



Michael Marmot, professor i epidemiologi och folkhälsa vid University College i London – och en av huvudtalarna vid årets riksstämma – är ordförande i kommissionen bakom den nya WHO-rapporten »Utgjämna hälsoskillnaderna inom en generation«.

INTERVJU. Först visade han att sociala orättvisor skapar sjukdom. Sedan kartlade han de biologiska mekanismerna bakom detta. Nu har han just avslutat arbetet med en tung WHO-rapport om hur hälsoklyftorna i världen ska utjämnas. Läkartidningen har träffat den brittiske epidemiologen Michael Marmot, en av huvudtalarna vid årets riksstämma.

TEXTER: MIKI AGERBERG FOTO: GÖRAN SEGEHOLM



Han skriver recept mot hälsoklyftorna

Rapporten från WHO-kommissionen, som Sir Michael Marmot var ordförande i, talar klarspråk på ett sätt som är ovanligt. Den påvisar att hälsoklyftorna i världen har ökat de senaste årtiondena, och skriver ut ett recept för en friskare värld där åtgärder för att motverka sociala orättvisor står i centrum.

Namnet på rapporten är inte en prognos utan en viljeyttring: »Utjämna hälsoskillnaderna inom en generation«.

– Bush-administrationen gillade inte alls vår rapport, säger Michael Marmot när Läkartidningen träffar honom i Riksdagshuset i Stockholm – där han ska föreläsa på inbjudan av centerpartiet – i mitten av november.

Han ler när han säger det, för just detta är ju inget problem längre. Veckan innan vi träffas hade rapporten lanserats i stor skala på en internationell konferens i London; i sitt öppningstal uttalade premiärminister Gordon Brown ett starkt stöd för rapportens budskap, och Michael Marmot berättar att valet av Barack Obama till ny amerikansk president några dagar tidigare fick delegaterna att känna en ny och påtaglig optimism.

I samband med riksstäm-

man ska Michael Marmot bland annat presentera WHO-rapporten på det avslutande jubileumssymposiet »Global health« i Scandinavium.

Men även om han inte är rädd för hälsopolitiska ställningstaganden, så är han först och främst forskare. Mycket av den kunskap vi har i dag om sambanden mellan social status och hälsa kommer från de så kallade Whitehall-studierna, där han sedan mer än trettio år följer tjänstemän på olika nivåer i den hierarkiska brittiska statsförvaltningen.

– Styrkan med Whitehall-studierna är att vi så konkret kopplar samman sociala förhållanden med biologi, förklarar han.

Michael Marmot är 63 år och professor i epidemiologi och folkhälsa vid University College i London. När han var barn flyttade familjen till Australien, och han började läsa medicin i Sydney för att han var fascinerad av biokemi och fysiologi. Mötena med patienter under utbildningen fick honom emellertid att intressera sig för sambanden mellan sjukdomar och levnadsförhållanden.

– Jag minns en ung kvinnlig patient från den kliniska utbildningen i psykiatri, berättar han. Hon togs in på sjukhus och fick läkemedel – men

så fort hon blev lite bättre skulle vi skicka tillbaka henne till samma kaotiska familj och usla sociala förhållanden. Kunde det verkligen vara den bästa lösningen, undrade jag.

– Så småningom såg jag att sociala förhållanden kan påverka alla möjliga slags sjukdomar, inte bara de psykiska. Jag frågade min lärare om det fanns någon medicinsk specialitet där man studerar sådana frågor, och han svarade epidemiologi.

Michael Marmot tog sin läkarexamen, flyttade till Kalifornien och doktorerade vid Berkeley; där forskade han om hur sjukdomspanoramat förändras för japaner som flyttar till USA och anammar den amerikanska livsstilen (färre fall av stroke men fler hjärtinfarkter). 1976 återvände han till London och bör-

jade arbeta med Whitehall-studierna.

Den första Whitehall-studien hade startat redan på 1960-talet och var upplagd med den amerikanska Framingham-studien som förebild: en longitudinell undersökning av olika individuella riskfaktorer för hjärt- och kärlsjukdomar. Studiepopulationen var 18 000 män som var anställda i den brittiska statsförvaltningen, Whitehall.

Den brittiska statsförvaltningen var strikt hierarkiskt organiserad och i studien ingick anställda på alla nivåer, från vaktmästare till statssekreterare. Innan Marmot kom med i arbetet hade ingen tänkt på att undersöka om platsen i denna hierarki hade någon betydelse för sjukdomsrisk, men nu fick han möjlighet att studera detta.

Hans resultat, som började publiceras 1978, förvånade och chockade omvärlden.

– Vid den här tiden var den rådande uppfattningen att hjärtinfarkt var något som framför allt drabbas stressade chefer, berättar han. Men vi upptäckte att det var precis tvärtom. Ju längre ner i hierarkin du befann dig, desto större var risken att drabbas av hjärtinfarkt. Och inte nog med det: samma förhållande rådde för nästan alla vanliga sjukdomar.

Experterna tar klar ställning också i frågor som på sina håll är politiskt kontroversiella: för kraftigt ökat bistånd till de fattiga länderna, sjukförsäkringssystem som omfattar alla, och välfärdspolitik finansierad med progressiva skatter.

Det här fenomenet kallar Michael Marmot att hälsan följer en social gradient. Det handlar inte bara om en skillnad mellan fattiga och rika, utan om en trappa med många steg. Ju högre trappsteg du befinner dig på, desto bättre hälsa har du.

Skillnaderna mellan topp och botten var dramatiska. En uppföljningsstudie efter 25 år visar att männen längst ner i hierarkin löpte fyra gånger så hög risk att dö före 65 års ålder som de högre cheferna högst uppe i hierarkin.

Hur kommer det sig att social status och hälsa följs åt på detta sätt? En tänkbar orsak är att människor med lågstatusjobb lever mer ohälsosamt: de röker mer, motionerar mindre och äter onyttigare mat. Det stämde, men Marmot fann att det inte var hela svaret: de välkända livsstilsfaktorerna kunde bara förklara en tredjedel av hälsoskillnaderna.

För att försöka få svar på vad de andra två tredjedelarna beror på planerade Michael Marmot den andra Whitehall-studien, som startade 1985 och fortfarande pågår. Den omfattar drygt 10 000 statstjänstemän på olika nivåer – både män och kvinnor denna gång – och de följs upp mycket tätare och mer intensivt än i Whitehall I. Vart femte år kallas alla deltagare i Whitehall II till en läkarundersökning med mycket omfattande provtagning (blodfetter, glukos och insulin, fibrinogen, kortisol med mera), och däremellan får de svara på enkäter.

Resultaten från Whitehall II visar att den sociala gradienten fortfarande är en realitet, och ringar in förklaringarna bättre. Bland annat fann man att olika symtom på det metabola syndromet var vanligare ju längre ner på statustrappan personen befinner sig. Forskningen visar att det metabola syndromet är starkt kopplat till psykosociala faktorer, förklarar Michael Marmot:

– Har du en låg social position, med dåliga arbets- och levnadsförhållanden, så akti-

»Det är ingen naturlag att att flicka i Botswana har en förväntad livslängd på 43 år och en flicka i Japan det dubbla, 86 år.«

verar HPA-axeln och andra stressmekanismer. Dessa påverkar benägenheten för metabolt syndrom och inflammationer, som i sin tur ökar risken för diabetes och hjärt- och kärlsjukdomar.

Att arbetet är förenat med höga krav är inte skadligt i sig. Det som är farligt är när höga krav förenas med små möjligheter till kontroll av den egna arbetssituationen, säger han:

– Vi har visat att låg kontroll på jobbet är en viktig prediktor för flera olika sjukdomar, bland annat hjärt- och kärlsjukdomar. Det finns en klar biologisk mekanism bakom detta.

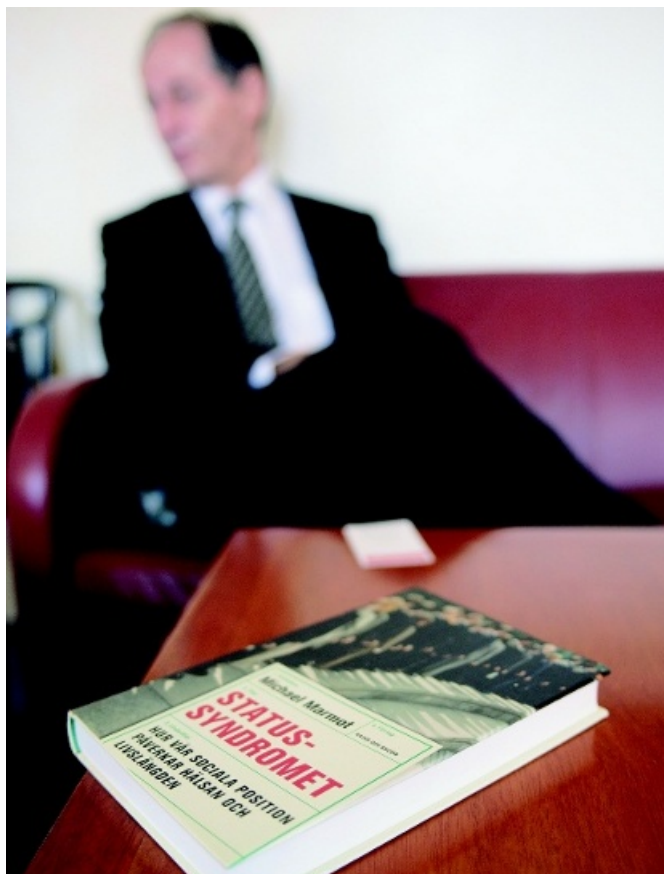
– Tillsammans med de traditionella livsstilsfaktorerna kan vi nu på detta sätt förklara omkring två tredjedelar av de sociala skillnaderna i hälsa.

Och den sista tredjedelen?

– Kan vi få bättre mått på bland annat stress och det metabola syndromet, och mäter upprepade gånger under en persons livstid, tror jag det kan förklara en större del än vad vi kan visa i dag.

Enligt Michael Marmot är en människas autonomi – hur mycket kontroll man har över sitt arbete och sitt liv – den mest centrala faktorn bakom de sociala skillnaderna i hälsa.

Detta gäller för övrigt inte bara för människor. Han berättar att han nyligen har skrivit en vetenskaplig artikel tillsammans med den amerikanske neuroendokrinologen Robert Sapolsky, som bland annat studerar stressfaktorer hos vilda babianer i Kenya. Babianhannar med låg rang i flocken är utelämnade till de högre rankade hannarnas godtycke, och Sapolsky har visat att de också har högre halter av stresshormonet kortisol och även sämre blodfettvärden.



I boken »Statussyndromet. Hur vår sociala position påverkar hälsan och livslängden« diskuterar Michael Marmot sin forskning.

– Sapolsky har sett samma hälsoskillnader hos babianhannarna som jag har sett hos brittiska statstjänstemän, säger Michael Marmot, och skyndar sig att tillägga att han givetvis inte vill dra några andra paralleller.

– Det handlar om plausibla biologiska mekanismer som kopplar samman låg kontroll med sjukdomsrisik.

Studier i många andra länder bekräftar de viktigaste resultaten i Whitehall-studierna. Varje land tycks ha sin sociala hälsogradient, även om lutningen är mer eller mindre stark, och globalt sett är hälsoklyftorna enorma.

De senaste tre åren har Michael Marmot varit ordförande i WHOs kommission för sociala bestämningsfaktorer för hälsa, en tung samling experter från olika områden som nyligen lagt fram sin slutrapport. I rapporten beskrivs de hälsoklyftorna i värl-

den och föreslår åtgärder för att utjämna dem. Åtgärderna handlar inte i första hand om traditionell sjukvård utan om att komma åt de stora bakgrundsorsakerna till ohälsa, som fattigdom, bristande sanitär standard och dåliga arbetsförhållanden.

Rapporten visar att hälsoklyftorna i världen har ökat sedan 1980-talet. Ändå bär den det uppförande namnet »Utgjämna hälsoskillnaderna inom en generation«.

– Vi diskuterade mycket innan vi bestämde oss för

Michael Marmot på riksstämman

Michael Marmot medverkar i det avslutande jubileumssymposiet »Global health«, som hålls i Scandinavium fredagen den 28 november kl 12.30–17.00. Tidigare samma dag håller han en gästföreläsning på riksstämman, »Social inequalities in health: causes and possible solutions«, kl 9.00–10.00.

namnet, säger Michael Marmot. Det är inget mätbart mål. Men det är en stark viljeyttring, och det går att komma en bra bit på väg.

– Det är ingen naturlag att att flicka i Botswana har en förväntad livslängd på 43 år och en flicka i Japan det dubbla, 86 år. Vi vet att det går att göra väldiga framsteg med ganska enkla åtgärder – låt oss använda de kunskaperna.

De åtgärder WHO-rapporten föreslår handlar dels om att förbättra livsvillkoren för de fattigaste, och dels om att skapa en mer rättvis fördelning av resurserna, både inom varje land och globalt. Experterna tar klar ställning också i frågor som på sina håll är politiskt kontroversiella: för kraftigt ökat bistånd till de fattiga länderna, sjukförsäkrings-system som omfattar alla, och välfärdspolitik finansierad med progressiva skatter.

– När jag talar om att utjämna klyftorna, får jag ibland frågan om jag vill att de som har de bäst ska bli sjukare, säger Michael Marmot. Det är naturligtvis nonsens. Men den goda hälsa som de bäst lottade har uppnått ger en idé om vad som är möjligt. Vad

■ FAKTA Michael Marmot

Ålder: 63 år.

Aktuell: Ordförande i kommissionen bakom den nya WHO-rapporten »Utjämna hälsoskillnaderna inom en generation«.

Arbete: Professor i epidemiologi och folkhälsa vid University College i London.

Bakgrund: Läkarutbildning i Sydney, Australien. Doktorerade vid University of California, Berkeley. Forskar sedan drygt trettio år om social status och hälsa hos brittiska statstjänstemän i de stilbildande Whitehall-studie-

erna. Rådgivare till den brittiska regeringen. Adlad 2000.

Viktigaste hälsofrågan: Den globala ojämlikheten i hälsa.

Viktigaste läkarfrågan: Hur vi som läkare ska förhålla oss till denna ojämlikhet, och arbeta tillsammans med andra samhällssektorer för ökad social rättvisa på hälsoområdet.

När träffade du en patient senast? »Som läkare för cirka femton år sedan. Fram till dess hoppade jag in då och då på en öppenvårdsmottagning för att

hålla kontakten med kliniskt arbete.«

Böcker: Michael Marmot diskuterar sin forskning i boken »Statussyndromet« (Natur och Kultur 2006). Sammanfattningen av WHO-rapporten finns utgiven på svenska av Statens Folkhälsoinstitut.

Familj: Fru och tre barn.

Senast lästa bok: »The end of laissez-faire« av ekonomen John Maynard Keynes. »Den är ytterst relevant i dag, upptäckte jag.«

jag vill är att den goda hälsan ska spridas till fler.

Hittills har rapporten fått ett övervägande positivt mottagande. Men hur ska världens makthavare, mitt i finanskrisen, övertygas om att satsa pengar på att utjämna hälso-klyftorna?

Det går naturligtvis att visa att sådana satsningar lönar sig på sikt, men WHO-experterna valde medvetet att inte sätta de ekonomiska argumenten i centrum. De globala orättvisorna i hälsa är så stora att de kräver handling i vilket fall, menar de.

Självklart har de dock räknat på vad olika åtgärder skulle kosta. Nära en miljard människor i världen lever i dag i slumområden. Att förse alla dessa människor med anständiga bostäder, med tillgång till rent vatten, toalett och kok-möjligheter, beräknas kosta omkring 100 miljarder dollar, säger Michael Marmot:

– Den första reaktionen var förstas att det är omöjligt att få fram så mycket pengar. Men se på vad som hänt under finanskrisen. Enbart i USA, Storbritannien, Tyskland och Sverige ställer statmakterna upp med garantier

på sammanlagt omkring 2 500 miljarder dollar för att rädda bankerna från att gå omkull – det är 25 gånger så mycket.

– Jag anser att det var absolut nödvändigt att rycka ut och rädda bankerna. Men det här visar, att om ett problem är tillräckligt akut så går det att hitta pengar. Då borde det också gå att få fram pengar, som motsvarar en tjugofemtedel av bankgarantierna, för att alla stadsbor i världen ska få rent vatten och tak över huvudet.

Miki Agerberg

miki.agerberg@lakartidningen.se

WHO: Social rättvisa ger bättre hälsa

Social rättvisa är en fråga om liv och död. Social rättvisa påverkar hur människor lever och därmed vilken risk de löper att bli sjuka och att dö i förtid.

Det konstaterar Världshälsorganisationen WHO:s kommission för hälsans sociala bestämningsfaktorer i sin slutrapport, som offentliggjordes i slutet av augusti i år. I rapporten, »Utjämna hälsoskillnaderna inom en generation«, kräver kommissionen krafttag för att ge fler människor förutsättningar för en god hälsa.

Kommissionen, som tillsattes 2005 och leddes av Michael Marmot, bestod av 19 experter från olika områden, bland dem den indiske Nobelprista-

garen i ekonomi Amartya Sen. Svensk deltagare var Denny Vågerö, professor i medicinsk sociologi i Stockholm.

I rapporten beskriver de dramatiska skillnader i hälsa mellan olika länder, men också inom varje land. En flicka som föds i Botswana eller Lesotho har hälften så lång förväntad livslängd som en flicka som föds i Japan – och en pojke som föds i de fattigaste stadsdelarna i Glasgow i Skottland kan förvänta sig att leva 28 år mindre än en pojke som föds i de rikaste stadsdelarna i samma stad.

De här skillnaderna är inte biologiskt givna utan beror främst på olika sociala faktorer som styr människornas levnadsförhållanden, konstaterar kom-

missionen. I rapporten riktar den skarp kritik mot den »giftiga kombination av dålig politik och ekonomi«, som till stor del hålls ansvarig för att en majoritet av jordens befolkning i dag inte åtnjuter så god hälsa som är biologiskt möjlig.

För att minska hälsoklyftorna föreslår kommissionen åtgärder under tre huvudpunkter. Den första är att förbättra vardagslivets villkor, framför allt för de mest utsatta; det handlar till exempel om att sanera slumområden och om att skapa bättre förutsättningar för små barns utveckling. Kommissionen förespråkar också sjukförsäkringssystem och sociala skyddsnät som omfattar alla.

Den andra huvudpunkten

är att motverka den orättvisa fördelningen av makt, pengar och resurser, både globalt och nationellt, något som bland annat innebär kraftigt ökat ekonomiskt stöd till fattiga länder. Den tredje huvudpunkten är att skapa bättre mekanismer för kontinuerlig mätning och uppföljning av hälsan och de sociala bestämningsfaktorerna för den.

För att åstadkomma denna kursändring krävs enligt kommissionen medverkan från en rad olika aktörer: WHO och andra internationella organisationer, nationella regeringar, företag, forskningsinstitutioner och organisationer i det civila samhället.

Miki Agerberg