

Samarbete mellan försäkringskassan och primärvården

Några kritiska kommentarer med avslutande funderingar om den framtida utvecklingen

Claes-Göran Westrin

Under 1970-talet har i Sverige växt fram ett ökat samarbete mellan de olika former av vård och omsorger som finns ute i människornas när-samhälle.

Bland initiativtagarna och pionjärerna i detta samarbete märks försäkringskassan men också kommuner och landsting liksom socialstyrelsen och olika vetenskapliga institutioner.

Den optimism som inledningsvis präglade planeringen har infriats så tillvida att såväl bredden på samarbetet som antalet olika samarbets-former visat en aktningvärd tillväxt. Eventuella förväntningar om att samarbetet skulle förändra vården och dess arbetsmetoder torde dock i huvudsak kommit på skam. Man har också börjat att mer uppmärksamma samarbetets "kostnader" – i konferenstid och annan resursåtgång, som kan minska tiden för individuella vårdinsatser. Det har därvid blivit mer uppenbart att det krävs en bättre precisering av när och hur samarbete bör komma till stånd.

Claes-Göran Westrin är docent i socialmedicin samt överläkare och blockchef vid psykiatri-blocket, Kärnsjukhuset, Skövde.

samlar man ihop vad som står på och mellan raderna kan man särskilja följande grupper av mål:

1. Det väsentligaste syftet är att samarbetet skall ha positiva *effekter för patienterna* – med ökade chanser för bot eller bättring, ökade möjligheter för ett bibehållande av eller återinträde i arbete osv.
2. Samarbetet kan också tänkas medföra *effekter på personalens arbetsförhållanden* och då förhoppningsvis till det bättre.
3. En annan förväntad effekt är att vården genom samarbetet skall bli rationellare genom att man undviker dubbelarbete etc, alltså *ekonomiska effekter*.
4. Varje myndighet och institution kännetecknas av sitt speciella regelsystem, formella kriterier för när och hur man kan fatta olika typer av beslut osv. Inom t.ex. försäkringskassan finns regler för vilka kriterier som bör gälla vid sjukskrivning. Vad som karaktäriserar en "bra" pensionsutredning osv. Det ideala syftet med dessa regler är att skapa ett rättvist, ekonomiskt – kanske också personalvänligt – och effektivt hjälpinstrument. Men de fungerar också till stor del efter sina egna förutsättningar. Man följer reglerna inte därför att detta är de "bästa" utan därför att det är det "rätta" sättet att utföra arbetet. På så sätt uppfyller man vad som kan betecknas som *byråkratiska mål*.

Vilka effekter av det hittillsvarande samarbetet?

Om man skall försöka besvara nämnda frågeställning är ett väsentligt spørsmål vilka effekter man haft av det hittillsvarande samarbetet och i vilken utsträckning dessa effekter motsvarat målsättningen med samarbetet.

En sådan målsättning är sällan klart beskriven i planer och riktlinjer för olika samarbetsprojekt men

I den utsträckning som olika mål är uppfyllda brukar man tillskriva verksamheten en "god kvalitet". Kraven på en sådan god kvalitet kan dock definie-

ras på ett sätt av de vårdsökande, på ett annat sätt av vårdpersonal, på ytterligare andra sätt av administratörer eller politiker. Målen kan också vara motstridiga så att en verksamhet som är bra för personal och patienter kan vara ekonomiskt omöjlig att upprätthålla osv.

Vilka mål är uppfyllda i det hittillsvarande samarbetet?

Jag skall i det följande försöka redovisa en sammanfattande bedömning av hittillsvarande effekter av samarbetet. Den baseras på en tidigare sammanställning av olika utvärderingsrapporter men också egen personlig erfarenhet och diskussioner med andra som arbetat inom fältet (jfr Westrin 1980).

Bedömningen baseras till stor del på mjukdata och är därför med nödvändighet behäftad med stora osäkerhetsmarginaler. Den skall i första hand betraktas som en serie mer eller mindre sannolika antaganden, baserade på den erfarenhet som stått mig till buds.

Det kan i sammanhanget vara lämpligt att utgå från ett par distinktioner.

Man kan behöva skilja mellan effekter av å ena sidan en organiserad sammanträdesverksamhet och å andra sidan mer regelrätta socialmedicinska arbetslag. Med organiserad sammanträdesverksamhet menar jag sammanträden i sociala samarbetslag eller reha-grupper eller motsvarande, kännetecknade av relativt lågfrekventa sammanträden (i regel någon gång i månaden) och ofta med åtminstone delvis skiftande sammansättning (olika behandlande läkare osv). Med socialmedicinska arbetslag menar jag ett samarbete kännetecknat av täta sammanträden (typfall minst en gång i veckan) och med i regel fast sammansättning av arbetslaget.

Det kan vidare vara lämpligt att skilja på effekter i anslutning till att ett samarbete startar – initialeffekter – och effekter av det väl etablerade samarbetet – kontinuerliga effekter.

De positiva initialeffekterna av en organiserad sammanträdesverksamhet är omvittnade i många sammanhang

I kontrast till detta synes mig de kontinuerliga effekterna mer osäkra

Effekter av organiserad sammanträdesverksamhet. (tabell 1).

De positiva *initialeffekterna* av en organiserad sammanträdesverksamhet (i reha-grupper och liknande) är omvittnade i många sammanhang. Ibland tycks tillkomsten av en sådan verksamhet ha inneburit att personer, som länge arbetat med samma vårdtagare och kanske ofta hört talas om varandra, äntligen träffas personligen. Detta skapar ökade möjligheter för enkla, personliga kontakter – telefonsamtal etc – i fortsättningen. Detta kan i sin tur antas ge möjligheter till en snabbare handläggning av fallen, dvs positiva ekonomiska effekter, större möjligheter till ett meningsfullt arbete, dvs positiva personaleffekter och förhoppningsvis också större möjligheter till förbättring av patientens situation, alltså positiva patienteffekter.

I kontrast till detta synes mig de *kontinuerliga effekterna* av organiserad sammanträdesverksamhet mer osäkra.

Tabell 1 Några antaganden om hittillsvarande effekter av socialt och medicinskt samarbete kring och i primärvården

(+) = någon effekt för vissa grupper eller verksamheter
 + = tendens till någon effekt i ett flertal verksamheter
 ++ = påtagliga effekter som regel

Kategorier av mål	Måluppfyllelse vid	
	kontinuerligt organiserad sammanträdesverksamhet*	socialmedicinska arbetslag
Ekonomiska mål	?	?
Patientmål	?	(+)
Personalmål	(+)	+
Byråkratiska mål	++	(+)

* t ex reha-grupper

Underlaget för en sådan bedömning hämtar jag från två håll. *Dels* vad jag vet om arten av ärenden i reha-grupper – till stor del långvariga och ibland komplicerade fall som skall tröskas igenom för att utredningen skall bli regelrätt. Det kan här nämnas

Konstaterandet att verksamheten fyller byråkratiska mål och fyller dem väl är i sig ingen kritik. Det byråkratiska regelsystemet är nödvändigt för att ge respekt för och hålla ihop en organisation. Byråkratiska mål är därför högst legitima. Problem kan dock uppstå om en verksamhet i första hand uppfyller byråkratiska mål, eventuellt till förfång för andra t ex ekonomiska mål.

Byråkratiska mål slutligen finns beträffande de mer utvecklade socialmedicinska arbetslagen (Ti-

*Positiva patienteffekter kan komma till stånd
just genom teamets arbete*

erp, Skara, Råslätt m m) i så måtto att dessa projekt i olika utsträckning stimulerats eller organiserats genom myndigheter. Ett fullföljande av samarbets-tanken kan på så sätt sägas uppfylla vissa byråkrati-ska önsknin-gar. Men innehållet i samarbetet, valet av samarbetsfall och hur samarbetet skall handläg-gas, har knappast alls styrts av bestämda regler. Det kan rent av diskuteras om kanske något mer be-stämda "byråkratiska" riktlinjer (i form av tex pro-gramplanerat samarbete) hade kunnat ge mer stadga och styrfart åt utvecklingen av samarbetet.

Vad kan påverka det framtida samarbetet?

Min bedömning blir alltså att det hittillsvarande so-cialmedicinska samarbetet kring primärvården haft vissa men relativt blygsamma effekter.

Det finns dock skäl att räkna med att detta samar-bete kommer att ytterligare utvecklas. För detta talar både en rad sakliga fördelar och en sedan länge envist dokumenterad politiskt-administrativ inrikt-nings hos de tunga myndigheterna och institutioner-na (jfr Primärvård – innehåll och utveckling 1978).

Det är knappast särskilt djärvt att anta att denna utveckling kommer att innebära en fortlöpande om-prövning av hittillsvarande samarbetsformer.

"Konkurrens" mellan olika samarbetsformer

Ett förhållande som kräver en sådan fortlöpande omprövning är att antalet tänkbara samarbetspart-ner och samarbetsfrågor täcker ett stort och hetero-gent fält. Alla kan här inte samarbeta med alla i samma utsträckning. Man måste välja under vilka former man skall samarbeta med den ena eller andra partnern.

Detta behov av vägval har hittills uppmärksam-mats i ganska ringa utsträckning. Resultatet har bli-vit en svåröverskådlig och osystematisk flora av samarbetsprojekt. I vissa projekt har ganska enkel-spårigt förverkligats bestämda önskemål från en av parterna – till den kategorin får man nog räkna reha-grupperna. Andra projekt har utgått från en

Man måste välja under vilka former man skall samarbeta med den ena eller andra partnern

Redan i början av 1970-talet utgick många från att samarbetets kärna bör utgöras av trion socialassistent-distriktssköterska-distriktsläkare

vision om samarbete enligt en helhetsmodell – men i den fortsatta utvecklingen selekterat bort väsent-liga samarbetsområden; det gäller flera av de mest omskrivna vårdcentralprojekten. Åter andra pro-jekt har försökt att innesluta hela fältet, vilket tycks ha resulterat i ett ganska oklart system av konkurre-rande sammanträden, ofta med stort men skiftande antal deltagare.

Vilka behöver då samarbeta mest med vilka – när och hur och var?

När det gäller att besvara denna fråga har vi inte särskilt mycket av systematisk erfarenhet att lita oss till, men en allmän bedömning av den rådande utvecklingen ger ändå en vägledning (jfr Allander 1979).

Redan i början av 1970-talet utgick många från att samarbetets kärna bör utgöras av trion socialassis-tent-distriktssköterska-distriktsläkare. Det är en modell som snarast synes bli mer bärkraftig med tiden. Allt större och delvis nya uppgifter inom äld-revården kräver ett närmare samarbete mellan dis-triktssköterskor och socialvård – här kan socialvårdens hemvårdsassistenter bli den fjärde i en obliga-torisk kvartett. En ökad decentralisering av psykiatrisk verksamhet kan ytterligare öka behovet av detta samarbetsmönster. Distriktsläkarens in-lemmande i gruppen motiveras bla av behovet av närkontakt med läkarens medicinska sakkunskap.

Utöver samarbetet inom det socialmedicinska kärnteamet har primärvården sedan behov av nära samarbete med olika grupper av samarbetspartner. En sådan grupp är barnomsorgen – med BVC:s sjuksköterskor, läkare och psykologer; den sociala barnomsorgen; organisationen för psykiskt utveck-lingsstörda samt barn- och ungdomspsykiatrin. En annan grupp är vuxenpsykiatrisk verksamhet inklu-sive den specialiserade alkoholistvården. En tredje grupp är försäkringskassa och arbetsvård m m.

Dessa intressenter kan knappast gå in i det regelbundet, täta sammanträdandet i kärngruppen. Det skulle bli alltför mycket död samarbetstid och alltför stora sammanträden.

Någon generellt giltig lösning hur samarbetet skall organiseras tror jag knappast är möjlig. Det måste delvis bero på lokala förhållanden. Man kan heller inte räkna med att allt samarbete blir maximalt utbyggt på alla, om ens på något ställe. Man får ta vara på den växtkraft som finns just här och nu. Inom en kommun kan särskilda arbetslöshetsproblem eller helt enkelt en engagerad arbetsvårdare skapa en särskild intensitet i samarbetet kring habilitering och rehabilitering osv.

Det finns likväl anledning att anta vissa huvudlinjer när det gäller utvecklingen av samarbetet mellan den socialmedicinska kärngruppen och dess olika samarbetspartner.

Två typer av samarbete

Jag kan tänka mig två huvudtyper av samarbete.

Den ena typen skulle kunna betecknas som samarbete med främmande makt under sedvanliga diplomatiska former. Man konsulterar varandra i gemensamma ärenden. Man bildar vid behov gemensamma arbetsgrupper för att lösa särskilda problem osv.

Den andra typen av samarbetsmönster innebär att samarbetspartnern - tex försäkringskassa och arbetsvård - går in i ett närmare och mer systematiskt samarbete med vårdcentralens socialmedicinska arbetslag. De blir associerade medlemmar till teamet för att låna ytterligare en diplomatisk term.

Dessa två typer av samarbetsmönster kan betraktas som ytterlighetspoler på en skala där det också kan finnas olika mellanformer. Jag tror ändå att det

.....
Samarbetet mellan primärvården och försäkringskassa—arbetsvård täcker in så centrala problemfält för människornas hälsa och övriga livskvaliteter som ekonomi och sysselsättning
.....

.....
Anmälningsskyldigheten är ett litet och sällan använt instrument i läkarens arbetssätt
.....

kan vara anledning att försöka dra en klar linje mellan dessa skisserade typer av kontaktmönster. Reglerna för samarbetet kan bli helt annorlunda i det ena och det andra fallet — beträffande både ambitionen i arbetet, möjligheterna till känslomässigt stöd i gruppen och mer formalistiska aspekter som sekretessfrågor. "Associerade medlemmar" i gruppen kan här räkna med en annan gemenskap och annan "tullfrihet" än representanter för främmande makter.

En fråga som då uppstår är vilken typ av samarbete som i fortsättningen kan utvecklas mellan försäkringskassan och primärvården—socialtjänsten?

Personligen skulle jag här vilja se en systematisk utbyggnad av det associerade teamsamarbetet — både därför att jag själv haft positiva erfarenheter från en sådan modell och därför att samarbetet mellan primärvården och försäkringskassa—arbetsvård täcker in så centrala problemfält för människornas hälsa och övriga livskvaliteter som ekonomi och sysselsättning.

Men jag tror att en sådan utveckling kan kräva en anpassning av försäkringskassans organisation och arbetsklimat i bla två avseenden. Det gäller dels vissa etiska principer i förhållande till patienter/vårdtagare och dels frågan om den lokala försäkringskassans dubbla lojalitet till det lokala arbetslaget respektive till sina egna överordnade insatser.

Etiska aspekter

När det gäller den etiska relationen till patient—vårdtagare finns en dubbelhet hos samtliga vård- och omsorgsgivare. Också primärvård och socialtjänst har vissa kontrollfunktioner gentemot sina vårdtagare, anmälningsskyldighet i vissa situationer osv. Men samtidigt föreligger stora skillnader mellan å ena sidan läkarna och å andra sidan försäkringskassan. Anmälningsskyldigheten är ett litet och sällan använt instrument i läkarens arbetssätt medan den sociala kontrollfunktionen är en av försäkringstjänstemännens centrala uppgifter i uppfölj-

Den sociala kontrollfunktionen är en av försäkringstjänstemännens centrala uppgifter

Försäkringssystemet är hårt styrt av bestämda regler

ningen av rehabiliteringsfallen (jfr Ulf Berger 1980). Socialtjänsten har genom det senaste decenniets utveckling och lagstiftning fått ett arbetsfält som mer synes likna sjukvårdens än försäkringskassans.

Det är mitt intryck att man på många håll försökt sudda ut de etiska problemen med dessa dubbelheter. En orsak kan vara att "social kontroll" varit ett så fullt ord att ingen velat erkänna att man befattat sig därmed. Den sociala kontrollen har därför fått bedrivas litet vid sidan om vårdarbetarnas egentliga medvetenhetsfält. Nu tycks det dock åter vara legitimt att tala om social kontroll och det kan därför finnas större möjlighet att bestämma när den skall tillämpas och när icke. Jag hoppas och tror därvid att vi kommer att få en uppräckning av den numera inte sällan slappa sekretessen och en klarare skillnad mellan förtroende- och kontrollfunktioner.

I en sådan utveckling måste den lokala försäkringskassan välja sida för att man skall veta vilka samarbetsrelationer man skall kunna etablera från primärvården.

Den dubbla lojaliteten

En sannolikt nödvändig förutsättning för ett tillfredsställande lagarbete i primärvården är att teammedlemmarna har en starkare lojalitet i det lokala samarbetet än till utanförstående institutioner och organisationer – det må vara det egna facket eller högre chefer i vårdsystemet (vilket självfallet inte utesluter att man i särskilda ärenden tex strikt fackliga eller expertmässiga frågor kan ha en gemenskap utanför teamet, kanske rent av i konflikt med den lokala opinionen.)

Det torde finnas goda förutsättningar för en sådan lokal lojalitet både beträffande socialvården, som ju

Nu tycks det åter vara legitimt att tala om social kontroll

har lokalsamhället som sitt ansvarsområde, och sjukvården där distriktsläkare och distriktsköterskor brukar ha föga till övers för sjukhusets eller landstingets företrädare.

Situationen är till synes något annorlunda för försäkringskassans företrädare som genomgående varit styrda av högre hierarkier, ytterst av riks-försäkringsverket.

En viss decentralisering har skett därigenom att man fått lokal beslutanderätt vid halvlånga och även rätt långa sjukskrivningar. Men detta motverkas av att hela försäkringssystemet är hårt styrt av bestämda regler och en inte sällan nästan bibeltrogen uttolkning av författningstexterna. I mer avgörande frågor som pensionsärenden finns ingen lokal bestämmanderätt. Ett samarbete med försäkringskassan kan på så sätt få karaktären av samarbete med diplomater från sådana länder där man måste resa hem till bossarna i den egna huvudstaden för att få bekräftat om man tyckt rätt eller fel.

Det framtida samarbetsmönstret försäkringskassa – primärvård

Jag ser två tänkbara utvecklingslinjer beträffande samarbetet mellan försäkringskassan och primärvården.

1. En inriktning på en associerad medverkan i de lokala socialmedicinska samarbetslagen – med nära och täta sammanträden även inkluderande arbetsvården, med hög ambition att lösa enskilda patienters och familjers problem, med stor flexibilitet och möjlighet att också ta sig an tidiga ärenden (innan de blivit långtidssjukskrivningsfall) och med möjlighet till känslomässig gemenskap med teammedlemmarna.

En förutsättning för en sådan utveckling skulle enligt ovan redovisade resonemang vara att den lokala försäkringskassan fick en helt ny självständighet gentemot högre instanser.

En möjlighet vore kanske att beslutanderätten för sjukbidrag och förtidspensioner delegerades till det

socialmedicinska arbetslaget – när detta är enigt om att pension är påkallad. Det skulle innebära en delegation av ett beslut som fn fattas i ett delvis politiskt sammansatt organ – något som dock inte borde vara svårare än när politiskt valda sjukvårdsstyrelser delegerar beslut om hemsjukvårdsbidrag till lokala grupper av distriktssköterskor–socialarbetare–läkare.

Andra sannolikt nödvändiga förändringar är att sekretessbestämmelser för lokala försäkringskassatjänstemän utformas så att de endast under vissa – begränsade – omständigheter fick rapportskyldighet uppåt om förhållanden som kan medföra ytterligare kontroll och sanktioner.

Det kanske väsentligaste skulle vara om man tillsammans med här skisserade och andra formella förändringar kan få till stånd en attitydförändring där det accepteras av högre beslutsnivåer att de lokala tjänstemännen främst har skyldighet och lojalitet mot patienter och lokala samarbetspartner. På samma sätt som det finns ett, om också ibland surmulet accepterande hos administratörer i sjukvården att läkarens lojalitet främst är gentemot hans eller hennes patient.

En reform av denna karaktär kan kräva att vissa kontroll- och sanktionsåtgärder som nu ligger på den lokala försäkringskassan flyttas till högre instanser.

Det krävs naturligtvis en kontroll av att de lokala grupperna fungerar inom vissa ramar (och inte pensionerar hela kommunen). Detta kan kanske genomföras med olika medel. Den lokala delegationen kan vara "villkorlig" så att alla beslut formellt fastställs av centrala instanser. En kontinuerlig revision av den lokala handläggningen kan ske endera genom en granskning av samtliga fall eller genom stickprovskontroller. Kontrollapparaten skulle förhoppningsvis kunna förenklas betydligt genom ett rationellt utnyttjande av datatekniken.

En möjlighet vore kanske att beslutsrätten för sjukbidrag och förtidspensioner delegerades till det socialmedicinska arbetslaget

Den lokala delegationen kan vara "villkorlig" så att alla beslut formellt fastställs av centrala instanser

En utveckling enligt dessa riktlinjer kräver att försäkringskassan inte nöjer sig med de byråkratiska effekterna av samarbetet – utan utnyttjar dessa effekter som en kraftkälla för att få till stånd ett närmare och rikare samarbete.

2. Kanske kan den nyss skisserade utvecklingen inte förverkligas – på grund av komplikationer som jag förbisett.

De här framförda tankegångarna leder då till att man bör uppmärksamma hur man bäst kan utveckla samarbetet enligt principen konsultation mellan främmande makter.

Man måste inrikta sig på en skärpt bevakning av att patientens behov av förtroende och sekretess inte kommer på undantag i ett samarbete där ansvarsgränserna suddas ut. Primärvård och socialtjänst måste arbeta utifrån ställningstagandet att försäkringskassan representerar annorlunda relationer till vårdtagarna – även om givetvis ett gemensamt intresse kring och med patienten och dennes rehabilitering ofta är för handen.

Samarbetet med försäkringskassan får då inte förblandas med arbetet i det socialmedicinska arbetslaget. Det måste få en särskild organisation. Möjligen kan det vara anledning att den lokala försäkringskassan systematiskt hänvisas till en annan "lokal" förtroendeläkare än den egna vårdcentralens läkare för att undvika oklarhet i ansvaret. Möjligen bör den lokala försäkringskassatjänstemannen i huvudsak inhämta sin information genom enskilda kontakter med behandlande läkare respektive behandlande sjuksköterska eller handläggande socialassistent.

Ett sådant sätt att samarbeta kan te sig som en tillbakagång gentemot de ambitioner som hittills präglat arbetet med reha-grupperna. Det kan inte desto mindre vara ekonomiskt effektivare och bättre anpassat till den framtida primärvårdsorganisationen.

Låt mig till slut slå fast att man i sjukvårdsarbetet

– hur utvecklingen nu än gestaltar sig – inte kan komma ifrån försäkringskassans mycket viktiga roll i det totala samarbete som måste ske i hälsoarbetet i lokalsamhället. Behovet av ett sådant samarbete är inte begränsat till frågor om den enskilde patientens rehabilitering. Det gäller också informationen om hälso- och sjukvårdssystemet liksom en mer allmän hälsoinformation, där försäkringskassan är en kontaktpunkt för många människor i området. Det gäller sist inte minst miljöinriktad förebyggande verksamhet, där försäkringskassans kunskap och resurser kan spela en betydelsefull roll.

Man får heller inte glömma att försäkringskassan i utvecklingen av detta samarbete bidragit med en historiskt viktig pionjärinsats genom initiativet till reha-gruppverksamheten.

REFERENSER

- Allander, E: Helhetssyn som arbetsmetod i vårdarbetet. Hinder eller utvecklingsmöjlighet. Läkartidningen 76, 3889, 1979.
- Engström, E & Tyvid, A: Den lokala reha-gruppens verksamhet i Mariestad 1976–78. Stencil, Skaraborgs läns allmänna försäkringskassa, 1979.
- Primärvård – innehåll och utveckling. Spri S101: 1978.
- Ulfssberger, E: Reha-grupperna – socialmedicin inom primärvården, Socialmedicinsk tidskrift, 58, 1980.
- Westrin, C-G: Samarbete mellan personal inom primär hälso- och sjukvård och socialvård i Sverige. Stencil 1980.

gå med i Sveriges Akademikers Nykterhetsförbund

Medlemsformån: Årsprenum. "Alkohol och Narkotika".
Sänd talongen till SAN, Box 5071, 102 42 STOCKHOLM.
1981 års medlemsavgift 35:-. Postgiro 46 21 65-2.
Telefon 08-63 00 80. Ordfr. Åke Elmér, telefon 046-11 66 59.

Namn

Bostadsadress

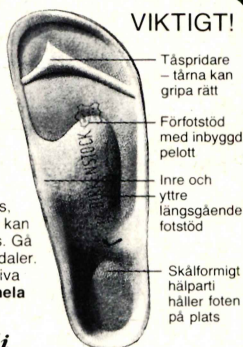
Postnummer

Postadress

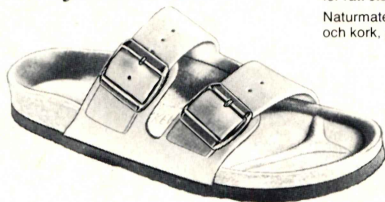
Ge fötterna chansen hjälpa din kropp

Trötta fötter och ben... Det känns, hela kroppen lider! Felaktiga skor kan vara orsaken – som kan undvikas. Gå i ORIGINAL BIRKENSTOCK sandaler. Anatomiskt rätt formade, med aktiva stödpunkter och bärighet under hela foten. Skönt! Mycket vilsamt!

**Prova, köp – och bli
"en ny människa"!**



Mjuk, böjlig sula för rätt stegavveckling. Naturmaterial: äkta läder och kork, gummisula



Säljes gm fotspecialister, skoaffärer, hälsokostaffärer.

Generalagent: Birkenstock Svenska AB, Bromma
Tel 08-25 55 55