

Fysiska hälsoproblem i välfärdssamhället

Gösta Tibblin

Vad har blivit resultatet av de senaste 40 årens samhällsutveckling och utbyggnad av sjukvårdsapparaten i Sverige? Har befolkningens hälsotillstånd förbättrats? Har vi blivit friskare? De frågeställningarna har varit utgångspunkten för ett arbete som Gösta Tibblin refererade i sitt inledningsanförande. Svaret på frågorna är ja – och nej. Ja då det gäller barn och kvinnor över 50 år. Nej för de medelålders männen. I sina studier av dödstal och dödsorsaker har han funnit att den allvarliga sjukligheten och dödligheten bland barn och kvinnor över 50 år har minskat markant, medan männens dödlighet har ökat i medelåldern. I sitt anförande belyser han också en del av de mekanismer han anser ligger bakom dessa förändringar.

Gösta Tibblin är distriktsläkare vid Sollentuna vårdcentral.

Det politiska språket består av satser som uttrycker värderingar, eller önskar påverka värderingar. Det vetenskapliga språket består av satser som påstår något om verkligheten. Det politiska språket vill ge svar på frågor av typen: "Vad bör vi göra?" Här gäller det att välja, besluta, handla.

På 30-talet skulle vi förvandla Lubbe Nordströms Lortsverige (med stort L) till ett Folkhem. Efter kriget var det skördetid och vi skulle bygga upp ett Social-Sverige. Under 50-talet var målet ett starkt samhälle för att säkra de vinster som uppnåts. Genom rationalisering och stordrift nåddes "utveckling" och "framsteg".

Under det decennium som nu är inne är slagorden många. Vi är alla emot robotisering, datorisering, automatisering och resursslöseri. Med andra ord är vi emot de värderingar som låg bakom 50-talets slagord. I stället talar vi nu om trygghet, jämlikhet, medvetenhet, integration och samarbete.

Sista årtionendena har också sett slagorden livskvalitet och helhetssyn födas (se tabell 1).

Det finns ingen anledning att förakta det politiska språket för att det är oklart, motsägande och tvärsäkert. Det har en helt annan funktion än det vetenskapliga språket. Svårigheterna uppträder när man, som vid det här tillfället, blandar det vetenskapliga och det politiska språket.

En vetenskapsman strävar efter att söka sanningen. Han gör det för att han tror att den är nyttig och att illusioner är skadliga. Han vill avslöja illusionerna och ge en i hans tycke riktig bild av verkligheten. Gunnar Myrdal har berättat om de svårigheter vi ställs inför i vår uppgift att finna sanningen: Vi måste befria oss från det mäktiga inflytande på vårt tänkande som vår vetenskapliga tradition har. Vi måste bli av med påverkan från den kulturella, sociala, ekonomiska och politiska miljö som vi lever i. Sedan måste vi – inte minst – göra oss av med det inflytande, som härrör från vår egen personlighet, som har sin egen individuella historia och sina egna böjelser.

En metod står till vårt förfogande om vi ska försöka skydda oss mot att bli offer för skevheter i vår

.....

En vetenskapsman strävar efter att söka sanningen.

.....

Tabell 1. Våra vanligaste slagord (1938–1978)

30-talet

Folkhemmet
Välfärdsstaten
Lortsverige

40-talet

Socialsverige

50-talet

Det starka samhället
Överflödessamhället
Rationalisering – effektivitet
Framtid – utveckling

60-talet

Det goda livet och det onda livet
Det föränderliga samhället
Det möjliga samhället

70-talet

Trygghet
Ekologi
Resursslöseri
Robotisering
Automatisering
Medvetenhet
Livskvalitet
Helhetssyn
Jämlikhet

1978

Välfärd och ofärd

syn på verkligheten. Det är att klarlägga de värderingar vi har, vilka bestämmer hur vi närmar oss verkligheten. Vi bör granska dessa värderingar och se om de är relevanta och rimliga. Med relevanta menas att de bör finnas hos en betydande grupp människor, med rimliga att de ska gå att förverkliga i vårt samhälle.

På min lott har kommit att tala om fysiska hälsoproblem i välfärdssamhället. I helhetssynens Sverige är det inte lätt att begränsa sig till de sk kropps-sjukdomarna. Alla sjukdomar har sina somatiska, psykiska och sociala komponenter. Att få hjärtinfarkt eller hjärnblödning innebär ett lika stort psykiskt och socialt som somatiskt lidande. Jag har i min sammanställning lite godtyckligt låtit fysiska hälsoproblem omfatta alla diagnosgrupper utom det som kallas mentala rubbningar.

Tre mått på hälsa

När man önskar mäta ett folks hälsa anger Världshälsoorganisationen tre mått, nämligen barnadödlighet, dödstal och meddellivslängd. Bästa metoden att mäta hälsa i en befolkning är alltså att mäta död. Det kan te sig sig paradoxalt, men förklaringen är att andra mått på sjuklighet är förenade med så stora metodologiska svårigheter, att WHO:s mått till dags dato är de bästa.

Något man glömmer då det gäller dödlighet är att den samtidigt är ett mått på allvarliga sjukdomar. Ta som exempel död i trafiken. Det går på varje död i trafik ett tiotal allvarligt skadade. För varje död i hjärtinfarkt har vi tre överlevande hjärtinfarkter. Levercirros, skrumplever, är ett utmärkt mått på en nations alkoholkonsumtion och alkoholskador. Det finns undantag. Kronisk ledgångsreumatism exempelvis har bara en obetydligt ökad dödlighet jämfört med genomsnittsbefolkningen.

Dödligheten är dessutom lätt att mäta, är metodologiskt invändningsfri och är ett relevant mått för de flesta människor. En ökning av dödstalen upplevs som något icke önskvärt, en minskning som något positivt.

I Sverige har vi, fränsett barnadödligheten, sällan diskuterat dödstalens utveckling. Vi har i stället använt andra mått. Den sk ULF-undersökningen, som gjordes 1974–1976 och nu pågår rullande, utgick från befolkningens egen uppfattning om sitt hälsotillstånd. Den bygger på intervjuer och är heltäckande. Den har alltså många metodologiska fördelar.

Tittar vi på ULF-undersökningens resultat när det gäller förekomsten av långvarig sjukdom i befolkningen, finner vi att det är mycket vanligt. För männens del går det upp till 70 procent i åldersgruppen 65–74 år. Kvinnorna ligger hela tiden lite högre. Bland andra symtom som har rapporterats ligger tex trötthet på 22 procent för männen och 40 procent för kvinnorna.

I Sverige har vi, fränsett barnadödligheten, sällan diskuterat dödstalens utveckling.

Om man nu använder ULF-undersökningen som beslutsunderlag och det har många tyckt att man ska göra, är det ingen tvekan om att vi behöver bygga ut vårdapparaten. Vi behöver bygga ut den ordentligt för att klara all denna sjuklighet.

Problemet är bara att de forskare som gjort utredningen har varit biased, de önskade visa det onda livet. De centrerade sig kring folks besvär. Hade de också intresserat sig för hur folk upplever hela sitt hälsotillstånd hade de fått andra siffror tror jag.

1973 gjorde vi befolkningsstudier i Göteborg över män och kvinnor mellan 30 och 60 år. Vi tog reda på hur mycket symtom dessa människor rapporterade. Det är genomgående så att man rapporterar mycket symtom. Gruppen "utan symtom" är 5% bland 60-åriga män. Bland kvinnor är det mycket ovanligt att inte ha några symtom.

Men vi stannade inte vid detta. Vi bad också människor att skatta sin hälsa. Vi frågade dels med hjälp av en sjugradig skala, dels ställde vi frågor om hur de kände sig: Helt frisk, ganska frisk, ganska dålig, ordentligt sjuk.

Vi fann att om man frågar svenska folket på detta sätt, så mår de toppen. 97% av de kvinnor som rapporterat så mycket symtom kände sig helt friska eller ganska friska. Går vi ut med dessa siffror, som inte är unika för Sverige, skulle vi inte alls behöva bygga ut vår sjukvårdsapparat. Svenska folket är så friskt att vi inte ska störa det.

Det jag vill säga med detta är inte att jag tror att den ena eller den andra bilden är sann. Jag vill illustrera hur svårt det är att dra slutsatser av den här typen av material. Vi måste se på båda sidorna. Skulle vi ta sjukskrivningsdata som exempel, tvingas vi konstatera att svenska folket blir sjukare för varje år, både män och kvinnor. Jag ska gå över till den metod jag har använt och varför jag lagt upp arbetet som jag har gjort.

Sverige 1938 och 1978

Jag tycker det är spännande att illustrera de sista 40 åren av utvecklingen i Sverige – från 1948 till 1978 med hjälp av dödstalens förändring. Skälet är att vår vårdapparat var mycket sparsamt utbyggd 1938. Jag ville titta på dödstalen, dvs antal som avlider,

Svenska folket är så friskt att vi inte ska störa det.

för män och kvinnor i väl avgränsade åldersklasser. Skälet är att man kan räkna med att män och kvinnor har samma tillgång till vårdapparaten. Fick vi en nedgång för både män och kvinnor räknade vi med att vårdapparaten skulle ha spelat en roll. Fick vi en uppgång eller skillnader mellan könen kunde det vara andra faktorer som hade betydelse. Skulle det visa sig att vi trots den enorma satsning vi har gjort på sjukvården fick en uppgång i dödstalen, vore det märkliga siffror, som visar att det i vårt samhälle finns hälsofientliga krafter som bryter igenom den motkraft som hälso- och sjukvården utgör.

Vad fick vi då fram?

Kurvan över barnadödligheten är märklig. Vi har under hela perioden ett ordentligt ras och är nu nere i så låga tal att man undrar var gränsen för nedgången ligger. Det intressanta är att pojkar och flickor närmar sig varandra, även relativt. Enligt vår hypotes har hälso- och sjukvården gjort nytta inom denna åldersgrupp.

Tittar vi på de olika ungdomsgrupperna får vi ungefär samma trend. Vi finner det jag kallar anti-biotikafallet. Mellan 1940 och 1950 hade vi en kraftig nedgång i dödlighet. Detta ras finns ända upp i de högre åldrarna. Nedgången i dödstalen fortsätter och det sker ett närmare mellan könen.

I de äldre ungdomsgruppernas förekommer samma utveckling, men det blir ett gap mellan flickor och pojkar. Anledningen är den våldsamma döden som till övervägande del drabbar pojkar.

Den kraftiga nedgången av dödstalen i periodens början måste bero på sjukvårdsinsatser. Det är mycket svårt att hitta något belägg för att en höjd levnadsstandard skulle kunna ligga bakom minskningen i dödstalen mellan 1938 och 1948. 1938 var ett högkonjunkturår, 1948 ett krisår då vi fortfarande hade ransoneringar. Vi hade då bostadskris. Antalet som bodde i enrummare var lika stort båda åren. Antalet bilar lika stort. Jag tror det är mycket svårt att komma ifrån att hälso- och sjukvården genom införande av sulfä, penicillin och

Den kraftiga nedgången av dödstalen i periodens början måste bero på sjukvårdsinsatser.

antituberkolosmedel orsakade minskade dödsfallen.

Först då vi kommer upp i åldersgruppen över 30 år finner vi förändringar i dödstalsbilden. Vi börjar få en lätt uppåtående trend för männen medan kvinnornas tal ligger ganska oförändrade. Då vi kommer till 40-åringar blir denna trend mer markerad. Männens dödstalskurva börjar stegras. I gruppen 55–59 halveras kvinnornas dödstal, medan männens fortsätter att stiga. Skillnaderna fortsätter upp i de allra högsta åldrarna.

Här har vi alltså dödstal bland män som stiger trots en kanske 100-faldig satsning på sjukvården under perioden.

För att förklara det stora gapet mellan medelålders män och kvinnor kan man titta på dödsorsakerna. Då hittar man dödsorsaker som hjärtinfarkt, hjärnblödning, lungcancer, levercirros, motorfordonsolyckor och självmord. Tar man bort dem följer dödligheten för män och kvinnor varandra och pekar nedåt.

Ser vi på vad som ligger bakom dessa stora sjukdomar är det ingen tvekan om att bakom lungcancer ligger bl a tobaken, bakom levercirrosen finns alkohol, bakom olycksfallen bl a arbetsmiljö och alkohol. Bakom hjärtinfarkt och hjärnblödning ligger visserligen rökning, men också högt blodtryck och höga blodfetter.

Om vi vill göra något för att få ner de här dödstalen, vad ska vi göra då? Ska vi satsa på att bygga ut sjukvårdsapparaten? Jag tror inte det. Jag tror inte att vi på något sätt kommer att kunna påverka de här dödsorsakerna genom att satsa på vårdapparaten. Man har beräknat att införandet av speciella hjärtinfarktsavdelningar, vilket gick som en präriebrand över Sverige under 50- och 60-talen, möjligen har minskat dödligheten i hjärtinfarkt med någon procent.

Vad man måste göra är att satsa på förebyggande åtgärder. Man får jobba med alkoholen och allt som betingas av alkohol, med rökningen, arbetsmiljön

och trafiken. Det finns möjligheter. Vi har etiologin klarlagd. Vi kan alltså bara sätta igång och göra insatser. Om vi nu vill det.

Hur skall vi då förklara nedgången i dödligheten för kvinnor? Vi vet att kvinnor har en lite högre sjukvårdskonsumtion än män. Kan det vara anledningen? Nej, det tror jag inte. Det hjälper inte med hög sjukvårdskonsumtion när det gäller de sjukdomar vi har talat om. Jag har en möjlig förklaring.

Jag arbetar med ett projekt i Västerbotten, där jag har försökt ta reda på hur hälso- och sjukvården såg ut 1938. Jag har då läst provinsialläkarnas rapporter. Det är en mycket intressant läsning. Provinsialläkarna var samhällets ögon och öron och visste verkligen vad som hände i samhället. Nästan alla läkare klagade över en sak, nämligen att kvinnorna på landsbygden inte hade tid att vara sjuka. Då levde 80 procent av befolkningen på landsbygden. Skälet var helt enkelt att mannen var flottare eller jobbade i skogen, medan kvinnan fick sköta kreaturen och de många barnen. Det fanns inte tid för sjukdom.

På den här tiden avled kvinnor i 30-, 40- och 50-årsåldern ofta i samband med förlossningar. 1938 dog 236 kvinnor av denna orsak. Det var en av de största dödsorsakerna. Man avled också i samband med kriminella aborter. Det var ungefär ett 100-tal varje år under 30-talet. I dag avlider kanske en kvinna per år i hela landet av denna orsak.

Jag tror att den förbättring som skett i kvinnornas situation under de gångna 40 åren verksamt har bidragit till att kvinnans dödlighet har minskat i de här åldrarna. I den här tolkningen är det också viktigt att ha klart för sig att när det gäller kvinnor över 50 år, så har de även i dag en klart mindre risk för olycksfall, eftersom de arbetar mindre. De har rök- och alkoholvanor som klart skiljer sig från männen i samma åldersgrupp. Jämlikhet i alkohol och tobak ser vi först i de yngre åldersklasserna.

Sjuklighet

Det är svårt att mäta sjuklighet och sjuklighetsförändringar.

Det är svårt att mäta sjuklighet och sjuklighetsförändringar.

ändringar. De undersökningsinstrument vi har förändras ständigt. Hjärtinfarkter fanns inte på 20- och 30-talen, därför att det inte fanns EKG-apparater att mäta hjärtinfarkt med. Jag tror att det finns nästan bara ett sätt att mäta vad som sker. Det är att gå i en befolkning och göra en undersökning med ett testbatteri och titta på exempelvis 50-åringar, vänta i 10–20 år, gå in igen och titta på samma åldersgrupp med samma testbatteri. Vi har gjort det. Vi har undersökt 50-åringar av 1913 och 1923 års modell – gårdagens 50-åringar mot dagens – och sett vad som skett.

Rökningen har minskat något bland dagens 50-åringar. Framför allt har antalet som slutat röka ökat från 20 till 26 %.

När det gäller de svåra sjukdomarna diabetes, hjärtinfarkt och hjärnblödningar är det inga skillnader, talen är rätt låga. Dessa sjukdomar är ganska ovanliga i 50-årsåldern.

Frekvensen behandlat blodtryck har stigit från 2 % till 6 % av befolkningen. Magsårsfrekvensen är på väg nedåt. Gallsten har ökat och cancer är oförändrat i denna åldersgrupp.

Tittar vi på de bakomliggande faktorerna, finner vi att blodfetterna ligger identiskt lika. Blodtrycket ligger lika. Männen ökar lite i längd och har också gått upp tre kilo i vikt. Det är kanske det mest slående – övervikten har spritt sig.

Sammanfattar vi vad som skett under den här perioden finner vi att det har inträffat förändringar när vi mäter morbiditeten med medicinska mått. Det är förbättringar och försämringar. Vi har blivit fetare, blodtrycket har förmodligen stigit.

Sammanfattningsvis kan man säga att samhällsutvecklingen tillsammans med sjukvårdsinsatser har gjort att den allvarliga sjukligheten och dödligheten bland barn och kvinnor över 50 år har minskat markant under de gångna 40 åren. Kvinnor i åldern 20 till 40 år har oförändrad dödlighet, medan männens dödlighet har ökat i medelåldern och ligger oföränd-

.....
Männens dödlighet har ökat i medelåldern och ligger oförändrad i de lägre åldersklasserna.
.....

.....
Vad räckhållsrymden innehåller beror på människans kapacitet och vad omgivningen erbjuder.
.....

rad i de äldre åldersklasserna. Om sjukligheten har vi svårt att yttra oss.

Fördelar och nackdelar 1938 och 1978

Det som nu skall följa är ett försök att skildra samhällsutvecklingen under de gångna 40 åren. Jag har då försökt måla en tidsbild för 1938 (*fig 1*) och 1978 (*fig 2*). Jag har försökt se fördelar och nackdelar med att leva 1938 respektive 1978. Jag är medveten om att här påverkar mina värderingar mitt sätt att tolka verkligheten. Men man kan se det som ett diskussionsinlägg.

Det är min övertygelse att det är vårt sätt att utforma vårt samhälle som blir avgörande för vilka allvarliga sjukdomar vi kommer att dras med tills ålderdomen tar ut sin rätt och kräver sin tribut i form av lidande och död. Det här avsnittet innebär också en övergång från vetenskapligt språk till ett poetiskt och varför inte ett politiskt.

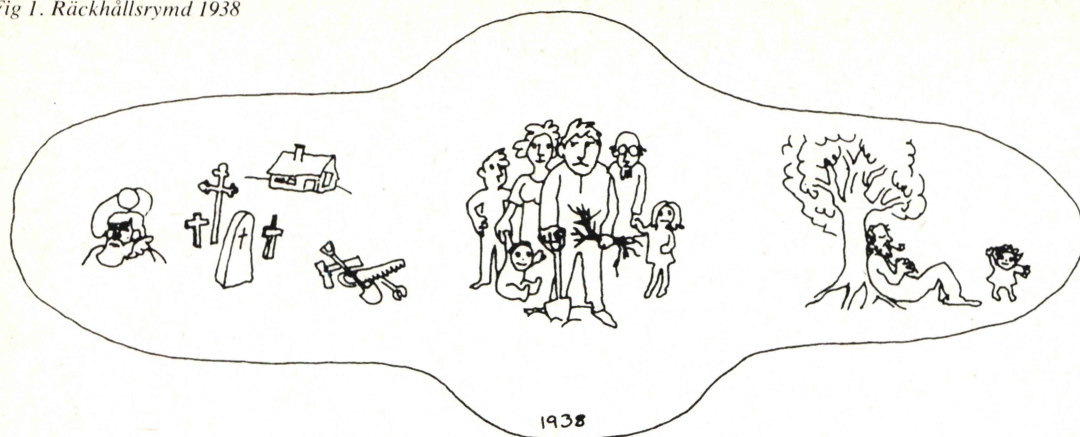
Den som inspirerat mig när det gäller begrepp och sätt att se är Torsten Hägerstrand, kulturgeograf från Lund. Han har använt ett begrepp som han kallar "reach", vilket väl närmast kan översättas med "räckhåll".

Att något ligger inom räckhåll för en person syftar inte bara på att han kan nå det rent fysiskt. Det är också frågan om ekonomiskt räckhåll, kunskapsmässigt räckhåll. Emotionella dimensioner hör också till begreppet. Man kan säga att en människa är inbäddad i en räckhållsrymd. Den rymden kan sträcka sig på olika sätt, åt olika håll. Den kan gå bakåt, framåt och framför allt kan den vara olika utformad. Vad rymden innehåller beror på människans kapacitet och vad omgivningen erbjuder. Jag vill illustrera utvecklingen med hjälp av räckhållsrymden för en människa 1938 och för en 1978.

År 1938

1938 innebar räckhållsrymden ett rejält räckhåll bakåt i tiden. Historia och tradition borgade för

Fig 1. Räckhållsrymd 1938



BEGRÄNSNING
KUNNIGHET
SMÅ FÖRVÄNTNINGAR
RIKT NÄTVERK

CYKEL
INGEN LAGSTADGAD SEMESTER

MÅNGA ALLVARLIGA SJUKDOMAR
HÖG DÖDLIGHET
FÅ LÄKARE
DÅRLIGT FÖRSÄKRINGSSKYDD

detta. Framtiden var ointressant. Den antogs förmodligen vara lika med nutiden. Det fanns inget behov av prognoser och futurologiska studier. Ett visst hot fanns med i bilden. Det var vanligt med civilförsvarsövningar och man kände hotet från söder.

Räckhållsrymden för nutiden var begränsad, man skulle nästa kunna säga komprimerad. I städerna var de flesta lägenheter enrummare. Man bodde nära varann, trångt. Cykeln var det enda transportmedlet. Det fanns inte heller tid att förflytta sig. Den lagstadgade semestern trädde i kraft först året därpå. Man kan räkna med att det sociala nätverket var rikt förgrenat. Förväntningarna var små. Det var högst otroligt att mer än någon enstaka av barnen skulle ta studenten.

Människor var i stor utsträckning hänvisade till att klara sig själva. Någon socialvård fanns inte. Fattigvården klarade endast det nödortfigaste. Sjukvården utmärktes av få läkare – ett tusental – men kontinuiteten var god. Tillgängligheten var också god. Frågar man människor om den tiden säger de att det aldrig var några problem. Man kom alltid till en läkare. Man kanske fick vänta några timmar, men man kom alltid fram och väntelistor fanns inte.

Sjukvården hade att kämpa med mycket stor dödlighet och många allvarliga sjukdomar. Tuberkulosen krävde många dödsoffer, liksom en rad andra infektionssjukdomar som vi inte har idag. Sjukvården kostade huvudmännen omkring 50 miljoner. Läkemedel såldes för ungefär lika mycket. Försäkringsskyddet var dåligt.

År 1978

För 1978 ser rymden helt annorlunda ut. Bakåt är räckhålllet obetydligt i historielöshetens tidevarv. Framtiden är okänd. Vi blickar där, tycker jag, in i ett tomt rum. Förändringshastigheten är så hög att det är svårt att över huvud taget sja om framtiden. Med TV, telefon och charterflyg är hela jorden inom vårt räckhåll. Våra politiska strävanden har i stor utsträckning gått ut på att placera mer och mer materiella tillgångar och tjänster inom vårt räckhåll. Människan 1978 simmar i en flod av information i form av reklam, TV och tidningar. En information

.....
Förändringshastigheten är så hög att det är
svårt att över huvud taget sja om framtiden.
.....

Fig 2. Räckhållsrymd 1978



INFORMATION
OSÄKERHET
STORA FÖRVÄNTNINGAR
GLEST NÄTVERK

BIL

5 VECKORS SEMESTER

FÅ ALLVARIGA SJUKDOMAR
LÅG DÖDLIGHET
MÅNGA LÄKARE
HÖG SJUKSKRIVNING
GOTT FÖRSÄKRINGSSKYDD

som inte kan göras om till kunskap, utan endast skapar stora förväntningar.

Befolkningen har, jämfört med 1938, en totalt sett låg dödlighet, speciellt bland kvinnor och barn. De relativt få allvarliga sjukdomar som finns före ålderdomen bekämpas av ett stort antal doktorer och en vårdapparat som snart kostar 30 miljarder. Sjukskrivningen är hög och läkemedelsförbrukningen är snart uppe i 3,2 miljarder kronor.

Antalet ungdomar som arbetar i produktionen är lågt jämfört med 1938. Likaså är det få äldre som arbetar, jämfört med då. De som har arbete är specialiserade och deras arbete är ofta mycket krävande. De som inte har arbete är i utbildning, eller

är sjuka eller förtidspensionerade. En del är friställda. Vi är omgivna av specialister som gärna vill hjälpa oss när vi får problem som ligger utanför vår egen begränsade specialitet. Det må gälla barnuppföstran, tandborstning, relationsproblem, äktenskapsvård, sjukvård eller bilvård. Bara bland läkarna finns det numera 43 olika specialiteter.

Människan 1978 kan uppnå en hel del, men hur mycket kan hon göra något åt? Torsten Hägterstrand påpekar att den tekniska utvecklingen gjort det allt svårare för den enskilde att påverka det han i och för sig har inom räckhåll. Även arrangemang av lokal karaktär bygger på starkt formaliserade beslut, eller är bundna av normer som fastställts av avlägsna maktbavare. Uppdelningen av ärenden i små steg i beslutsprocessen gör det svårt att identifiera och få kontakt med en verkligt ansvarig person. Det upplever vi alla när vi behöver komma i kontakt med sjuk- eller socialvård.

Hur man ska våga ha en mening om det man egentligen inte förstår? Mer och mer har kommit att ligga inom specialistens räckhåll, men utanför den vanlige medborgarens. Är det hälsosamt att leva i en värld, vars konstruktionsprinciper är obegripliga? Som jag ser det lever vi i en självbetjäningsbutik. Allt finns tillgängligt, men det finns ingen att fråga. Vi kan därför dåligt utnyttja de tillgängliga resurserna. 1978 års människa är väl informerad, men också osäker. Hon har ett glest socialt nätverk, är hjärntvättad av tekniksamhället med dess reservdelsmänniskor.

Allt tycks finnas inom räckhåll och förväntningarna blir stora. Med stora förväntningar följer lätt besvikelse. För att kompensera besvikelse finns en rad olika metoder – läkemedel, alkohol, narkotika, revolt i tunnelbanan eller på ungdomsgårdarna.

Hur framtiden ska se ut avgör vi själva. För mig personligen finns inget viktigare problem än att lösa att alla människor får ett arbete att hänga upp sin identitet på. Därmed inte sagt att alla måste ha

.....

Människan 1978 kan uppnå en hel del, men hur mycket kan hon göra något åt?

.....

arbete i produktionen eller att alla ska ha 40 timmars arbetsvecka. Inom sjukvården ser vi en hel del sjukdomar hos dem som arbetar för mycket. En rättvis fördelning av arbetstillfällena skulle utan tvekan även minska skadorna bland arbetsnarkomanerna.

Jag har en mardröm som handlar om hur vi genom tilltagande automatisering, datorisering och ro-

botisering gjort det produktiva arbetet till en svår och exklusiv verksamhet, för vilken det krävs en träning liknande den som astronauterna får. För att människor ska få del av arbetets glädje beskådas dessa astronauter med hjälp av TV. Befolkningen sitter där, lite lummig av läkemedel och annat och hoppas på chansen att någon gång få uppleva arbetets glädje även utanför TV-rutan.



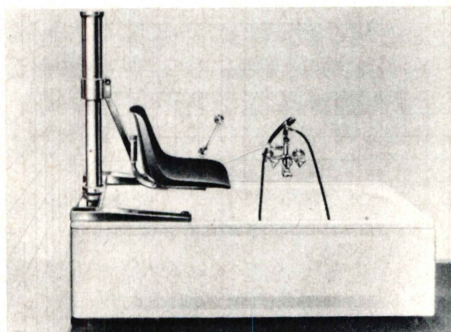
clos o mat WC-STOL FÖR HANDIKAPPADE

clos o mat är WC och bidé i ett och ersätter den manuella papperstorkningen med helaautomatisk renduschning med varmvatten och torkning med varmluft.

Rörelsehindrade får med clos o mat möjlighet att sköta sin intima hygien utan hjälp.

- helt bidragsberättigad genom bostadsanpassningsbidrag
- lindrar och förhindrar analbesvär orsakade av otillräcklig hygien
- rekommenderas av läkare
- över 20.000 clos o mat redan i bruk

2 pålitliga hjälpredor



THUNE BADLYFT FÖR HEMMABRUK

- enkel att montera
- kräver minimal plats
- passar standardbadkar
- vattenhydraulisk
- helt bidragsberättigad

Vi hjälper Er med bidragsansökan

Sänd mig utförlig broschyr om clos o mat och badlyft för hemmabruk

Namn

Adress

Postadress tel.

BUSCK & Co. AB

Box 14011, 400 20 Göteborg, 031-87 09 00