsku atvinnuflokkunarkerfi með eftirfarandi hætti: lágstétt (starfsfólk með eða án menntunar), miðstétt (minni atvinnurekendur, lægra sett opinbert starfsfólk, verkstjórar) og hástétt (stærri atvinnurekendur og opinbert starfsfólk miðlungs eða hátt sett).

Tækifæri – lífsstíll

Það eru ekki bara peningar sem skilja að hina ríku og fátæku (19). Í báðum kenningaflokkum eru *tækifæri í lífinu* (aðbúnaður eða lífsskilyrði) nátengd efnahagslegum kjörum þjóðfélagsstéttar; þau geta batnað með aðgangi að fjármunum en þau geta líka breyst hratt. Á hinn bóginn breytist lífsstíll fólks ekki svo auðveldlega þar sem hann tengist menningu, þar með talið heilsutengdri menningu. Greina má félagslegan mun á lífsstíl fólks út

frá ýmsum sviðum, svo sem tungumáli, hjúskaparstöðu og fjölskyldutengslum, uppeldi barna, stjórnmalaskoðunum og hegðun, trúarlegum tengslum, þátttöku í félagsstörfum og heilbrigði. Þegar einstaklingar færast upp eða niður í þjóðfélagsstiganum breytist lífsstíll þeirra oft um leið. Til dæmis hafa rannsóknir staðfest að félagslegur hreyfanleiki hefur áhrif á munn- og tannheilsu þar sem hún versnar smám saman við eftirfarandi félagslegar breytingar: stöðugt hátt, hreyfanlegt upp á við, hreyfanlegt niður á við og stöðugt lágt menntunarstig (24). Þannig geta rannsóknir á lífsstíl og sálfélagslegum þáttum heilbrigðis verið mikilvægar til að skilja heilbrigði og veikindahegðun.

Sálfélagslegir þættir

Kerfislægir og sálfélagslegir þættir eru nauðsynlegir drifkraftar fyrir aðgerðir sem tengjast heilbrigði, sjúkdómum og því hvernig tekist er á við veikindi (6, 25). Þessir þættir eru grundvöllur fyrir þróun fjölbreytileika í heilsutengdri menningu sem fyrirfinnst innan allra þjóðfélagsstétta. Heilbrigður lífsstíll (*heilsutengd hegðun*) eins og regluleg munnhirða eða neysla grænmetis og ávaxta er heilsumiðaður en mikil neysla sykraðra drykkja og matar eða notkun tóbaks og áfengis hafa neikvæð áhrif á heilsu (*áhættuhegðun*). Þessi hugtök fela í sér bæði meðvitaða og ómeðvitaða hegðun.

Túlkun einkenna eða veikinda, sérstaklega verkja eða óþæginda, og leitinn að bata er félagslegt ferli sem byggist á lífsreynslu og felur oft í sér samskipti við „mikilvæga aðila“, eins og fjölskyldumeðlimi þegar reynt er að finna

lausn á heilsufarsvandamáli. Félagsfræðingar kalla þetta ferli *veikindahegðun*. Í þjóðfélaginu skiptir verulegu máli hvernig tekist er á við sýnileg veikindi (t.d. illa farnar tennur) eða sjúkdóma sem hafa áhrif á félagslegt samþykki eða stöðu einstaklingsins. Í þeim tilvikum er bæði þrýstingur frá öðrum og hvatning til að láta undan slíkum þrýstingi til að halda félagslegu samræmi miklu meiri. Félagsfræðingar kalla þetta áhrifaferli og viðbrögðin við því *merkingarhegðun* (e. labelling behaviour).

Þekkt er að félagslegt umhverfi mótar lífsstíl fólks í öllum aldurshópum varðandi munnheilsu og veikindi (6). Ójöfnuður sem kemur fram í hegðun er alþjóðlegur og mismunur er til staðar hvað varðar tekjur, fátækt, menntun, atvinnu, fjölskyldutengsl, kyn, hjúskaparstöðu, þéttbýlismyndun og þjóðernishópa, og einnig í uppbyggingu og starfsemi heilbrigðiskerfa. Rannsóknin „*Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) – a World Health Organization Collaborative Cross-national Study*“ (22) staðfestir mikilvægi félagslegra þátta í tengslum við munn- og tannheilsu danskra barna. Gögn úr spurningalista um heilsutengda hegðun voru fengin frá 11, 13 og 15 ára grunnskólabörnum og í Töflu 4 eru settar fram niðurstöður úr danska hluta könnunarinnar, en þar eru sýnd svör við völdum breytum fyrir heilsutengda hegðun út frá félagslegri stöðu fjölskyldunnar. Finna má félagslega tengingu fyrir allar gerðir hegðunar; börn úr lágstétt greindu sjaldnar frá tannburstun og daglegri neyslu ávaxta og grænmetis á meðan sykurneysla og tóbaksnotkun var frekar mikil hjá þessum hópi barna.

Heilsutengd hegðun hjá börnum og félagsleg staða fjölskyldu

Tafla 4. Hlutfall danskra barna á aldrinum 11, 13 og 15 ára með valda heilsutengda hegðun í tengslum við munn- og tannheilsu (HBSC Study of Health Behaviour in School-aged Children, 2018) (22).

Heilsutengd hegðun	Félagsleg staða fjölskyldu			
	Há (n=1310)	Meðalhá (n=1380)	Lág (n=354)	Alls (n=3044)
Börn sem burstu tennur ≥ tvisvar á dag	85	82	72	84
Börn sem drekka sykraða gosdrykki daglega	5	6	14	7
Börn sem borða sætindi/sælgæti daglega	5	6	11	6
Börn sem borða ávexti daglega	42	36	32	38
Börn sem borða grænmeti daglega	53	45	33	46
Börn sem sleppa morgunverði ≥ þrjá daga í viku	16	19	27	21
Börn sem hafa prófað að reykja	12	11	16	13
Börn sem reykja daglega, vikulega eða af og til	7	7	11	8
Börn sem hafa prófað rafrettur	9	9	16	12

Lífsferill

Rannsóknir á munn- og tannheilsu með hliðsjón af lífsferli horfa á tengsl milli félags- og efnahagslegra aðstæðna í æsku og munn- og tannheilsu á fullorðinsárum. Félags- og efnahagslegar aðstæður sem börn alast upp við hafa mikil áhrif á tíðni munnsjúkdóma og lífsgæði þeirra á miðjum aldri og síðar (26). Langsniðsrannsóknir hjá ungu fólki hafa einnig sýnt að þeir sem fara reglulega til tannlæknis eru með betri tannheilsu síðar á fullorðinsárum en þeir sem fara aðeins til tannlæknis þegar vandamál koma upp (27). Eftir aðlögun að félags- og efnahagslegum mismun koma þessi áhrif betur fram síðar á ævinni þegar viðkomandi hefur mætt reglulega í skoðanir yfir lengri tímabil. Svipaðar niðurstöður hafa fengist hjá miðaldra fólki og yngri hópi aldraðra í Svíþjóð (28) þar sem reglubundnar tannlæknaheimsóknir til lengri tíma drógu úr tanntapi og bættu lífsgæði.

Margir aldraðir á Norðurlöndum fengu tannlæknaþjónustu hjá hina opinbera sem börn og unglingar og hafa einnig notið góðs af reglulegri tannlæknaþjónustu á fullorðinsaldri (7). Betri tannlæknaþjónusta um ævina ásamt bættum lífsskilyrðum hafa leitt til aukins fjölda aldraðra með starfshæfan tannbúskap. Samt sem áður og þrátt fyrir almennt bættu heilsu er félagslegur ójöfnuður tannheilsu enn til staðar hjá öldruðum (16, 29).

Þjóðernishópar og innflytjendur

Þjóðerni er mikilvægur félagslegur þáttur; erfið lífsskilyrði ásamt menningartengdum hindrunum geta haft neikvæð áhrif á munn- og tannheilsu og eiga einnig stóran þátt í myndun ójöfnuðar (30). Börn með uppruna í Mið-Austurlöndum hafa til dæmis mjög miklar tannskemmdir, neyta sykraðra drykkja og matar í miklu magni og munnhirða þeirra er í minna mæli fyrirbyggjandi en hjá börnum fæddum í Svíþjóð (31). Eldri innflytjendur eru einnig oft með háa tíðni munnsjúkdóma og óþæginda í munni, þeir nýta sjaldnar tannlæknaþjónustu og burstu sjaldnar tennur en sænskir jafnaldrar þeirra. Rannsóknir (32) benda einnig til þess að fullorðnir innflytjendur hafi takmarkaða þekkingu á uppbyggingu og starfsemi heilbrigðiskerfis í sínu nýja landi. Þeir sinna oft tannhirðu-/viðgerðum sjálfir með hefðbundnum aðferðum, geta haft ólíkar væntingar til tannlæknaþjónustu og geta hugsanlega ekki átt samskipti við heilbrigðisstarfsfólk, en allt eru þetta hindranir sem koma í veg fyrir að þeir njóti ávinnings af tannlæknaþjónustu (33). Sömuleiðis getur skortur á sjúkra- eða tannlæknaþryggingu bent til þess að þjóðernisminnihlutar séu ófærir um að sækja þá þjónustu sem þeir þurfa.

Búseta

Mismunandi heilsufar fólks sem býr annars vegar á þéttbýlis- og hins vegar dreifbýlissvæðum má aðallega rekja til ólíkra lífsskilyrða og dreifingar heilbrigðisþjónustu, aðgengis að þjónustu, meðferðarhrifa og misjafnrar þekkingar á heilbrigði og heilsutengdum venjum (10, 34). Rannsóknir á tannskemmdum í Finnlandi (35, 36) gefa til kynna að búseta á þéttbýlissvæðum veiti meiri vörn gegn tannsjúkdómum, en fólk sem býr á dreifbýlli svæðum er með fleiri ómeðhöndlaðar tannskemmdir.

Kyn

Kyn hefur áhrif á heilsu einstaklings út ævina (9). Kyn hefur áhrif á útsetningu fyrir heilsufarsáhættu og næmi fyrir sjúkdómum en einnig á lífsstíl hvað varðar heilsu, þ.m.t. áhættusækni, heilsutengda hegðun, nýtingu heilbrigðisþjónustu og samskipti við heilbrigðisstarfsfólk. Skýrslur um munn- og tannheilsu sýna að kyn tengist þróun tannskemmda (10, 35), fjölda tanna (23), aðsókn að tannlæknaþjónustu (16, 28, 35), almennu heilbrigði (14), reykingum (14, 17), neyslu sætinda (35) og munnhirðu (35).

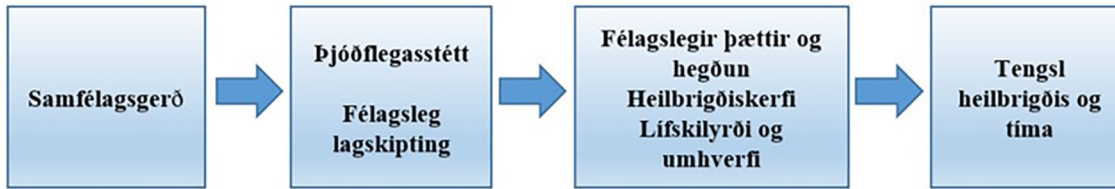
Leiðir að ójöfnuði heilbrigðis

Helstu leiðir að ójöfnuði heilbrigðis eru sýndar á Mynd 1. Rætur ójöfnuðarins liggja í uppbyggingu samfélaga. Það bendir til þess að stjórnsmál og skipulag samfélags, þar með taldir stjórnunarhættir, valddreifing, fjárhagsleg staða og forgangsmál, stefnur í félags- og velferðarmálum auk hvatningar til einstaklings- eða sameignarstefnu séu ráðandi þættir. Pólitískir drifkraftar skapa félagslega hópaskiptingu innan samfélaga og stuðla þannig að stéttaskiptingu eða félagslegri lagskiptingu. Millipættir sýna hvernig félagsleg og hegðunartengd skilyrði og atferli fólks hefur áhrif á heilsu samhliða áhrifum heilbrigðiskerfisins. Að lokum veitir þróun heilbrigðis yfir tíma upplýsingar um ójöfnuð í tengslum við heilbrigði og heilbrigðisþjónustu.

Nýlega var kynnt nálgun til að reyna að skilja félagslega drifkrafta í myndun ójöfnuðar munn- og tannheilsu (37). Huglæga líkanið (Mynd 2) lýsir munn- og tannheilsu með ferlum félagslegra þátta og var upphaflega sett saman af Alþjóða heilbrigðismálastofnuninni (WHO) (38).

Líkanið leggur áherslu á undirliggjandi kerfislega þætti heilbrigðis í stjórnsmálalegu og efnahagslegu samhengi, ásamt þjóðhagslegum þáttum og stefnum í félags- og velferðarmálum sem settar hafa verið til að ná stjórn á munnsjúkdómum og efla munn- og tannheilsu. Samkvæmt því veitir félags- og efnahagsleg staða einstaklinga, eins og hún er metin út frá þjóðfélagsstétt, starfi, menntun,

Myndun ójöfnuðar heilbrigðis



Mynd 1. Helstu leiðir til myndunar ójöfnuðar heilbrigðis

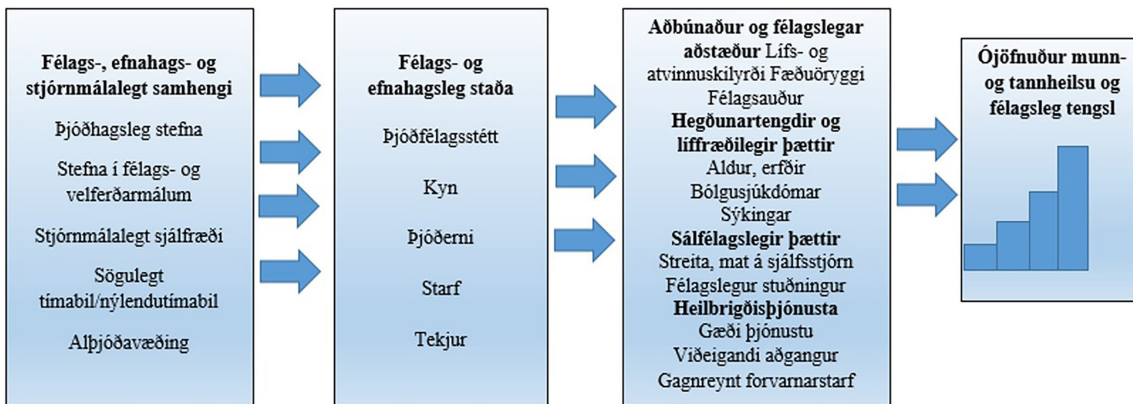
Drifkraftar fyrir myndun ójöfnuðar munn- og tannheilsu

Kerfislægir þættir

(Stjórn mála- og efnahagslegir drifkraftar)

Milliþættir

(Aðstæður og hætta á munnsjúkdómi)



Mynd 2. Huglægt líkan yfir myndun ójöfnuðar munn- og tannheilsu (37).

tekjum eða þjóðerni nauðsynleg lífsskilyrði ásamt þeim sálfélagslegu þáttum sem standa að baki aðgerðum einstaklinga í tengslum við munn- og tannheilsu og meðhöndlun veikinda. Hugsanlega er svo hægt að staðfesta tilvist ójöfnuðar munn- og tannheilsu með reynslugögnum.

Ójöfnuður í notkun tannlæknaþjónustu

Á Norðurlöndum hefur tekist að eyða efnahagslegum hindrunum með opinberri heilbrigðisþjónustu sem sinnir hópum eins og börnum, unglíngum, einstaklingum á stofnunum, ákveðnum hópum aldraðra og viðkvæmum þjóðfélagshópum. Þrátt fyrir það hefur fjárhagsleg byrði fullorðinna í tengslum við notkun tannlæknaþjónustu mikil áhrif á myndun ójöfnuðar. Tannlæknaþjónusta sem veitt er á einkareknum tannlæknastofum er dýr fyrir flesta, en einkum lágtekjuhópa. Gjald sem þarf að greiða úr eigin vasa hefur áhrif á aðgang að þjónustu, hugsanlega vanrækir fólk að sækja sér meðferð og forvarnir kunna að vera neðarlega á

forgangslista bágstaddra hópa (39). Nýleg sænsk rannsókn staðfesti að óreglulegar tannlæknaheimsóknir hafa mikla fylgni við tekjur, þjóðerni, heilsufar, tannlæknaötta, verki í munni og lífsstílsþætti (Tafla 5) (40). Þessu til viðbótar staðfesti dönsk rannsókn (16) að efnahagsleg hindrun væri til staðar þar sem nýting tannlæknaþjónustu er lítil meðal fullorðinna sem eiga erfitt með að greiða óvæntan kostnað (Mynd 3).

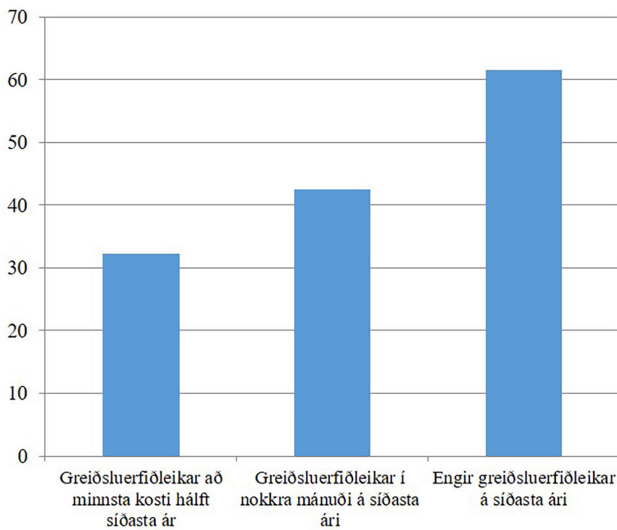
Félagslegir þættir tannlæknaþjónustu

Tafla 5. Óreglulegar tannlæknaheimsóknir sem háð breyta; félags- og efnahagsleg staða (tekjur og þjóðerni), heilsa, tannlæknaótti, verkur í munnni og lífsstílsþættir sem óháðar breytur í lógistísku aðhvarfslíkani. (n = 2963) (40). OR = líkindahlutfall (e. Odds Ratio) og stjarna * tákna tölfræðilega marktæk tengsl ($p < 0,05$) við viðmiðunarflokk hvernar óháðrar breytu.

		Líkindahlutfall	95% öryggisbil
Tekjur (SEK)	< 200.000	2,52*	1,60–3,98
	201.000–400.000	1,57*	1,04–2,35
	401.000–600.000	1,12	0,76–1,69
	> 600.000 (viðmiðun)	1,0	
Aldur	Ár (á ári)	0,98*	0,97–0,99
Kyn	Karlar	1,60*	1,22–2,10
	Konur (viðmiðun)	1,0	
Hjúskaparstaða	Einhleyp(ur)	1,25	0,91–1,71
	Gift(ur)/í sambúð (viðmiðun)	1,0	
Þjóðerni	Ekki frá Norðurlöndum	1,78*	1,22–2,61
	Frá Norðurlöndum (viðmiðun)	1,0	
Munn- og tannheilsa	Slæm	1,53*	1,15–2,05
	Góð (viðmiðun)	1,0	
Almenn heilsa	Slæm	1,63*	1,14–2,32
	Góð (viðmiðun)	1,0	
Tannlæknaótti	Já	2,28*	1,58–3,29
	Nei (viðmiðun)	1,0	
Verkur í munnni	Oft	1,23	0,87–1,74
	Sjaldan (viðmiðun)	1,0	
Líkamleg virkni	Nei	1,66*	1,25–2,21
	Já (viðmiðun)	1,0	
Reykingar	Já	1,50*	1,01–2,24
	Áður fyrr	1,24	0,92–1,67
	Nei (viðmiðun)	1,0	

*Mat samkvæmt Nagelkerke-líkani = 0,12.

Efnahagsleg hindrun við notkun tannlæknaþjónustu

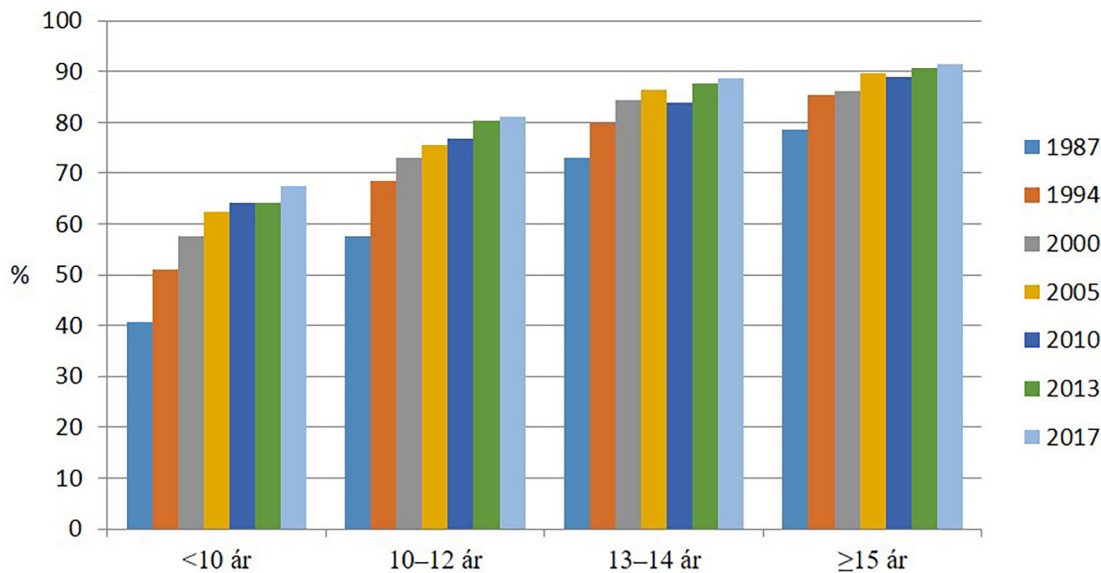


Mynd 3. Hlutfall fullorðinna Dana (25 ára og eldri) sem fóru reglulega til tannlæknis oftast en á 12 mánaða fresti í tengslum við greiðsluferfiðleika á síðastliðnu ári (hlutfall aðlagð eftir aldri) (Danish National Health and Illness Survey 2017) (16).

Stöðugleiki ójöfnuðar munn- og tannheilsu með tímanum

Norrænar kannanir sýna að ójöfnuður munn- og tannheilsu er langvarandi vandamál. Munn- og tannheilsa fullorðinna í Noregi (41) var rannsökuð með langsníðsaðferð yfir 33 ára tímabil og félagslegur munur í tengslum við tannskemmdir skoðaður. Niðurstaðan var sú að munur sem fram kom í barnæsku var áfram til staðar á fullorðinsárum. Þversniðsgögn um tannskemmdir sýndu lítilliga minnkun á félagslegum ójöfnuði með tímanum hjá fullorðnum á aldrinum 35–44 ára. Í Svíþjóð (23) kom fram almenn bæting á munn- og tannheilsu á 36 ára tímabili hjá konum í þéttbýli á aldrinum 38 og 50 ára. Eftir því sem lengra leið á rannsóknirnar jókst fjöldi eigin tanna og tannlausum konum fækkaði. Þegar konurnar urðu eldri hafði hjúskaparstaða og þjóðfélagsstétt aukin áhrif á hættu á að vera tannlaus eða með fáar eigin tennur. Könnun meðal fullorðinna í Danmörku (16) hefur einnig sýnt heildarframför á munn- og tannheilsu á 30 ára tímabili en samt sem áður er félagslegur ójöfnuður viðvarandi. Mynd 4 sýnir tengsl menntunar við hlutfall fullorðinna með að minnsta kosti 20 eigin tennur á árunum 1987–2017. Þessi rannsókn bendir til minni ójöfnuðar tannheilsu fram til 2017. Finnar (42) framkvæmdu framhaldsrannsókn á nýtingu tannlæknaþjónustu meðal fullorðinna á árunum 2000 til 2011. Í upphafi komu fram félagsleg tengsl við hlutfall einstaklinga með eigin tennur sem heimsótti hvaða tannlækni sem er; auk þess kusu

Viðvarandi ójöfnuður munn- og tannheilsu



Mynd 4. Hlutfall fullorðinna, 25 ára og eldri í Danmörku með 20 tennur eða fleiri eftir fjölda námsára árin 1987–2017 (hlutfall aðlagð eftir aldri) (Danish Health and Illness Survey 2017) (16).

einstaklingar með meiri menntun og hærri tekjur yfirleitt einkarekna tannlæknaþjónustu frekar en opinbera. Eftir endurbætur í heilbrigðismálum þar sem niðurgreiðslukerfi var komið á komu ekki fram stórvægilegar breytingar á nýtingu þjónustu, og áhrif félags- og efnahagslegra þátta héldust stöðug.

Bilið brúað í munn- og tannheilsu innan kynslóðar

Í þessari grein hefur verið farið yfir grundvallarkenningar og drifkrafta sem liggja að baki ójöfnuði heilbrigðis og hvernig þessir þættir tengjast skilningi á félagslegum mun munn- og tannheilsu. Enn má finna sterk tengsl milli tíðni og alvarleika munnsjúkdóma annars vegar og félagslegra þátta heilbrigðis hins vegar. Þessi tengsl eru til staðar frá barnæsku til fullorðinsára.

Alþjóða heilbrigðismálastofnunin leggur áherslu á eftirfarandi: „Þessi ójafna dreifing skaðlegra áhrifa á heilbrigði telst ekki vera „náttúrulegt“ fyrirbæri í neinum skilningi, heldur er hún afleiðing eitraðrar blöndu af óvandaðri félagsmálastefnu, ósanngjörnu efnahagslegu fyrirkomulagi og slæmri stjórn málastefnu“ (43). Þar sem ójöfnuður heilbrigðis er óréttlátt fyrirbæri sem hægt er að draga úr með rétttri blöndu af stefnumálum stjórnvalda hvetur Alþjóða heilbrigðismálastofnunin til þess að hugtakið óréttlæti í heilbrigðismálum sé notað frekar en ójöfnuður heilbrigðis. Í skýrslunni „Bilið brúað innan kynslóðar – réttlæti í heilbrigðismálum með aðgerðum í félagslegum þáttum heilbrigðis“ (e. Closing the gap within a generation – health equity through action on the social determinants of health) (43) beinir stofnunin athygli að þeim mismun sem er til staðar innan og milli landa hvað varðar tekjur, tækifæri, lífslíkur, heilsufar og aðgang að þjónustu, sem er meiri en nokkru sinni áður á síðari tímum. Skilningur á orsökum þessa óréttlætis og hvernig við leiðréttum það er grundvallaratriði til að bæta heilbrigði þjóða. Alþjóða heilbrigðismálastofnunin ítrekar að hinir raunverulegu drifkraftar óréttlætis liggja í félagslegu, efnahagslegu og stjórnmálalegu umhverfi. Með því að endurmóta stefnur verður hægt að grípa til aðgerða gegn afleiðingum sem félagslegir þættir hafa í för með sér. Ójöfn dreifing heilbrigðis innan þjóðar er sanngirnismál. Skýrsla Alþjóða heilbrigðismálastofnunarinnar skorar á stefnur og lýðheilsuáætlanir að uppræta helstu orsakir vanheilsu, jafnvel þó þær falli ekki beint undir heilbrigðisgeirann.

Samkvæmt ráðleggingum framkvæmdastjórnar Alþjóða

heilbrigðismálastofnunarinnar um stefnu í tengslum við móttandi þætti heilbrigðis (43) viðurkennir stofnunin ákveðin lýðheilsuáætlanir sem lönd þurfa að tileinka sér til að rjúfa félagslegt óréttlæti í tengslum við munn- og tannheilsu (44, 45). Þessi markmið draga fram mikilvæga áhættuþætti og viðeigandi stefnu í tannlæknaþjónustu:

- 1) Að hvetja til neyslu fjölbreytts mataræðis sem inniheldur lítinn sykur en mikið af ávöxtum og grænmeti og að velja vatn frekar en aðra drykki
- 2) Að stöðva neyslu á öllum gerðum tóbaks og draga úr áfengisneyslu
- 3) Að vinna að alþjóðaheilbrigðismálum með það að markmiði að draga úr eigin kostnaði sjúklinga fyrir tannlæknaþjónustu
- 4) Að hvetja starfsfólk sem starfar við tannlækningar til að veita þeim þjónustu sem á þurfa að halda og fá samfélagið í lið með sér
- 5) Samfélagsverkefni um bættu munn- og tannheilsu ættu að vera hluti af landsbundnum lýðheilsuáætlunum og
- 6) beina ætti starfsfólki í tannlæknaþjónustu til að takast á við þarfir almennings með hliðsjón af félagslegum þáttum heilbrigðis.

Þessi nálgun samræmist *Stjórnmalayfirlýsingu Sameinuðu þjóðanna um alþjóðlega heilsuvernd árið 2019* (e. United Nations Political Declaration on Universal Health Coverage) (46) sem leggur áherslu á mikilvægi sanngirni í tengslum við almennt heilbrigði og munn- og tannheilsu.

Heimildir

1. GBD 2017 Oral Disorders Collaborators. Global, Regional, and National Levels and trends in Burden of Oral Conditions from 1990 to 2017: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease 2017 Study. *J Dent Res* 2020; 99: 362–73.
2. Petersen PE. Oral health. Í: Heggenhougen K, Quah S (eds). *International Encyclopedia of Public Health Vol 4*. San Diego: Academic Press; 2008: 677–85.
3. Kandelman D, Petersen PE, Ueda H. Oral health, general health, and quality of life in older people. *Spec Care Dentist* 2008; 28: 224–36.
4. Sheiham A, Watt RG. The Common Risk Factor Approach: a rational basis for promoting oral health. *Community Dent Oral Epidemiol* 2000; 28:399–406.
5. Genco RJ, Williams RC. Periodontal disease and overall health – a clinicians guide. Yardley, US: Professional Audience Communications, 2010.
6. Petersen PE. Inequalities in oral health: the social context for oral health (bls. 31–58). Í: Pine C, Harris R (Eds.). *Community Oral Health*. London: Quintessence Publications, 2007.
7. Holst D. Varieties of oral health care systems – Public dental services: Organization and financing of oral health care services in the Nordic countries (bls. 467–477). Í: Pine C, Harris R (Eds.). *Community Oral Health*. London: Quintessence Publications, 2007.
8. Helsedirektoratet. Quality indicators in oral health care: A Nordic Project- Proceedings in 2012-2018, an update. Oslo, 2019.
9. Pine C, Harries R. *Community Oral Health*. Quintessence Publishing. London, 2007.

- 10) Krstrup U, Petersen PE. Dental caries prevalence among adults in Denmark - the impact of socio-demographic factors and use of oral health services. *Community Dent Health* 2007; 24: 225–32.
- 11) Conway DI, Brewster DH, McKinney PA, Stark J, McMahon AD, Macpherson LMD. Widening socio-economic inequalities in oral cancer incidence in Scotland, 1976–2002. *Br. J. Cancer* 2007; 96: 818–20.
- 12) Petersen PE. Sociobehavioural risk factors in dental caries - international perspectives. *Community Dent Oral Epidemiol* 2005; 33: 274–79.
- 13) Kramer A-C A, Petzold M, Hakeberg M. Multiple socioeconomic factors and dental caries in Swedish children and adolescents. *Caries Res* 2018; 52:42–50.
- 14) Hakeberg M, Boman UW. Self-reported oral and general health in relation to socio-economic position. *BMC Public Health* 2018; 18: 63
- 15) Åström AN, Haugejorden O, Skaret TA, Klock KS. Oral impacts on daily performance in Norwegian adults: the influence of age, number of missing teeth, and sociodemographic factors. *Eur J Oral Sci* 2006; 114:115–21.
- 16) Petersen PE, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. Dental health. Danish National Health and Illness Survey 2017. Danish National Institute for Public Health Research. Kaupmannahöfn, 2019 (á dönsku).
- 17) Jensen HAR, Davidsen M, Ekholm O, Christensen AI. Health of the Adult Population in Denmark – the National Health Profile 2017. Danish National Institute for Public Health Research. Kaupmannahöfn, 2018 (á dönsku).
- 18) Framkvæmdastjórn Evrópusambandsins - Eurostat. Key figures on Europe. Statistics illustrated. Luxembourg, 2019. <https://ec.europa.eu/eurostat>
- 19) Giddens, A. (2009): Introduction to sociology. Polity Press, London.
- 20) Hansen EJ. The distribution of living conditions. The Danish National Institute of Social Research. Útg. Nr. 82. Kaupmannahöfn: Teknisk Forlag, 1978.
- 21) Petersen PE. Dental visits and self-assessment of dental health status in the Danish population. *Community Dent Oral Epidemiol* 1983; 11: 162–8.
- 22) Rasmussen M, Kierkegaard L, Rosenwein SV, Holstein BE, Damsgaard MT, Due P. Health, welfare and health behaviour among 11-, 13-, and 15-year-old schoolchildren in Denmark. Danish National Institute for Public Health Research. Kaupmannahöfn, 2019 (á dönsku).
- 23) Wennström A, Ahlqwist M, Stenman U, Björkelund C, Hakeberg M. Trends in tooth loss in relation to socio-economic status among Swedish women, aged 38 and 50 years: repeated cross-sectional surveys 1968-2004. *BMC Oral Health* 2013; 13: 63.
- 24) Heilmann A, Tsakos G, Watt RG. Oral health over the life course (bls. 39–59). Í: Burton-Jeangros C, Cullati S, Sacker A, Blane D (eds). A life course perspective on health trajectories and transitions. London: Springer Open, 2015.
- 25) Jönsson B, Holde GE, Baker SR. The role of psychosocial factors and treatment need in dental service use and oral health among adults in Norway. *Community Dent Oral Epidemiol* 2020;00:1–10.
- 26) Listl S, Watt RG, Tsakos G. Early life conditions, adverse life events, and chewing ability at middle and later adulthood. *Am J Public Health* 2014; 104:55–61.
- 27) Thomson WM, Williams SM, Broadbent JM, Poulton R, Locker D. Long-term dental visiting patterns and adult oral health. *J Dent Res* 2010; 89: 307–11.
- 28) Åström AN, Ekback G, Ordell S, Nasir E. Long-term routine dental attendance: influence on tooth loss and oral-health related quality of life in Swedish older adults. *Community Dent Oral Epidemiol* 2014; 42:460–69.
- 29) Petersen PE, Kjølner M, Bøge Christensen L, Krstrup U. Changing dentate status of adults, use of dental health services, and achievement of national dental health goals in Denmark by the year 2000. *J Publ Health Dent* 2004; 64:127–35.
- 30) Dahlan R, Ghazi E, Saltaji H, Salami B, Amin M. Impact of social support on oral health among immigrants and ethnic minorities: A systematic review. *PLoS ONE* 2019;14:2
- 31) Stecksén-Blicks C, Hasslöf P, Kieri C, Widman K. Caries and background factors in Swedish 4-year-old children with special reference to immigrant status. *Acta Odontol Scand* 2014; 72:852–858.
- 32) Olerud E, Hagman-Gustavsson M-L, Gabre P. Oral health status in older immigrants in a medium-sized Swedish city. *Spec Care Dentistry* 2016; 36:328–334.
- 33) Karlberg GL, Ringsberg KC. Experiences of oral health care among immigrants from Iran and Iraq living in Sweden. *Int J Qualitative Studies Health Well-being* 2006; 1: 120–7.
- 34) Eberhardt MS, Pamuk ER. The importance of place of residence: examining health in rural areas and nonrural areas. *Am J Public Health* 2004;96:1682–6.
- 35) Suominen-Taipale L, Nordblad A, Vehkalahti M, Aromaa A (eds). Oral health in the Finish adult population. Health 2000 Survey. KTL B25. Helsinki: Hakapaino Oy, 2008.
- 36) Kämppi A, Tanner T, Pääkkilä J et al. Geographical distribution of dental caries prevalence and associated factors in young adults in Finland. *Caries res* 2013; 47:346–54.
- 37) Watt RG., Sheiham A. Integrating the common risk factor approach into a social determinant framework. *Community Dent Oral Epidemiol* 2012; 40:289–96.
- 38) World Health Organization. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Genf: Alþjóða heilbrigðismálastofnunin (WHO), 2010.
- 39) WHO Regional Office for Europe. Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in Europe. Kaupmannahöfn: WHO Regional Office for Europe, 2019.
- 40) Hakeberg M, Boman UW. Dental care attendance and refrainment from dental care among adults. *Acta Odontol Scand* 2017; 75:366–71.
- 41) Holst D, Schuller AA. Equality in adults' oral health in Norway. Cohort and cross-sectional results over 33 years. *Community Dent Oral Epidemiol* 2011;39:488–97
- 42) Suominen AL, Helminen S, Lathi S et al. Finnish adults –results from the cross-sectional Health 2000 and 2011 Surveys. *BMC Oral Health* 2017; 17: 78.
- 43) Alþjóða heilbrigðismálastofnunin. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Genf: Alþjóða heilbrigðismálastofnunin (WHO), 2008.
- 44) Kwan S, Petersen PE. Oral health: equity and social determinants (bls. 159–176). Í: Blas E, Kurup AS. Equity, social determinants and public health programmes. Genf: Alþjóða heilbrigðismálastofnunin, 2010.
- 45) Petersen PE, Kwan S. Equity, social determinants and public health programmes - the case of oral health. *Community Dent Oral Epidemiol* 2011; 39: 481–7.
- 46) Sameinuðu þjóðirnar. Political Declaration of High-level Meeting on Universal Health Coverage "Universal health coverage: moving together to build a healthier world". Sjútgastí og fjórði fundur. New York, 2019.

English Summary

Inequalities in oral health – theoretical approaches

POUL ERIK PETERSEN, PROFESSOR, DR ODONT, DR H.C., CAND.SCIENT.SOC. INSTITUTE OF ODONTOLOGY, FACULTY OF HEALTH AND MEDICAL SCIENCES, UNIVERSITY OF COPENHAGEN, DENMARK

MAGNUS HAKEBERG, PROFESSOR, ODONT DR, INSTITUTE OF ODONTOLOGY, SAHLGRENSKA ACADEMY, UNIVERSITY OF GOTHENBURG, GOTHENBURG, SWEDEN

ICELANDIC DENTAL JOURNAL 2021; 39(2): 73-85

doi: 10.33112/tann.39.2.8

This report outlines the theoretical concepts in health inequality and discusses the major principles on how to close the inequality gaps in oral health between population groups. Inequality in health is universal. Among adults, oral diseases vary substantially by socioeconomic status like income, education, and occupation. In addition, the effect of social factors in oral health of children is observed across countries. Surveys document that inequality in oral health lasts over time. Sociological schools of thought made theoretical contributions to the understanding of social inequality. For conflict sociologists, the economic factor is the prime cause explaining the existence of social classes and deprivation. Conflict theory emphasizes power and relationship to the means of production of the society. Functionalist or consensus theory points to the prestige of social positions, social recognition, respect, and admiration from others. Four principal methods have been used for measuring the concepts of social classes or socio-economic strata. Consensus theory advocates the reputational method, self-location, and the composite index method, while conflict theory is in favour of the objective method. Structural and psychosocial factors and political determinants are drivers in creation of health inequality. Lifestyles and risk behaviour are important mediating factors. An approach to understanding the social mechanisms of inequalities involves a model originally established by WHO. Inequalities in health are unfair but can be reduced by the right mix of government policies. WHO recognises the appropriate public health strategies for countries to adopt for breaking the social inequities in health and the principal approaches to reducing inequities in oral health are detailed.

Keywords: Types of inequality, sociological schools, measuring inequality, social mechanisms, breaking inequalities

Correspondence: Poul Erik Petersen poep@sund.ku.dk

Accepted for publication, June 11, 2020