

# Remissvar från Svensk förening för socialmedicin och folkhälsa avseende utredningen 'En utvärdering av förändringar i sjukförsäkringens regelverk under 2021 och 2022' (SOU 2024:26)

Svensk förening för socialmedicin och folkhälsa (SFSF) är en sektion inom Svenska Läkaresällskapet samt en specialistförening inom Svenska läkarförbundet. Härmed avger vi remissvar utifrån den expertis inom socialmedicin och försäkringsmedicin som finns inom föreningen.

## Sammanfattning

I denna promemoria har sju olika reformer inom sjukpenningförsäkringen utvärderats. Samtliga reformer gällde mycket långa sjukfrånvarofall och reformerna infördes under år 2021 alternativt 2022.

Svensk förening för socialmedicin och folkhälsa (SFSF) välkomnar att dessa reformer utvärderats, men är bekymrad över den mycket korta uppföljningsperioden.

*SFSF menar att denna korta uppföljningstid, då det skett andra stora förändringar av betydelse för de studerade utfallen, samt den använda studiedesignen, som inte medger fastställande av kausalitet, tillsammans innebär att utredningens slutsats "att de utvärderade reformernas intentioner (...) i relativt låg grad har uppfyllts" inte kan anses vara vetenskapligt välbelagd.*

*Dessutom är SFSF kritisk till bristande beskrivning av metoden i såväl de kvantitativa som de kvalitativa studierna. SFSF är särskilt kritisk till skrivningarna om deltidssjukskrivning och rehabilitering, som inte ingick i utredningens uppdrag, utifrån bristande vetenskaplighet och tendentiösa skrivningar.*

SFSF önskar även påpeka att när det gäller av en av reformerna, *Övervägande skäl*, drar Riksrevisionens utvärdering (RiR 2024:14) andra slutsatser än den föreliggande SOU rapporten.

Tvåvetenskapliga utvärderingar över längre tid behövs naturligtvis av såväl dessa reformer som av andra inom sjukpenningförsäkringen. Mer vetenskapligt baserad kunskap om vad som påverkar duration av långa sjukfrånfall behövs, liksom om vad som påverkar involverade aktörers agerande i handläggningen av dessa ärenden. SFSF föreslår därför rejäla satsningar på såväl resurser som infrastruktur/forskarmiljöer för sådan kunskapsgenerering. Detta avser även kunskap om vilka personer som riskerar onödigt långa sjukskrivningar, om eventuella 'biverkningar' av sjukfrånvaro samt om hur sådana kan motverkas bland dem som behöver vara sjukskrivna, liksom effekter av avslag om ansökan av sjukpenning. samt kunskap om organisatoriska förutsättningar för olika yrkesgruppers möjlighet att kunna hantera sjukfrånvaroärenden professionellt. SFSF föreslår även, bland annat utifrån resultaten i promemorian, att en akademisk påbyggnadsutbildning för blivande handläggare inom Försäkringskassan snarast inrättas.

## Mer detaljerade synpunkter

Följande sju olika reformer inom sjukpenningförsäkringen har utvärderats: undantag för övervägande skäl, undantag för särskilda skäl, äldrereglerna inom sjukpenningen, äldrereglerna inom sjukersättning, ersättning till behovsanställda, samt att ange specifik yrkesgrupp vid avslag, respektive möjlighet till ökad flexibilitet vid deltidssjukskrivning.

## ***Stora förändringar under uppföljningstiden av betydelse för de studerade utfallen***

Under åren 2021, 2022 och 2023 skedde även flera andra stora förändringar än de sju studerade reformerna – förändringar som kan ha haft stor betydelse för utvecklingen av sjukfrånvarofalls duration, för sjukskrivnas möjlighet att återgå i sitt ordinarie arbete samt för sjuk- och aktivitetsersättning. Några av dessa är:

- År 2021 var vi fortfarande mitt uppe i covid-19-pandemin, med dess omfattande betydelse för den svenska samhället, inklusive för sjukfrånvaro och sjuk- och aktivitetsersättning.
- På arbetsmarknaden lades under dessa år många företag ner, permanent eller tillfälligt (det innebär att för många personer fanns inte deras tidigare arbete alternativt deras arbetsgivare kvar att återgå till efter sjukskrivningen).
- Många förändrade sin arbetssituation mycket, bland annat genom distansarbete, i de yrken där det var möjligt.
- Välfärdsbrottsligheten tenderade att öka; även när det gäller sjukskrivningar.
- Mycket stora påfrestningar uppstod inom hälso- och sjukvården. Stora omstruktureringar genomfördes, många exponerades för covid-19 smitta (från patienter, under pendling till och från arbetet, samt från kollegor) och många blev sjukskrivna. Detta resulterade bland annat i längre väntetider inom många typer av kliniska verksamheter, vilket för många sjukskrivna innebar att deras sjukskrivningstider förlängdes i väntan på undersökningar alternativt behandlingar.
- Mycket stora påfrestningar uppstod inom Försäkringskassan. Personalen där hade att hantera flera nya regler och ersättningar, såsom karensersättningarna, samtidigt som personalomsättningen var mycket hög och olika omorganisationer genomfördes. Personalen hade också att ställa om verksamheten för att hantera de olika regeländringar som denna promemoria avsett att utvärdera. Att handläggningstider inom Försäkringskassan påverkats av detta är inte förvånansvärt, särskilt som de studerade reformerna inneburit möjlighet att låta vissa sjukfrånvarofall pågå längre tid än tidigare, innan den sjukskrivnes arbetsförmåga bedöms i relation till hela arbetsmarknaden, inte bara för dennas ordinarie arbete.

Dessa faktorer kan antas ha haft stor betydelse för de utfall som studerats i promemorian, och SFSF anser inte att man har tagit tillräcklig hänsyn till dem i analyserna eller i val av studiedesign. Detta bör beaktas i fortsatta utvärderingar. Andra, till exempel Riksrevisionens utvärdering av (RiR 2024:14) Försäkringskassans användning av en av reformerna, övervägande skäl, drar dessutom *andra slutsatser* än den här föreliggande promemorian.

## ***Metodologiska synpunkter***

### *Mycket kort uppföljningstid i förhållande till de långa sjukskrivningarna som avses*

Samtliga dessa reformer genomfördes nyligen, under åren 2021 och 2022. Utvärderingen gjordes med data som täckte till och med delar av år 2023. För dessa reformer har man bland annat studerat durationen av långa sjukfrånvarofall och de långtidssjukskrivnas eventuella återgång i ordinarie arbete – alternativt att inte ta ut ålderspension utan vara fortsatt sjukskriven eller ha sjukersättning. Det innebär att utvärderingsperioden är mycket kort.

### *Studiedesign som inte medger slutsatser om kausalitet*

Den studiedesign som använts är att sjukskrivningsduration i nya sjukfrånvarofall som påbörjats efter att respektive reform genomfördes har jämförts med motsvarande duration av

sjukfrånvarofall som påbörjades under tidigare år. Denna kvasiexperimentella ansats utgår från ett antagande om att dessa perioder skulle kunna vara jämförbara.

I promemorian talas det om 'effekter' av reformerna trots att slutsatserna baseras på observationsstudier, det vill säga, på en typ av studier som inte kan användas för att få kunskap om *orsakssamband* (däremot om möjliga samband).

### *Datainsamling och dataanalys*

Data för utvärderingen har inhämtats på olika sätt. Framför allt har länkade mikrodata från register från Statistiska Centralbyrån, Försäkringskassan och Socialstyrelsen använts. Det framgår inte alltid vilka variabler som faktiskt har använts i analyserna, varför resultat och slutsatser är svåra att värdera.

I promemorian har även två andra typer av data använts:

- data extraherade från 300 av Försäkringskassans akter, enligt en modell som använts i tidigare aktstudier inom Försäkringskassan, samt
- data från intervjuer av 29 handläggare/specialister inom Försäkringskassan.

Avseende intervjuerna; en var en individuell intervju, resten genomfördes som gruppintervjuer. Det finns flera oklarheter kring dessa intervjuer. Vem stod som inbjudare till dem (något som vanligen påverkar vilka som väljer att delta och hur deltagare svarar)? Hur många avböjde medverkan (dvs. hur stort var bortfallet och hur såg det ut)? Hur länge hade deltagarna jobbat med denna typ av ärenden (dvs. hur stor erfarenhet hade deltagarna av denna typ av långa sjukskrivningsärenden)? Gällde en del av svaren snarare förhållanden från tidigare år? Hur många gruppintervjuer genomfördes? Hur stor var spridningen av antal deltagare i dem? Var det en eller två samtalsledare?

Det står att tematiska analyser av det inspelade transkriberade intervjumaterialet genomfördes. Dock redovisas inte resultaten av analyserna, såsom de identifierade temana och eventuella subgrupper inom dem. I stället ges exempel på citat från intervjuerna, utan att det framgår *hur* dessa citat valts ut, om de är från en eller från olika personer, grupper, etcetera. Det vill säga; information som vanligen ges när resultat från denna typ av studier redovisas och som är central bland annat för att inte väcka misstankar om att författarna har valt ut citat som överensstämmer med deras egna åsikter, så kallad 'cherry picking'.

### ***Synpunkter på vissa använda begrepp och dragna slutsatser***

#### *Om aktivitetsförmågeutredningar*

I dagsläget finns en modell för fördjupande försäkringsmedicinska utredningar; aktivitetsförmågeutredningar (AFU) som används i hela landet. Den använda AFU-modellen togs fram för att användas för personer som varit sjukskrivna i 180 dagar. Promemorian nämner antalet AFU:n som beställs, men inget om när i sjukfrånvarofallet detta sker. Tyvärr beställer Försäkringskassan vanligen AFU alldeles för sent i processen, inte sällan efter flera års sjukskrivning, och då är möjligheten till återgång i arbete/sysselsättning mycket liten. Professionella som genomför AFU utredningar anser att arbetsåtergång ofta fortfarande hade varit möjligt om AFU:n genomförts betydligt tidigare i processen.

#### *Om kompetens (hos Försäkringskassans och sjukvårdens personal)*

På flera ställen beskrivs Försäkringskassans personal som oprofessionella. Svensk förening för socialmedicin och folkhälsa uttalar sig inte om detta, men ser det som problematiskt att det

idag saknas en akademisk utbildning som förbereder personer för de krävande och komplexa uppgifter som en handläggare/utredare/specialist inom Försäkringskassan har att hantera. Det är anmärkningsvärt att en sådan utbildning saknas; för de flesta andra professioner i Sverige som har att hantera andra människors situation i sitt yrkesutövande finns det en akademisk utbildning som förbereder dem för det yrket. Detta gäller till exempel socialarbetare, poliser, lärare, läkare, fysioterapeuter, psykologer, arbetsterapeuter och sjuksköterskor. I beaktande av den mycket centrala roll som handläggare vid Försäkringskassan har för individer och för samhället är det rimligt att sådana akademiska utbildningar etableras. De kan förslagsvis arrangeras som masterutbildningar för personer med en relevant grundexamen inom till exempel socialt arbete, psykologi, folkhälsovetenskap, vårdutbildning, statsvetenskap eller juridik.

I promemorian skrivs en del om incitament för läkare i hanteringen av försäkringsmedicinska ärenden. Flera statliga utredningar och omfattande studier har visat på behovet av bättre organisatoriska förutsättningar för professionella, inklusive läkare, att hantera patienters/försäkrades sjukfrånvaro. SFSF delar promemorians syn på att tydligheten om de olika aktörernas roller, befogenheter och skyldigheter behöver förbättras, och att information om detta behöver spridas på fler sätt än nu, för att öka en sådan tydlighet. En sjukpenningförsäkring är en central aspekt av samtliga välfärdsstater. Rättssäkerhet, förutsägbarhet, transparens i besluten vilket handlar om försäkringens legitimitet/acceptans för försäkringen. Här är det centralt att information sprids om att den svenska sjukpenningförsäkringen är en inkomstbortfallsförsäkring; inte en sjukdomsförsäkring och inte en yrkesförsäkring.

Former för optimal spridning av sådan information, både till allmänheten och till berörda professioner, behöver beforskas.

#### *Sjukskrivning av behovsanställda personer*

Man skriver en hel del om arbetsgivares incitament att medverka till den sjukskrivnes återgång i arbete. Exempel ges på hur reformerna i regelverket kring sjukskrivna med så kallad behovsanställning lett till icke önskvärt beteende hos arbetsgivare. SFSF håller med om att detta är synnerligen viktiga aspekter att belysa och att få kunskap om. I promemorian drar dock författarna då den mycket förvånande slutsatsen att Sverige borde ta till sig det holländska sjukfrånvarosystemet – ett system som visat sig medföra ett stort antal negativa effekter för det nederländska samhället, inte minst av den typ som utredarna säger sig vilja motverka. SFSF avråder kraftigt mot att gå i en sådan riktning!

#### *Om hälsa*

I promemorian säger man sig ha mätt 'hälsa'. Dock är det *sjukvårdskonsumtion* man har mätt, på tre olika sätt; genom antal dagar inlagd på sjukhus, via antal läkarbesök på vårdnivå två (specialistvård), samt genom antal dygnsdoser av uttagen receptbelagd medicin. Hur dessa mått använts finns anledning att se över. Man använder inte data om primärvård där majoriteten av de diagnoser som ligger bakom sjukfrånvaron, det vill säga psykiska respektive muskuloskeletal besvär, hanteras.

## **Behov av framtida forskning och åtgärder**

### *Om oprofessionella läkare*

I utredningen lyfts problemet med att Försäkringskassans handläggare för närvarande saknar möjlighet att vidta åtgärder när de misstänker att en läkare systematiskt gravt missbrukar sin möjlighet att utfärda läkarintyg. Handläggare inom Försäkringskassan har länge kunnat uppmärksamma förekomst av sjukskrivningar från sådana läkare, men inte kunnat agera trots att detta bör klassificeras som välfärdsbrottslighet. SFSF håller med om att detta behöver åtgärdas.

### *Kunskapsluckor*

#### Gränser i rehabiliteringskedjan

De nuvarande gränserna i rehabiliteringskedjan; 90, 180 respektive 365 dagar, är inte baserade på vetenskaplig kunskap. Andra gränser har inte prövats – till exempel 50 respektive 120 dagar. Kanske vore det bättre att i vissa sjukfrånvarofall prata om andra arbetsuppgifter hos den egna arbetsgivaren redan efter tre veckor? Liksom att diskutera andra arbeten/arbetsgivare/aktiviteter. Betänkandet använder termen 'inlåsning i sjukskrivning'. Att vänta med att ta upp denna typ av frågor kan i vissa fall leda till just detta. En viktig aspekt att studera i denna typ av utredning är om reformerna, tillsammans med andra stora påfrestningar, inneburit att Försäkringskassan inte gått in tillräckligt tidigt i sjukskrivningsärenden. Mjukare gränser i regelverket innebär en risk att inte heller hälso- och sjukvården respektive arbetsgivare tar initiativ tidigt i sjukfrånvarofall. *Resultaten i utvärderingen tyder på att det tagit anmärkningsvärt lång tid innan Försäkringskassan tagit denna typ av kontakter med långtidssjukskrivna personer, deras arbetsgivare alternativt Arbetsförmedlingen.*

#### När full återgång till arbete inte är möjligt

I promemorian beaktas det inte att vissa sjukskrivna personer aldrig kommer att kunna återgå helt, på deltid, eller alls i yrkesarbete eller annan aktivitet. Deras sjukdom eller skada kommer inte att förbättras, eller kommer snarare att förvärras och för vissa kommer sjukskrivningsfallet att avslutas med död. SFSF hävdar att det är viktigt att på olika sätt stödja de personer som faktiskt vill och fortsätter att yrkesarbeta på deltid trots kroniska, varierande och ibland progredierande besvär som på verkar deras arbetsförmåga.

#### 'Biverkningar' av sjukskrivningen

Generellt är den vetenskapligt baserade kunskapen om så kallade biverkningar eller om 'konsekvenser' av att vara långvarig sjukfrånvarande synnerligen bristfällig, både generellt och för de vanligaste sjukskrivningsdiagnoserna (dvs. psykiska och muskuloskeletala besvär). På individnivå kan sjukfrånvaro antas ha positiva konsekvenser såsom tid för behandling och rehabilitering, tid för återhämnning (för att förbättra arbetsförmågan alternativt för omställning till annat arbete/aktivitet) samt ekonomisk kompensation för inkomstbortfallet som sjukfrånvaron innebär. Negativa konsekvenser av att vara sjukskriven, eller vad som numera ofta kallas 'biverkningar', kan vara negativa livsstilsförändringar (vad gäller kost, motion, tobak, alkohol, droger, etc), social isolering, sämre sömn, lägre självkänsla, försämrad arbetsförmåga (t.ex. pga. att andra besvär utvecklas under sjukfrånvaron), sämre ekonomi, högre risk för framtida arbetslöshet/sjukfrånvaro/sjukersättning, etcetera.

## Vetenskapligt baserad kunskap behövs, generellt och om olika diagnoser och grupper

Att återgå till det regelverk som gällde innan reformerna kan möjligen minska hur länge vissa långa sjukfrånvarofall pågår. Dock är det fortsatt centralt att få mer kunskap om konsekvenser av att vara sjukfrånvarande (relaterat till diagnos, ålder, arbete, kön, etcetera). Personer som är eller riskerar att bli sjukskrivna behöver sådan kunskap, liksom arbetsgivare, de professionella inom hälso- och sjukvård (ffa sjukskrivande läkare), Försäkringskassan samt de inom kommuner som har att handlägga denna typ av ärenden.

Vi ser därför behov att få mer vetenskapligt baserad kunskap, dels om vilka personer som riskerar en längre tids sjukskrivning, dels om hur de tidigt kan identifieras så att adekvata åtgärder kan vidtagas. Mer kunskap behövs även om arbetsförmågeutredningar och vilken kompetens som behövs för sådana utredningar.

Oavsett om utredningens förslag tillämpas eller ej, anser SFSF att det finns ett mycket stort behov av forskning om vilka insatser, på olika strukturella nivåer, som kan minska sjukskrivningslängd, ffa avseende långa sjukskrivningar och/eller öka återgång i arbete eller i annan aktivitet. Flera systematiska översikter inom området har kommit, men det vetenskapliga underlaget är fortsatt otillräckligt. Medel och forskningsenheter för sådan tvärvetenskaplig forskning behövs. Det gäller både generellt, inom specifika diagnoser, inom olika yrken och för personer i olika livssituationer.

### *Synpunkter på andra delar i rapporten*

I betänkandet delges även åsikter om aspekter som inte ingick i uppdraget. SFSF ifrågasätter varför de delges, liksom det vetenskapliga underlaget för dem. Här ges kommentarer kring några sådana aspekter.

### *Om deltidssjukskrivning*

En av de studerade reformerna rör möjlighet till viss flexibilitet när det gäller deltidssjukskrivning – att kunna arbeta mer än den angivna sjukskrivningsgraden vissa dagar och mindre andra dagar, till exempel om restiden är lång eller arbetsuppgifterna passar bättre för det. I samband med skrivningen om denna reform levererar promemorian även åsikter generellt om möjligheten till deltidssjukskrivning – och förmedlar då en slutsats om att deltidssjukskrivning inte skulle påverka arbetsåtergång; det ter sig nästan som om utredningens författare drar slutsatsen att möjligheten till deltidssjukskrivning skall tas bort. Man hänvisar denna slutsats till resultat från tre studier – det är dock mycket oklart hur man har kunnat dra en sådan slutsats baserat på resultaten i dessa tre studier.

Författarna skriver även att de har gjort en litteratursökning och då inte funnit studier om deltidssjukskrivning som visade något annat än dessa åsikter. Detta är mycket anmärkningsvärt, då det kommit ett flertal studier om deltidssjukskrivning de senaste åren. Det framgår inte heller vilka sökord som använts i litteratursökningen, vilka litteraturlängder som använts för att söka studier, hur många studier som identifierades och hur många av dem som uppfyllde inklusionskriterierna, resultat från de inkluderade studierna, vilka länder de kom från, etcetera – det vill säga, basal information som forskare ger när resultat från en litteratursökning redovisas.

Deltidssjukskrivning är ett extremt svårbeforskat område. Författarna hävdar bland annat att gjorda studier inte beaktat att deltidssjukskrivna har bättre arbetsförmåga. Det är oklart hur man menar. Självklart har de som är deltidssjukskrivna bättre arbetsförmåga än de som är heltidssjukskrivna; detta är själva grunden för hel- respektive deltidssjukskrivning.



*Eftersom det inte ingick i utredningens uppdrag att uttala sig om deltidssjukskrivning generellt, ter sig skrivningen om detta som mycket tendensiös. Detsamma gäller texterna om rehabilitering.*

### *Om rehabilitering*

I promemorian används termen 'rehabilitering' för flera olika saker: ibland för behandling, ibland för 'medicinsk rehabilitering' och ibland för 'arbetslivsinriktad rehabilitering', och det är på flera ställen oklart vilken av dessa tre som avses. I betänkandet förmedlas dels slutsatser om att 'rehabilitering' (dvs behandling, medicinsk rehabilitering, arbetslivsinriktad rehabilitering) inte påverkar sjukskrivning men också att 'rehabilitering' ibland även leder till att sjukfrånvaron blir längre. Det finns enstaka studier som har visat det senare – bland annat på grund av att deltagandet i rehabiliteringen i sig tar tid som det krävs sjukfrånvaro för, och ibland för att interventionen inneburit att den sjukskrivne tydligare gått in i en sjukroll än hen kanske skulle gjort annars. Den stora majoriteten av studier om olika former av behandling och rehabilitering har dock *inte haft mått på sjukfrånvaroduration alternativt på återgång i arbete/aktivitet som utfall*, vilket innebär att kunskapen om detta är mycket begränsad.

I betänkandet lyfts några enstaka studier samt en litteraturöversikt från 2019. *Senare litteraturöversikter inom området har inte alls beaktats* – orsaken till detta är svår att förstå. Om tidsramen för betänkandet har varit för kort för detta så hade det varit lämpligare att inte uttala sig alls om möjliga effekter av olika typer av rehabiliteringsinsatser. Nuvarande skrivelser ger snarare intrycket av att man velat föra fram en viss åsikt vare sig den är vetenskapligt grundad eller ej.

Vissa sjukskrivningar orsakas av exponeringar på arbetsplatsen. En stor del av sjukfrånvarofallen gör dock inte det, eller gör detta bara delvis. Det är dock till arbetsplatsen eller någon annan typ av aktivitet som den sjukskrivne förhoppningsvis ska tillbaka. Det är då, som flera systematiska litteraturöversikter visat, viktigt att sjukvården samverkar med arbetsgivaren när det gäller åtgärder för att främja återgång i arbete, så kallad 'Arbetslivsinriktad rehabilitering'. Detta är dock en term som arbetsgivare sällan känner sig bekväma med – 'åtgärder för att främja återgång i arbete' är ofta en bättre term. Sådana åtgärder kan vara förändring av arbetstider, av arbetsuppgifter, av verktyg som underlättar i arbetet, etcetera. Betydelsen av sådana åtgärder, och av behandling och 'medicinsk rehabilitering' för återgång i arbete eller annan aktivitet är, av flera anledningar, ett synnerligen svårbeforskat område. Det bör i detta sammanhang beaktas att bland annat WHO beskriver möjlighet till rehabilitering som en mänsklig rättighet.

### *Om begreppet sjukfall*

I promemorian används genomgående begreppet sjukfall när man avser "sjukskrivningsfall" eller "sjukfrånvarofall". Detta är förvirrande. För de flesta personer, inom hälso- och sjukvården, bland arbetsgivare och bland allmänheten, innebär termen 'sjukfall' att man blivit sjuk. Eftersom de flesta sjukdomar och skador (dvs de flesta 'sjukfall') *inte* leder till att personen blir sjukskriven, leder detta till en begreppsförvirring - och många personer leds till att tro att man har rätt att vara sjukskriven och få sjukpenning om man har en sjukdom – det vill säga, har ett sjukfall. Det är viktigt att inte cementera felaktiga bilder kring sjukskrivning och i stället använda begreppet såsom sjukfrånvarofall eller sjukskrivningsfall. Lagtexten kring detta behöver också förändras.

Detsamma gäller termen 'sjukförsäkring' som på motsvarande sätt är förvirrande och leder tanken till att det är förekomst av sjukdom som försäkras i sjukpenningförsäkringen, och inte, som ju är fallet, inkomstbortfall på grund av arbetsförmåga orsakad av sjukdom eller skada. Det vore en fördel om försäkringen bytte namn. Den allmänna 'sjukförsäkringen' i Sverige gäller ju i stället personers rätt till sjukvård och behandling och att detta sker till kraftigt reducerad kostnad eller utan avgift. När den allmänna 'sjukförsäkringen' infördes 1955 kallades den så eftersom den då *även* omfattade rätt till sjukvård med en lägre ersättning. Detta är inte längre fallet.

*Remissvaret har sammanställts av Anna Sarkadi och Margareta Kristensson, båda i styrelsen för SFSF samt Kristina Alexanderson, medlem i SFSF*



