

Inges till förvaltningsrätten i Stockholm

forvaltningsrattenistockholm@dom.se

Till Kammarrätten i Stockholm

MED E-POST

Stockholm 7 februari 2018

ÖVERKLAGANDE AV FÖRVALTNINGSRÄTTEN I STOCKHOLMS BESLUT AV DEN 19 JANUARI 2018 I MÅL NR 1289-18

Klagande: 1. Riksföreningen Psykoterapicentrum (**Psykoterapicentrum**)

2. Hamrelius & Bergh AB

Ombud: Advokaterna Jonas Bergh och Catherine Innergård, Berghco Advokatbyrå AB, Jungfrugatan 6, 114 44 Stockholm, jonas.bergh@berghco.se, catherine.innergard@berghco.se

Motpart: Socialstyrelsen, 106 30 Stockholm

Saken: Besluts överklagbarhet; nu fråga om avvisning

Överklagat

beslut: Förvaltningsrätten i Stockholms beslut av den 19 januari 2018 i mål nr 1289-18

I egenskap av ombud för Psykoterapicentrum och Hamrelius & Bergh AB (gemensamt **Klagandena**) får vi överklaga förvaltningsrättens rubricerade beslut med följande

YRKANDEN

1. Klagandena yrkar att kammarrätten meddelar prövningstillstånd.
2. Klagandena yrkar att kammarrätten undanröjer förvaltningsrättens beslut att avvisa Klagandenas överklagan och att kammarrätten återförvisar målet till förvaltningsrätten för prövning i sak.

ÖVERKLAGANDE AV FÖRVALTNINGSRÄTTEN I STOCKHOLMS BESLUT AV DEN 19 JANUARI 2017 I MÅL NR 1289-18	1
YRKANDEN	1
SKÄL FÖR PRÖVNINGSTILLSTÅND	3
BAKGRUND	4
PRAXIS M.M. AVSEENDE ÖVERKLAGBARA FÖRVALTNINGSBESLUT	5
RIKTLINJERNAS FAKTISKA VERKAN	7
a) <i>Riktlinjernas faktiska verkan på resursfördelning</i>	7
b) <i>Riktlinjernas faktiska verkan för individer med depression och ångestsyndrom</i>	8
c) <i>Riktlinjernas faktiska verkan för fördelning av statliga bidrag</i>	8
d) <i>Riktlinjernas faktiska verkan avseende kunskapsinhämtning och utbildning</i>	9
e) <i>Riktlinjernas faktiska verkan för psykoterapistudenter</i>	9
f) <i>Riktlinjernas faktiska verkan för vårdföretags och enskilda psykoterapeuters verksamhet och ekonomi</i>	10
g) <i>Dokumenterad faktisk verkan av tidigare, nu reviderade, riktlinjer</i>	10
FÖRVALTNINGSRÄTTENS ARGUMENT FÖR SITT BESLUT	11
a) <i>Riktlinjerna utgör enbart rekommendationer och är inte juridiskt bindande</i>	12
b) <i>Det finns inte krav eller sanktioner som hänför sig till Riktlinjerna</i>	12
c) <i>Riktlinjerna utgör bästa tillgängliga kunskap</i>	13
d) <i>Riktlinjerna gäller på gruppnivå och utgör inte ensamt underlag för beslut som gäller enskilda patienter</i>	13
e) <i>Riktlinjerna hindrar inte företag att erbjuda andra behandlingsformer än de som rekommenderas i Riktlinjerna</i>	13
f) <i>Riktlinjerna påverkar inte den enskildes möjlighet att få andra behandlingsformer</i>	13
g) <i>Förvaltningsrättens bedömning av omfattningen av faktisk verkan</i>	14
BEVISNING	15
a) <i>Nya bilagor till detta överklagande, kallade K 1-3</i>	15
b) <i>Dokument som ingivits som bilagor till Förvaltningsrätten, kallade F1-6</i>	18

SKÄL FÖR PRÖVNINGSTILLSTÅND

3. Prövningstillstånd ska meddelas då det finns anledning att betvivla riktigheten av det slut som förvaltningsrätten har kommit till (*ändringsdispens*)¹. Förvaltningsrätten har avgjort frågan om beslutets faktiska verkningar och överklagbarhet enbart utifrån Riktlinjernas formella innehåll, begrepp och formuleringar. Klagandena har visat att Riktlinjerna har faktiska verkningar och därmed är överklagbara.
4. Utan prövningstillstånd går det inte att bedöma riktigheten i det slut som förvaltningsrätten har kommit till (*granskningsdispens*). Förvaltningsrätten har i sina skäl inte beaktat de omständigheter som föranleder att beslutet medför faktiska verkningar. Förvaltningsrätten har baserat sin bedömning på den information som framgår av Riktlinjerna och berör inte de omständigheter som Klagandena har anfört och som medför faktiska verkningar i praktiken. Genom att endast beakta förvaltningsrättens beslut är det inte möjligt att bedöma riktigheten av detta.
5. Prövningstillstånd ska även meddelas på grund av särskilda skäl (*extraordinär dispens*) då förvaltningsrätten inte berör de bevis och argument som Klagandena lyfter fram avseende Riktlinjernas faktiska effekter. Det framstår närmast som att förvaltningsrätten inte har uppmärksammat det avsnitt i överklagandet där Riktlinjernas faktiska effekter redovisas (Avsnitt V - 5. i överklagandet till förvaltningsrätten).
6. Det är vidare av vikt för ledning av rättstillämpningen att överklagandet prövas (*prejudikatdispens*). Detta gäller frågan om vilken grad av faktisk verkan ett förvaltningsbeslut ska medföra för att vara överklagbart. Som förvaltningsrätten konstaterar ger varken lagtext eller andra föreskrifter vägledning i frågan om det nu aktuella beslutet är överklagbart. Det finns inte heller någon generell författningsreglering om vad som krävs för att ett förvaltningsbeslut ska få överklagas som kan tillämpas i fråga om författningar som saknar bestämmelser om överklagande. Det finns förvisso praxis, men av praxis framgår inte på ett tydligt sätt hur kvalificerade och omfattande effekter som krävs för att ett beslut ska medföra faktiska verkningar. Enligt Klagandenas uppfattning är det därför angeläget att kammarrätten fastställer den grad av faktiska verkningar ett förvaltningsbeslut ska medföra för att vara överklagbart. Det är av principiell betydelse att klargöra att beslut om nationella riktlinjer med omfattande faktiska effekter kan överklagas.
7. Det förtjänar att framhållas att förvaltningsrättens beslut att avvisa överklagandet står i strid med de krav på domstolsprövning som följer av både EU-rätten och Europakonventionen.

¹ I och med att bestämmelserna om prövningstillstånd i kammarrätt i 34 a § förvaltningsprocesslagen har anpassats till vad som gäller för hovrätterna, krävs det inte någon hög grad av sannolikhet för ändring av förvaltningsrättens dom för att kammarrätten ska meddela prövningstillstånd av ändringsskäl (jfr. prop. 2012/13:45 s. 131 ff.). I ordet "betvivla" i den nya lydelsen ligger att det endast krävs en låg sannolikhet för att förvaltningsrättens dom kan komma att ändras efter en fullständig omprövning i kammarrätten för att prövningstillstånd ska meddelas (jfr. Heuman, JT 2007/08 s. 596-599).

Enligt artikel 6 ska fråga om en civil rättighet och skyldighet kunna bli föremål för domstolsprövning. Som framgår av detta överklagande medför Riktlinjerna i praktiken att civila rättigheter och skyldigheter påverkas.

BAKGRUND

8. Omständigheter har redogjorts för i överklagandet till förvaltningsrätten. Klagandena önskar ändå kortfattat ange följande bakgrund.
9. Socialstyrelsen har den 17 oktober 2017 beslutat att fastställa *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom (Riktlinjerna)*². Riktlinjerna utgavs den 13 december 2017. Syftet med Riktlinjerna är att värdera vilka behandlingsmetoder, t.ex. psykofarmaka och psykoterapi, som sjukvården bör erbjuda patienter. Riktlinjerna utgör därmed grund för vårdens tillgång till behandlingsmetoder, påverkar patienters möjlighet till val av behandling samt utgör ett kraftfullt styrmedel för vårdens finansiering och upphandling. Riktlinjerna har, också på längre sikt, en betydande inverkan på vårdens möjligheter att effektivt behandla depression och ångest hos barn, ungdomar och vuxna.
10. Riktlinjerna har under arbetets gång varit föremål för massiv kritik. Kritiken har kommit från både yrkesverksamma och patienter. Kritiken har inte endast kommit från externt håll, utan även från personer som arbetat med utformningen av Riktlinjerna. Under remisstadiet inkom 85 svar, varav majoriteten var negativa.
11. Kritiken har sammanfattningsvis visat att det i Socialstyrelsens riktlinjearbete framkommit en påfallande brist på relevant kompetens och kompetensbredd. Ledningsgruppen har haft en begränsad kompetens för den uppgift som ålagts den, eftersom enbart kunskap om behandling med psykofarmaka, elektrokonvulsiv behandling (**ECT**), metoden Deplyftet och kognitiv beteendeterapi (**KBT**) varit representerad. Forskare med kunskap om annan psykoterapi, som psykodynamisk terapi (**PDT**), gavs inget inflytande.
12. Inflytandet av jäv och särintressen har varit omfattande och betydande. Riktlinjer och prioriteringar har beslutats utan stöd i oberoende och neutral kunskapsvärdering till uppenbar fördel för särintressen som finns representerade i ledningsgruppen.
13. Vetenskapliga fakta har hanterats selektivt, tendentiöst och på ett osakligt sätt. Behandlingsmetoder utan vetenskapligt stöd har skattats högt i Riktlinjerna medan andra metoder, med starkt vetenskapligt stöd, har skattats lågt.

² Socialstyrelsen, nationella riktlinjer, vård av depression och ångestsyndrom. Bilaga 1 till Klagandenas överklagande till förvaltningsrätten. [Bilaga F 1](#). I Socialstyrelsens kommunikation med förvaltningsrätten har framkommit att Riktlinjerna fastställdes redan den 17 oktober 2017 och att de utgavs den 13 december 2017.

14. I Riktlinjerna förordas i huvudsak psykofarmaka, ECT, psykoedukation (metoden Deplyftet) och KBT. Möjligheter till annan evidensbaserad behandling, som PDT, är marginaliserad på ett uppseendeväckande sätt. En rad remissinstanser som forskare, fackförbund och patientföreningar, har konstaterat att Riktlinjerna avviker från internationell forskning och moderna riktlinjer i andra länder på ett sätt och i en omfattning som saknar vetenskapligt stöd. Socialstyrelsen har valt att inte nämnvärt beakta denna kritik från remissinstanserna.
15. Socialstyrelsen har inte uppfyllt kravet på neutralitet och oberoende hos myndigheter i strid med regeringsformen, förvaltningslagen samt myndighetens egna föreskrifter för jäv och intressekonflikter. Med anledning av detta har Riktlinjerna överklagats till förvaltningsrätten.
16. Förvaltningsrätten har avvisat överklagandet under anförande av att beslutet att fastställa Riktlinjerna förvisso är ett förvaltningsbeslut, dock inte ett överklagbart sådant. Enligt förvaltningsrätten, som Klagandena förstår rättens domskäl, medför Socialstyrelsens beslut visserligen faktiska verkningar, men inte sådan grad av faktiska verkningar som föranleder att ett beslut är överklagbart.

PRAXIS M.M. AVSEENDE ÖVERKLAGBARA FÖRVALTNINGSBESLUT

17. Klagandena och förvaltningsrätten är ense om att rättsutvecklingen avseende överklagbarhet under en tid har gått mot att tillerkänna förvaltningsbeslut överklagbarhet om beslutet har faktiska verkningar.
18. I praxis har olika begrepp använts vid bedömningen om vilken påverkan ett beslut ska medföra för sådana faktiska verkningar som medför överklagbarhet. Lokutioner som använts har varit: faktiskt negativt påverka någons personliga och ekonomiska situation³, kännbara effekter⁴, inte alltför obetydlig verkan⁵, ägnade att få en påvisbar effekt⁶, kunde beräknas få och även fått påtagliga faktiska verkningar⁷, väsentlig betydelse⁸ och i inte alltför ringa mån påverka någons personliga eller ekonomiska situation⁹.
19. I förarbetena till den nya förvaltningslagen, som träder i kraft 1 juli 2018, diskuteras rättsläget och överklagbarhet. Statens offentliga utredning ansåg att regeln om överklagbarhet ska tillhandahålla ett medel för den eller dem som faktiskt påverkas av ett

³ RÅ 2004 ref. 8.

⁴ RÅ 2007 ref. 7.

⁵ RÅ 2010 ref. 29.

⁶ RÅ 2010 ref. 72.

⁷ RÅ 1996 ref. 43.

⁸ RÅ 1988 ref. 70.

⁹ RÅ 2003 ref. 87.

besluts konsekvenser.¹⁰ Vidare anför utredningen angående beslut som har utformats på ett sätt som är ägnat att få konsekvenser enligt sitt innehåll att

"Myndigheternas möjlighet att freda ett sådant beslut från angrepp genom att hävda, att det bara rör sig om "råd", "anvisningar", "rekommendationer" eller liknande – vilka det står adressaten fritt att följa eller negligera – kan effektivt motverkas genom direkt lagtillämpning".¹¹

20. För att ett beslut ska tillerkännas överklagbarhet ska effekternas inträde vara sannolikt och utredningen anser att det är tillräckligt sannolikt om det kan antas påverka någons situation.¹² Både rent personliga och ekonomiska omständigheter innefattas och det bör även lämnas en öppning för andra varianter.¹³ Utredningen ansåg att regeln om överklagbarhet skulle ha innebörden

"Ett beslut får överklagas om det kan antas i väsentlig mån påverka någons situation i personligt, ekonomiskt eller annat hänseende".

21. Regeringen föreslår i propositionen till den nya förvaltningslagen som träder i kraft den 1 juli 2018 att bestämmelsen om överklagbarhet ska utformas utan någon exemplifierande uppräknings och enbart ange att beslutet ska påverka någons situation.¹⁴ Vidare anför regeringen att beslut om "råd", "anvisningar", "rekommendationer" eller liknande, som i normalfallet är frivilligt för adressaten att följa eller bortse från, enligt den nya regeln blir överklagbart om beslutet fått eller kan antas få faktiska konsekvenser.¹⁵ Det ska krävas att ett beslut kan antas påverka någon.¹⁶ Den nya regeln får utformningen (vår understrykning):

"Ett beslut får överklagas om beslutet kan antas påverka någons situation på ett inte obetydligt sätt".

22. Av ovan behandlade praxis och förarbetenas diskussion utifrån rättsläget idag får förmodas att ett beslut som påverkar någons personliga eller ekonomiska situation har faktiska verkningar, men även annan typ av påverkan kan medföra faktiska verkningar. Effekterna av ett beslut bör ha en viss sannolikhet för att beslutet ska vara överklagbart. Beslutet ska kunna antas påverka någon, vilket både utredningen och regeringen kommer fram till borde utgöra en rimlig bedömning av vilken sannolikhet som idag krävs. Effekterna ska vidare antas kunna påverka någon på ett inte obetydligt sätt.

¹⁰ SOU 2010:29 s. 632.

¹¹ Ibid.

¹² Ibid.

¹³ SOU 2010 29 s. 633.

¹⁴ Prop. 2016/17:180 s. 253.

¹⁵ Ibid.

¹⁶ Ibid.

23. Klagandena kommer nedan att redogöra för Riktlinjernas faktiska verkan. Uttrycket faktisk verkan används då detta uttryck regelbundet använts i praxis och av förvaltningsrätten. Med uttrycket faktisk verkan avses samma sak som uttrycket faktiska konsekvenser, vilket används i förarbetena till den nya förvaltningslagen.

RIKTLINJERNAS FAKTISKA VERKAN

24. Riktlinjerna har faktisk verkan ur ett flertal perspektiv som är: a) Riktlinjernas faktiska verkan på resursfördelning, b) Riktlinjernas faktiska verkan för individer med depression och ångestsyndrom, c) Riktlinjernas faktiska verkan för fördelning av statliga bidrag, d) Riktlinjernas faktiska verkan avseende kunskapsinhämtning och utbildning, e) Riktlinjernas faktiska verkan för psykoteraeutenter, f) Riktlinjernas faktiska verkan för vårdföretags och enskilda psykoteraeutenters verksamhet och ekonomi.

25. Klagandena kommer nu att i tur och ordning gå igenom dessa faktiska verkningar.

a) Riktlinjernas faktiska verkan på resursfördelning

26. Riktlinjerna har inte en bindande effekt som lag, men har en enorm praktisk genomslagskraft som styrmedel för vården i Sverige. Socialstyrelsen anger själv att (vår understrykning):

"Riktlinjerna är starka rekommendationer"¹⁷.

27. Den huvudsakliga verkan – vilket även är Riktlinjernas uttalade syfte – är att Riktlinjerna styr resursfördelningen och fokuset till olika behandlingsmetoder. Detta är Socialstyrelsen och Klagandena överens om. Socialstyrelsen uppger följande (vår understrykning):

"Eftersom vissa behandlingar ges högre prioritet än andra, så leder det rimligtvis till ett ökat fokus och mer resurser till dess behandlingar på bekostnad av andra"¹⁸

"Riktlinjerna är rekommendationer på gruppnivå som är ett stöd för dem som fattar beslut om hur sjukvårdens begränsade resurser ska fördelas."¹⁹

28. Socialstyrelsen och Klagandena är således överens om att den huvudsakliga faktiska och direkta verkan av Riktlinjerna – vilket även är Riktlinjernas uttalade syfte – är att de behandlingar som ges högre prioritet (i detta fallet psykofarmaka, ECT och KBT) får ett ökat fokus och mer resurser på bekostnad av andra (i detta fallet PDT).

¹⁷ Utdrag från Socialstyrelsens hemsida och skärmdump från 2016-01-25. Bilaga K 1.

¹⁸ Ibid.

¹⁹ Ibid.

b) Riktlinjernas faktiska verkan för individer med depression och ångestsyndrom

29. Riktlinjerna styr individers möjlighet till behandling både på gruppnivå och individnivå i form av begränsat/styrt utbud av psykoterapimetoder inom sjukvården. Ett exempel på Riktlinjernas faktiska verkan på individnivå är Läkemedelsverkets egna behandlingsrekommendationer, som arbetats fram i samverkan med projektledningen för Riktlinjerna. Medan Riktlinjerna riktar sig främst till beslutsfattare inom hälso- och sjukvården, som ett stöd för prioriteringar och resurstilldelning, är Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer främst avsedda som praktiska, i den kliniska vardagen tillämpbara kunskapsstöd till förskrivare.²⁰ I och med att Riktlinjerna prioriterar biomedicinska behandlingsmetoder (psykofarmaka, ECT) och KBT, är detta även det som framgår i Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer.
30. Riktlinjerna sätter även några av patientlagens (2014:821) målsättningar ur spel. Patientlagen syftar till att stärka och tydliggöra patientens ställning samt till att främja patientens självbestämmande och integritet (1 kap 1 §). När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska patienten få möjlighet att välja det alternativ han eller hon föredrar. Patientens rätt att välja behandlingsalternativ är emellertid endast en valrätt mellan de behandlingsalternativ som landstinget i fråga väljer att erbjuda. Om landstinget på grund av Riktlinjernas prioritering väljer att inte erbjuda PDT, kan en patient alltså inte välja PDT trots att även PDT står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet (evidensbasering).
31. Riktlinjer har därför faktisk verkan för individer med depression och ångestsyndrom, både på gruppnivå och på individnivå.

c) Riktlinjernas faktiska verkan för fördelning av statliga bidrag

32. Med utgångspunkt i Riktlinjerna ges årligen ett statligt bidrag till psykoterapi om 500 miljoner – 1 miljard kronor²¹. Enligt en överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) är detta bidrag direkt kopplat till Riktlinjerna²². SKL skriver följande:

“För överenskommelsen 2017 gäller riktlinjerna som beslutades 2010 eftersom de nya riktlinjerna inte var klara när överenskommelsen tecknades. För 2018 kommer de nya riktlinjerna som beslutas under 2017 istället att gälla, vilket innebär att frågor och svar samt redovisningskrav kan komma att ändras.”

²⁰ Källa läkemedelsverkets hemsida.

²¹ Socialdepartementet, Protokoll 1:13 17 december 2015 t.ex. s. 1 och s. 13. Bilaga 17 till Klagandenas överklagande till förvaltningsrätten. [Bilaga F 2.](#)

²² SKL, Frågor och svar om Överenskommelsen sjukskrivning och rehabilitering 2017–2018, 16 december 2016, s. 22. Bilaga 18 till Klagandenas överklagande till förvaltningsrätten. [Bilaga F 3.](#)

I överenskommelsen anges tydligt att utgångspunkten för statens satsning 2018 och framåt är Riktlinjerna, vilket innebär att statliga bidrag främst kommer att gå till KBT-behandling.

33. Ett annat påtagligt exempel på denna styrande funktion hos Riktlinjerna, är svenska statens satsning på en enda psykoterapimetod, KBT, den s.k. Rehabiliteringsgarantin. Denna satsning, vilken omfattade närmare 6 miljarder kronor under 2010–2016, baserades på de tidigare riktlinjerna från 2010. Konsekvenserna blev omfattande för vårdens innehåll för vårdgivare och för patienter.²³ Denna styrfunktion kvarstår och gäller också Riktlinjerna.

d) Riktlinjernas faktiska verkan avseende kunskapsinhämtning och utbildning

34. Ökat fokus på och resurser till KBT, psykofarmaka och ECT, på bekostnad av PDT, kommer att leda till en snabb förändring av svensk vård vid depressions- och ångestproblematik, framför allt genom minskad bredd, kvalitet och kompetens. En allvarlig konsekvens är att kunskaps- och kompetensutveckling, som förutsätter en kontinuerlig uppdatering av utvecklingen inom hela kunskapsområdet psykoterapi, riskerar att kraftigt begränsas då enbart en enda metod rekommenderas. Därmed ökar risken att svensk sjukvård, utbildning och forskning halkar efter internationellt inom hela psykoterapiområdet. Denna synpunkt har framförts av bl.a. 17 forskare inom området²⁴.
35. Riktlinjernas betoning av enbart en psykoterapimetod, framför bredd i utbildning och fördjupad kompetens, innebär vidare en radikal förändring i synen på psykoterapiutbildning, behörighet och patientsäkerhet. Flera kritiker, t.ex. Psykologiska institutionen, Lunds universitet, påpekar att Riktlinjerna kommer leda till färre välutbildade psykoterapeuter med olika inriktningar och en ökad svårighet att möta olika patienters behov²⁵.

e) Riktlinjernas faktiska verkan för psykoterapistudenter

36. För de studenter som nu studerar till psykoterapeuter med inriktning mot psykodynamisk terapi innebär Riktlinjerna att deras utbildning drastiskt har minskat i relevans på vårdmarknaden och därmed minskat i värde, då dessa studenter får svårt att finna arbete i linje med sin utbildning.²⁶

²³ Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om rehabiliteringsgaranti 2013, Regeringskansliet, s. 2, Bilaga 51 till Klagandenas överklagande till förvaltningsrätten. [Bilaga F 4](#).

²⁴ Amundsen Nissen–Lie m.fl., Enfaldiga riktlinjer för behandling av depression, DN-debatt, 14 januari 2017. Bilaga 5 till Klagandenas överklagande till förvaltningsrätten. [Bilaga F 5](#).

²⁵ Remissvar Holmberg m.fl., Institutionen för psykologi, Lunds universitet, 2017. Bilaga 6 till Klagandenas överklagande till förvaltningsrätten. [Bilaga F 6](#).

²⁶ Ett exempel på effekten för psykoterapistudenter med psykodynamisk inriktning är Daniel Maroti, som förlorat sitt avtal med vårdgivare i samband med vårdgivarens fokusering mot Riktlinjerna, se Maroti m.fl., Socialstyrelsen gallrar bort psykodynamisk terapi, Dagens medicin, 2018-01-25. [Bilaga K 2](#).

f) Riktlinjernas faktiska verkan för vårdföretags och enskilda psykoterapeuters verksamhet och ekonomi

37. Det finns idag en stor mängd vårdföretag och enskilda psykoterapeuter som bedriver verksamhet som helt eller delvis inriktar sig på psykodynamisk terapi (PDT). Dessa företag och individers ekonomiska utkomst av sina respektive verksamheter påverkas konkret av Riktlinjernas styrning mot KBT och från PDT. Riktlinjerna hindrar förvisso inte företag att erbjuda andra behandlingsformer än de som rekommenderas i Riktlinjerna, men efterfrågan på dessa andra behandlingsformer påverkas drastiskt av Riktlinjerna, särskilt som huvudparten av all sjukvård i Sverige finansieras med offentliga medel. Riktlinjerna har därmed en avgörande verkan, genom sin styrning av sjukvårdens behandlingsmetoder, för vilka vårdföretag som kan komma ifråga vid upphandling och avtal om skattefinansierad vård.
38. Avseende den faktiska verkan som Riktlinjerna har för privata vårdaktörer kan som exempel hänvisas till en debattartikel från två legitimerade psykologer i tidskriften Dagens medicin. Däri framgår att de upphandlingar som idag sker inom vården vinnas av vårdgivare bland annat på grund av sina löften att enbart erbjuda sådan behandling som överensstämmer med Riktlinjerna.²⁷

g) Dokumenterad faktisk verkan av tidigare, nu reviderade, riktlinjer.

39. För att visa på konsekvenserna som Riktlinjerna leder till kan nämnas att Socialstyrelsen 2013 utvärderat konsekvenserna av *Nationella riktlinjer vid depression och ångestsyndrom, 2010*, för vilka Riktlinjerna nu utgör en uppdaterad och reviderad version. Av Socialstyrelsens egen utvärdering framgår att de då gällande riktlinjerna hade omfattande faktiska konsekvenser. Socialstyrelsen skriver i sin utvärdering att drygt 80 procent av landstingen och regionerna har genomfört organisatoriska förändringar till följd av riktlinjerna och att drygt 20 procent har gjort ekonomiska omfördelningar för att finansiera införandet av riktlinjerna²⁸. I samma utvärdering skriver Socialstyrelsen att inom allmänpsykiatri har i närmare 40 procent av verksamheterna riktlinjerna omsatts till lokala riktlinjer och vårdprogram samt omfattningen av vårdutbudet förändrats till följd av riktlinjerna²⁹. Det finns inget som talar för att inte också de nu överklagade Riktlinjerna kommer att få motsvarande omfattande faktiska verkan. Som nämnts ovan, förväntar sig även Socialstyrelsen att Riktlinjerna påverkar beslutsfattare och får samma styrande effekt för vårdens innehåll som de tidigare, nu reviderade riktlinjerna, påvisats ha haft.

²⁷ Maroti m.fl., Socialstyrelsen gallrar bort psykodynamisk terapi, Dagens medicin, 2018-01-25. [Bilaga K 2.](#)

²⁸ Socialstyrelsen, Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni s.33.

[Bilaga K 3.](#)

²⁹ Ibid s.36.

FÖRVALTNINGSRÄTTENS ARGUMENT FÖR SITT BESLUT

40. Förvaltningsrätten anger i sina domskäl att det av praxis följer att

”avgörande för bedömningen av ett besluts överklagbarhet är beslutets innebörd och faktiska verkningar för den som berörs av det”

samt vidare att

”frågan är därmed vilken faktisk verkan beslutet att fastställa de aktuella riktlinjerna medför”

Klagandena delar förvaltningsrättens konklusion i denna del.

41. Förvaltningsrätten anför därefter att

”det är naturligt att riktlinjerna får vissa verkningar för aktörer inom hälso- och sjukvården och att det sannolikt även kommer att finnas ett flertal aktörer som använder och följer dessa riktlinjer”

Förvaltningsrätten konstaterar således att Socialstyrelsens beslut att fastställa Riktlinjerna har faktiska verkningar. Enligt Klagandena borde förvaltningsrätten därmed konstatera att beslutet är överklagbart. Förvaltningsrätten verkar dock anse, får man anta, att dessa faktiska verkningar inte är tillräckligt omfattande för att Socialstyrelsens beslut ska vara överklagbart.

42. Efter förvaltningsrättens konstaterande att Riktlinjerna har en resursomfördelande faktisk verkan inom hälso- och sjukvården, avstår förvaltningsrätten från att vidare bedöma den faktiska verkan av denna resursomfördelning. Förvaltningsrätten synes snarare fokusera på ett antal formella omständigheter, begrepp och formuleringar i Riktlinjerna. Vad förvaltningsrätten borde ha gjort efter att ha konstaterat att resursomfördelande faktisk verkan inom hälso- och sjukvården föreligger, är att bedöma vilken faktisk verkan denna resursomfördelning medför.

43. Förvaltningsrätten anger följande mer formella omständigheter avseende Riktlinjerna:

- a) Det är ***”viktigt att belysa att riktlinjerna enbart utgör rekommendationer”*** och att ***”riktlinjerna inte är juridiskt bindande”***
- b) ***”Det finns inga krav eller sanktioner som hänför sig till riktlinjerna”***
- c) Riktlinjerna baseras på ***”bästa tillgängliga kunskap”***
- d) ***”Rekommendationerna gäller på gruppnivå”*** och ***”i riktlinjerna anges bl.a. att nationella riktlinjer inte ensamt kan utgöra underlag för beslut som gäller enskilda patienter, även om de i form av bästa tillgängliga kunskap kan ge vägledning till hälso- och sjukvårdspersonal”***

- e) ***”Riktlinjerna hindrar således inte företag att erbjuda andra behandlingsformer än de som rekommenderas i riktlinjerna”***
- f) Riktlinjerna ***”påverkar inte heller den enskildes möjlighet att få andra behandlingsformer”***

Klagandena kommenterar nedan förvaltningsrätten anförda formella omständigheter.

a) Riktlinjerna utgör enbart rekommendationer och är inte juridiskt bindande

44. Såsom framgår tydligt av rättspraxis, som även förvaltningsrätten hänvisar till, är det inte avgörande för bedömningen vad den beslutsfattande myndigheten har valt att benämna ett beslut eller ett utgivet dokument, eller om det är formellt sett juridiskt bindande eller ej, utan dess faktiska verkan. Som tidigare nämnts, myndigheter ska inte kunna freda ett beslut från angrepp genom att det rör sig om ”råd”, ”anvisningar”, ”rekommendationer” eller liknande³⁰. Det kan även noteras att Socialstyrelsen uppger att Riktlinjerna är ”starka” rekommendationer. Socialstyrelsen har även angivit att om en patient kommer till skada till följd av att vården inte har följt Riktlinjerna kan Socialstyrelsens tillsyn granska den verksamheten. Socialstyrelsen följer även upp hur olika landsting och kliniker använder riktlinjerna och redovisar uppföljningen och jämförelser öppet.³¹ Inte ens Socialstyrelsen synes således anse att Riktlinjerna är ”enbart rekommendationer”. De angivna exemplen är uppenbara påtryckningar för att Riktlinjerna ska följas.

b) Det finns inte krav eller sanktioner som hänför sig till Riktlinjerna

45. Det är ett felaktigt påstående att det inte finns sanktioner som hänför sig till Riktlinjerna. Förvisso finns inga direkta sanktioner om någon gör avsteg från Riktlinjerna. Dock gäller att om en patient kommer till skada till följd av att vårdgivaren inte följt Riktlinjerna kan Socialstyrelsen granska den verksamheten³². Att Socialstyrelsen kan komma att granska en vårdgivare som får ett patientskadefall till följd av att Riktlinjerna inte har följts utgör en sanktion som hänför sig till Riktlinjerna. Vidare har Socialstyrelsen angivit att den följer upp hur olika landsting och kliniker använder riktlinjerna och att denna uppföljning och jämförelser ska redovisas öppet. Detta tyder på att det finns en typ av krav på att följa Riktlinjerna, särskilt när uttalandet läses i kombination med att Socialstyrelsen angivit att Riktlinjerna är ”**starka**” rekommendationer. De landsting och kliniker som inte följer Riktlinjerna avser Socialstyrelsen att ”hänga ut” offentligt. Återigen, det är dock inte en fråga om formella krav eller formella sanktioner som hänför sig till Riktlinjerna som ska avgöra om Socialstyrelsens beslut är överklagbart, utan vilka faktiska konsekvenser

³⁰ SOU 2010:29 s. 632 och prop. 2016/17:180 s. 253.

³¹ Utdrag från Socialstyrelsens hemsida och skärmdump från 2016-01-25. [Bilaga K 1.](#)

³² Ibid.

Riktlinjerna medför, och att sådana krav och sanktioner finns bidrar till att Riktlinjerna får omfattande faktiska konsekvenser.

c) Riktlinjerna utgör bästa tillgängliga kunskap

46. I förvaltningsrättens beslut anges att Riktlinjerna kan ge vägledning till hälso- och sjukvårdspersonal i form av bästa tillgängliga kunskap. Klagandena bestrider att Riktlinjerna baseras på "bästa tillgängliga kunskap". Som exempel kan nämnas att Riktlinjerna rekommenderar, i strid med föreskrifter för Socialstyrelsen, flera metoder som inte är evidensbaserade. Det faktum att Riktlinjerna inte baseras på "bästa tillgängliga kunskap" är skälet till att Klagandena har överklagat Riktlinjerna.

d) Riktlinjerna gäller på gruppnivå och utgör inte ensamt underlag för beslut som gäller enskilda patienter

47. Riktlinjerna rekommenderar beslutsfattare, såsom verksamhetschefer inom hälso- och sjukvården samt politiker, att styra resurser till vissa utvalda metoder. Att styra på gruppnivå, dvs. styra vårdresurser till hela grupper av patienter, innebär att den faktiska verkan snarare är större än om fråga hade varit om behandlingsrekommendationer avsedda för enskilda patienter detta eftersom många fler patienter påverkas. I förevarande fall kan även noteras att Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer vid depression och ångestsyndrom, som utgår från Riktlinjerna, är avsedda för enskilda patienter. Därmed blir Riktlinjernas faktiska verkan på enskilda individer högst påtaglig, då Riktlinjerna styr både på grupp- och individnivå.

e) Riktlinjerna hindrar inte företag att erbjuda andra behandlingsformer än de som rekommenderas i Riktlinjerna

48. Det är helt korrekt att företag kan erbjuda andra behandlingsformer än de som rekommenderas i Riktlinjerna. Det är inte problemet. Problemet är den faktiska verkan av omfördelningen av sjukvårdens resurser. Företag kan förvisso erbjuda andra behandlingsformer, men den faktiska verkan av omfördelningen är att andra behandlingsformer än de som rekommenderas i Riktlinjerna inte efterfrågas alls, eller i vart fall i en minskad omfattning. Den faktiska verkan för företag som erbjuder andra behandlingsformer än de som rekommenderas i Riktlinjerna är därför omfattande.

f) Riktlinjerna påverkar inte den enskildes möjlighet att få andra behandlingsformer

49. Förvaltningsrättens påstående att Riktlinjerna inte påverkar den enskildes möjlighet att få andra behandlingsformer än de som rekommenderas i Riktlinjerna är felaktigt. Patienter med depression och ångestsyndrom har normalt inte, i likhet med många andra patientgrupper, närmare kännedom om vare sig sin sjukdom eller lämplig behandlingsform. Patienten är i praktiken i händerna på sjukvårdens bedömning. Riktlinjernas avsikt och verkan är att styra

på gruppnivå, och styr i praktiken även på individnivå, mot vissa behandlingar och därmed från andra behandlingar. Enligt patientlagen ska patienten inom vissa ramar ha en valrätt. Patienters rätt att väja behandlingsalternativ är emellertid endast en valrätt mellan de behandlingsalternativ som landstinget i fråga väljer att erbjuda. I praktiken är det även få patienter som har sådan kunskap att de insisterar på en behandlingsmetod som inte rekommenderas av sjukvården. Det bör även påpekas att möjligheten för patienter att få annan evidensbaserad behandling (som i andra nordiska länder) begränsas av Riktlinjerna till en fråga för varje patients privatekonomi då Riktlinjerna styr den skattefinansierade vårdens innehåll. Riktlinjerna har därför en högst påtaglig faktisk verkan även på den enskildes möjlighet att få andra behandlingsformer än de som rekommenderas i Riktlinjerna.

g) Förvaltningsrättens bedömning av omfattningen av faktisk verkan

50. Riktlinjerna har, även enligt förvaltningsrätten, en faktisk verkan på så sätt att Riktlinjerna omfördelar resurser inom hälso- och sjukvården. Denna omfördelning är avsiktlig, sannolik, omfattande och i sig tillräcklig för att Socialstyrelsen beslut att fastställa Riktlinjerna ska utgöra ett överklagbart beslut. Denna omfördelning av resurser har även uppenbara följd effekter, som förvaltningsrätten inte synes ha beaktat. Omfördelningen medför som ovan nämnts faktisk verkan även för enskilda patienter, vårdföretag, psykoterapeuter, studerande, forskning och utbildning. Därutöver kommer Riktlinjernas styrande effekt för statliga bidrag. Dessa effekter, sedda var för sig och tillsammans, är uppenbara och utgör så omfattande faktiska verkningar att Socialstyrelsens beslut att fastställa Riktlinjerna är överklagbart.
51. Rättstillämpningen ger emellertid inte någon tydlig vägledning vad avser den "grad" eller "omfattning" av faktisk verkan som krävs för att ett beslut ska vara överklagbart. Förvaltningsrätten har i sina domskäl inte angivit hur domstolen bedömt frågan om graden av faktisk verkan.
52. Regeringens förslag till den nya förvaltningslagen, som träder i kraft den 1 juli 2018 kan noteras.

"Ett beslut får överklagas om beslutet kan antas påverka någons situation på ett inte obetydligt sätt".³³

53. Enligt Klagandena är det klarlagt att beslutet i förevarande ärende kan antas påverka någons situation. Även Socialstyrelsen anger att resursomfördelning förväntas ske till följd av beslutet. Som det får förstås har även förvaltningsrätten samma uppfattning.

³³ Prop. 2016/17:180 s. 251.

54. Är då denna påverkan som beslutet förväntas ha "inte obetydlig" för någon? Enligt Klagandena så är det tydligt att Socialstyrelsens beslut att fastställa Riktlinjerna påverkar ett flertal grupper av intressenter på ett högst påtagligt sätt. Klagandena anser därför att kammarrätten ska undanröja förvaltningsrättens beslut att avvisa Klagandenas överklagan och återförvisa målet till förvaltningsrätten för prövning i sak.

BEVISNING

55. Till styrkande av att Riktlinjerna har omfattande faktisk verkan åberopar Klagandena följande skriftliga bevisning:

a) Nya bilagor till detta överklagande, kallade K 1–3

56. K1) Utdrag från Socialstyrelsens hemsida och skärmdump från 2016-01-25. Bilaga K 1. I detta dokument åberopas särskilt följande:

"Måste landstingen följa riktlinjerna och vad gör Socialstyrelsen om landstingen inte följer riktlinjerna?"

Riktlinjerna är starka rekommendationer men de är inte bindande i juridisk mening. Vården är därför inte tvingad att följa rekommendationerna. Om en patient däremot kommer till skada till följd av att vården inte har följt riktlinjerna kan Socialstyrelsens tillsyn granska den verksamheten.

Socialstyrelsen följer upp hur olika landsting och kliniker använder riktlinjerna genom särskilda mått (så kallade indikatorer). Resultaten av uppföljningen och jämförelserna redovisar vi sedan öppet."

57. Socialstyrelsens informationstext stödjer Kärändenas argument ur flera perspektiv. Socialstyrelsen har mycket starka krav på att Riktlinjerna ska följas av landsting och kliniker, även om de inte är bindande i formell juridisk mening. Riktlinjerna innehåller även olika typer av sanktioner för de som inte följer dem, både i form av särskild granskning och "offentlig uthängning". Effekten blir bl.a. att beslutsfattare inom hälso- och sjukvården kan förväntas omfördela resurser för att agera i linje med Riktlinjerna.

58. K 2) Maroti m.fl., Socialstyrelsen gallrar bort psykodynamisk terapi, Dagens medicin, 2018-01-25. Bilaga K 2. I detta dokument åberopas särskilt följande:

"Riktlinjerna ska enligt Socialstyrelsen ses som rekommendationer på gruppnivå. Men i praktiken blir de mer styrande för vårdens behandlingsutbud än så. Idag vinnas upphandlingar av privata vårdaktörer bland annat genom sina löften att enbart erbjuda patienter KBT-behandling, i linje med den prioritering som Socialstyrelsen förordar.

Ett sådant exempel var vårdaktören Carema Hjärnhälsan AB. I Caremas vinnande anbud för den psykiatriska vården för Stockholms läns landstings sydöstra sektor nämns KBT 29 gånger. Psykodynamisk terapi berörs inte med ett enda ord

Ett annat aktuellt exempel är Wemind, som nu i februari blir näst största privata psykiatriska vårdgivare med 15 mottagningar i fyra landsting. Wemind säger sig basera sitt behandlingsutbud på Socialstyrelsens riktlinjer. Tolkningen av detta är att patienter enbart kommer att erbjudas KBT och interpersonell terapi. I praktiken innebär detta alltså att psykodynamisk terapi som behandlingsalternativ håller på att gallras bort”

59. Klagandena har anfört att Riktlinjerna har faktiska konsekvenser för vårdföretags och enskilda psykoterapeuters ekonomi. I sin artikel lyfter artikelförfattarna Daniel Maroti och Lukas Granberg fram exempel på detta. Artikelnen visar att Riktlinjerna får en stark styrande effekt vid upphandling av psykoterapitjänster.

60. Klagandena önskar även framhålla följande:

”Daniel Maroti har pågående studier vid psykoterapeutprogrammet inom psykodynamisk terapi vid Ersta högskola inom ramen för sin anställning vid Caphio Hjärnhälsan AB. I och med upphandling som verksamhetsövergång till Wemind har Wemind beslutat att inte ta över det skriftliga avtal som funnits mellan Daniel Maroti och Caphio Hjärnhälsan AB.”

61. Klagandena har anfört att Riktlinjerna har faktiska konsekvenser för psykoterapistudenter. I Daniel Marotis och Lukas Granbergs artikel ges ett konkret exempel på detta, då psykoterapistudenten Daniel Maroti blivit i praktiken uppsagd p.g.a. att vårdgivaren, i linje med Riktlinjerna, fokuserat på annan psykoterapiinriktning än den som Maroti inriktar sina studier på.

62. K 3) Socialstyrelsen, Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni. Bilaga K 3. I detta dokument åberopas särskilt följande:

”Målet med de nationella riktlinjerna är att de ska bidra till en god vård och omsorg genom att nya metoder och behandlingar införs på ett ordnat sätt. Riktlinjerna bidrar också till att vården och omsorgen slutar att använda ineffektiva metoder och behandlingar.”³⁴

63. Klagandena har påtalat att Riktlinjerna har faktiska konsekvenser på resursfördelningen inom sjukvården. Av Socialstyrelsens i citatet anförda kan man dra slutsatsen att Socialstyrelsen anser att Riktlinjerna målvetet och systematiskt bidrar till att förändra vårdens innehåll.

64. Vidare önskar Klagandena särskilt framhålla följande:

”I Socialstyrelsens kartläggning av införandet av de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom respektive för psykosociala åtgärder vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd framgår att drygt 80 procent av landstingen hittills har

³⁴ Socialstyrelsen, Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni s. 12. Bilaga K 3.

genomfört konsekvensbeskrivningar och flertalet har förankrat resultatet hos respektive landstingsledning. Konsekvensbeskrivningarna bidrar till en bedömning av vilka förändringar som kan behöva göras för att införa riktlinjerna i den egna verksamheten. Socialstyrelsen anser därför att det är anmärkningsvärt att inte samtliga landsting genomför en sådan konsekvensbeskrivning.

Ett framgångsrikt förändringsarbete förutsätter politiskt, ekonomiskt och organisatoriskt stöd. Drygt 80 procent av landstingen och regionerna uppger till exempel att de har genomfört organisatoriska förändringar till följd av de nationella riktlinjerna. Vidare uppger drygt 20 procent att de har gjort ekonomiska omfördelningar för att finansiera införandet av de nationella riktlinjerna inom psykiatri och primärvården.

Den lokala och regionala uppföljningen och utvärderingen är en central del i verksamhetsuppföljningen och förbättringsarbetet i vården och omsorgen. Av landstingen beskriver dock 30 procent att de inte planerar någon särskild uppföljning av de nationella riktlinjerna för ångest och depression. Motsvarande andel av landstingen för de nationella riktlinjerna för psykosociala åtgärder vid schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd är 25 procent. Även detta finner Socialstyrelsen anmärkningsvärt.³⁵

”Införandet av nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom.

57 procent av allmänpsykiatrins verksamheter har deltagit i de regionala seminarier som Socialstyrelsen har haft för att diskutera riktlinjerna och dess inverkan på hälso- och sjukvården.

För drygt en tredjedel av psykiatrins verksamheter inom landstingen har de nationella riktlinjerna för vård vid depression och ångestsyndrom föranlett särskilda satsningar. Nio landsting uppger att särskilda ekonomiska resurser för implementering av riktlinjerna har getts till psykiatri. Totalt hade drygt 10 procent av allmän psykiatrins verksamheter avsatt särskilda ekonomiska resurser för implementering av riktlinjerna. På riksnivå uppskattade drygt 60 procent av psykiatri att dt idag finns behov av särskilda ekonomiska och andra resurser för implementering av de nationella riktlinjerna inom psykiatri.

20 procent av verksamhetscheferna inom allmänpsykiatri uppgav att verksamheten i stor omfattning hade lyckats med att implementera de nationella riktlinjerna i verksamheten. Drygt 60 procent hade i någon omfattning lyckats med att införa riktlinjerna i verksamheten.

I allmänpsykiatri uppgav 17 procent av verksamhetscheferna att de nationella riktlinjerna för depression och ångestsyndrom lett till organisatoriska förändringar. I närmare 40 procent av de allmänpsykiatriska verksamheterna har riktlinjerna omsatts i lokala riktlinjer och vårdprogram. I närmare 40 procent av psykiatri har omfattningen av vårdutbudet förändrat i

³⁵ Socialstyrelsen, Nationell utvärdering 2013 – vård och insatser vid depression, ångest och schizofreni s. 33.
[Bilaga K 3](#)

samband med riktlinjerna och drygt 15 procent av verksamhetscheferna bedömer att omfattningen av vårdvolymen har förändrats efter att riktlinjerna publicerats.

På riksnivå uppskattade drygt 60 procent av verksamhetschefer att en eller flera rekommendationer i de nationella riktlinjerna haft inverkan på verksamheten. Den rekommendation som bedöms ha haft stor påverkan är Socialstyrelsens rangordning av psykologisk behandling, förför allt KBT vid lindring och medelsvåra tillstånd av depression och ångestsyndrom. Ytterligare en rekommendation som har haft inverkan är rekommendationen om strukturerad bedömning av självmordsrisk inom psykiatrisk diagnostik."

65. Av Socialstyrelsens uttalanden framgår att de tidigare riktlinjerna i samma ämne, som nu genom Riktlinjerna reviderats, hade omfattande faktisk verkan på resursfördelningen inom sjukvården. Inget tyder på att de nuvarande Riktlinjerna skulle få mindre effekt.
66. Intressant är även Socialstyrelsens uttalande att det är **"anmärkningsvärt"** att inte samtliga landsting genomför en konsekvensbeskrivning och att Socialstyrelsen finner att det är **"anmärkningsvärt"** att 30 procent inte planerar någon särskild uppföljning av de nationella riktlinjerna för ångest och depression. Det visar på det "tryck" som Socialstyrelsen sätter på vårdgivarna för att de ska genomföra vård i enlighet med myndighetens riktlinjer.

b) Dokument som ingivits som bilagor till Förvaltningsrätten, kallade F1-6

67. F 1) Socialstyrelsen, Nationella riktlinjer, vård av depression och ångestsyndrom. Bilaga 1 till Klagandenas överklagande till förvaltningsrätten. Klagandena har överklagat Socialstyrelsens beslut att fastställa Riktlinjerna, vilka således utgör en central del i frågan om beslutet att fastställa dessa är överklagbart. I detta dokument kan särskilt åberopas följande:

"Syftet med riktlinjerna är att både stimulera användandet av vetenskapligt utvärderade och effektiva åtgärder inom detta område och vara ett underlag för öppna och systematiska prioriteringar inom hälso- och sjukvården. Riktlinjerna riktar sig främst till politier, tjänstemän och verksamhetschefer.

Rekommendationerna bör påverka resursfördelningen inom vården på så sätt att förhållandevis mer resurser fördelas till högt prioriterade tillstånd och åtgärder än till dem som har fått låg prioritet.

En viktig del av riktlinjerna är Socialstyrelsens indikatorer för god vård, som utgår från de centrala rekommendationerna i riktlinjerna. Under 2018 kommer Socialstyrelsen att utvärdera vården av personer med depression och ångestsyndrom utifrån riktlinjernas indikatorer."

68. Det anförda från förordet i Socialstyrelsens Riktlinjer visar på att syftet med Riktlinjerna är att de ska påverka resursfördelningen inom hälso- och sjukvården. Socialstyrelsen kommer

även att följa upp att Riktlinjerna implementeras. Det kan därför antas att Riktlinjerna har faktiska konsekvenser.

69. F 2) Socialdepartementet, Protokoll 1:13 17 december 2015. Bilaga 17 till Klagandenas överklagande till förvaltningsrätten. I detta dokument åberopas särskilt följande:

"Regeringens beslut

Regeringen godkänner överenskommelsen mellan staten och Sverige Kommuner och Landsting om en kvalitetssäker och effektiv sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess 2016 (bilaga)."

"Överenskommelsen omfattar sammanlagt 1 500 000 000 kronor, varav 500 000 000 kronor utbetalas 2016 och 1 000 000 000 kronor 2017."

70. I den bilaga som hänvisas till i regeringen hänvisar till anförs bl.a. följande:

"Landstingen får 500 miljoner kronor för evidensbaserade medicinska rehabiliteringsinsatser, i enlighet med nationella riktlinjer och bästa tillgängliga kunskap, av somatisk och psykologisk karaktär som ges för icke specificerad långvarig smärta i rygg, axlar och nacke samt lindrig eller medelsvår ångest, depression eller stress till personer i åldrarna 16 – 67 år. Insatserna ska vara definierade t.ex. i Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom 2010 eller SBU:s rapport Rehabilitering vid långvarig smärta. Landstingen säkerställer en hög kvalitet för behandlings- och rehabiliteringsinsatserna."

71. Klagandena har hävdad att Riktlinjerna har faktisk verkan vid fördelningen av statliga bidrag. Av den bilagda överenskommelsen mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting framgår att Riktlinjerna är styrande för utgivandet av statliga bidrag.

72. F 3) SKL, Frågor och svar om Överenskommelsen sjukskrivning och rehabilitering 2017–2018, 16 december 2016, s. 22. Bilaga 18 till Klagandenas överklagande till förvaltningsrätten. I detta dokument åberopas särskilt följande:

"Vilka villkor gäller för att landstingen ska få ersättning för insatserna?"

Landstingen får dela på 500 miljoner kronor per år under 2017 och 2018 för evidensbaserade medicinska rehabiliteringsinsatser. Insatserna ska vara i enlighet med nationella riktlinjer och bästa tillgängliga kunskap och av somatisk och psykologisk karaktär som ges för icke specificerad långvarig smärta i rygg, axlar och nacke samt lindrig eller medelsvår ångest, depression eller stress till personer i åldrarna 16 – 67 år. Insatserna ska vara definierade i till exempel Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom, eller i SBU:s rapport Rehabilitering vid långvarig smärta. Landstingen ska säkerställa en hög kvalitet för behandlings- och rehabiliteringsinsatserna.

Vilka insatser avses med definierade i Socialstyrelsens riktlinjer 2010 för vård vid depression och ångestsyndrom?"

Socialstyrelsen har ett pågående arbete med att uppdatera riktlinjerna för vård vid ångest och depression. Det innebär att riktlinjerna och dess rekommendationer kan komma att förändras. Enligt Socialstyrelsens webbplats kommer en remissversion av riktlinjerna i december 2016, det är ännu inte bestämt när de slutgiltiga reviderade rekommendationerna ska vara klara. I texten nedan ges en kort sammanfattning om vad riktlinjerna innehåller. För att få en mer fördjupad kunskap hänvisar vi till Socialstyrelsen riktlinjer och landstingens utarbetade vårdprogram.

<https://roi.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationella-riktlinjer-for-vard-vid-depression-och-angestsyndrom>

För överenskommelsen 2017 gäller riktlinjerna som beslutades 2010 eftersom de nya riktlinjerna inte var klara när överenskommelsen tecknades. För 2018 kommer de nya riktlinjerna som beslutas under 2017 istället att gälla, vilket innebär att frågor och svar samt redovisningskrav kan komma att ändras.”

73. Klagandena har hävdat att Riktlinjerna har faktisk verkan vid fördelningen av statliga bidrag. Det anförda visar att så är fallet. Det gäller inte bara tidigare gällande riktlinjer utan även de nu gällande Riktlinjerna.
74. F 4) Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om rehabiliteringsgaranti 2013, Regeringskansliet. Bilaga 51 till Klagandenas överklagande till förvaltningsrätten. I detta dokument åberopas särskilt följande:

**”Grundläggande utgångspunkter
Följande grundläggande utgångspunkter gäller:**

[...]

3. De insatser som berättigar till ersättning skall vara definierade i rapporter från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) om bästa tänkbara vetenskapliga underlag med evidens för att arbetsförmågan kan återfås, Socialstyrelsens nationella riktlinjer, Indikation för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta samt det försäkringsmedicinska beslutsstödet.”

75. Även dessa uttalande visar på att Riktlinjerna har faktisk verkan vid fördelningen av statliga bidrag, i detta fall avseende den så kallade rehabiliteringsgarantin.
76. F 5) Amundsen Nissen-Lie m.fl., ”Enfaldiga riktlinjer för behandling av depression”, DN-debatt, 14 januari 2017. Bilaga 5 till Klagandenas överklagande till förvaltningsrätten. I detta dokument åberopas särskilt följande:

”En konsekvens av att Socialstyrelsen ensidigt lyfter fram KBT kan bli att den redan pågående omutbildningen av psykologer och psykoterapeuter till KBT kommer att fortsätta.

Riksrevisionen har nyligen kritiserat det miljardslöseri som Rehabgarantins satsning på sådan om utbildning innebar."

"Socialstyrelsens förslag innebär en radikal förändring i synen på psykoterapiutbildning. I Sverige har vi i tre decennier varit överens om att det har ett värde att utbildningen till legitimerad psykoterapeut kan ha olika inriktning. Men vem vill utbilda sig till psykodynamisk terapeut eller familjeterapeut om Socialstyrelsen avråder från att använda dessa terapimetoder för de vanligaste psykiatriska diagnoserna? Det är utmärkt att fler terapeuter får utbildning i KBT. Problemet är att enfold håller på att ersätta mångfald."

77. Klagandena har hävdad att Riktlinjerna har faktisk verkan avseende kunskapsinhämtning och utbildning inom psykoterapi. Artikeln från Amunsen Nissen-Lie m.fl. stödjer detta.
78. F 6) Remissvar Holmberg m.fl., Institutionen för psykologi, Lunds universitet, 2017. Bilaga 6 till Klagandenas överklagande till förvaltningsrätten. I detta dokument åberopas särskilt följande:

"Psykoterapi och utbildning

Institutionen för psykologi, Lunds Universitet nämns i texten (s 53) genom att man hävdar att det utbildas lika många med psykoterapeutexamen med psykodynamisk inriktning (PDT) som med Kognitiv-beteendereinriktning (KBT). Detta är inte helt korrekt, det utbildas och har utbildats fler med KBT examen under de senaste utbildningsomgångarna. SoS menar också att det bör satsas specifikt på att utbilda fler KBT psykoterapeuter och att efterfrågan på KBT-behandling tack vare riktlinjernas rekommendationer kommer att öka. Vårt val att utbilda såväl KBT, PDT samt familjeterapeuter bygger på att vi anser att det finns vetenskapligt stöd för alla dessa former, att vi också utbildar även för annan problematik än ångest- och depressionsdiagnoser samt att de ska finnas flera bra behandlingsalternativ för patienterna. Ser vi i ett nationellt perspektiv så utbildas det avsevärt fler KBT-psykoterapeuter än andra inriktningar i nuläget. SoS skriver också om brist på psykoterapeuter och framtida pensionsavgångar. Vi är överens med SoS att det behövs utbildas fler psykoterapeuter men menar att det bör utbildas fler psykoterapeuter inom såväl KBT, PDT samt familjeterapi.

"Uppenbart är att ingen behandlingsform, vare sig biologisk eller psykoterapeutisk hjälper eller botar alla. Det är också klart att olika psykoterapiinriktningar visar på ungefär samma effektstorlek för olika sorters problematik och att forskning ganska konsekvent visar att bara ungefär hälften i en patientgrupp svarar positivt på KBT – och ungefär lika många, fast antagligen andra – på PDT. Vi vet att många patienter avbryter sin behandling i förtid med sämre effekt som följd och vi vet också att olika patienter föredrar olika typer av psykoterapi och att sämre effekt nås då patienten erbjuds något denne är skeptisk till. Utifrån detta menar vi att SoS förslag till "Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom" motverkar användandet av en mångfald av bra och effektiva behandlingsmetoder och på så sätt är ett svek mot de patienter som inte svarar på den av SoS rekommenderade behandlingen. Det leder till en försämring av vården och till att fler patienter inte erbjuds någon effektiv hjälp."

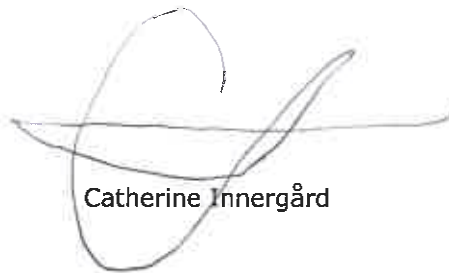
79. Det som anförts av företrädare för Institutionen för psykologi vid Lunds universitet stödjer Klagandenas påstående att Riktlinjerna har faktisk verkan avseende kunskapsinhämtning och utbildning inom psykoterapi.

Stockholm som ovan

BERGHCO ADVOKATBYRÅ AB



Jonas Bergh



Catherine Innergård