

Viktigheten av å jobbe med

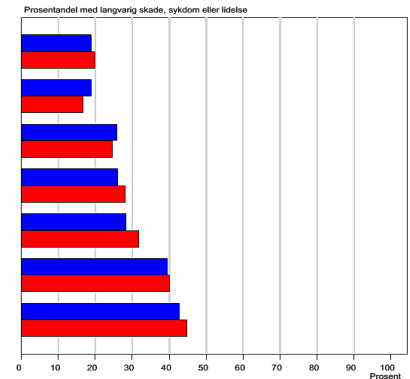
# Reduksjon av sosial ulikhet

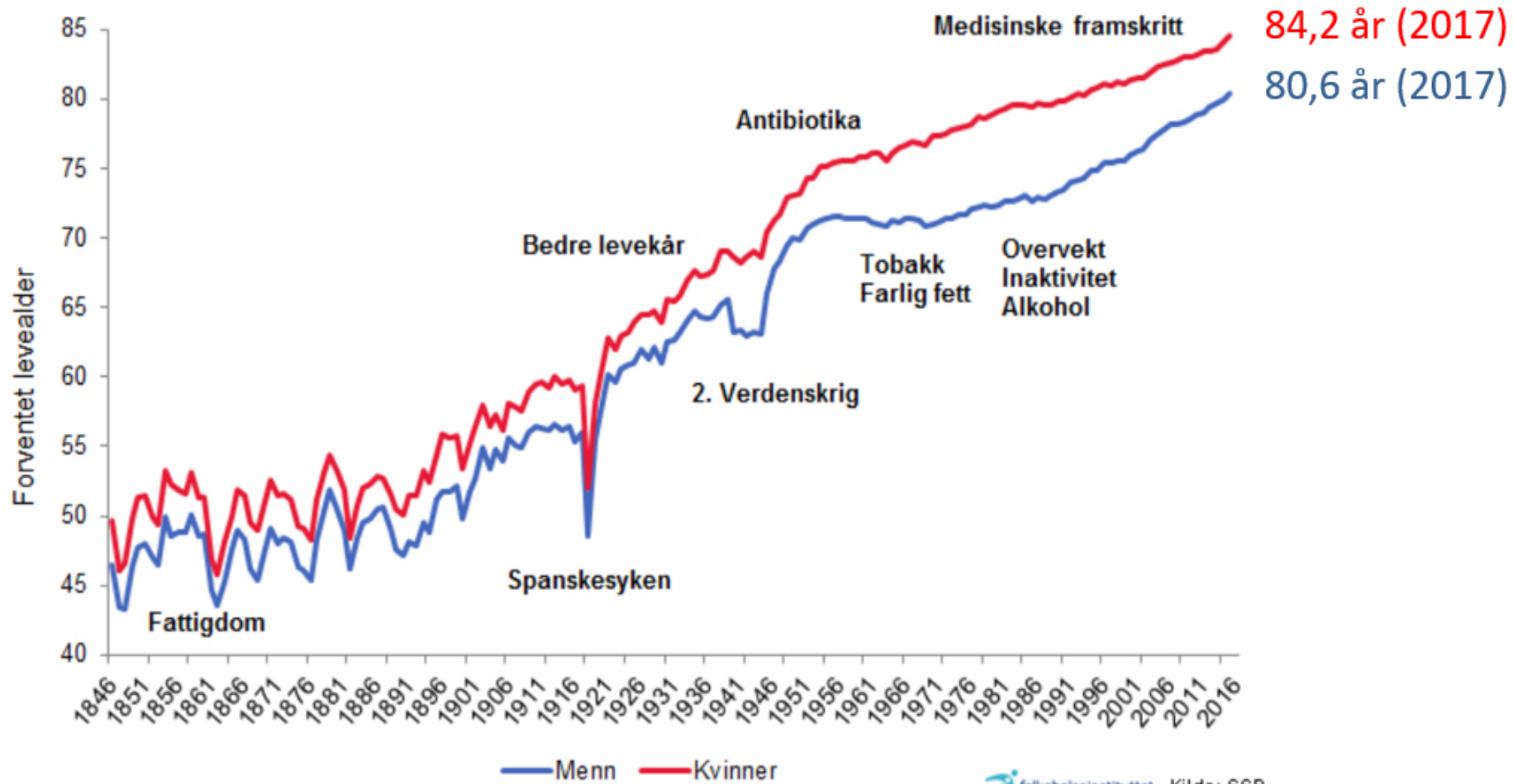
og innvirkning på helsen

Sosial ulikhet i helse i det lokale folkehelsearbeidet. Hvordan kan kommunen jobbe?

Webinar 28.10.2020 (10:05-10:25)

Steinar Krokstad, NTNU og HUNT forskningscenter





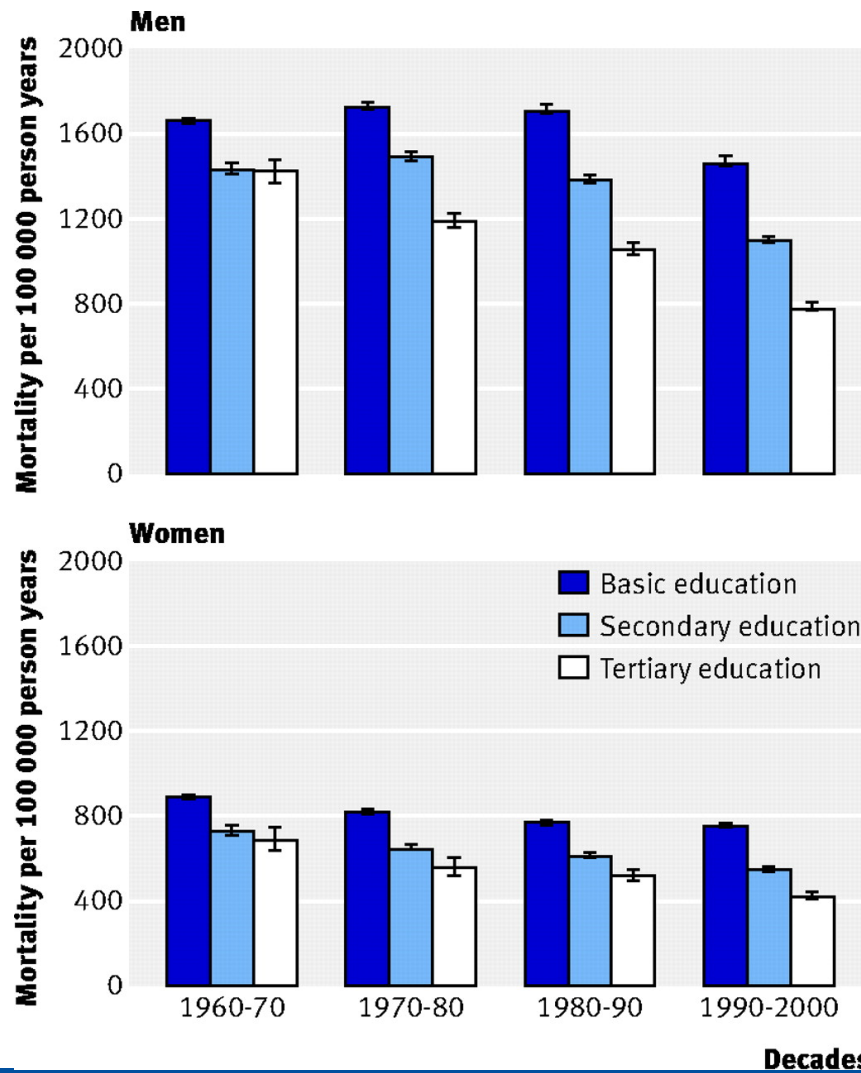
# Norge, fra 1. til 9. plass!

Levealder  
År (1950)



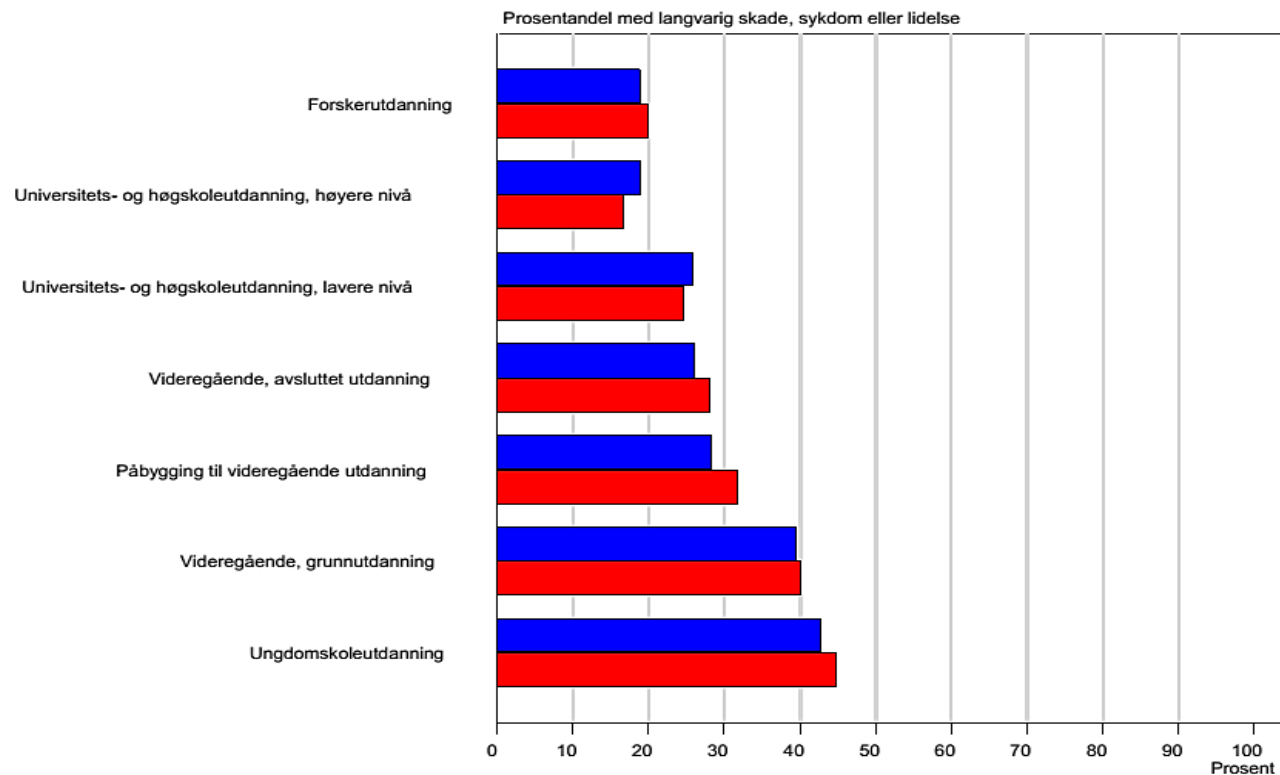
Levealder  
År (2020)





Strand et al. BMJ 2010

# Sosial ulikhet i sykkelighet HUNT3



Figur 6. Prosentandelen som har en kronisk sykdom, skade eller lidelse som nedsetter de daglige funksjoner i sju utdanningsgrupper i HUNT 3 (2006-08), menn (blått) og kvinner (rødt)

# Dødelighet etter inntektsprosentil Norge 2011-2015

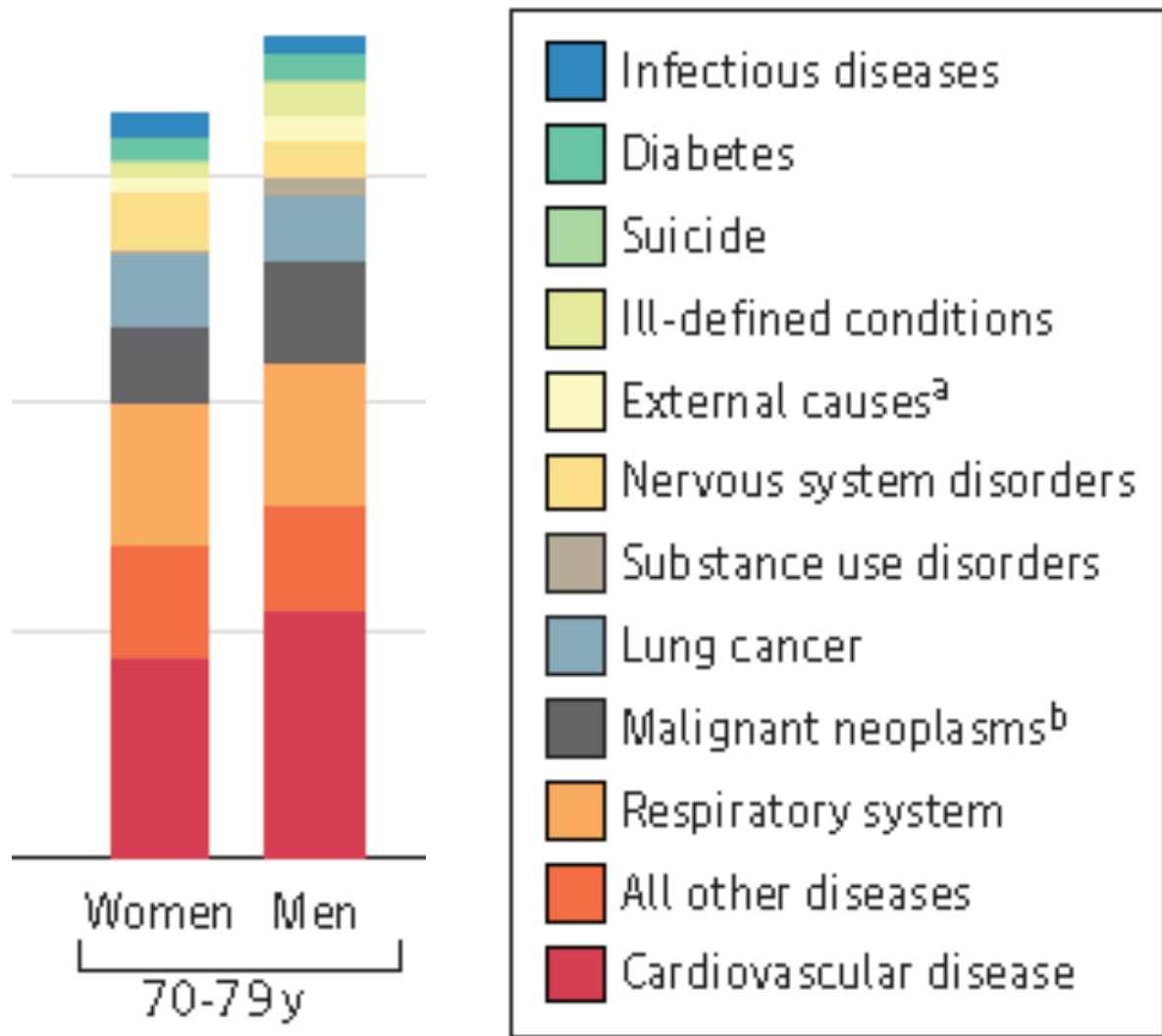
Kvinner med høyest inntekt kan forvente å leve 10 år lenger, menn 13 år lenger

Figure 1. Life Expectancy by Income and Education



**Dødsårsaker** som  
forklarer forskjellene

De hyppigste  
Hjerte-kar-sykdom  
Lungesykdom  
Kreft



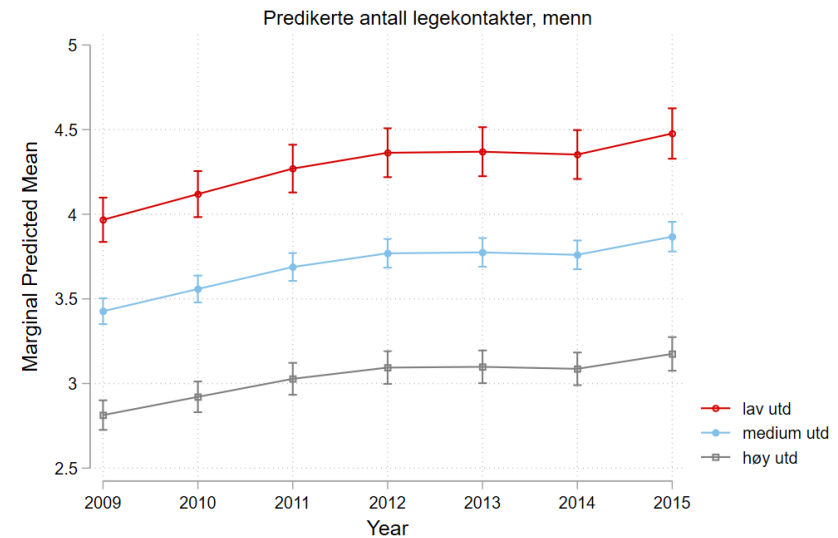
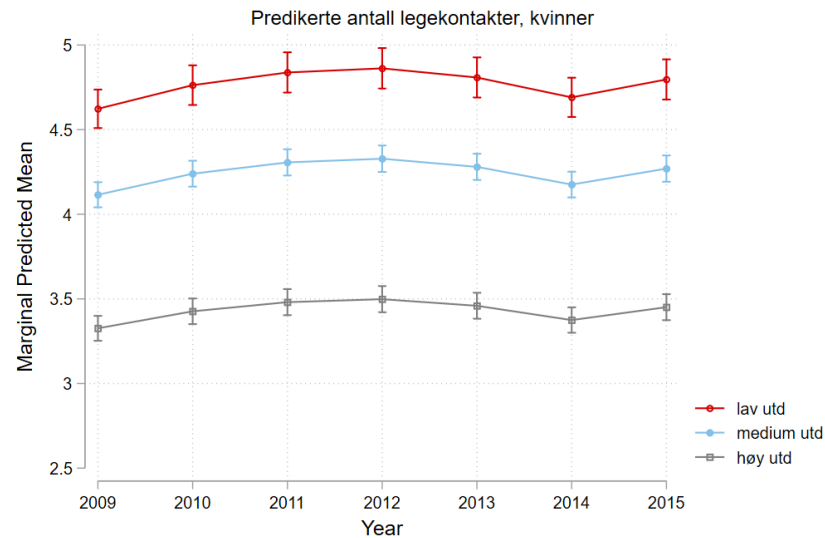
# Rettferdighet i **helsetjenestene**?

- Helsetjenesten kan bidra til å utjevne helseforskjeller hvis de er rettferdig fordelt
  - Tilbudslighet
  - Resultatlighet
- Årsaker til sosiale forskjeller i helsetjenester
  - Strukturelle (eierskap, finansiering, organisering)
  - Kulturelle



# For folk flest er det lik tilgang til fastlege

## Årlig antall kontakter med fastlege



Statistikk: Erik R. Sund, HUNT (KPR)

# Men grupper med dårligst helse har hindringer ved å oppsøke fastlege

- Barn og ungdom med sosiale problemer
- Rus- og alkoholavhengige
- Psykisk og fysisk utviklingshemmede
- Folk med lav inntekt
- Innvandrere med annen kultur og språkutfordringer
- Eldre med sosiale, økonomiske og helsemessige problemer

The Lancet · Saturday 27 February 1971

## THE INVERSE CARE LAW

JULIAN TUDOR HART

*Glyncorrwg Health Centre, Port Talbot, Glamorgan, Wales*

**Summary** The availability of good medical care tends to vary inversely with the need for it in the population served. This inverse care law operates more completely where medical care is most exposed to market forces, and less so where such exposure is reduced. The market distribution of medical care is a primitive and historically outdated social form, and any return to it would further exaggerate the maldistribution of medical resources.



ORIGINAL ARTICLE

### Socioeconomic inequalities in dental services utilisation in a Norwegian county: The third Nord-Trøndelag Health Survey

EIRIK VIKUM<sup>1</sup>, STEINAR KROKSTAD<sup>2,3</sup>, DORTHE HOLST<sup>4</sup> & STEINAR WESTIN<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Public Health and General Practice, Faculty of Medicine, Norwegian University of Science and Technology (NTNU), Trondheim, Norway, <sup>2</sup>HUNT Research Centre, Department of Public Health and General Practice, Faculty of Medicine, Norwegian University of Science and Technology (NTNU), Trondheim, Norway, <sup>3</sup>Levanger Hospital, Nord-Trøndelag Health Authority, Levanger, Norway, and <sup>4</sup>Department of Community Dentistry, Faculty of Dentistry, University of Oslo, Oslo, Norway

**Abstract**

**Aim:** To assess the level of socioeconomic inequality in dental care utilisation in Norway and enable comparison with recent international comparative studies. **Methods:** We studied dental care utilisation among 17,136 men and 21,414 women in the third Nord-Trøndelag Health Survey (2006–08). Respondents aged 20 years and above were included in the study, and analyses were also performed within subgroups of age and gender (20–39, 40–59, and ≥60 years). Income-related horizontal inequity was estimated by means of concentration indices. Education-related inequity was estimated as relative risks. **Results:** We found consistent pro-rich income inequity among men and women of all ages. The level of income inequity was highest among men and women ≥60 years, and in this group the income gradient was steepest between the poorest and the middle quintiles. Pro-educated inequity was found exclusively among men and women ≥60 years. General attendance was high (77%). **Conclusion:** The overall level of income-related inequity in dental services utilisation was low compared to other European countries as reported in two recent international studies of socioeconomic inequalities in dental care utilisation. Pro-rich and pro-educated inequity is a public health challenge mainly in the older part of the population.

**Key Words:** Dental care, dental services research, horizontal inequity index, income, public health, social inequalities, socioeconomic factors, utilisation

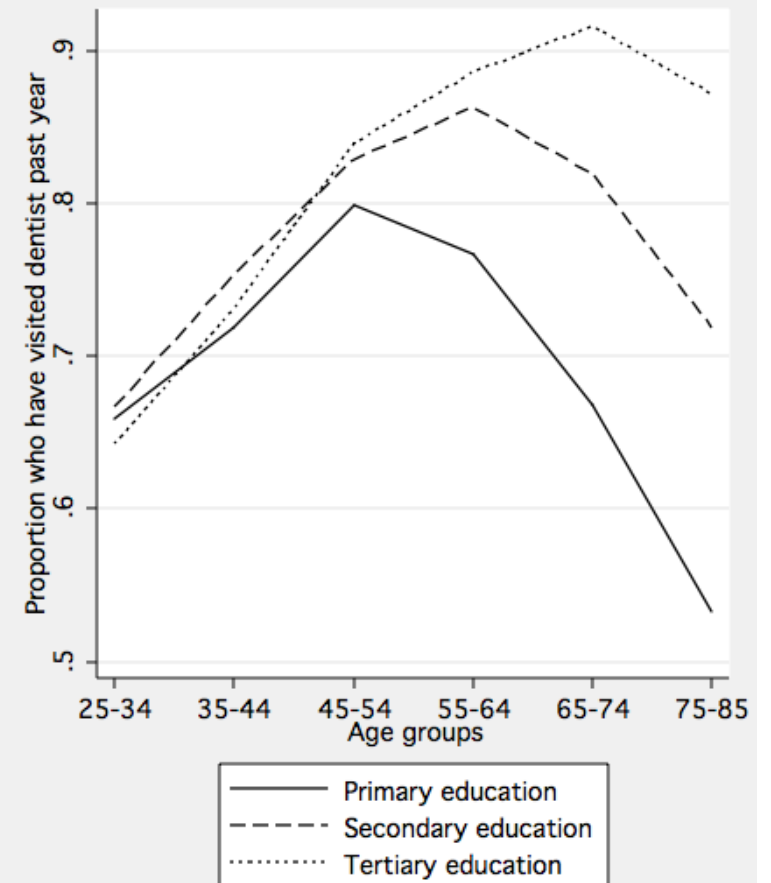
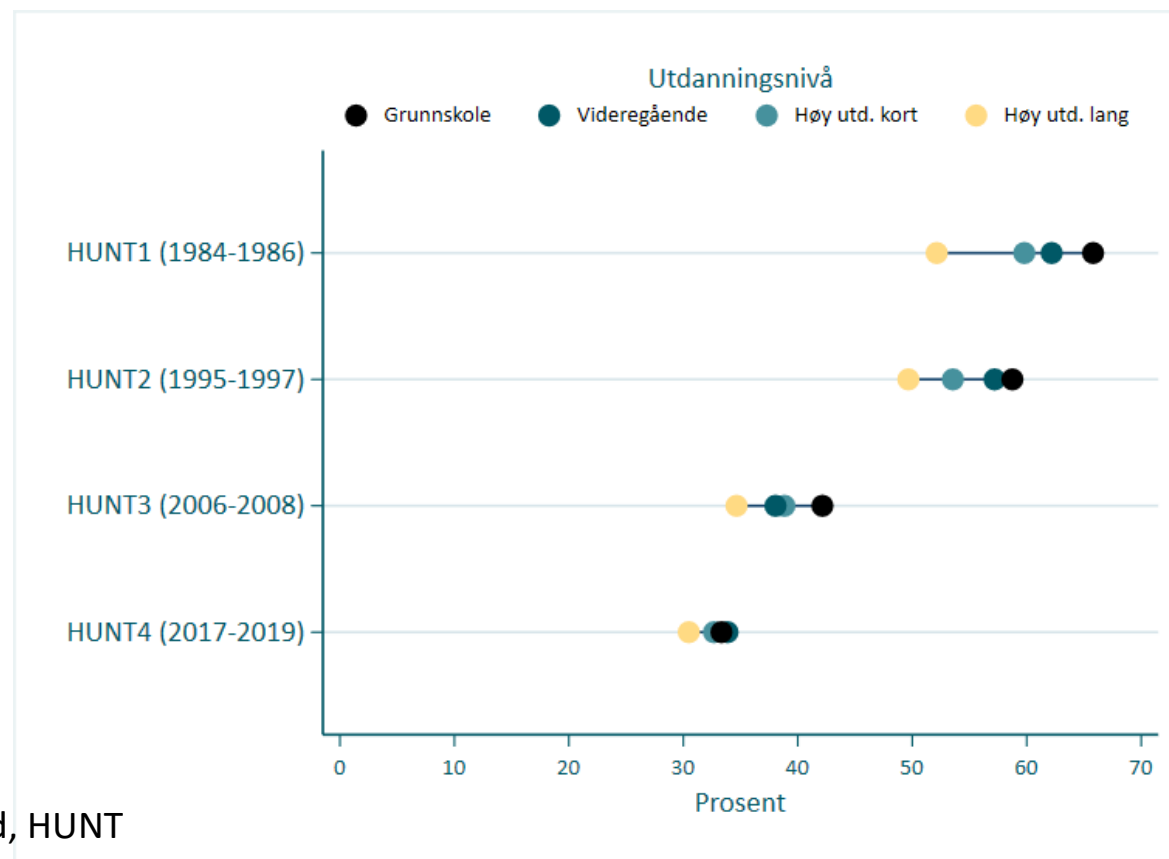


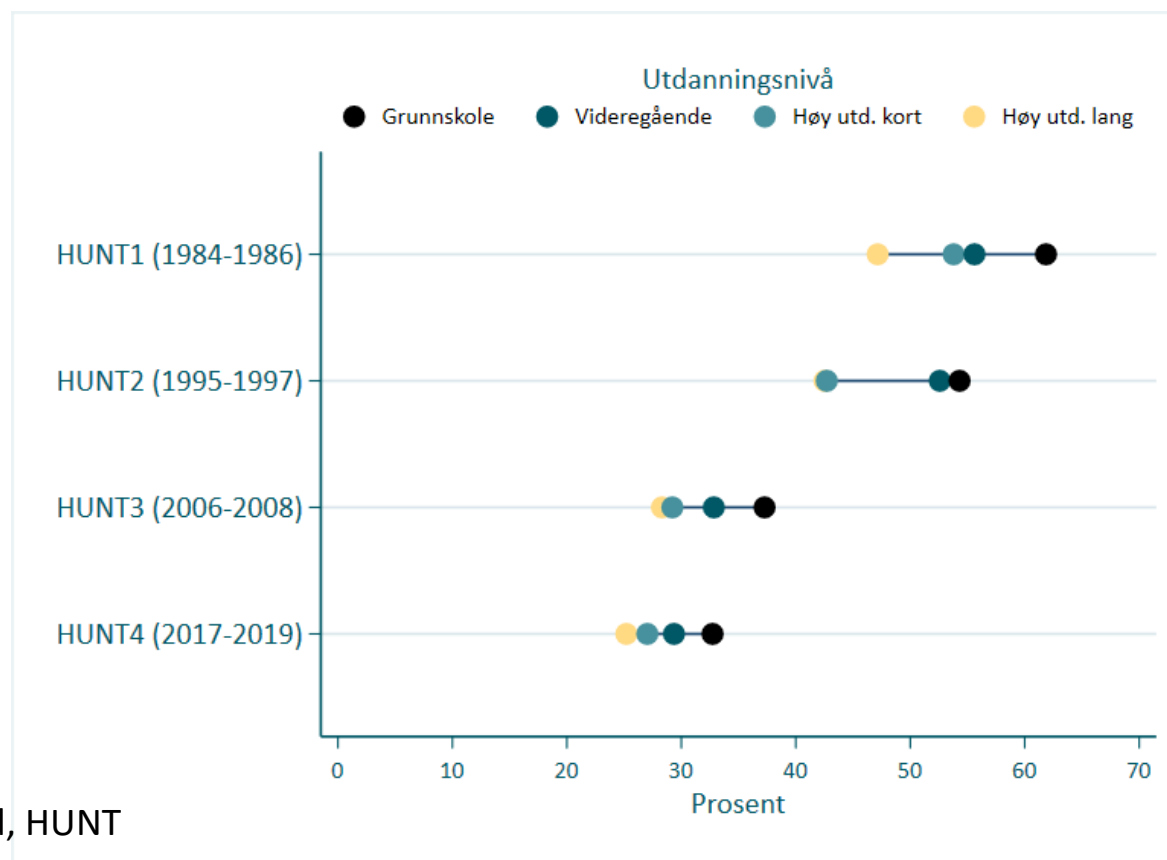
Figure 1: Proportions of the population reporting at least one visit to the dentist past year, by age groups and educational levels. The Nord-Trøndelag Health Study 2006-2008 (HUNT 3).

## Andel med høyt blodtrykk (140/90) etter utdanningsnivå i HUNT1 til HUNT4. Menn 40 år og eldre, aldersstandardisert



Statistikk: Erik R. Sund, HUNT

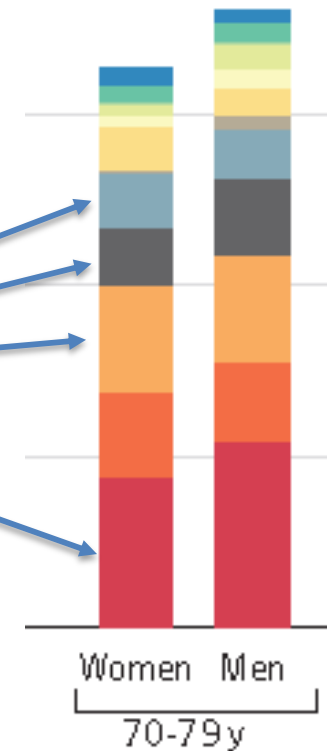
## Andel med høyt blodtrykk (140/90) etter utdanningsnivå i HUNT1 til HUNT4. Kvinner 40 år og eldre, aldersstandardisert



Statistikk: Erik R. Sund, HUNT

# Sosial ulikhet i helseatferd

Røykerelatert overdødelighet



## Andel dagligrøykere i alderen 25-74 år etter utdanningsnivå i perioden 1975-2015



Kilde: Røykevaneundersøkelsen, SSB



# Sosiale forskjeller i helseatferd

er rasjonelle responser på ulike levekår

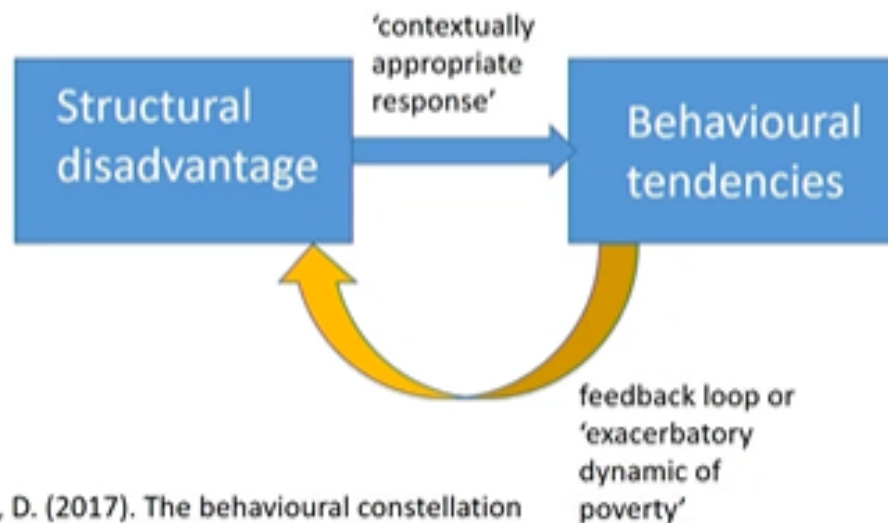
Daniel Nettle, Newcastle

Two views of the problem....



<https://videoportal.rcn.no/#/videos/b65c1186-c423-40ec-9c93-f2d5e5f6f473>

## Our perspective



Rasjonell respons på dårlige levekår med manglende kontroll, gir dårligere helse - vond sirkel

Pepper, G. V. & Nettle, D. (2017). The behavioural constellation of deprivation: causes and consequences. *Behavioral and Brain Sciences*, 40, e314.  
<http://doi.org/10.1017/S0140525X1600234X>

# Sosial ulikhet i **samfunnsdeltakelse**

## Samfunnsdeltakelse i Trøndelag 2019

Helsestatistikk-rapport nummer 4 fra HUNT4

### Participation in society in Trøndelag County 2019

Health statistics report no. 4, the HUNT4 Survey

Signe Opdahl, Vegar Rangul, Dina von Heimburg, Bente Christine Gravaas, Sveinung Eiksund, Jon Olav Sliper, Kyrre Kvistad, Pål Fosslund Moa, Steinar Krokstad, Erik R. Sund

2020

HUNT forskningssenter

**HUNT**  
HELSEUNDERØKELSEN I TRØNDELAG



 **NTNU**  
Kunnskap for en bedre verden

<https://www.ntnu.no/documents/10304/1269212242/Rapport+HUNT4+5-Samfunnsdeltakelse.pdf/4be9849d-48c6-d2e0-eadb-077e1412eb2a?t=1603175590365>

## Cultural participation and all-cause mortality, with possible gender differences: an 8-year follow-up in the HUNT Study, Norway

B I Løkken<sup>1,2</sup>, D Merom<sup>3</sup>, E R Sund<sup>1,2,4</sup>, S Krokstad<sup>2,4,5</sup>, V Rangul<sup>1,2,5</sup>

► Additional material is published online only. To view please visit the journal online (<http://dx.doi.org/10.1136/jech-2019-213313>).

<sup>1</sup>The Faculty of Nursing and Health Sciences, Nord Universitet - Levanger Campus, Levanger, Norway  
<sup>2</sup>HUNT Research Centre, Department of Public Health and Nursing, Faculty of Medicine and Health Sciences, Norwegian University of Science and Technology (NTNU), Levanger, Norway  
<sup>3</sup>School of Health Science, Western Sydney University, Sydney, New South Wales, Australia  
<sup>4</sup>Levanger Hospital, Nord-Trøndelag Hospital Trust, Levanger, Norway  
<sup>5</sup>Norwegian Resource Centre for Arts and Health, Nord University, Levanger, Norway

**Correspondence to**  
 Bente Irene Løkken, Nord University, Faculty of Nursing and Health Sciences, Levanger, Norway; [bente.lokken@nord.no](mailto:bente.lokken@nord.no)

Received 1 October 2019  
 Revised 18 January 2020  
 Accepted 28 March 2020

### ABSTRACT

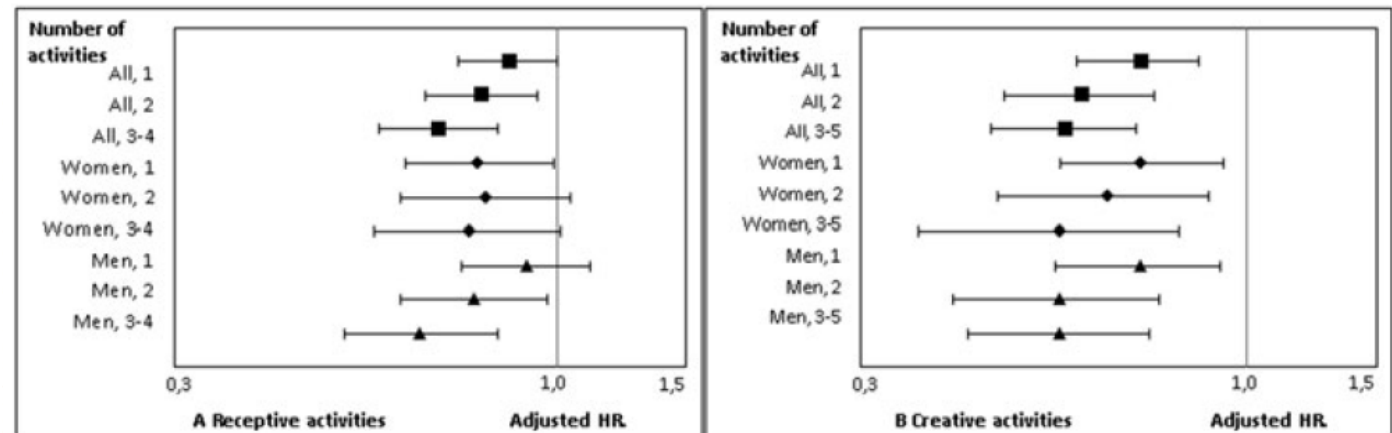
**Background** Cultural activities can promote health and longevity, but longitudinal studies examining a broad spectrum of participation are scarce. This study investigated the gender-specific association between all-causes of mortality and participation in single types of cultural activities, amount and participation frequency.

**Methods** We used cohort data from the Nord-Trøndelag Health Study (HUNT Study), Norway (2006–2008), resulting in 35 902 participants, aged 20 and above. Cultural participation in receptive and creative activities was measured. HRs were reported for partially and fully adjusted models.

**Results** A total of 1905 participants died during the median 8-year follow-up. Mortality risk was higher for non-participants in any receptive or creative activities, except sport event attendees. Gender association was also evaluated: among men, we found similar results as above except for parish work, while women increased their longevity only through creative activity participation. When a number of receptive activities was associated with all-cause mortality, reduced risk occurred with attendance in 2 or 3–4 activities (21% and 31%, respectively). Risk was reduced through creative activities, with participation in 3–5 activities (43%). Gender-specific analyses showed a clear gradient of protective effect in creative activity participation: for men, 28%, 44% and 44% reduction with 1, 2 or 3–5 activities, respectively, and a 28%, 35% and 44% reduction for women.

**Conclusion** Frequently attending at least one cultural activity influenced longevity. Creative activities lowered mortality in both genders, while receptive activity benefits were mostly found for men. Thus, promoting and facilitating engaged cultural lifestyles are vital for longevity.

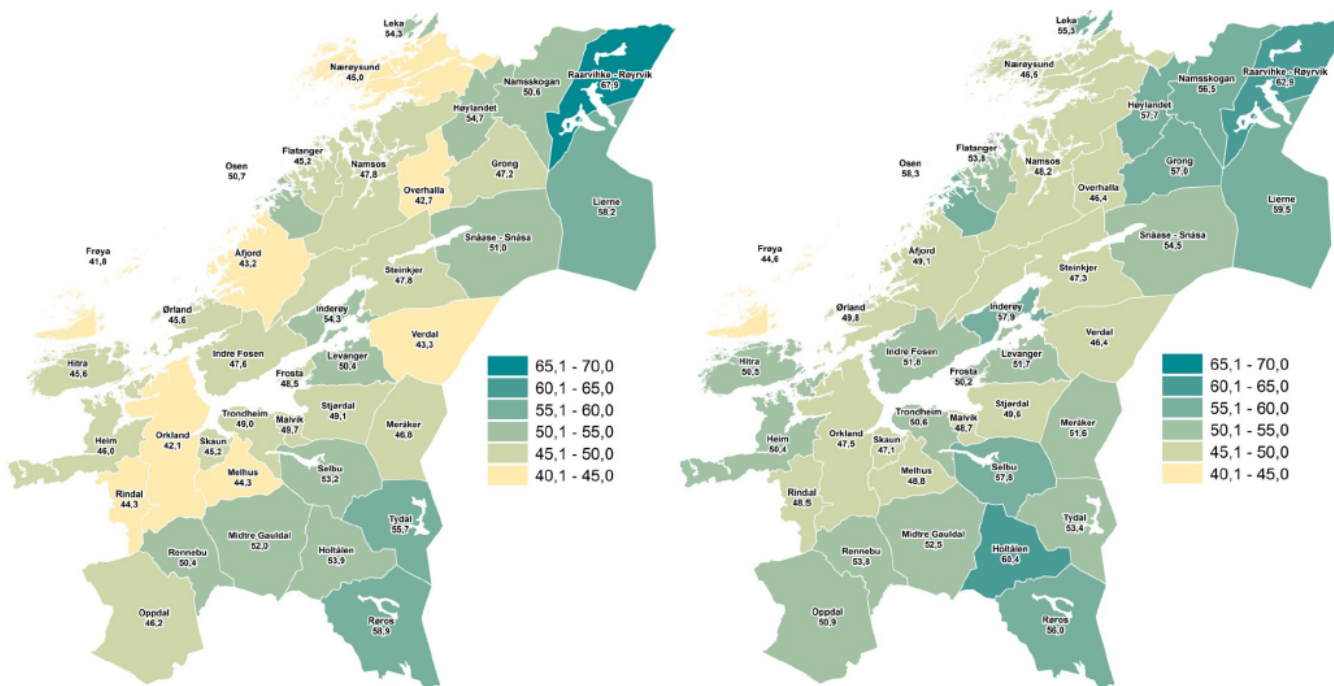
However, most intervention studies were conducted with patients in clinical contexts involving small samples, which limits generalisation for scaling up of the evidence towards public health purposes.<sup>4–5</sup> Epidemiological research, on the other hand, can explore how cultural participation positively affects population health by preventing morbidity and mortality and improving quality of life and well-being. Most of the research to date were cross-sectional,



Norway provides a rare opportunity to profile participants' cultural pattern due to the rich information collected on receptive and creative participation. Persisting inequalities in mortality highlight the need

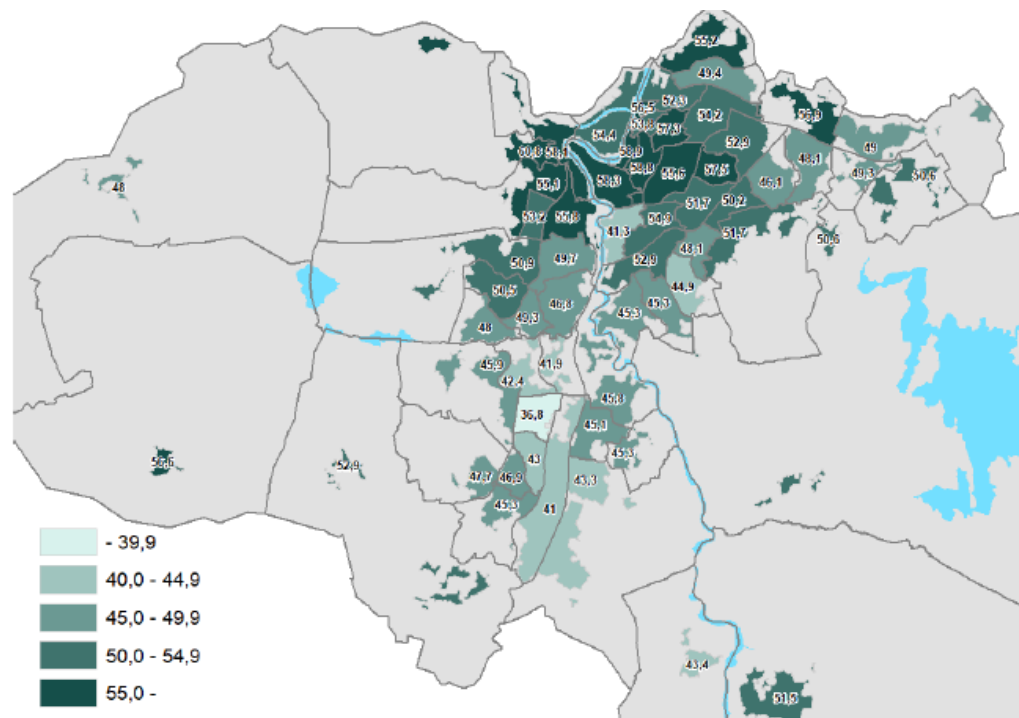
Aktive i kulturellevet:  
 20 – 40% lavere dødelighet

# Geografisk variasjon i samfunnsdeltakelse - fritidsaktiviteter



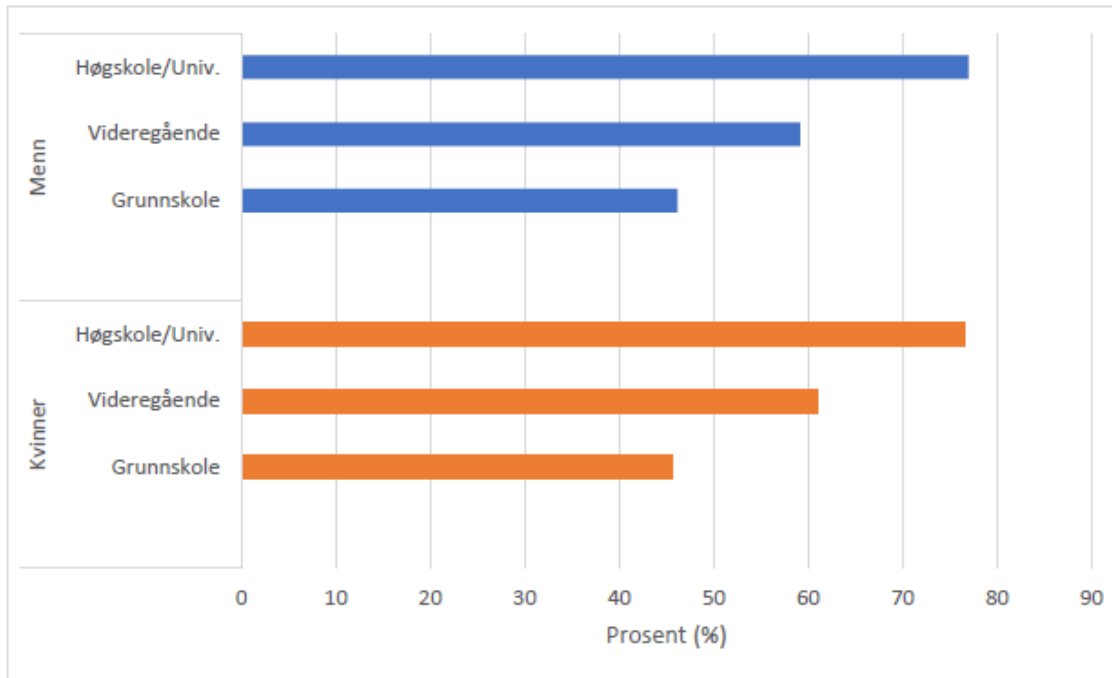
Figur 12 Andel innbyggere (%) som oppgir at de aktivt har drevet med 3 eller flere av følgende aktiviteter siste 6 måneder: Friluftsliv, idrett/trening, forening, dans, musikk/sang/teater, politikk/samfunnsdebatt og menighetsarbeid.. Menn (venstre) og kvinner (høyre)

## Geografisk variasjon i samfunnsdeltakelse - fritidsaktiviteter: Trondheim - levekårssoner



Figur 13 Andel innbyggere (%) som oppgir at de aktivt har drevet med 3 eller flere av følgende aktiviteter siste 6 måneder i levekårssoner i Trondheim: Friluftsliv, idrett/trening, forening, dans, musikk/sang/teater, politikk/samfunnsdebatt og menighetsarbeid. Menn (øverst) og kvinner (nederst).

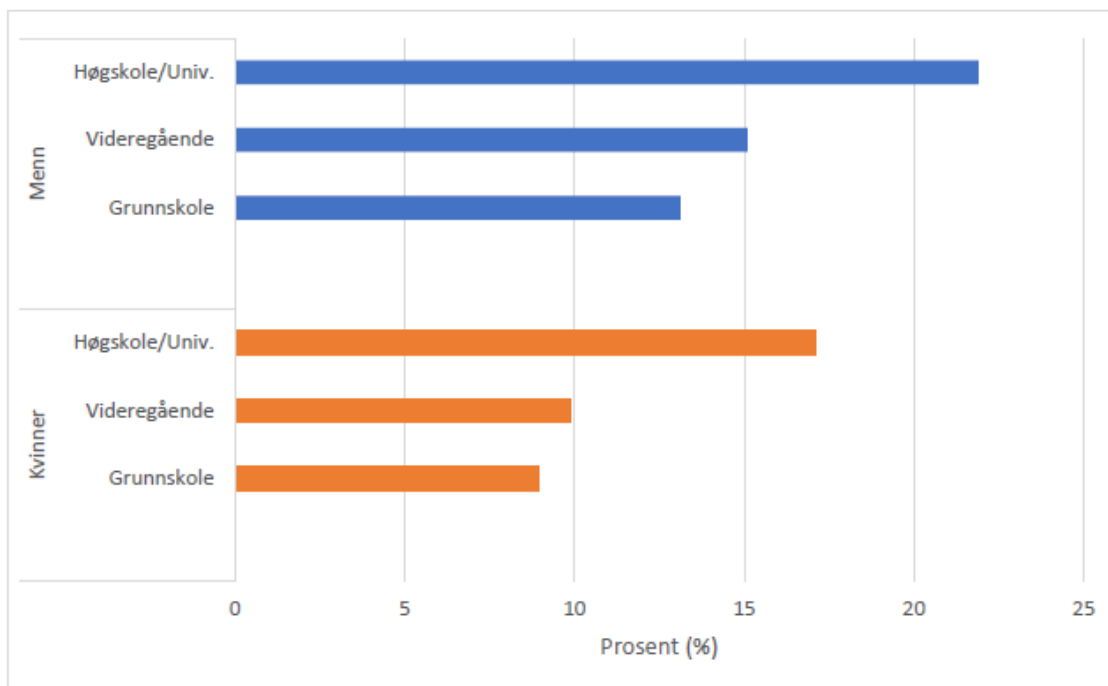
# Sosial ulikhet i samfunnsdeltakelse - fritidsaktiviteter, Trøndelag



Figur 15 Andel som oppgir at de besøker og/eller deltar aktivt i en kulturaktivitet minst 2 ganger i uka, etter kjønn og utdanningsnivå i Trøndelag. 18-104 år



# Sosial ulikhet i deltakelse i politisk aktivitet/samfunnsdebatt – demokratisk problem?



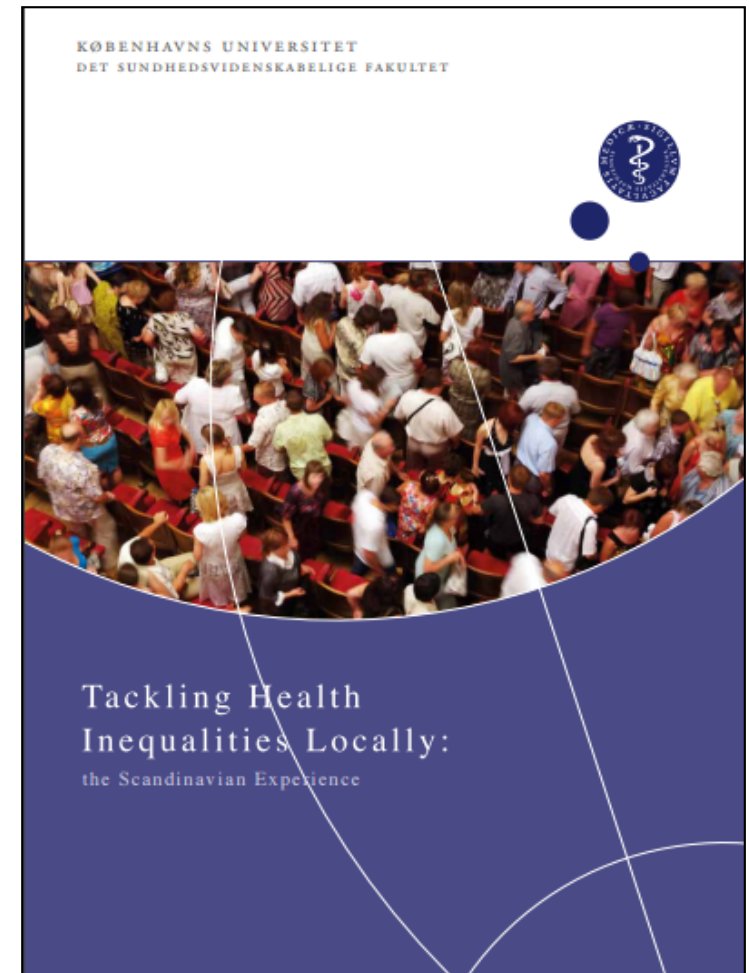
Vedleggsfigur 14 Andelen som har drevet med politisk aktivitet/samfunnsdebatt (1 gang eller mer siste 6 måneder) etter kjønn og utdanningsnivå i Trøndelag, 18-104 år.

# Å redusere sosiale ulikheter

## Systematisk innsats på alle nivå

Nivå	Type	Ansvar	Tiltak
• Individuelt	• Høy-risiko	• Helsetjenesten	• Individuelle tilbud
• Inter-individuelt	• Høy-risiko	• Sosialtjenesten/ Helsetjenesten	• Gruppetilbud
• Organisasjons	• Høy-risiko / Populasjon	• Organisasjoner	• Tilbud til ansatte • Tilbud til elever/studenter
• Samfunn	• Populasjon	• Kommuner	• Tiltak i alle sektorer
• Politisk	• Populasjon	• Regjering	• Lover, sosial og øko. politikk

# Tiltak på kommunenivå



# Politikkområder som vil påvirke sosial ulikhet i helse

- Barne- og familiepolitikk
- Utdanningspolitikk
- Arbeidsmarkedspolitikk
- Sosialpolitikk
- Miljøpolitikk
- Trafikk/infrastruktur-politikk
- Landbrukspolitikk
- Finans- og skattepolitikk
- Arealplanleggings-politikk
- Helsetjenestepolitikk

# Kampen om pengene

- De som har minst fra før er gjerne de som må blø for å balansere budsjettet
- Ofte ingen stemme i offentligheten
- Ingen pressgruppe
- Ingen makt, kan ikke streike



**MINDRETALL:** Opposisjonen har ikke nok armer i været til å få flertall for å bruke fem millioner mer av disposisjonsfondet enn flertallet.

• 2,1 milliarder skal brukes av kommunen i 2020

## 500-lappen

Neste års budsjett for Steinkjer kommune er på 2,1 milliarder kroner. Onsdag kveld brukte kommunestyret mest tid til å debattere en 500-lapp.

– Dette er første gang vi opplever at det ikke er samsvar mellom inntekter og utgifter, og at vi må ta av disposisjonsfondet, innledet ordfører Bjørn Arild Gram (Sp) da driftsbudsjettet for 2020 skulle vedtas. Han la til at han var bekymret, og mente at om man ikke tok grep nå, kan kommunen havne i en økonomisk krise. I sin innledning pekte han på mange områder der kommunen øker, samtidig som vi vet at vi har penger på disposisjonsfond, sa hun.

Hun pekte på at virkningene av mindre sosialhjelp var svakt begrunnet i budsjettet, og ba flertallet om å snu i saken.

– Vi kan ikke sette folk i den situasjonen, sa Lagesen.

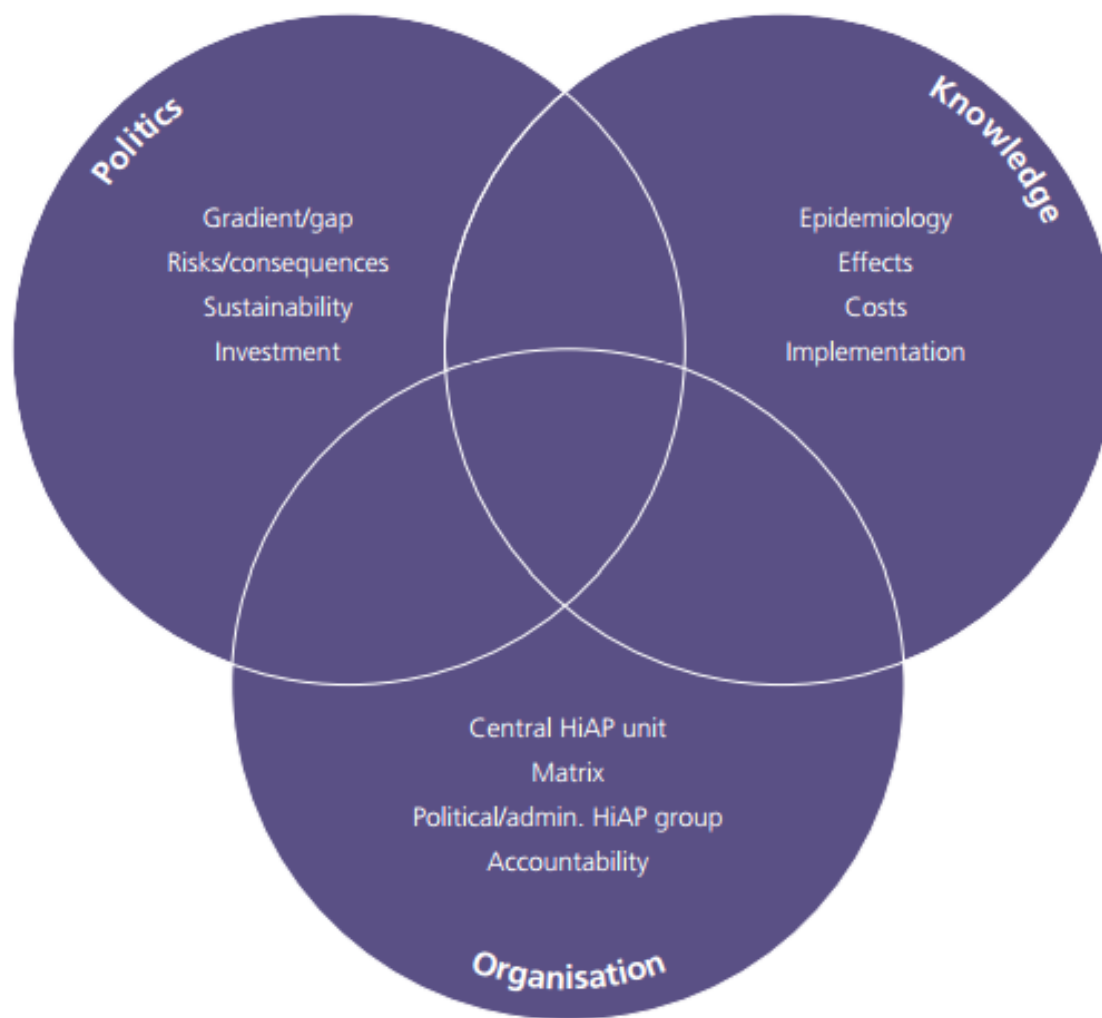
Partikollega Stein Erik Aalberg fortsatte og mente det var grunnleggende feil å kutte i økonomisk sosialhjelp. SVs Gjertrud Holand mente at det å kutte 500 kroner til de som har minst, var verre enn at kommunen brukte fra disposisjonsfondet.

– Jeg hadde faktisk trodd vi skulle bli enige her. Dette handler om måten vi behandler de som har minst, sa Holand.



**FØLELSER:** May Britt Lagesen brukte sterke ord fra talerstolen for å få posisjonen til å snu saken om sosialhjelp.

elt. Det er ikke slik. Alle som er på sosialhjelp, blir individuelt



## Anbefalte tiltak mot sosial ulikhet i helse

Fagrådet for sosial ulikhet i helse



IS-2749

Hva kan gjøres lokalt?



# Tiltak anbefalt i norsk rapport



## Politikk

### Mål og anbefalinger

Målet er å redusere ulikhet i inntekt og å redusere inntektsfattigdom. Det er særlig viktig å forhindre fattigdom i barnefamilier.

Basert på den foreliggende kunnskap på dette området anbefaler vi:

1. Fortsatt omfordeling gjennom skatte- og overføringssystemet.
2. Styrket innsats mot sosial dumping.
3. Reduksjon av fattigdom i barnefamilier ved å bedre økonomiske støtteordninger.



# Oppvekst

## Mål og anbefalinger

Målet er å redusere sosiale ulikheter i barn og ungdoms muligheter slik at alle får en best mulig start i livet med gode livssjanser. Dette innebærer å sikre like muligheter til kognitiv, språklig, personlig, sosial og helsemessig utvikling og vekst.

Basert på den foreliggende kunnskap på dette området anbefaler vi:

1. Å redusere fattigdom i barnefamilier.
2. Tidlig innsats blant annet ved å styrke helsestasjonen og skolehelsetjenesten.
3. Redusere sosial ulikhet i bruk av barnehage.
4. Tidlig og kontinuerlig innsats for å bedre prestasjoner og redusere ulikheter i frafall i den videregående opplæringen.
5. Reformert og tiltak i skolen må komme elever som trenger det til gode.
6. Styrket og tverretattlig oppfølging av ungdom som opplever helserelaterte eller sosiale problemer.

# Arbeidsliv

## Mål og anbefalinger

Målet er å redusere sosial ulikhet i helserelatert sosial mobilitet inn og ut av arbeidsmarkedet, og å sørge for tilstrekkelig sosial og økonomisk trygghet blant dem som står utenfor arbeidsmarkedet. Det er også viktig å redusere sosial ulikhet i kvaliteten på arbeidsmiljøet.

Basert på den foreliggende kunnskap på dette området anbefaler vi:

1. Å gjennomføre arbeidsrettede tiltak innenfor ordinært arbeidsliv som har en dokumentert effekt, samt å benytte gradert sykmelding.
2. Tverretattlig og tilpasset innsats for å føre folk tilbake til arbeid, med særlig fokus på tilrettelegging for lavt utdannede med nedsatt helse.
3. Sørge for at de som står utenfor arbeidslivet sikres tilstrekkelig økonomiske standarder, sosiale arenaer og meningsfull aktivitet.
4. Bedre arbeidsmiljøet, i særdeleshet fysiske belastninger, kontroll og selvbestemmelse, og risikoen for arbeidsulykker.
5. Satse mer på forebygging av dårlig helse i arbeidet med inkluderende arbeidsliv.

# Atferd

## Mål og anbefalinger

Målet er å redusere sosial ulikhet i kosthold, røyking, beruselsesdrikking og fysisk aktivitet.

Basert på den foreliggende kunnskap på dette området anbefaler vi:

1. Aktiv bruk av prising for å få folk til å velge sunn mat.
2. Regulering av salg og markedsføring av usunne matprodukter, spesielt mot barn og unge.
3. Gratis frukt innføres i hele grunnskolen.
4. Fortsatt høy pris på tobakk.
5. Videreføre en streng tobakkslovgivning.
6. Skreddersydde kampanjer og gratis røykeavvenningsstilbud.
7. Restriktiv alkoholpolitikk.
8. Tilrettelegging av offentlig rom slik at de understøtter fysisk aktivitet for alle.

# Helsetjenester

## Mål og anbefalinger

Målet er å få mer kunnskap om sosial ulikhet i helsetjenesten, identifisere barrierer mot likhet i tilgang til og bruk av helsetjenester, og å treffe tiltak for å bygge ned slike barrierer.

Basert på den foreliggende kunnskap på dette området anbefaler vi:

1. At sosial ulikhet i helse settes høyt på dagsorden i helsetjenesten.
2. Å utvikle indikatorer på sosial ulikhet i helsetjenesten.
3. Å starte et pilotprosjekt om gratis lege- og tannlegjetjenester.

