

Glesbygden som arbetsvårdsproblem

Ett samhällsproblem belyst av 1966 års klientel av 317 förstagångsinskrivna fall från Vilhelmina arbetsvårdsexpedition

Ingemar Hermansson

Uno Nilsson

Knut Lindbergh

Martin Sundqvist

Martin Segerstedt

Liselott Ericsson

Med hänsyn till alla negativa faktorer i glesbygden är redan att vara glesbygdso ett handikapp. Mot denna bakgrund blir den sociala och medicinska rehabiliteringen i ett glesbygdso område särskilt problematisk. Detta belyses av en undersökning av arbetsvårdsproblematiken i Vilhelmina kommun i södra Lappland.

Undersökningen är resultatet av ett samarbete mellan den sociala och medicinska expertisen i kommunen. Man anser att resultaten pekar på behovet av ett ökat sådant samarbete.

Ingemar Hermansson är provinsialläkare i Vilhelmina distrikt, inspektör Uno Nilsson, förste assistent Knut Lindbergh samt kontorist Liselott Ericsson är fast knutna till Arbetsvårdsexpeditionen i Vilhelmina. Martin Sundqvist och Martin Segerstedt var båda under tiden för undersökningen periodvis knutna till Arbetsvårdsexpeditionen.

Stora socialmedicinska problem är något gemensamt för storstad och glesbygd. Narkomanen i storstaden har på senare tid stått i rampljuset. Den åldrande skogsarbetaren med dålig rygg har blivit glesbygdens problempatient. I båda fallen är det påtagligt att den sociala miljön inverkar på problemen. I vår undersökning har vi velat belysa en del arbetsvårdsproblem i glesbygden. Vi använder begreppet glesbygd på det sätt man numer ofta gör och innesluter däri glesbygdens tätorter; vi skriver om glesbygden som "en funktionell enhet". Undersökningsåret 1966 var ett år utan några anmärkningsvärda problem utöver de för undersökningsområdet vanliga. Vilhelmina arbetsvårdsexpeditions upptagningsområde framgår av nedanstående beskrivning.

Det undersökta området

Geografi och befolkning

Undersökningsområdet består av kommunerna Vilhelmina, Dorotea, Åsele, Fredrika, Stensele, Tärna och Sorsele i södra Lappland. Området är ett stort skogs- och fjällområde. Ytvidden är mycket stor över 30 000 km², nästan tre gånger så stor som Skåne, medan invånarantalet 1966 var omkring 35 000. Befolkningstätheten blir mellan 1,1 och 1,2 invånare per km² mot 18 invånare per km² för Sverige som helhet. Befolkningen har sedan 1950 minskat med 11—12 %. 1966 bodde ungefär 1/3 av befolkningen i kommunernas centralorter. Urbaniseringen inom området är alltså mycket litet utvecklad.

I området finns inga livskraftiga centralorter. Den största är Vilhelmina, som hade ca 3 100 invånare 1966 och där det finns gymnasium, yrkesskola, omskolningscentrum m.m. Närmaste A-ort är Lycksele som betecknas som Sveriges svagaste A-ort. Den ligger 9—23 mil från de undersökta kommunernas centralorter, dvs. på för långt pendeltrafikavstånd.

Om man åldersgrupperar befolkningen i enlighet med arbetsmarknadsstyrelsens anvisningar, dvs. i åldersgrupperna 0—24, 25—44, 45—59 samt 60 år och däröver motsvarar fördelningen fortfarande ungefär riksgenomsnittet, men genom andra undersökningar vet man att t.ex. 20—25-åringar i vissa av kommunerna utflyttat i omkring 50 %. Åldersfördelningen är i ett par av de undersökta kommunerna redan ogynnsam och visar tecken till förgubbning. Könsfördelningen visar ett betydande mansöverskott med 54 % män inom området.

Näringsliv inom området

Näringslivet inom området är ensidigt inriktat. Jord- och skogsbruk dominerar med 38 % av den förvärvsarbetande befolkningen medan gruv- och tillverkningsindustrin sysselsätter ungefär 10 %. Dessa siffror är ungefär omvända mot riksmedeltalet. Byggnadsindustrin sysselsätter 16 %, vilket är ett högt tal. (En del kraftverksbyggen är ännu på gång inom området). Handeln sysselsätter 9 %, samfärdsmedel, post, tele 10 %, offentlig förvaltning och andra tjänster 17 %.

Sysselsättningsläget kommer att förvärras de närmaste åren då jord- och skogsbruket inom området genomgår en kraftig sysselsättningsminskning. Turistnäringen kan möjligen förstärkas i framtiden. Den förvärvsarbetande befolkningen utgör ungefär 34 % av den totala befolkningen i området, vilket tyder på undersysselsättning. I Sverige som helhet utgör den förvärvsarbetande befolkningen omkring 50 %.

Det undersökta klientelet

1966 förstagångsinskrevs 270 män och 47 kvinnor vid Vilhelmina arbetsvårdsexpedition, dvs. ca 85 % män. I riket som helhet var antalet män

74 %. Underrepresentationen av kvinnor beror bl.a. på att området i hög grad saknar arbetstillfällen för kvinnor. Därigenom aktualiseras ej arbetsvårdsproblemen för dem i samma grad som i riket som helhet. Det inskrivna antalet 317 stycken motsvarar 0,9 % av hela befolkningen i området. Som jämförelse kan nämnas att landet som helhet hade drygt 0,4 % förstagångsinskrivna.

Totala antalet arbetsvårdsfall utgjorde år 1966 787 stycken. Här tillkommer de som fortfarande är aktuella från föregående år. Procentuellt innebär detta att hela 2,3 % av befolkningen inom området är aktuella arbetsvårdsfall, medan siffran för Sverige som helhet samma år endast var 0,9 %. Siffrorna visar att arbetsvårdsproblem är vanligt förekommande i glesbygden.

50 % av klientelet remitterades till arbetsvårdsexpeditionen från arbetsförmedlingen, 17 % kom på eget initiativ, 16 % remitterades från läkare, 6 % remitterades från försäkringskassan, 11 % remitterades från andra organ, t.ex. nykterhetsvård och socialvård.

Åldersfördelningen framgår av *tabell 1*. Det föreligger alltså en viss överrepresentation av de äldre åldersgrupperna, dock ej så markant som man kanske skulle ha väntat sig. 57 % av klientelet utgöres av gifta, 3 % samboende, 4 % frånskilda, 2 % änkor och änklings, 34 % ogifta. Gruppen icke gifta är överrepresenterad i förhållande till riksgenomsnittet för civilstånd för förvärvsarbetande befolkning i åldrarna 16—66 år.

Tabell 1. Åldersfördelning på de 317 förstagångsinskrivna under 1966.

	Män	Kvinnor	Samtliga	%
60 år och över	52	3	55	17
50—59 år	78	9	87	28
40—49 år	55	12	67	21
30—39 år	42	6	48	15
20—29 år	35	12	47	15
under 20 år	8	5	13	4

Yrkestillhörigheten framgår av *tabell 2*. Ensidigheten i områdets näringsliv framgår också av tidigare yrkestillhörighet hos klienterna. Nära

Tabell 2. Yrkestillhörighet för klientelet.

Skogsarbetare	149	Anl.linje, bergarb	8
Grov o träarb	21	Försälj.handl,	
Div.arb.	20	but.bitr	7
Chaufförer/ traktorförare	13	Hemäg	5
Og hemmadotter	11	Studerande	3
Fruar	10	Övriga olika yrken	52
Rep.mekaniker	8	Ej yrkesgrupperade	10

50 % av klientelet består av f.d. skogsarbetare, en del med stödjordbruk, vilka dock avvecklas allt oftare.

Klienternas skolbakgrund är hos de flesta endast folkskola. Endast 55 stycken av de 317 undersökta hade någon annan utbildning, varav endast 7 stycken realskolestudier, 19 stycken yrkesskola o.d., 3 stycken folkhögskola, de övriga div annan utbildning. Bland annat tyder detta på skolväsendets tidigare dåliga utbyggnad i dessa glesbygder. Numera har ungdomen i området i högre procent än annan ungdom tillgång till gymnasial utbildning.

Den ekonomiska bakgrunden framgår delvis därav att inte mindre än 112 stycken av de 317 fallen hade egen fastighet och de genomsnittliga tillgångarna översteg hos dem skulderna med ca 10 000 kronor. Försörjningsplikt för minderåriga barn hade 141 stycken av klienterna, därav 57 med 1 barn, 54 med 2 barn och resten med 3 eller flera barn.

Klienternas sjukdomar

När klienterna kommer till arbetsvårdsexpeditionen skall ett läkarintyg infordras för den medicinska bedömningen av fallet, utom i vissa fall, t.ex. överåriga (i stort sett 60 år och däröver), socialt missanpassade, f.d. hjälpklass elever, vissa alkoholister m.fl. I vårt material finns 235 fall med läkarintyg, 82 utan.

Tabell 3. De vanligaste diagnoserna bland de 235 fallen med läkarintyg.

Spondylos-arthros-sjukdomar	121
Psykiska sjukdomar (intelligensdefekter, psykoser, neuroser)	37
Högt blodtryck, hjärt- och blodkärllssjukdomar	20
Följder av olycksfall	11
Arthritis reumatoides	7
Astma och andra allergiska sjukdomar, kronisk bronkit	7

(Totala antalet diagnoser var 374. 1 ¼ av fallen fanns nämligen två eller flera diagnoser angivna.)

Tabell 4. Procentuell fördelning av arbetshindren enl AMS gruppering år 1966.

		Fördeln av det under- sökta mtrl	Fördeln för hela landets arb.vårdssök
I	Rörelsehinder	57 %	32 %
II	Hörselskada	2 %	1 %
III	Syndefekt	3 %	2 %
IV	Lungtuberkulos	2 %	2 %
V	Psykisk sjukdom eller defekt	6 %	20 %
VI	Annan sjukdom	22 %	19 %
VII	Social missanpassning	1 %	10 %
VIII	Alkoholmissbruk	1 %	9 %
IX	Överårighet	2 %	2 %
X	Annat arbetshinder	4 %	3 %

Förekomsten av vissa medicinska diagnoser framgår av tabell 3. "Förlitningssjukdomarna" samt de psykiska sjukdomarna dominerar starkt bland läkardiagnoserna. I endast 8 fall förekom diagnos på ryggsjukdom kombinerad med psykiatrisk diagnos. Arbetsmarknadsstyrelsen har en viss gruppering av arbetshindren som framgår av tabell 4, där vårt klientel jämförts med riksgenomsnittets siffror.

I denna tabell är psykisk sjukdom underrepresenterad genom att intelligensdefekterna tidigare förts till en annan grupp, nämligen nr VI eller nr X. Dessutom kan patienten i många fall mera tynga på de rent kroppsliga symtomen, varför den psykiska bakgrunden till besvären inte framkommer enl denna tabell.

Det visar sig om man jämför vårt klientel med riksgenomsnittet att rörelsehindren, huvudsakligen spondylos-arthros-sjukdomarna, spelar en utomordentlig roll som arbetshinder i glesbygden, där praktiskt taget endast tyngre arbeten är tillgängliga. Social missanpassning och alkoholmissbruk synes spela en underordnad roll i glesbygden som orsak till arbetshinder, även då antalet fall ställs i relation till befolkningstalen.

Typfallet vid Vilhelmina arbetsvårdsexpedition

är skogsarbetaren med rörelsehinder, vanligen dålig rygg. Inte mindre än 105 av de 149 skogsarbetarna tillhör arbetshindergrupp I enl arbetsmarknadsstyrelsen.

Psykologisk bedömning av klientelet

Till psykologisk bedömning (anlagsprov) vid personaladministrativa rådet i Umeå har 59 stycken av klienterna sänts. Huvudsakligen skickas härvid de yngre samt de fall där man har anledning att misstänka att psykologiska faktorer kan inverka på arbetsförmågan.

För oss har 53 av dessa svar varit tillgängliga. Av dessa klienter hade 3 stycken begåvningsmässiga förutsättningar för studentexamen, 27 stycken för realexamen, 19 stycken för omskolningskurser o.d. medan 4 stycken var hjälpklassmässiga. Då detta klientel är synnerligen utvalt kan knappast några slutsatser dras av fördelningen, men i varje fall tyder den på att en underskolning föreligger i klientelet. Endast en av dessa psykologbedömda hade skolning utöver folkskola. En bättre skolning i ungdomen kunde ha lett till att arbetsvårdsproblem aldrig inträtt, eftersom större valmöjligheter inträder med bättre skolning.

Över 30 stycken fick psykologomdömen såsom blyg, osäker o.d., alltså i stort sett lika med asteniska eller subvalida personlighetsdrag, vilka ju vid statistiska undersökningar i Sverige visat sig vara mycket vanliga i "normalbefolkningen", men som i det aktuella klientelet också kan ha varit orsaken till att klienten sänts till psykologisk bedömning.

I den praktiska delen av proven hade 18 höga värden, 30 genomsnittliga värden och 5 stycken låga värden. Personer med högre teoretisk begåvningsutrustning hade också praktiska anlagsvärden antingen på genomsnittlig eller högre nivå.

Vidtagna medicinska behandlingsåtgärder

Det undersökta klientelet har på sedvanligt sätt remitterats till specialistkliniker. I fall där sådan undersökning ej utförts genom behandlande läkare har arbetsvårdsexpeditionen i samråd med sin läkare låtit utföra denna remittering, varför i stort sett adekvata medicinska åtgärder i samtliga fall

Tabell 5. Förteckning över vidtagna arbetsvårdsåtgärder hos klienterna.

8 sökande beviljats näringsbidrag		
60	„	beviljats utbildning (11 gäller företagsutbildning)
5	„	väntar på utbildning
66	„	tidvis erhållit beredskapsarbete inkl T 1 arbete
63	„	erhållit arbete i öppna marknaden (14 st efter utbildn.)
15	„	erhållit arbete i skyddad verkstad (10 st efter utbildn.)
10	„	beviljats sjukbidrag (helt eller delvis)
30	„	beviljats pension i någon form (eller har pension)
2	„	har avlidit
2	„	har avflyttat
42	„	fortfarande på utredningsplanet
14	„	ej längre arbetsvårdsfall p g a medicinska eller andra orsaker

317

varit vidtagna. Trots dessa åtgärder har alltså nästan alla fall även i fortsättningen bedömts vara i behov av arbetsvård.

På akterna finns antecknad en total sjukskrivningstid på ca 390 månader, vilket motsvarar över 1 månad per person. Denna siffra är för låg, då fullständiga anteckningar inte förs i detta avseende.

Vidtagna arbetsvårdande åtgärder

Vidtagna åtgärder framgår av *tabell 5*. Som förklaring till en del begrepp i tabellen kan nämnas följande. Med näringsbidrag menas ett ekonomiskt bidrag från arbetsmarknadsstyrelsen för inköpan- de av bil, utrustning till verkstad o.d. Med företagsutbildning menas att arbetsmarknadsstyrelsen bekostar viss del av utbildningen, som då sker i ett företag. T 1 arbete är en form av s.k. beredskapsarbete som skall vara speciellt anpassat för ett sjukligt klientel. I glesbygden rör det sig ofta om skogsröjning, byggande av badplatser, skidliftar, fritidsstugor m.m. Övriga beredskapsarbeten har ofta varit vägarbeten samt byggande av vatten och avloppssystem. 1966 fanns inom området endast två skyddade verkstäder (Vilhelmina och

Tabell 6. Preliminär bedömning av resultaten av hittills vidtagna arbetsvårdsåtgärder.

<i>Den samhällsekonomiska synpunkten.</i>		<i>Varaktigheten av åtgärder- nas resultat.</i>		<i>Den socialmedicins- ka synpunkten.</i> Definition: Se texten!
Lyckat = ej tärande på allmänna medel.		Lyckat = permanent arbe- te, pension o d.		
Delvis lyckat = delvis tärande.		Delvis lyckat = tillfälligt arbete, sjukbidrag m m.		
Misslyckat = pension, sjukbidrag o d.		Misslyckat = ingen pro- blemlösning el mycket kortvarig.		
Lyckat	22 %	34 %	42 %	
Delvis lyckat	25 %	21 %	19 %	
Misslyckat	25 %	1 %	11 %	
Går ej bedöma f n (under utbildning m m)	28 %	44 %	28 %	

Åsele) med sammanlagt 50 platser. Av tabellen framgår att minst 66 av klienterna hittills endast blivit tillfälligt placerade och att 60 av klienterna ej hunnit över utbildningsfasen.

Preliminär bedömning av resultaten

Den gjorda undersökningen är en preliminär undersökning, eftersom arbetsvårdande åtgärder ofta tar lång tid att genomföra. Resultaten av åtgärderna går heller inte att slutgiltigt bedöma, då så pass kort tid gått efter undersökningsåret. Emellertid har vi gjort en preliminär bedömning, som framgår av *tabell 6*.

Vi har där försökt bedöma resultaten ur två renodlade synpunkter (en samhällsekonomisk och en varaktighetssynpunkt) samt en socialmedicinsk, där vi med hänsynstagande till samhällets aktuella möjligheter att erbjuda hjälp eller arbete dock huvudsakligen tänkt på den för klienten bästa problemlösningen. Har hans eller hennes resurser kunnat tillvaratas och har ekonomin kunnat tryggas?

En speciell bedömning av en äldre grupp och en yngre grupp samt av skogsarbetarna för sig ger inga intressanta avvikelser från våra i tabellen angivna siffror.

Resultatbedömning ur en samhällsekonomisk synpunkt ger siffror som visar hur beroende den landsända är av ekonomiskt stöd utifrån, men ur socialmedicinsk synpunkt har vi ändå bedömt

många av dessa samhällsekonomiskt mindre lyckade lösningar som lyckade eller delvis lyckade, eftersom det är självklart att vårdsynpunkten måste ges prioritet framför en ekonomisk bedömning.

Diskussion

Behovet av arbetsvårdande åtgärder har i denna undersökning visat sig vara mycket stort i det undersökta området. Orsaken till denna höga frekvens av arbetsvårdsfall kan finnas på flera plan. Som vi angivit har under 16 års tid över 10 % av befolkningen flyttat ut. Detta kan ha lett till att de kvarboende utgörs av en mindre konkurrenskraftig sjuklig grupp. Åldersfördelningen inom området är ännu ej så ogynnsam att enbart den förklarar de höga siffrorna. Den påvisade underskolningen bland klienterna, som gör att de oftast är hänvisade till tyngre arbeten, kan leda till den ökade frekvensen.

Någon uppsökande verksamhet har icke skett inom arbetsvårdsområdet, men området karaktäriseras vanligen av en högre arbetslöshet än riket som helhet. Därigenom slussas många arbetssökande genom arbetsförmedlingen och en del kan på så sätt fångas in som arbetsvårdsfall; arbetsförmedlingen är ju arbetsvårdens "huvudleverantör". Man kan också tänka sig att Vilhelmina arbetsvårdsexpedition skulle ha gjort sig känd för att vara särskilt "hygglig" eller "lättlurad", men

detta är en mindre sannolik orsak till den höga frekvensen.

Den viktigaste orsaken till det höga antalet arbetsvårdsfall är med all sannolikhet det odifferentierade näringslivet i glesbygden, där huvudsakligen tunga arbeten finns. Att få dålig rygg är något helt annat i glesbygden än i storstaden, där det finns ett rikt urval av yrkesmöjligheter. Man finner alltså än en gång att det icke är möjligt att isolera en sjukdom från dess sociala sammanhang. Detta manar till samarbete mellan sociala och medicinska organ. Terapien får aldrig monopoliseras av en grupp. Den måste vara mångdimensionell. En lyckad arbetsvårdsåtgärd kan innebära en avlastning av läkarna och göra den rent medicinska åtgärden mindre aktuell.

Glesbygdskforskaren, professor Bylund i Umeå har påpekat att några fler vetenskapliga utredningar om glesbygden icke behövs innan man fattar beslut om de åtgärder, som är motiverade. I detta sammanhang skulle man vilja säga att i behandlingsteamet kring den arbetsvårdssökande glesbygdspatienten också måste finnas politiker, som fattar beslut som gör det möjligt för glesbygdsborna att få ett större urval av arbetsuppgifter. Det torde nämligen icke vara möjligt att helt ödelägga våra stora glesbygder. De måste även i fortsättningen vara bebodda och då måste samhällsförhållandena också svara mot rimliga krav.

Glesbygden är emellertid också ett alternativ till andra samhällsformer. Vårt material tyder på att social missanpassning och alkoholism (som i glesbygderna är svåra att dölja genom den intimare kontakten med medmänniskorna) här är mindre uttalade problem. Det är sannolikt att det för många personlighetstyper är bättre att leva på en kanske lägre ekonomisk nivå, men i egen bostad och med större känsla av frihet än att samma människor skulle förflyttas till storstäderna och kanske snabbt socialt gå under. Motstånd mot att flytta finns mycket ofta hos klienterna av psykologiska och ekonomiska skäl och å andra sidan finns också ofta hos olika företag i andra delar av Sverige motstånd mot att ta emot detta något åldrade och nedslitna klientel.

Arbetet med detta klientel har för oss lett till vissa önskemål förutom en förstärkning av den allmänna omskolningsverksamheten.

1. Det torde vara svårt att klara arbetsvårdsproblemen i den undersökta glesbygden utan en utbyggnad av näringslivet. Professor Bylund har föreslagit en utbyggnad av en underleverantörsverksamhet i ett glest nät av tätorter. Det är i dessa områden viktigt att alternativ i arbetslivet finns någorlunda nära till hands, eftersom många av dessa människor av psykologiska eller ekonomiska skäl är hårt bundna till sina bygder.

2. Många klienter är dock så pass invalidiserade att endast skyddat arbete är tänkbart. Ur arbetsvårdens synpunkt är det mycket önskvärt med en ökad utbyggnad av skyddade verkstäder (som ju just kan vara underleverantörer till större företag). Man bör också försöka lösa de ekonomiska problemen för arbetarna vid skyddade verkstäder, där lönesättningen synes vara för låg och avsaknaden av facklig organisation upplevs som ett stort minus. För att undvika att politiska strider på ett kommunalt plan framkommer torde det vara mest önskvärt att de skyddade verkstäderna i fortsättningen blir landstingsdrivna.

3. En stark utbyggnad av arbetsprövningsinstitutionen behövs också. Många fall är av oklar natur. De långa väntetiderna vid arbetsprövningsinstitutet gör att vi allt för sällan får tillfälle att använda denna åtgärd.

Sammanfattning

I ett stort glesbygdsområde i södra Lappland utan expansiva tätorter med mycket låg genomsnittlig befolkningstäthet har arbetsvårdsproblemen visat sig vara starkt överrepresenterade i jämförelse med riket som helhet. 2,3 % av befolkningen i det undersökta området utgjordes 1966 av aktuella arbetsvårdsfall mot 0,9 % i landet som helhet, och 0,9 % förstagångsinskrevs här mot drygt 0,4 % i hela Sverige. Den dominerande orsaken till detta förhållande torde säkerligen vara den låga differentieringen i områdets näringsliv, där huvudsakligen tyngre arbeten är tillgängliga. Den medelålders och äldre glesbygdsbefolkningens underskolning är också en bidragande orsak, då en

bristande skolning ger få möjligheter vid val av arbete. Här finns en "begåvningsreserv". Typfallet är den åldrande skogsarbetaren med rygg- eller ledbesvär, medan orsaker till arbetsvård såsom social missanpassning, alkoholism o.d. synes vara påtagligt underrepresenterade. "Förslitningssjukdomarna" i rygg och leder är den dominerande medicinska orsaken till att arbetsvårdsbehov inträder. Därefter kommer de psykiska sjukdomarna och hjärt-, kärl- och blodtryckssjukdomar. Alla negativa faktorer i glesbygden gör det berättigat säga att det ligger ett handikapp redan i det faktum att man är glesbygdsbo. Ett preliminärt försök till bedömning av arbetsvårdsresultaten har gjorts. Undersökningens resultat talar för att följande åtgärder bör vidtagas.

1. Ökat samarbete mellan medicinska och sociala vårdorgan inkl. arbetsvården bör etableras.
2. Utbyggnad i rimlig grad av näringslivet i vissa av glesbygdens tätorter måste ske, eftersom man ändå inte kan tänka sig att göra dessa stora landsdelar helt folktomma.
3. Ett ökat antal platser för skyddad sysselsättning är ett av de större behoven i glesbygden.
4. Ökade utredningsresurser inom arbetsvården, huvudsakligen utökade möjligheter till arbetsprövning är mycket önskvärda.

Statistiska uppgifter vid undersökningen har hämtats ur Statistisk årsbok, statistiska meddelanden samt från arbetsmarknadsstyrelsens statistiska sammanställningar.

Salus vet...



Salus är det bolag, som har den ojämförligt största erfarenheten när det gäller att ordna de blivande läkarnas försäkringsfrågor. Bolagets nära relationer till läkarkåren borgar dessutom för att dess råd är objektiva och gagnar Er på bästa sätt. Tala därför med Salus om alla slag av försäkringar. Salus vet... och delar gärna med sig av sitt vetande. Ring Salus — redan idag!

08/22 47 40 (växel)



eller direkt telefon 08/63 63 91, 63 63 92