

Till:

Förvaltningsrätten i Stockholm
115 76 Stockholm
forvaltningsrattenistockholm@dom.se

MED BUD OCH E-POST

Stockholm 16 januari 18

ÖVERKLAGANDE AV SOCIALSTYRELSENS NATIONELLA RIKTLINJER FÖR VÅRD VID DEPRESSION OCH ÅNGESTSYNDROM

Klagande: 1. Riksföreningen Psykoterapicentrum, org. nr. 802005-7132, c/o Föreningshuset, Virkesvägen 26, 120 30 Stockholm, www.psykoterapicentrum.se
2. Hamrelius & Bergh AB, org. nr. 556968-4706, Engelbrektsgatan 35 B, 114 32 Stockholm

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

I egenskap av ombud för klagandena Riksföreningen Psykoterapicentrum (**Psykoterapicentrum**) och Hamrelius & Bergh AB (**Hamrelius**) (gemensamt **Klagandena**) får vi härmed överklaga Socialstyrelsens **Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom** utgivna den 13 december 2017 (**Riktlinjerna**), Bilaga 1¹, och anförda följande.

¹ Som bilaga 1 har vi bifogat själva Riktlinjerna inklusive dess bilaga 1 *Om tillstånd och åtgärder* och bilaga 2 *Lista över rekommendationer*. Till Riktlinjerna finns också ett antal ytterligare omfattande bilagor. Dessa finns att beställa eller ladda ned på Socialstyrelsens hemsida under länken: <https://roi.socialstyrelsen.se/riktlinjer/nationella-riktlinjer-for-varld-vid-depression-och-angestsyndrom>.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

I	YRKANDEN	3
II	SAMMANFATTNING	3
III	OM KLAGANDENA	4
1.	Riksföreningen Psykoterapicentrum	4
2.	Hamrelius	5
IV	ALLMÄNT OM OLIKA METODER FÖR BEHANDLING AV DEPRESSION OCH ÅNGESTSYNDROM	5
1.	Olika metoder	5
2.	Olika metoder har olika effekt för olika personer	6
3.	Evidensbaserad för de olika metoderna	7
V	OM SOCIALSTYRELSENS RIKTLINJER FÖR BEHANDLING AV DEPRESSION OCH ÅNGESTSYNDROM	8
1.	Bakgrunden till Riktlinjerna	8
2.	Riktlinjernas innehåll	8
3.	Remissvaren	10
4.	Motsvarande riktlinjer i andra länder	11
5.	Riktlinjernas effekter	13
VI	OM ÖVERKLAGBARHET OCH RÄTT ATT ÖVERKLAGA	16
1.	Riktlinjernas överklagbarhet	16
2.	Psykoterapicentrums rätt att överklaga	17
3.	Hamrelius rätt att överklaga	18
VII	GRUNDER FÖR ÖVERKLAGANDET	18
1.	Jäv	18
1.1.	Allmänt om jäv	19
1.1.1.	Lagregler om jäv	19
1.1.2.	Jäv i forskningssammanhang	19
1.1.3.	Jäv i sjukvården	20
1.2.	Om Socialstyrelsens arbete och processen kring riktlinjernas utarbetande	20
1.3.	Projektledningsgruppen	21
1.4.	Expertgruppen	22
1.5.	Prioriteringsgruppen	22
1.6.	Projektledningsgruppens styrning och inflytande	23
1.7.	Ett rimligare alternativ	23
2.	Fem personer var jäviga vid Riktlinjernas utarbetande	23
2.1.	Mats Fredriksson	23
2.2.	Tord Ivarsson	25
2.3.	Håkan Jarbin	26
2.4.	Anna Santesson	27
2.5.	Filip Arnberg	28
3.	Sammanfattning om jäv i processen	29
4.	Jävetts effekter	30
5.	Ett riktigt alternativ	30
6.	Brist på kompetens och saklighet	30
6.1.	Brist på kompetens	31
6.2.	Ett riktigt alternativ	32
6.3.	Brist på saklighet	32
6.4.	Ett riktigt alternativ	35
7.	Patientlagen har åsidosatts	35
8.	Grund för yrkandet om inhibition	38
VIII	BEVISNING OCH MÅLETS HANDLÄGGNING	38

I YRKANDEN

1. Klagandena yrkar att förvaltningsrätten upphäver Socialstyrelsens beslut att fastställa Riktlinjerna.
2. Klagandena yrkar att förvaltningsrätten omedelbart beslutar att Riktlinjerna, i avvaktan på att förvaltningsrätten slutligt avgör målet eller beslutar annat, tills vidare inte ska gälla (inhibition).

II SAMMANFATTNING

1. Socialstyrelsen har den 13 december 2017 beslutat att fastställa Riktlinjerna. 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.
2. Vid granskning av Socialstyrelsens riktlinjearbete har 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**) och kognitiv beteendeterapi (**KBT**) varit representerad. Forskare med kunskap om annan psykoterapi, som psykodynamisk terapi (**PDT**), gavs inget inflytande.
3. Inflytandet av jäv och särintressen är omfattande och betydande. Riktlinjer och prioriteringar har beslutats utan stöd i oberoende och neutral kunskapsvärdering men till uppenbar fördel för särintressen som finns representerade i ledningsgruppen. Flera av dess medlemmar har koppling till företag, vars uppgift är att producera och sälja läkemedel eller KBT-behandling till sjukvården.
4. Vetenskapliga fakta har hanterats selektivt och 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.
5. I Riktlinjerna förordas i huvudsak psykofarmaka, ECT och KBT. Möjligheter till annan evidensbaserad behandling, som PDT, är marginaliserad på ett uppseendeväckande sätt. En rad remissinstanser, såsom 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 vetenskaplig grund. Socialstyrelsen har valt att inte nämnvärt beakta denna kritik från remissinstanserna.

6. Socialstyrelsen har ansvar för att utarbeta riktlinjer för vården utifrån relevant kompetens, oberoende värdering och saklig information. Det har framkommit att Riktlinjerna och dess prioriteringar har beslutats utan stöd i oberoende och neutral kunskapsvärdering, men däremot till fördel för de särintressen som finns representerade i projektledningen.
7. Kravet på neutralitet och oberoende hos myndigheter, också Socialstyrelsen, är strängt reglerat i förvaltningslagen (1986:223) samt genom myndigheternas egna föreskrifter för jäv och intressekonflikter.
8. Riktlinjerna medför skada för patienter genom att Riktlinjerna begränsar tillgången till terapi för barn, ungdomar och vuxna, samt begränsar vårdens tillgänglighet och mångfald, utan vetenskapligt stöd.
9. Riktlinjerna gynnar, utan saklig grund, vissa utförare och missgynnar andra.
10. Riktlinjerna leder till, utan saklig grund, en vård med betydligt mer begränsade valmöjligheter än motsvarande vård i andra jämförbara länder.
11. Eftersom personer med jäv deltagit i processen att ta fram Riktlinjerna, väsentlig kompetens och saklighet saknats i processen och då Riktlinjerna sätter patientlagen (2014:821) ur spel ska förvaltningsrätten upphäva Riktlinjerna.
12. Eftersom Riktlinjerna har en direkt och kraftig påverkan på svensk sjukvård, ska förvaltningsrätten förordna att Riktlinjerna inte får tillämpas till dess målet har avgjorts.

III OM KLAGANDENA

1. Riksföreningen Psykoterapicentrum

- 1.1. Psykoterapicentrum är en yrkes- och intresseförening öppen för legitimerade psykoterapeuter och psykoterapistuderande med psykodynamisk inriktning samt andra personer som är intresserade av psykoterapi och som kan vara till gagn för Psykoterapicentrums syfte.
- 1.2. I Sverige finns ca 4 100² legitimerade psykoterapeuter, organiserade i olika föreningar. Psykoterapicentrum är den största föreningen för legitimerade psykoterapeuter och omfattar ca 1 200 medlemmar.
- 1.3. Psykoterapicentrum består av en riksförening och tio lokalföreningar, fördelade över hela landet.

² Socialstyrelsen, *Tillgång på psykologer och psykoterapeuter 2014* (2016-12-12 Art.nr: 2016-12-4), Bilaga 2.

1.4. Psykoterapicentrum har enligt 2 § i sina stadgar till syfte att arbeta för, stödja och utveckla psykoterapi på psykodynamisk grund. Psykoterapicentrum ska även verka för information om psykoterapi till allmänhet, myndigheter och politiska instanser. Föreningens verksamhet är enligt 3 § bl.a. att förhandla med offentliga och privata instanser och personer för att tillvarata psykoterapiens intresse. Enligt 4 § kan endast legitimerade psykoterapeuter med psykodynamisk inriktning antas som ordinarie medlemmar.

1.5. Ytterligare information om Psykoterapicentrum finns på föreningens hemsida www.psykoterapicentrum.se.

2. Hamrelius

2.1 Hamrelius bedriver behandling med PDT och KBT vid bl.a. depressions- och ångestsyndrom.

2.2 Samtliga terapeuter hos Hamrelius är av Socialstyrelsen legitimerade psykoterapeuter eller under utbildning till legitimerad psykoterapeut.

2.3 Ytterligare information om Hamrelius finns på bolagets hemsida www.hamreliusbergh.com.

IV ALLMÄNT OM OLIKA METODER FÖR BEHANDLING AV DEPRESSION OCH ÅNGESTSYNDROM

I avsnitt 1–3 nedan beskriver vi olika behandlingsmetoder och deras respektive vetenskapliga evidens.

Det gör vi som en bakgrund till vad som anförs om olika behandlingsmetoder och deras respektive evidens i detta överklagande.

1. Olika metoder

1.1. Behandling av depressions- och ångestproblematik sker traditionellt i Sverige, liksom i andra länder, utifrån tre komplementära kunskapsperspektiv: ett biomedicinskt perspektiv, ett psykologiskt perspektiv och ett socialt perspektiv.

1.2. Inom det biomedicinska perspektivet (biomedicinsk psykiatri) används i huvudsak läkemedel (psykofarmaka) och elektrokonvulsiv behandling (elbehandling som i kortform kallas ECT) som behandlingsmetoder.

1.3. Det psykologiska perspektivet kan i sin tur indelas i två huvudströmningar; det inlärningsteoretiska perspektivet respektive det psykodynamiska perspektivet. Inom vart och ett av dessa två psykologiska perspektiv finns ett flertal olika behandlingsmetoder.

Utifrån ett inlärningsteoretiskt perspektiv används främst beteendemodifikation eller kognitiv beteendeterapi (KBT) och utifrån ett psykodynamiskt perspektiv, psykodynamisk kort- eller långtidsterapi (PDT).

- 1.4. Det sociala perspektivet tas för givet inom såväl det biomedicinska som det psykologiska perspektivet och berörs inte i Riktlinjerna.
- 1.5. De olika behandlingsmetoderna har många beröringspunkter vad gäller till exempel grundläggande syn på hur man förhåller sig till patienter och anhöriga samt målet med behandlingen, men skiljer sig åt på några punkter som har att göra med vad man betraktar som centrala mekanismer för tillfrisknande och förbättring: Psykofarmaka och ECT är inriktat mot kroppsliga och biomedicinska förändringar, KBT är inriktat mot förändring av tankar och vanor medan PDT främst har fokus på förändring och utveckling av patientens specifika emotionella reaktioner, föreställningar och självbild.
- 1.6. Andra åtgärder och metoder som omnämns i Riktlinjerna är bland annat följande.
 - a) Diagnostik som är metoder för att diagnosticera ett hälsotillstånd exempelvis med hjälp av särskilda formulär.
 - b) Psykopedagogisk behandling även kallat Psykoedukation, vilket är en metod att informera om psykisk ohälsa, diagnoser och behandlingsalternativ.
 - c) Interpersonell psykoterapi (**IPT**) som är en behandlingsmetod som baseras på empirisk forskning om psykisk ohälsa, anknytning och sociala relationer.

2. Olika metoder har olika effekter för olika personer

- 2.1 Det är idag ett välbelagt faktum att olika etablerade psykoterapimetoder har generellt lika stor effekt, men passar olika patienter i olika grad. Detta faktum är en av de primära slutsatserna i Amerikanska Psykologförbundets forskningsöversikt (Bilaga 3)³. Slutsatsen framgår även i en rad aktuella forskningsöversikter och jämförande studier, refererade av forskare inom området i ett omfattande remissvar (Bilaga 4)⁴. Resultatet, att aktuell forskning visar att olika etablerade psykoterapier är lika effektiva, understryks också i en artikel skriven av 17 nordiska psykoterapiforskare, publicerad i Dagens Nyheter i januari 2017 (Bilaga 5)⁵. Resultatet understryks också i en rad ytterligare remissvar avseende Riktlinjerna från forskare inom området, exempelvis remissvar från ledning och forskare

³ American Psychological Association, "Resolution on recognition of psychotherapy effectiveness", August 9 2012, s. 2 st. 3, Bilaga 3.

⁴ Remissvar; Bergsten m.fl. 2017, Bilaga 4.

⁵ Amundsen Nissen-Lie m.fl., "Enfaldiga riktlinjer för behandling av depression", DN-debatt, 14 januari 2017, s. 3 och 4, Bilaga 5.

vid Psykologiska institutionen, Lunds universitet (Bilaga 6)⁶ och remissvar från en grupp välmeriterad forskare vid Karolinska institutet m.fl. universitet, med bl.a. prof. emeritus i psykiatri Marie Åsberg i spetsen (Bilaga 7)⁷. Den senare gruppen skriver bland annat på sidan 1:

”Det finns mer än 400 RCT-studier av olika former av psykoterapi för depression. Av resultaten från dessa kan man dra slutsatserna att psykologisk behandling är verksamt för dessa tillstånd, att effekterna inte skiljer sig eller skiljer sig marginellt mellan metoder och att kombinerad behandling med psykofarmaka och psykoterapi är överlägset bara psykoterapi eller bara medicinering (Cuijpers, 2016).”

3. Evidensbaserad för de olika metoderna

- 3.1. Att något är evidensbaserat betyder att det i vetenskapliga studier visat effekt. I detta överklagande redovisar vi att Riktlinjerna står i strid med såväl sitt eget syfte som tillämpliga föreskrifter, som generellt säger att det som Riktlinjerna prioriterar ska vara evidensbaserade metoder. I detta avsnitt vill vi därför kort redovisa vad som gäller avseende evidensbaserad för några av de i Riktlinjerna prioriterade metoderna.
- 3.2. Båda psykoterapimetoderna KBT och PDT, liksom IPT, är i dag vetenskapligt utprovade (evidensbaserade) och internationellt etablerade. KBT och PDT ingår även, utifrån universitetens krav på vetenskaplighet, i ett flertal högskoleutbildningar, t.ex. läkarutbildningen, psykologutbildningen och psykoterapeututbildningen. I detta sammanhang måste man dock observera att Riktlinjerna har valt att inte beskriva vilka specifika KBT-metoder som avses. Det innebär att den generella prioriteringen av KBT i Riktlinjerna även omfattar KBT-behandlingar som inte är evidensbaserade.
- 3.3. Inom så gott som samtliga psykologutbildningar i Sverige sker en fördjupning i båda psykoterapimetoderna KBT och PDT (antingen i båda eller som ett val mellan dessa båda). Vid ett flertal universitet erbjuds därutöver en treårig specialistutbildning för läkare, socionomer och psykologer i psykoterapi, med inriktning mot KBT eller PDT, vilket (sedan 1985) leder till en av Socialstyrelsen utfärdad legitimation (leg. psykoterapeut).
- 3.4. Biomedicinska metoder (psykofarmaka, ECT) har ett varierat vetenskapligt stöd, beroende på varierande effekt vid olika tillstånd, samt konsekvenser i form av

⁶ Remissvar; Holmberg m.fl. Institutionen för psykologi, Lunds Universitet, 2017, s. 6–11 och särskilt sammanfattningen i slutet, Bilaga 6.

⁷ Remissvar; Åsberg m.fl. 2017, Bilaga 7.

biverkningar. Särskilt för barn och ungdomar är nyttan av behandling med psykofarmaka diskuterats och ifrågasatts.⁸

- 3.5. ECT (elbehandling) saknar helt vetenskapligt stöd för användning på barn och ungdomar.⁹
- 3.6. Psykoedukation är en generell metod för att informera om psykisk ohälsa, diagnoser och behandlingsalternativ. Metoden saknar vetenskapligt stöd och dess värde har diskuterats och ifrågasatts.¹⁰

V OM SOCIALSTYRELSENS RIKTLINJER FÖR BEHANDLING VID DEPRESSION OCH ÅNGESTSYNDROM

Vi går nu över till att beskriva Riktlinjerna. Detta som en bakgrund till våra grunder att arbetet med Riktlinjerna skett på ett osakligt sätt under inverkan av jäviga personer och av personer utan erforderlig kompetens.

1. Bakgrunden till Riktlinjerna

- 1.1. Socialstyrelsen utkom första gången 2010 med riktlinjer för behandling vid depression och ångestsyndrom. Dessa riktlinjer omfattade inte någon egen forskningsöversikt utan var baserade på två rapporter från Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU) från 2004 respektive 2005¹¹. Riktlinjerna är en uppdatering av riktlinjerna från 2010.

2. Riktlinjernas innehåll

- 2.1. Syftet med Riktlinjerna är att värdera vilka behandlingsmetoder, t.ex. psykofarmaka och psykoterapi, som sjukvården bör erbjuda patienter. Riktlinjerna avser framförallt att påverka och styra resursfördelningen till olika behandlingsmetoder. Socialstyrelsen beskriver detta syfte i förordet till Riktlinjerna på följande sätt:¹²

"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."

- 2.2. I Riktlinjerna ger Socialstyrelsen rekommendationer om åtgärder för vård vid depression och ångestsyndrom. Rekommendationerna omfattar diagnostik, utredning och

⁸ Arlander m.fl., "Replik angående SSRI-behandling och risknyttabalans", Läkartidningen 2017;114:EI36, [Bilaga 48](#) och Högberg, "Risk för riskfylld medicinering inom barn- ungdomspsykiatri", Läkartidningen 2017;114:EIT, [Bilaga 49](#).

⁹ Se bilagan till Riktlinjerna som heter Kunskapsunderlag, s. 426-431, [Bilaga 47](#).

¹⁰ Se bilagan till Riktlinjerna som heter Kunskapsunderlag, s 312-324 och 684-691, [Bilaga 47](#), och Högberg, "Psykopedagogik svag indikator", 14 november 2017, [Bilaga 50](#).

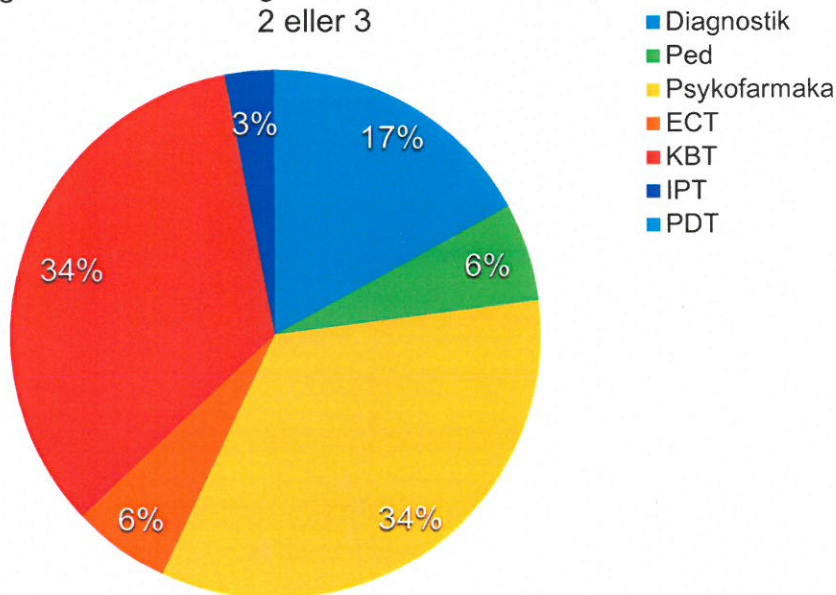
¹¹ SBU, "Behandling av depressionssjukdomar", Systematisk litteraturoversikt, 2004 samt SBU, "Behandling av ångestsyndrom, Systematisk litteraturoversikt", 2005.

¹² Riktlinjerna; förordet s. 3.

omhändertagande samt behandling, och gäller såväl barn och ungdomar som vuxna. Riktlinjerna innehåller också bedömningar av de ekonomiska och organisatoriska konsekvenserna av några av rekommendationerna samt indikatorer för uppföljning.

- 2.3. Riktlinjerna innehåller ett stort antal s.k. tillstånds- och åtgärdspar. Ett tillstånds- och åtgärdspar är en sammankoppling mellan ett visst psykiskt hälsotillstånd och en viss behandlingsmetod. Dessa tillstånds- och åtgärdspar har sedan indelats i olika prioriteringsgrupper med avseende på i vilken utsträckning behandlingsmetoden bör användas av sjukvården.
- 2.4. Av Riktlinjernas 108 beskrivna tillstånds- och åtgärdspar fick 35 par prioritet 1, 2 eller 3 (= *behandlingen bör erbjudas av sjukvården*), 23 par erhöll prioritet 4, 5, 6 eller 7 (= *behandlingen kan erbjudas av sjukvården*), 19 par gavs prioritet 8, 9 eller 10 (= *behandlingen kan i undantagsfall erbjudas av sjukvården*), 15 par erhöll prioritet FOU (= *behandlingen bör endast utföras inom ramen för forskning och utveckling*) och 15 par fick prioritet "icke göra" (= *behandlingen bör ej användas i sjukvården*).
- 2.5. Av särskilt intresse är de behandlingsmetoder som för vissa tillstånd erhållit prioritet 1, 2 eller 3 då det är de metoderna som, enligt Riktlinjerna, alltid bör omfattas av sjukvården. Följande behandlingsmetoder har erhållit denna prioritet:

Diagram 1: Behandlingsmetoder som erhållit prio 1, 2 eller 3



- 2.6. Som framgår av Diagram 1 så dominerar biomedicinska behandlingsmetoder (psykofarmaka och ECT) med tillsammans 40% bland de högprioriterade metoderna.

Därefter kommer KBT med 34 %, diagnostik med 17 %, psykoedukation (**PED**) med 6% och IPT med 3 %. PDT rekommenderas inte alls som en metod som sjukvården bör omfatta.

- 2.7. Bland olika etablerade psykoterapimetoder väljer Socialstyrelsen att enbart ge KBT hög prioritet (prio 1–3). PDT får i Riktlinjerna genomgående en låg prioritet (7 eller sämre prioritet) för samtliga beskrivna tillstånd. Riktlinjerna stämmer inte i detta avseende med aktuella forskningsöversikter och jämförande studier (där KBT och PDT bedöms ge lika effekt).
- 2.8. Som nedan ska utvecklas under avsnittet om överklagbarhet har Riktlinjerna stor inverkan på vårdens organisation och på tillgängligheten av olika behandlingsmetoder. Riktlinjerna styr vilka olika behandlingsmetoder som staten och landstingen prioriterar och ger ekonomiskt bidrag till.

3. Remissvaren

- 3.1. Riktlinjerna har varit på remiss och trots en kort remisstid gav förslaget en kraftig reaktion, med närmare 100 remissvar, om totalt 806 sidor. Remissvar inkom från yrkesföreningar och fackliga organisationer, från forskare och universitet, från patienter och patientorganisationer, samt från vårdgivare, vårdorganisationer och landsting. Som framgår av sammanfattning av inkomna remissvar (Bilaga 8)¹³ var kritiken omfattande och påfallande samstämmning. Socialstyrelsen valde dock att inte beakta kritiken nämnvärt i de slutliga riktlinjerna. Från experter, forskare, forskargrupper och patienter (11 000 namnunderskrifter och 500 patientberättelser) framfördes också kraftfull kritik i en rad artiklar i media och fackpress. Kritiken i remissvar och från forskare i media kan sammanfattas i följande punkter:

1. **Gravt missvisande prioriteringar utifrån inkonsekvent och felaktig forskningsvärdering samt negligering av aktuella studier och vetenskap.** Genomgående påtalas bristen i konsekvens i arbetet med att värdera och prioritera olika behandlingsmetoder. Denna kritik är särskilt kraftfull från forskare inom området. Resultatet, vilket påtalas av merparten av remissinstanserna, innebär missvisande riktlinjer där biomedicinska och inlärningsteoretiska (KBT) metoder övervärderas medan psykodynamiska metoder (PDT) undervärderas på ett sätt som saknar vetenskapligt stöd.¹⁴

¹³ Sammanställning remissvar 31 mars 2017, Bilaga 8.

¹⁴ Som exempel på denna kritik se Remissvar Bergsten m.fl. 2017, Bilaga 4; Amundsen Nissen-Lie m.fl., "Enfaldiga riktlinjer för behandling av depression", DN-debatt, 14 januari 2017, Bilaga 5; Remissvar Holmberg m.fl., Institutionen för psykologi, Lunds universitet, 2017, Bilaga 6; Remissvar Åsberg, m.fl., 2017, Bilaga 7; Philips m.fl., "Socialstyrelsens nya riktlinjer är ett haveri", SvD Debatt, den 2 februari 2017, Bilaga 9; Remissvar Ankarberg m.fl., 2017, Bilaga 10.

2. **Gravt missvisande prioriteringar på grund av bristande representation och kompetens i projektledningen för arbetet.** Många kritiker uppmärksammar en sned representation i projektledningen (enbart företrädare för en biomedicinsk och inlärningsteoretisk (KBT) skolbildning) som orsak till Riktlinjernas snäva perspektiv och brist på förankring i aktuell forskning. Detta framgår i den övervägande delen av remissvaren samt i ett flertal debattartiklar¹⁵.
3. **Gravt missvisande prioriteringar på grund av toppstyrning och bristande transparens.** Flera kritiker poängterar bristen på dialog och öppenhet med forskare, vårdgivare och patientorganisationer, utöver de som projektledningen själva valt ut. Toppstyrning och brist på dialog framförs särskilt av medverkande experter.¹⁶

4. Motsvarande riktlinjer i andra länder

- 4.1. För behandling av depressions- och ångestproblematik finns idag ett flertal aktuella riktlinjer (guidelines) publicerade i andra länder. Dessa överensstämmer överlag väl, Sverige undantaget, då de utgår från samma mängd internationella forskning och vid samma tidpunkt. I bifogade tabell ([Bilaga 11](#))¹⁷ redovisas en jämförelse mellan aktuella och moderna riktlinjer från ett flertal länder - Danmark, Finland, Kanada, Sverige och Tyskland - från år 2015/2016.

Som framgår av tabellen i [Bilaga 11](#) avviker Riktlinjerna på flera punkter från andra länders moderna riktlinjer. Till skillnad från riktlinjer i Danmark (2016), Finland (2016), Tyskland (2015) och Kanada (2016), vilka samtliga ger samma höga prioritet till PDT och KBT, ger Socialstyrelsen mycket hög/hög prioritet för KBT och mycket låg prioritet till PDT. Riktlinjerna skiljer sig också från Socialstyrelsens målnivåer¹⁸ som liksom riktlinjer i andra länder ger samma höga prioritet till både KBT och PDT.

- 4.2. Vid en jämförelse med moderna riktlinjer från andra länder framgår att Socialstyrelsen är ensam om att ge hög prioritet till ospecificerad KBT (alla former, t.ex. individ, grupp, internet, m.m.) ([Bilaga 11](#)). Övriga riktlinjer rekommenderar t.ex. metoden internet- KBT enbart för mild depression eller rekommenderar den inte alls. Att som Socialstyrelsen ge "carte blanche" för alla tänkbara terapiformer med prefixet KBT, utan att dessa

¹⁵ Som exempel på denna kritik se anförda arbeten under fotnot 14 ovan.

¹⁶ Philips m.fl., "Socialstyrelsens nya riktlinjer är ett haveri", SvD Debatt, den 2 februari 2017, [Bilaga 9](#); Remissvar Ankarberg m.fl., 2017, [Bilaga 10](#).

¹⁷ Översikt från olika länder över aktuella riktlinjer vid behandling av depression, [Bilaga 11](#), Tabell 1. Översikten baseras på en översikt som är framtagen av Socialstyrelsen, men enbart riktlinjer som har fastställts i en relativ närtid och därmed baseras på aktuell forskning har tagits med.

¹⁸ Socialstyrelsen, *Målnivåer vård vid depression och ångestsyndrom*, remissversion, 2017, [Bilaga 12](#); se i denna bilaga Indikator V2.1 Psykologisk behandling för vuxna med egentlig depression som likställer KBT, IPT och PDT, s 31-32. Målnivåerna anger hur stor andel i en patientgrupp som bör komma i fråga för en viss behandling eller annan vårdåtgärd.

vetenskapligt prövats i egen kraft, är unikt och saknar vetenskapligt stöd. I Sverige prioriteras metoder som inte prövats vetenskapligt och saknar evidens exempelvis ECT för barn och ungdomar, psykoedukation och KBT oavsett utformning och kompetens, tvärt emot riktlinjernas angivna syfte. Socialstyrelsen beskriver självt detta syfte i förordet till Riktlinjerna:²⁰

”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.”

- 4.3. I flertalet jämförbara länder utgör behörighet och kompetens utgångspunkten för behandling av depression och ångestsyndrom. Inte minst för att garantera patientsäkerhet och erbjuda patientanpassad vård, sker val av behandlingsmetod alltid utifrån en professionell bedömning och med hänsyn till varje patients egna behov och preferenser. Som ovan sagts avviker Riktlinjerna från denna ståndpunkt, då man sätter metod före kompetens. Vilken utbildning, kompetens och behörighet som krävs av behandlande personal anges inte alls när det gäller både prioritet av ospecificerad KBT och Psykoedukation. Som flera remissinstanser påpekat, saknar detta vetenskapligt stöd och äventyrar därutöver patientsäkerheten (Bilaga 13).²¹
- 4.4. Kritiken att Riktlinjerna avviker från andra länders motsvarande riktlinjer har framförts av i remissvaren. Företrädare för Socialstyrelsens projektledningsgrupp har i en debattartikel som publicerats på Socialstyrelsens hemsida bemött denna kritik²². Artikelförfattarna har bl.a. anført att det krävs både viss försiktighet och stor förståelse för respektive lands utformning av riktlinjer för att kunna göra några relevanta jämförelser samt att jämföra Socialstyrelsens rekommendationer med andra organisationers genom att likställa siffror ur helt olika skalor – eller skalor som är egenhändigt konstruerade – blir kraftigt missvisande.
- 4.5. Det är självklart så att jämförelser mellan riktlinjer i olika länder ska göras med viss försiktighet och förståelse för respektive lands utformning av riktlinjer. Faktum kvarstår dock att skillnaderna är påtagliga mellan Sverige och övriga länder med moderna riktlinjer och att Socialstyrelsen inte beaktat modern forskning vid framtagandet av Riktlinjerna. Att det är så visas tydligt i bifogade tabell (Bilaga 11).

²⁰ Riktlinjerna, förordet, s. 3.

²¹ Se t.ex. Remissvar Eneroth-Säll m.fl., Riksföreningen Psykoterapicentrum, 2017, Bilaga 13.

²² Socialstyrelsen, Widenlou Nordmark m.fl., *”Missvisande att likställa siffror ur helt olika skalor”*, Bilaga 14.

5. Riktlinjernas effekter

- 5.1. Riktlinjerna har inte en bindande effekt som lag, men har en enorm praktisk genomslagskraft som styrmedel för vården i Sverige. På sin hemsida skriver Socialstyrelsen om Riktlinjerna:

"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"²³

"Riktlinjerna är ett stöd för dem som fattar beslut om hur hälso- och sjukvårdens resurser ska fördelas. 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 följt riktlinjerna kan Socialstyrelsen granska den verksamheten."²⁴

I båda dessa uttalanden anger Socialstyrelsen att Riktlinjerna har en starkt styrande verkan. Behandlingar som inte prioriteras av Riktlinjerna får sämre fokus och mindre resurser. Socialstyrelsen kommer att granska en verksamhet som får ett patientskadefall till följd av att Riktlinjerna inte iakttagits av verksamheten.

- 5.2. Riktlinjerna har som sitt uttalade syfte att styra resursfördelningen till olika behandlingsmetoder. Ett 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. Konsekvensen blev omfattande för vårdens innehåll för vårdgivare och för patienter.²⁵ Denna styrfunktion kvarstår och gäller också Riktlinjerna.
- 5.3. Ett annat exempel på den praktiska genomslagskraften är att implementering av Riktlinjerna som styrmedel för vården företogs samma dag som remissversionen av Riktlinjerna publicerades (den 8 december 2016), dvs. redan innan remissförfarande och remisshantering. Detta skedde genom information om behandling av depression och ångest på Läkemedelsverkets hemsida ²⁶, där Läkemedelsverket lämnar behandlingsrekommendationer som utgår från och följer remissversionen (och slutversionen) av Riktlinjerna. Läkemedelsverket anger bl.a. följande:

²³ Socialstyrelsen, *Reviderade nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom, frågor och svar*, s. 2, [Bilaga 15](#).

²⁴ Socialstyrelsen, *Reviderade nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom, frågor och svar*, s. 2, [Bilaga 15](#).

²⁵ Överenskommelse mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting om rehabiliteringsgaranti 2013, Regeringskansliet, s. 2, [Bilaga 51](#).

²⁶ Information från Läkemedelsverket 6:2016, s. 27, [Bilaga 16](#).

"Arbetet med behandlingsrekommendationen har skett i samverkan med Socialstyrelsens projektledning för nationella riktlinjer inom motsvarande område."

"Läkemedelsverkets behandlingsrekommendationer är främst avsedda som praktiska, i den kliniska vardagen tillämpbara kunskapsstöd till förskrivare. Socialstyrelsens nationella riktlinjer riktar sig främst till beslutsfattare inom hälso- och sjukvården, som ett stöd för prioriteringar och resurstilldelning."

Riktlinjerna prioriterar främst biomedicinska behandlingsmetoder (psykofarmaka, ECT) och KBT. Bland olika psykoterapimetoder som sjukvården bör innehålla väljer Socialstyrelsen bort all annan psykoterapi än KBT. Riktlinjerna innebär att tillgången till en bredd av olika evidensbaserade metoder kommer att försvinna inom all offentligt finansierad vård, och enbart finnas kvar som en möjlighet för de patienter som har egna ekonomiska resurser. Patienter som inte blir hjälpta av KBT eller psykofarmaka kan enbart erbjudas dessa behandlingar igen och vårdens möjligheter att anpassa behandling efter patientens behov och önskemål begränsas kraftigt. Idag uppskattas över 100 000²⁷ patienter genomgå behandling med PDT. Det är bland annat mot denna bakgrund som över 11 000 patientunderskrifter och 500 patientberättelser mot Riktlinjerna samlades in under remissförfarandet.

5.4. En annan konsekvens är att en rad vårdorganisationer, med förankring i psykodynamiska terapimetoder, allt från mindre företag till större etablerade organisationer som Röda korset, Stadsmissionen, Ericastiftelsen, S:t Lukas m.fl., i praktiken kommer att minska som resurs för den offentliga vården och därmed få stora ekonomiska avbräck i sina verksamheter. Det finns idag ca 3 000 leg. psykoterapeuter med inriktning på PDT i Sverige.

5.5. Med utgångspunkt i Riktlinjerna ges årligen ett statligt bidrag till psykoterapi om 500 miljoner – 1 miljard kronor (Bilaga 17)²⁸. Enligt en överenskommelse mellan regeringen och Sveriges Kommuner och Landsting (**SKL**) är detta bidrag direkt kopplat till Riktlinjerna. SKL skriver följande:²⁹

"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."

5.6. 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-

²⁷ Psykoterapicentrums uppskattning.

²⁸ Socialdepartementet, Protokoll 1:13 17 december 2015, t.ex. s. 13, Bilaga 17.

²⁹ SKL, *Frågor och svar om Överenskommelsen sjukskrivning och rehabilitering 2017–2018*, 16 december 2016, s. 22, Bilaga 18.

behandling. Detta 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 området³⁰ liksom av ledningen för Psykologiska institutionen, Lunds universitet³¹.

- 5.7. 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 behov.³² För de studenter som nu studerar till psykoterapeuter med inriktning mot psykodynamisk terapi samt för de som blivit legitimerade psykoterapeuter med sådan inriktning, innebär Riktlinjerna att deras utbildning drastiskt har minskat i relevans på vårdmarknaden och därmed minskat i värde.
- 5.8. Riktlinjerna sätter 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 (evidensbaserad).
- 5.9 Riktlinjerna drabbar i slutändan patienter med psykiskt lidande, vilka skulle nekas tillgång till ett brett utbud av olika, evidensbaserade behandlingar, i direkt motsats till vården i flertalet andra utvecklade länder. Sverige skulle därmed framstå som unikt i jämförelse, då i huvudsak enbart biomedicinska (psykofarmaka, ECT) och inlärningsteoretiska (KBT) behandlingar skulle vara tillgängliga för barn, ungdomar och vuxna med depression och/eller ångestproblematik. Tillgång till andra evidensbaserade psykoterapier, med

³⁰ Amundsen Nissen-Lie m.fl., "Enfaldiga riktlinjer för behandling av depression", DN-debatt, 14 januari 2017, [Bilaga 5](#).

³¹ Remissvar Holmberg m.fl., Institutionen för psykologi, Lunds universitet, 2017, [Bilaga 6](#).

³² Ibid.

välutbildade och erfarna legitimerade psykoterapeuter, skulle (i motsats till i övriga nordiska länder, Tyskland m.fl. länder) enbart erbjudas de patienter som har egna ekonomiska resurser.

- 5.10 Riktlinjerna har således en direkt effekt för omfördelning av offentliga resurser, vilket på ett konkret sätt påverkar vissa patienter med depression och ångestsyndrom, psykoterapeuter och företag som bedriver verksamhet baserad på psykodynamisk metod samt utbildningen och forskningen i Sverige.

VI OM ÖVERKLAGBARHET OCH RÄTT ATT ÖVERKLAGA

1. Riktlinjernas överklagbarhet

- 1.1. Fastställandet av Riktlinjerna utgör, trots namnet, ett överklagbart beslut. I målet RÅ 2004 ref. 8 anför regeringsrätten att vad som är kännetecknande för ett förvaltningsbeslut är att det innefattar ett uttalande varigenom en myndighet vill påverka andra förvaltningsorgans eller enskildas handlande. Rättsutvecklingen avseende överklagbarhet har under en tid gått mot att tillerkänna förvaltningsbeslut överklagbarhet om beslutet har faktiska verkningar. I den nya förvaltningslagen som träder i kraft den 1 juli 2018 får regeln om överklagbart följande lydelse:

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

I förarbetena till den nya lagen anföras att rättsutvecklingen i praxis tydligt visar att ett besluts faktiska verkningar är avgörande för bedömningen om överklagbarhet.³⁴ Åtskilliga beslut är, trots att de saknar rättsverkningar, överklagbara på grund av beslutets faktiska verkningar. Det framgår även av rättsutlåtande från Professor Warnling-Nerep (Bilaga 19).³⁵

- 1.2. I förevarande ärende är det uppenbart att Socialstyrelsen vill påverka andra förvaltningsorgans och enskildas handlande, särskilt när Riktlinjerna läses tillsammans med annan information från Socialstyrelsen, Läkemedelsverket och Regeringskansliet. Beslutet har tydliga faktiska verkningar för nuvarande och kommande patienter med depression och ångestsyndrom, de psykoterapeuter och företag som har specialiserat sig på psykodynamisk terapi samt utbildningsväsendet.
- 1.3. Den som ett beslut angår har rätt att överklaga beslutet om det har gått denne emot. Traditionellt har klagorätt bedömts utifrån om den klagande har ett av rättsordningen

³⁴ Se SOU 2010:29 s. 630 ff. och Prop 2016/17:180 s. 252 ff.

³⁵ Rättsutlåtande, Professor Warnling-Nerep, 15 februari 2017, Bilaga 19.

erkänt intresse. I senare praxis har en förskjutning skett mot en bedömning utifrån ett besluts verkningar i förhållande till det intresse en klagande representerar.³⁶ En klagande som har ett intresse vilket har beaktats vid beslutsfattande bör erkännas klagorätt.³⁷

2. Psykoterapicentrums rätt att överklaga

2.1. Som framgår ovan kommer Riktlinjerna att ligga till grund för hur resurser fördelas inom vård av barn, ungdomar och vuxna med depression eller ångestsyndrom. Som också framgår ovan har psykoterapi med psykodynamisk inriktning (PDT) i Riktlinjerna fått klart ett begränsat utrymme i förhållande till andra behandlingsformer. Psykoterapicentrums intressen, såväl som deras medlemmars, påverkas av Riktlinjernas utformning på följande sätt:

1. Möjligheter för Psykoterapicentrums medlemmar (legitimerade psykoterapeuter med psykodynamisk utbildning och inriktning) att verka inom offentligt finansierad vård kommer att upphöra eller starkt begränsas.
2. Konkurrensen från inlärningsteoretiska och biomedicinska metoder kommer att öka markant utan vetenskapligt grund, då statligt och landstingskommunalt stöd tar sin utgångspunkt i Riktlinjerna.
3. Utbildning och kompetens (leg. psykoterapeut), inom andra psykoterapimetoder än KBT, kommer att få ett begränsat värde i Sverige, till skillnad mot övriga nordiska länder.

2.2. Psykoterapicentrum var en av organisationerna som Socialstyrelsen kallade till hearing avseende de nya Riktlinjerna.³⁸ Psykoterapicentrum har även i brev från Socialstyrelsen inbjudits att inkomma med remissvar avseende Riktlinjerna³⁹. Vid framtagande av Riktlinjerna har Psykoterapicentrum av Socialstyrelsen ansetts ha ett intresse i sådan grad att föreningens åsikt ska beaktas.

2.3. Psykoterapicentrum har således ett beaktansvärt intresse att få saken prövad.

³⁶ SOU 2010:29 s. 660.

³⁷ Se bl.a. HFD 2013 ref. 74.

³⁸ Socialstyrelsen, *inbjudan till hearing och sändlista*, 2014-01-30, [Bilaga 20](#).

³⁹ Se Psykoterapicentrums remissvar, [Bilaga 13](#).

3. Hamrelius rätt att överklaga

- 3.1. Som nämnts kommer Riktlinjerna att ligga till grund för hur resurser fördelas inom vård av barn, ungdomar och vuxna med depression eller ångestsyndrom. Hamrelius bedriver verksamhet med inriktning på bl.a. vård av barn, ungdomar och vuxna med depression eller ångestsyndrom.
- 3.2. Hamrelius har för närvarande avtal med en av Capios vårdcentraler om psykoterapi. Företaget söker också aktivt avtal med andra vårdcentraler.
- 3.3. Som ovan angivits är flera av företagets psykoterapeuter utbildade inom PDT. Eftersom Riktlinjerna prioriterar KBT kommer företagets möjligheter att sysselsätta PTD-utbildade psykoterapeuter för arbete från vårdcentraler att upphöra eller minska kraftigt.
- 3.4. Av 2 § 2 st förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst⁴⁰, ska styrningen med kunskap vara samordnad, effektiv och bl.a. anpassad till de behov olika professioner inom hälso- och sjukvård har. Hamrelius är verksamt inom den profession som direkt berörs av Riktlinjerna.
- 3.5. Hamrelius har sammanfattningsvis ett beaktansvärt intresse att få saken prövad.

VII GRUNDER FÖR ÖVERKLAGANDET

Grunderna för överklagandet är 1) jäv, 2) brist på kompetens vid framtagandet, 3) brist på saklighet vid utformningen och 4) att Riktlinjerna strider mot patientlagen.

Dessa grunder utvecklas i detta avsnitt.

1. Jäv

Först kommer vi att redogöra allmänt för vad som gäller för jäv inom offentlig förvaltning. I samband därmed kommer vi att ta upp jäv inom forskning och sjukvård. Sedan kommer vi att redogöra närmare för hur arbetet och processen med Riktlinjerna gått till. Orsaken till det är att man måste förstå arbete och process i de olika arbetsgrupper som var verksamma, för att kunna förstå och bedöma jävets allvarlighet och effekter. Därefter kommer vi att gå in på vilka personer som har varit jäviga och varför. Slutligen kommer vi att redogöra för jävets effekter.

⁴⁰ Förordning (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst, Bilaga 44.

1.1. Allmänt om jäv

1.1.1. Lagregler om jäv

1.1.1.1. En av de mer grundläggande principerna för svensk förvaltning fastslås i kap. 1 § 9 regeringsformen (1974:152). Myndigheter och andra som fullgör offentlig förvaltning ska iaktta saklighet och opartiskhet i denna verksamhet. Opertiskhet fokuserar främst på en objektiv sida, dvs. det yttre förhållandet mellan den som så att säga utövar makt och den som är beroende av myndighetens agerande. Här får inte finnas ett beroendeförhållande i någon form (jäv).

1.1.1.2. Bestämmelser om jäv finns därutöver i 11 och 12 §§ förvaltningslagen (1986:223). Där anges bl.a. att jäv föreligger

1. om ärendets utgång kan väntas medföra synnerlig nytta eller skada för honom själv;
2. om han är ställföreträdare för den som saken angår eller för någon som kan vänta synnerlig nytta eller skada av ärendets utgång eller
3. om det i övrigt finns någon särskild omständighet som är ägnad att rubba förtroendet till hans opartiskhet i ärendet.

Från jäv bortses när frågan om opartiskhet uppenbarligen saknar betydelse.

1.1.1.3. Jäv kan föreligga även om ett beslut inte riktar sig mot någon enskild person, exempelvis har remissärenden ansetts kunna omfattas av bestämmelsen om jäv.⁴²

1.1.1.4. I flertalet fall har intresse i ett företag antingen som ägare eller anställd ansetts kunna utgöra en grund för jäv. Beroende på omständigheterna har jävet antingen utgjort jäv enligt punkt 1 (intressejäv) eller punkt 3 (delikatessjäv) ovan.⁴³ Även ett mindre ägande i bolag har ansetts kunna utgöra jäv om aktieägaren kan anses ha ett inte obetydligt intresse av att bolagsverksamheten är framgångsrik.⁴⁴

1.1.2. Jäv i forskningssammanhang

1.1.2.1. Under senare år har betydelsen av forskares jäv i form av bindning till företag särskilt uppmärksamats i fackpressen. T.ex. publicerade British Medical Journal nyligen en studie där forskarnas ekonomiska jäv i randomiserade läkemedelsstudier korrelerade till resultaten. Undersökningen visade att chansen att studien var positiv till

⁴² Se JO 2005/06 s. 351.

⁴³ Se bland annat JO 1975 s. 460; JO 1985/86 s. 365; JO 2001/02 s. 361.

⁴⁴ Se JK 15 februari 1995 dnr 1642-94-90.

läkemedelsföretagets produkt ökade tre gången om den huvudansvariga forskaren angivit att läkemedelstillverkaren betalat för exempelvis resor, konsultuppdrag eller föreläsningar.⁴⁵

1.1.3. Jäv i sjukvården

1.1.3.1. Att olika särintressen kan påverka enskilda forskningsresultat är ett välkänt problem. Att sjukvårdsplanering och riktlinjer skulle kunna påverkas av ekonomiska och/eller andra särintressen är självfallet om möjligt ett betydligt allvarigare problem med långtgående och skadliga konsekvenser under många år. Internationellt är därför kraven mycket höga på medverkande experters kompetens och oberoende vid utarbetande av riktlinjer (guidelines). Nolltolerans mot jäv råder samtidigt med stora krav på öppenhet och transparens under arbetsprocessen.

1.1.3.2. Socialstyrelsen och en rad andra myndigheter har givit ut ett informationsdokument för hantering av jäv, intressekonflikter och övriga bindningar när externa experter och uppdragstagare anlitas.⁴⁶ I bilaga 1 till detta informationsdokument ges exempel på bedömningar där jäv har ansetts föreligga vid anlitan av externa experter för olika myndighetsuppdrag.⁴⁷ Av dessa exempel från myndigheterna framgår bland annat att om en expert har fått deltidsanställning i läkemedelsföretag har detta inte ansetts vara möjligt att kombinera med ett uppdrag för myndigheten. I flera fall har funktionen som rådgivande organ till läkemedelsföretag ansetts utgöra grund för jäv för uppdrag från myndigheten. Det har även varit fallet då en tilltänkt experts projekt har sponsrats av läkemedelsföretag. Myndigheten har slutligen ansett att det inte är förenligt med uppdraget som expert för myndigheten att ha en egen firma genom vilken experten utför uppdrag åt industrin.

1.2. Om Socialstyrelsens arbete och processen kring Riktlinjernas utarbetande

1.2.1. Socialstyrelsen beskriver i projektplanen för riktlinjearbete (Projektplanen)⁴⁸ (Bilaga 25) syftet med uppdraget att utarbeta riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom på följande sätt:

⁴⁵ British Medical Journal, *Financial ties of principal investigators and randomized controlled trial outcomes: cross sectional studies*, 2017, s. 2, [Bilaga 21](#). Se även Järnhult, *Underhållet jäv bör leda till avstängning av publicering i LT*. Läkartidningen 2017;114:EITU, [Bilaga 22](#). Järnhult kommer också fram till slutsatsen att det finns ett samband mellan ekonomiskt stöd och forskningsrapportens utfall.

⁴⁶ Socialstyrelsen m.fl. myndigheter, *"Hantering av jäv, intressekonflikter och övriga bindningar när externa experter och uppdragstagare anlitas"*, 2016, [Bilaga 23](#).

⁴⁷ Socialstyrelsen m.fl. myndigheter, *"Bedömning av jäv, intressekonflikter eller andra bindningar – några exempel från myndigheterna"*, [Bilaga 24](#).

⁴⁸ Socialstyrelsen, *Projektplan för Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom (revidering)*, 22 juni 2015, s. 1, [Bilaga 25](#).

"Syftet med projektet är att genom uppdaterade nationella riktlinjer ge evidensbaserad vägledning till vårdens beslutsfattare och profession så att dessa kan styra hälso- och sjukvården genom öppna och systematiska prioriteringar på ett sätt som resulterar i en god hälsa och vård för personer med depression och ångestsyndrom."

- 1.2.2. För arbete med Riktlinjerna utsåg Socialstyrelsen en projektledningsgrupp. (**Projektledningsgruppen**). Projektledningsgruppen bestod av en projektledare, två delprojektledare samt åtta externa experter (medicinskt sakkunniga och ordföranden för olika faktagrupper).
- 1.2.3. Som framgår av Projektplanen⁴⁹ utsåg projektledningsgruppen sedan en expertgrupp (**Expertgruppen**) för att faktagranska det vetenskapliga underlaget bakom olika kombinationer av behandlingsmetoder och sjukdomstillstånd (åtgärds- och tillståndspar). Sammantaget granskades 108 åtgärds- och tillståndspar. Projektledningsgruppen utsåg också en s.k. prioriteringsgrupp (**Prioriteringsgruppen**) efter nominering från regioner och landsting samt vissa organisationer.
- 1.2.4. Med utgångspunkt från valda åtgärdspar och utlåtande från Expertgruppen skedde sedan ett röstningsförfarande i Prioriteringsgruppen, avseende vilken prioritet som en viss behandling vid ett visst tillstånd skulle ges. Denna beslutsmetod har beskrivits och kritiserats av vissa medverkande experter i en debattartikel⁵⁰ och av 17 nordiska forskare⁵¹, då röstningsförfarande i skevt sammansatta grupper leder till osakliga resultat utan tillräcklig förankring i vetenskap.
- 1.3. **Projektledningsgruppen**
 - 1.3.1. Projektledningsgruppen bestod av elva personer varav sex läkare, en sjuksköterska, en psykolog, samt tre administratörer (projektledare respektive delprojektledare) från Socialstyrelsen.
 - 1.3.2. Bortsett från administrativ personal dominerade det medicinskt/biologiska perspektivet i Projektledningsgruppen (sju av åtta medlemmar). För psykoterapi och psykologisk behandling fanns enbart en representant, med ett inlärningsteoretiskt perspektiv dvs. KBT. Denna person är emellertid inte själv psykoterapi- eller behandlingsforskare, utan verksam inom området affektiv neurovetenskap. Någon med vetenskaplig kompetens inom hela psykoterapiområdet, och särskilt PDT, fanns alltså inte.

⁴⁹ Socialstyrelsen, *Projektplan för Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom (revidering)*, den 22 juni 2015, s. 5-11, [Bilaga 25](#).

⁵⁰ Philips m.fl., "Socialstyrelsens nya riktlinjer är ett haveri", SvD Debatt, den 2 februari 2017, [Bilaga 9](#).

⁵¹ Amundsen Nissen-Lie m.fl., "Enfaldiga riktlinjer för behandling av depression", DN-debatt, 14 januari 2017, [Bilaga 5](#).

1.4. Expertgruppen

- 1.4.1. Expertgruppen bestod av sammantaget 37 personer varav 16 läkare, 13 psykologer, två forskare, en sjuksköterska, en fysioterapeut, en kurator samt tre administratörer. Tre medlemmar av Expertgruppen ingick också i projektledningsgruppen.
- 1.4.2. I Expertgruppen var tre av 37 anlitade experter forskare inom det psykodynamiska området. Som framgår av beskrivning från dessa tre medverkande experter fick deras utlåtanden inget inflytande på Riktlinjerna då utlåtandena genomgående omformulerades av Projektledningsgruppen:

"[...] när det gäller arbetet med att ta fram faktaunderlaget noterades exempelvis återkommande ifrågasättanden av våra bedömningar av evidens för psykodynamisk terapi (PDT) medan våra bedömningar av evidens för andra interventioner passerade utan samma ihärdiga granskning av ledningen."

"I nuvarande version anges att det finns "starkt begränsat stöd" för att PDT är likvärdigt KBT, men det märkliga i sammanhanget är att faktaunderlaget för KBT vid samma tillstånd (rad 68) anger att det finns "måttligt stöd" för att KBT är likvärdig PDT – det vill säga för exakt samma jämförelse! Givetvis kan inte evidensen vara olika stark åt olika håll. Det är svårt att se projektledningens ändring av PDT-raden som något annat än ett uttryck för partiskhet. Att KBT ges prioritering 1 och PDT ges prioritering 6 blir konsekvensen av denna partiskhet och toppstyrning."⁵²

1.5. Prioriteringsgruppen

- 1.5.1. Prioriteringsgruppen bestod av sammantaget 26 personer samt en ordförande som också ingick i projektledningsgruppen. Av dessa 26 personer var tolv läkare, tre psykologer, två socionomer, fyra sjuksköterskor, två fysioterapeuter, en arbetsterapeut, en psykoterapeut och två patientrepresentanter.
- 1.5.2. I Prioriteringsgruppen representerade merparten av medlemmarna de biomedicinska och inlärningsteoretiska perspektiven. Enbart två av 26 medlemmar representerade det psykodynamiska kunskapsområdet. Då röstningsförfarande med majoritetsbeslut användes regelbundet i denna grupp blev inflytandet från psykodynamiskt perspektiv obefintligt. Medverkande experter beskriver arbetet i prioriteringsgruppen på följande sätt:⁵³

"När det skulle beslutas om prioriteringsnivåer skedde ett omröstningsförfarande. Eftersom personer med kunskap om annat än KBT och läkemedelsbehandling var i extrem minoritet ledde omröstningarna generellt till låg prioritet för andra insatser."

⁵² Philips m.fl. "Socialstyrelsens nya riktlinjer är ett haveri", SvD Debatt, den 2 februari 2017, s. 1-2, [Bilaga 9](#).

⁵³ Philips m.fl. "Socialstyrelsens nya riktlinjer är ett haveri", SvD Debatt, den 2 februari 2017, s. 2 [Bilaga 9](#).

”Det är uppenbart att ett omröstningsförfarande i denna skevt sammansatta grupp lämnar fältet fritt för jäv i resultatet.”

1.6. Projektledningsgruppens styrning och inflytande

- 1.6.1. Projektledningsgruppen utsåg medlemmar i Expertgruppen samt medlemmar i Prioriteringsgruppen (efter nominering av landsting och vissa organisationer). Tre medlemmar ur ledningen ingick också i Expertgruppen. Ordförande för Prioriteringsgruppen utgjordes av en medlem i Projektledningsgruppen. Som framgår av Projektplanen har Projektledningsgruppen alltså givits fullt mandat att utse externa experter, styra och besluta exklusivt om arbetsprocessen och beslutsordningen i Expertgruppen och i Prioriteringsgruppen samt om Riktlinjernas slutgiltiga utförande. Projektledningsgruppen beslutade också exklusivt om remisshantering och eventuella omprövanden av det egna förslaget (remissversionen).

1.7. Ett rimligare alternativ

- 1.7.1. Det är svårt att förstå varför Socialstyrelsen valt den ordning och struktur för arbetet som ovan beskrivits. Tillvägagångssättet framstår som att både sakna förankring i kravet på en objektiv värdering och beslutsprocess liksom kunskap och hänsyn till områdets komplexitet. Det saknas motiv för att utarbeta riktlinjer utifrån en icke-transparent, snäv och toppstyrd process.
- 1.7.2. En rimligare arbetsprocess vore att utgå från öppna expertutlåtanden med självständiga expertgrupper, en öppet redovisad beslutsprocess och aktiv dialog med företrädare för de aktuella kunskapsområdena t.ex. inom universitet och högskolor.

2. Fem personer var jäviga vid Riktlinjernas utarbetande

Fem personer med centrala funktioner vid framtagandet av Riktlinjerna var jäviga.

2.1. Mats Fredriksson

- 2.1.1. Seniorprofessor Mats Fredriksson (**Fredriksson**) ingick i Projektledningsgruppen och var ordförande och ensam ansvarig för faktaområdet psykologiska behandlingsmetoder (både inlärningsteoretiska och psykodynamiska metoder, d.v.s. både KBT och PDT). Fredriksson är emellertid inte själv psykoterapi- eller behandlingsforskare, utan verksam inom området affektiv neurovetenskap. Han har dock ett särskilt intresse för internet-KBT, se avsnitt 2.1.2. nedan.

2.1.2. Fredriksson är styrelseordförande och ägare av 9,4 procent av aktierna i företaget Livanda-Internetkliniken AB (org.nr. 556642-9337)⁵⁵. Företaget är ett vårdföretag, specialiserat på internet-KBT. Av Livandas hemsida, www.livanda.se, framgår att verksamheten bl.a. omfattar precis de områden som Riktlinjerna avser, dvs. depression och ångessyndrom. Det framgår också att verksamheten i stor utsträckning vänder sig till den offentligt finansierade vården. På Livandas hemsida anges bland annat följande:⁵⁶

- ***"Sveriges första och största leverantör av kognitiv beteendeterapi (KBT) via Internet",***
- ***"Varför självhjälp och KBT via Internet?"***,
- ***"Internetterapi för vårdgivare och företag"***
- ***"Livanda har tagit fram detta terapiprogram (s.k. internetterapi eller terapi på nätet) för att människor på egen hand skall kunna arbeta med panikångest, social fobi och generaliserad ångest. Programmet bygger på de senaste metoderna inom kognitiv beteendeterapi (KBT)."***
- ***"Diagnos/problem" bla "Panikångest, Social fobi, Generaliserad ångest, Depression"***
- ***"Samarbetspartners" bla "Region Gävleborg, Landstinget Västernorrland, Norrbotten läns landsting, Västerbottens Läns Landsting, Landstinget Kronoberg, Örebro Läns Landsting och Akademiska Sjukhuset"***
- ***"Kontaktuppgifter", "Vetenskaplig rådgivare, Mats Fredriksson, professor, med.dr, fil.dr, leg psykolog, Psykologiska Institutionen, Uppsala Universitet"***

2.1.3. Att Livanda säljer internet-KBT som en behandlingsmetod vid depression och ångestsyndrom, till landsting och vårdföretag runt om i landet, framgår bl.a. också av SKL:s sammanställning över anlitade internetföretag och program, där Livanda-Internetkliniken AB ingår med sju olika program⁵⁷. Som framgår av tidigare beskriva överenskommelse mellan regering och SKL står efterfrågan på dessa tjänster, genom omfattande statliga bidrag, i direkt förhållande till de prioriteringar som görs i Riktlinjerna.⁵⁸

2.1.4. Av Livandas årsredovisning för räkenskapsåret 2015-09-01—2016-08-31⁵⁹ framgår på sid 1 att företaget har arbetat med

"utvecklingsarbeten, framför allt riktade mot Regioner/Landsting, vilka ännu inte genererat några intäkter. Under kommande verksamhetsår är det styrelsens [dvs. bl.a.

⁵⁵ Se registreringsbevis som visar styrelseordförande och bolagsstämmoprotokoll som visar ägandet samt Livandas årsredovisning, Bilagorna 26-28.

⁵⁶ Se www.livanda.se och utdrag från hemsidan tagna 2018-01-10, Bilaga 29.

⁵⁷ Sveriges Kommuner och Landsting, Internetbaserade behandlingsprogram, 2015, s.12, 44, 51, 62, 79, 84, 96, Bilaga 30.

⁵⁸ Se avsnitt V 5.5.

⁵⁹ Livandas årsredovisning för räkenskapsåret 2015-09-01—2016-08-31, Bilaga 28. (Detta är idag den senaste officiellt tillgängliga årsredovisningen.)

Mats Fredrikssons; vår kommentar] uppfattning att detta utvecklingsarbete kommer att innebära att det egna kapitalet återställs."

- 2.1.5. Fredriksson är Livandas styrelseordförande. Enligt aktiebolagslagen (2005:551) 8 kap 4 § svarar styrelsen för bolagets organisation och förvaltningen av bolagets angelägenheter. Enligt 8 kap 17 § ska ordföranden leda styrelsens arbete och bevaka att den fullgör de uppgifter som anges 4 och 5 §§. Av kommentaren till aktiebolagslagen⁶⁰ framgår att ordföranden har ett ansvar för bolagets organisation och verksamhet som går längre än övriga styrelseledamöters ansvar.
- 2.1.6. Att jäv föreligger har konstaterats av Socialstyrelsen, vid bedömning av Fredrikssons jävsdeklaration.⁶¹ Som framgår av denna skulle Fredriksson därför, enligt Socialstyrelsen, inte delta i beslut som rör internet-KBT. Då Riktlinjerna formulerats så att de inte särskiljer på olika former av KBT, dvs. dessa avser alla former av KBT, också internet-KBT, har dock Fredriksson varit jävig i samtliga fall där KBT avhandlats. Socialstyrelsen skriver i Riktlinjerna:⁶²

"Förmedlingssätt vid psykologisk behandling tas upp i begränsad omfattning i dessa riktlinjer. Psykologisk behandling kan till exempel erbjudas och förmedlas individuellt, i grupp, i par, i familj eller via internet. Eftersom utvecklingen inom framför allt e-hälsa är snabb och det är sannolikt att de digitala förmedlingssätten snabbt kan förändras, har Socialstyrelsen valt att i huvudsak ge rekommendationer som inte är begränsade till förmedlingssätt."

- 2.1.7. Sammanfattningsvis är Fredriksson jävig eftersom han, som ägare och styrelseordförande i ett företag som arbetar med KBT, har ett direkt intresse av att Riktlinjerna prioriterar KBT högt.
- 2.1.8. Fredriksson har även varit jävig i alla de beslut som rört andra, för företaget Livanda-Internatkliniken AB konkurrerande psykologiska metoder, exempelvis psykodynamiska behandlingsmetoder (PDT). Som ordförande för faktaområdet Psykologisk behandling i Projektledningsgruppen har Fredrikssons jäv haft påverkan på samtliga beslut i Riktlinjerna som rör psykologisk behandling.

2.2. Tord Ivarsson

- 2.2.1. Docent Tord Ivarsson (**Ivarsson**) ingick i Projektledningsgruppen som ordförande för området för barn och ungdomar. Ivarsson är en känd föreläsare för läkemedelsbehandling, föreläser regelbundet avseende läkemedelsbehandling för andra läkare och har återkommande och täta kontakter med olika läkemedelsbolag (Janssen-

⁶⁰ Aktiebolagslagen, en kommentar del I, Anderson, Johansson och Skog, supplement 12, 2017 s. 8:44.

⁶¹ Fredrikssons jävsdeklaration är [Bilaga 31](#).

⁶² Riktlinjerna, s. 11 f.

Cilag, Shire m.fl.). Som framgår av Ivarssons jävsdeklaration⁶³ har han sedan många år (tillsammans med Håkan Jarbin) erhållit ersättning från ett flertal läkemedelsbolag för att föreläsa för läkare om läkemedelsbehandling vid depression och ångestsyndrom.

2.2.2. Att jäv föreligger framgår av Ivarssons jävsdeklaration. Detta har dock inte beaktats eller föranlett någon åtgärd från Socialstyrelsen. Sammanfattningsvis föreligger jäv för Ivarsson eftersom han erhåller ersättning för arbete för läkemedelsbolag. Han har därför ett direkt intresse av att Riktlinjerna prioriterar metoden psykofarmaka.

2.2.3. Ivarsson har även varit jävig i alla de beslut som rört andra, med Psykofarmaka konkurrerande psykologiska metoder, exempelvis psykodynamiska behandlingsmetoder (PDT).

2.3. Håkan Jarbin

2.3.1. Överläkaren Håkan Jarbin (**Jarbin**) var adjungerad till Projektledningsgruppen och vice ordförande för området barn och ungdomar.

2.3.2. Jarbin är känd förespråkare för läkemedelsbehandling, ECT och psykoedukation. Han har återkommande och täta kontakter med olika läkemedelsbolag. Jarbin har (tillsammans med Ivarsson) sedan många år erhållit ersättning från ett flertal läkemedelsbolag (Janssen-Cilag, Shire m.fl.) för att föreläsa för läkare om läkemedelsbehandling vid depression och ångestsyndrom, vilket även framgår av Jarbins jävsdeklaration⁶⁴. Jarbin erhåller även kontinuerlig ersättning från läkemedelsföretaget H Lundbeck AB, som är ett läkemedelsbolag som säljer psykofarmaka för psykisk behandling.⁶⁵ Försäljning av samtliga dessa företags produkter står i direkt förhållande till de prioriteringar som görs i Riktlinjerna.

2.3.3. Jarbin är också sedan flera år projektansvarig för ett psykoedukativt projekt, *Deplyftet*. *Deplyftet* är ett psykoedukativt program, utarbetat av Jarbin i samarbete med Svenska föreningen för barn- och ungdomspsykiatri, där Jarbin är styrelseledamot. Som framgår av beskrivning av programmet⁶⁶ utgör detta en psykoedukativ metod där patienter och anhöriga ges undervisning kring depression och dess behandling (främst läkemedel och/eller KBT). I Riktlinjerna beskrivs *Deplyftet* som ett exempel på en psykoedukativ metod⁶⁷. Programmet har fått en omfattande spridning i Sverige där kurser, handledning och kursmaterial säljs till olika landsting runt om i landet. *Deplyftet* är dock inte en evidensbaserad metod men har trots detta prioriterats högt i Riktlinjerna.

⁶³ Ivarssons jävsdeklaration är [Bilaga 32](#).

⁶⁴ Jarbins jävsdeklaration med tillhörande jävskomplettering är [Bilaga 33](#).

⁶⁵ Årsredovisning för H Lundbeck AB är [Bilaga 34](#).

⁶⁶ En beskrivning av programmet *Deplyftet* är [Bilaga 35](#).

⁶⁷ Se bilagan till Riktlinjerna som heter Kunskapsunderlag, s. 313, [Bilaga 47](#).

2.3.4. Som framgår i information om *Deplyftet*⁶⁸, är Jarbin sedan flera år projektledare för verksamheten, starkt involverad i spridningen av metoden och Jarbin erhåller kontinuerlig ersättning för detta. I Bilaga 36 anges att Jarbin år 2014 erhöll 572 134 kr och att Anna Santesson (som omnämns nedan) erhöll 882 648 kr. Jarbin får även kontinuerligt arvode från H. Lundbeck AB för sitt engagemang kring psykoedukation, vilket framgår i mail från Jarbin till Socialstyrelsen angående jäv (Bilaga 33). H Lundbeck AB:s årsredovisning är Bilaga 34.

2.3.5. Försäljning och spridning av metoden *Deplyftet*, står i direkt förhållande till de prioriteringar som görs av psykoedukation i Riktlinjerna (prio 2 respektive 3, dvs "bör erbjudas").

Att jäv föreligger i flera fall avseende Jarbin framgår av Jarbins jävsdeklaration och av att Jarbin löpande erhåller ekonomisk ersättning från läkemedelsbolag samt för sitt arbete med metoden *Deplyftet*. Detta har dock inte beaktats eller föranlett någon åtgärd från Socialstyrelsen. Sammanfattningsvis föreligger jäv för Jarbin eftersom han erhåller ersättning för arbete för läkemedelsbolag och för sitt arbete med *Deplyftet*. Han har därför ett direkt intresse av att Riktlinjerna prioriterar metoden psykofarmaka och psykoedukation (*Deplyftet*).

2.3.6. Jarbin har även varit jävig i alla de beslut som rört andra, med Psykofarmaka och *Deplyftet* konkurrerande psykologiska metoder, exempelvis psykodynamiska behandlingsmetoder (PDT).

2.4. **Anna Santesson**

2.4.1. Överläkare Anna Santesson (**Santesson**) valdes av Projektledningsgruppen att ingå i Prioriteringsgruppen. Även Santesson är anställd i projektet *Deplyftet*. Hon har sin kontinuerliga verksamhet som säljare och utbildare inom *Deplyftet*. Att jäv föreligger avseende Santesson framgår av Santessons jävsdeklaration⁶⁹ och övrig, här redovisad, information (bindning till programmet *Deplyftet*). Detta har dock inte beaktats eller föranlett någon åtgärd från Socialstyrelsen. Sammanfattningsvis föreligger jäv för Santesson eftersom hon erhåller ersättning för arbete för sitt arbete med *Deplyftet*. Hon har därför ett direkt intresse av att Riktlinjerna prioriterar metoden psykoedukation (*Deplyftet*).

2.4.2. Santesson har även varit jävig i alla de beslut som rört andra, med *Deplyftet* konkurrerande psykologiska metoder, exempelvis psykodynamiska behandlingsmetoder (PDT).

⁶⁸ Se *Deplyftet*, *Delrapport, Ekonomisk redovisning, Bilaga*, 31 januari 2015, Bilaga 36 och *Deplyftet – Diagnostik och bedömning* av Anna Santesson, Markus Andersson och Håkan Jarbin, Bilaga 37.

⁶⁹ Santessons jävsdeklaration är Bilaga 38.

2.5. Filip Arnberg

2.5.1. Psykolog Filip Arnberg (**Arnberg**) valdes av Projektledningsgruppen och var extern expert och granskare i Expertgruppen. Arnberg är styrelsesuppleant i företaget Moment Psykologi AB⁷⁰, gift med företagets ägare som också är VD samt fram till 2015 ordförande i föreningen Sveriges KBT-Psykologer, vilket framgår av Arnbergs jävsdeklaration.⁷¹ Företaget Moment Psykologi AB bedriver och säljer KBT-tjänster till sjukvården, vilket framgår av företagets information.⁷² Arnberg har i Riktlinjerna haft till uppgift att granska en till företaget konkurrerande metod, det vetenskapliga underlaget för psykodynamisk terapi.

2.5.2. Moment Psykologi AB vänder sig till bl.a. vårdcentraler och erbjuder psykoterapi med KBT för bland annat depressioner och ångestsyndrom. Bolaget har bland annat följande information på sin hemsida:⁷³

"Vårdcentral"; "Våra insatser utgår från evidensbaserad psykologi och våra psykologer är välutbildade inom kognitiv beteendeterapi (KBT)" "Vi kan arbeta integrerat i er verksamhet eller ta emot era patienter på vår mottagning. Moment Psykologi har psykologitjänster utformade specifikt för effektivt arbete i primärvård,"

"Vårdcentral"; "Vi utvärderar", "Oro och ångest: andel förbättrade"

"Om oss"; "Våra medarbetare"; Alexandra Arnberg, verksamhetschef, legitimerad psykolog, legitimerad psykoterapeut KBT, och specialist i klinisk psykologi"; "Filip Arnberg" "På Moment Psykologi medverkar han även som vetenskaplig rådgivare med fokus på metodutveckling, utvärdering och utvecklingsarbete"; "filip.arnberg@momentpsykologi.se".

2.5.3. Att jäv föreligger avseende Arnberg framgår av Arnbergs jävsdeklaration. Detta har dock inte beaktats eller föranlett någon åtgärd från Socialstyrelsen.

2.5.4. Sammanfattningsvis föreligger jäv för Arnberg eftersom han arbetar som vetenskaplig rådgivare för företaget Moment Psykologi AB som arbetar med KBT mot bland annat vårdcentraler. Han är dessutom gift med företagets ägare och VD/styrelsesuppleant. Av dessa skäl har Arnberg ett direkt intresse av att Riktlinjerna ska prioritera KBT högt.

2.5.5. Arnberg har även varit jävig i alla de beslut som rört andra, med KBT konkurrerande psykologiska metoder, exempelvis psykodynamiska behandlingsmetoder (PDT).

⁷⁰ Registreringsbevis och senaste officiellt tillgängliga årsredovisning för Moment Psykologi AB är Bilagorna 39-40.

⁷¹ Arnbergs jävsdeklaration är Bilaga 41.

⁷² <https://momentpsykologi.se/>

⁷³ Se www.momentpsykologi.se och utdrag från hemsidan tagna 2018-01-10, Bilaga 42.

3. Sammanfattning om jäv i processen

3.1. Fem personer har varit jäviga i processen. Av dem var Fredriksson, Ivarsson och Jarbin med i Projektledningsgruppen, Santesson var medlem i Prioriteringsgruppen och Arnberg var medlem i Expertgruppen. Samtliga dessa fem personer hade ekonomiska och andra intressen som gynnades av en viss prioritering. De ekonomiska intressena bestod av:

- eget eller närståendes ägande av bolag som arbetar med KBT mot den offentliga vården (Fredriksson och Arnberg) samt engagemang i sådant bolag (Fredriksson och Arnberg);
- ekonomiska ersättningar från uppdrag för verksamheter som kom att prioriteras av Riktlinjerna, nämligen psykofarmaka (Jarbin och Ivarsson) och *Deplyftet* (Jarbin och Santesson)
- deltagande i förening för KBT (Arnberg; ordförande)
- uppdrag för part eller intressent (*Deplyftet* – Jarbin och Santesson).

3.2. Av Socialstyrelsens och andra myndigheters egen informationsskrift om bl.a. jäv framgår på sid 1 att exempel på jäv är aktieinnehav i kombination med någon annan omständighet och på sid 2 tidigare eller pågående ställningstagande i den aktuella frågan, till exempel inom ramen för arbete inom ideell organisation eller tidigare eller pågående uppdrag för part eller intressent.

3.3. Även av de exempel som Socialstyrelsen och myndigheterna lämnar i bilaga 1 till ovannämnda informationsskrift framgår att de fem personerna varit jäviga. Av dessa exempel från myndigheterna framgår bland annat att om en expert har fått deltidsanställning i läkemedelsföretag har detta inte ansetts vara möjligt att kombinera med ett uppdrag för myndigheterna (beträffande Riktlinjerna arbetar Jarbin och Anna Santesson med *Deplyftet*). I flera fall har funktionen som rådgivande organ till läkemedelsföretag ansetts utgöra grund för jäv för uppdrag från myndigheterna (beträffande Riktlinjerna är Fredriksson och Arnberg vetenskapliga rådgivare till KBT-företag). Det har även varit fallet då en tilltänkt experts projekt har sponsrats av läkemedelsföretag (beträffande Riktlinjerna har Jarbin och Ivarsson erhållit uppdrag och ersättning från läkemedelsbolag). Myndigheterna har slutligen ansett att det inte är förenligt med uppdraget som expert för myndigheterna att ha en egen firma genom vilken experten utför uppdrag åt industrin (Fredriksson är styrelseordförande och delägare i KBT-företag. Arnberg är styrelsesuppleant och gift med ägare av KBT-företag, Ivarsson och Jarbin utför uppdrag åt läkemedelsindustrin).

4. Jävetts effekter

- 4.1. Det finns tydliga indikationer på att de särintressen och bindningar som förelegat hos stora delar av projektledningsgruppen och andra påverkat Riktlinjernas utformning. Dessa särintressen, i kombination med projektledningsgruppens stora inflytande på Riktlinjerna (styrning av valet av andra externa experter, arbetsprocess, beslutsprocess och slutgiltig formulering av Riktlinjerna) har spelat en betydande och avgörande roll för Riktlinjernas utformning. Tydliga indikationer på att jävsförhållandena kan ha påverkat Riktlinjernas utformning är bl.a. följande:
- 4.2. Hög prioritet av läkemedelsbehandling (prio 1–3) för en rad psykiska tillstånd, utan entydigt vetenskapligt stöd och i direkt motsats till flertalet riktlinjer i andra länder. Denna prioritering gynnar läkemedelsföretagens försäljning av läkemedel och gynnar ett fortsatt samarbete mellan berörda läkemedelsbolag och Ivarsson och Jarbin.
- 4.3. Hög prioritet av en psykoterapimetod, KBT, (prio 1–3) för en rad tillstånd och låg prioritet av andra psykoterapimetoder (PDT) (prio 7 eller sämre prioritet), utan vetenskapligt stöd för skillnad i prioritet och i direkt motsats till flertalet riktlinjer i andra länder. Denna prioritering gynnar Fredrikssons närstående företag Livanda-Internetkliniken AB och Arnbergs närstående företag Moment Psykologi AB.
- 4.4. Hög prioritet för Psykoedukation (prio 2 och 3), trots att vetenskapligt stöd saknas för åtgärden och i direkt motsats till flertalet riktlinjer i andra länder. Denna prioritering gynnar Jarbin samt Santesson med hänsyn till deras arbete och ersättningar avseende *Deplyftet*.
- 4.5. Avslutningsvis kan här noteras att Riktlinjerna i ovan nämnda hänseenden avviker från flertalet andra länders riktlinjer inom samma område.

5. Ett riktigt alternativ

- 5.1. Som framgår ovan föreligger en omfattande risk för påverkan av jäv i Riktlinjerna. Detta förhållande strider mot regeringsformen 1 kap 9 §, förvaltningslagen 11 och 12 §§ liksom Socialstyrelsens egna jävsbestämmelser. Trots klara jävsförhållanden hos flera personer både i ledningsgruppen och i andra grupper har detta inte föranlett någon åtgärd från Socialstyrelsen.
- 5.2. Ett riktigt alternativ hade varit att personer valts med större omsorg, att jäv kontrollerats och personer inte kommit i fråga när jäv konstaterats.

6. Brist på kompetens och saklighet

Först går vi igenom grunden brist på kompetens och sedan grunden brist på saklighet.

6.1. Brist på kompetens

6.1.1. Som beskrivits ovan saknade Socialstyrelsen erforderlig kompetens inom väsentliga kunskapsområden med relevans för Riktlinjerna. Kompetens fanns i stor omfattning avseende biomedicinska metoder (psykofarmaka och ECT) samt för inlärningsteoretiska metoder (KBT), men saknades nästan helt för psykodynamisk behandling (PDT). Trots avsaknaden av sådan kompetens bedömde de olika arbetsgrupperna lämplig prioritet för PDT för en rad psykiska tillstånd vilket innebar att man utan kompetens gjorde jämförelser mellan psykodynamisk terapi och andra behandlingsmetoder.

6.1.2. Prioritet bestämdes slutgiltigt av Projektledningsgruppen. I Projektledningsgruppen saknades helt kompetens inom det psykodynamiska forskningsområdet. Utan någon sådan kompetens omprövade Projektledningsgruppen och nedgraderade vid flera tillfällen expertbedömningar av psykodynamisk terapi. Detta beskrivs av flera medverkande experter:⁷⁴

”Ett ytterligare exempel är PDT för generellt ångestsyndrom som en annan av oss var radförfattare för (BP). Radförfattaren bedömde att det finns begränsat vetenskapligt underlag för att det inte finns någon skillnad i effekt mellan PDT och KBT, vilket rimligen borde ge en prioritering i spannet 4–7 (”kan erbjudas”). På denna rad har projektledningen ändrat bedömning till ”otillräckligt vetenskapligt underlag”, vilket lett till prioriteringen FoU (”bör endast utföras inom ramen för forskning”). I motivationen till denna rekommendation anges att det ”saknas klinisk erfarenhet av åtgärden” vilket många psykodynamiska terapeuter kan intyga är ett fullständigt befängt påstående.”

6.1.3. Bristen på kompetens i riktlinjearbetet som helhet har beskrivits av medverkande experter:

”Eftersom några av oss medverkat i riktlinjearbetet som vetenskapliga granskare respektive medlemmar i prioritetsgruppen, har vi också insyn i det gravt dysfunktionella sätt på vilket riktlinjearbetet har skett. Det står idag klart att ledningen av riktlinjearbetet har präglats av partiskhet och en agenda att gynna vissa behandlingsmetoder och missgynna andra behandlingsmetoder. Det vill säga en attityd som är raka motsatsen till den vetenskaplighet och objektivitet som man förväntar sig från en statlig myndighet som Socialstyrelsen.”⁷⁶

6.1.4. Att en myndighet uppställer riktlinjer utan inflytande och faktisk medverkan av experter inom riktlinjernas kunskapsområde är inte förenligt med kravet på saklighet vid

⁷⁴ Philips, m.fl., *Socialstyrelsens nya riktlinjer är ett haveri*, SvD Debatt, den 2 februari 2017, [Bilaga 9](#).

⁷⁶ Remissvar Ankarberg m.fl., 2017 s. 1, [Bilaga 10](#).

myndighetsutövning. Detta framgår bl.a. av Socialstyrelsen m.fl. myndigheters egna riktlinjer för hantering av jäv och intressekonflikter:⁷⁷

"Olika "skolor"

Att utesluta en expert därför att denne har en bestämd uppfattning i till exempel en medicinsk fråga bör normalt inte komma i fråga. I den mån det förekommer olika "skolor" inom ett fackområde är det lämpligt att dessa olika uppfattningar finns representerade i myndighetens arbete med den aktuella frågan."

6.2. Ett riktigt alternativ

6.2.1. Det torde vara mycket ovanligt att en myndighet vid val av experter enbart inkluderar vissa perspektiv och utelämnar andra, uppenbart relevanta kunskapsområden. Att överlåta åt enbart företrädare för "en skolbildning" att bedöma värde och prioritet hos behandlingar inom annan skolbildning, kan knappast utgöra en bedömning utifrån fullgod kompetens.

6.2.2. Ett rimligare alternativ vore istället att tillse att arbetsgrupper har en bred kompetens inom alla relevanta kunskapsområden (biomedicinskt, inläringsteoretiskt och psykodynamiskt) genom att använda de experter som finns inom dessa områden, t.ex. vid universiteten och inom de högre utbildningarna. I Danmark användes exempelvis olika expertgrupper (inriktade på farmakologisk resp. psykologiska behandlingar) för utarbetande riktlinjer inom dessa båda kunskapsområden. Det torde också vara regel inom övrigt riktlinjearbete, också hos Socialstyrelsen, att den samlade kompetensen är bred, adekvat och relevant.

6.3. Brist på saklighet

6.3.1. Som nämnts är en av de mer grundläggande principerna för svensk förvaltning att myndigheter och andra som fullgör offentlig förvaltning ska iaktta saklighet och opartiskhet i denna verksamhet. Kravet på saklighet riktar sig primärt till frågan om vilka faktorer som legat till grund för fattade beslut. Myndigheter har ett visst fritt skön i sin verksamhet men detta begränsas av de instruktioner myndigheten har att följa.⁷⁸

6.3.2. Av 4 § förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen framgår att Socialstyrelsen ska bidra till att hälso- och sjukvården bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.⁷⁹ Även Projektplanen kan här noteras, så till vida att syftet med projektet angavs vara att ge evidensbaserad vägledning. Socialstyrelsens prioriteringar

⁷⁷ Socialstyrelsen m.fl. myndigheter, "Hantering av jäv, intressekonflikter och övriga bindningar när externa experter och uppdragstagare anlitas", 2016, s. 2, Bilaga 23.

⁷⁸ Se Marcusson, Lena. *Offentlighetsprinciper*, Iustus Förlag AB, Uppsala, 2017, s. 101.

⁷⁹ Förordning (2015:284) med instruktion för Socialstyrelsen är [bilaga 43](#).

begränsas därmed bland annat av att myndigheten i sina bedömningar ska tillse att sjukvården bedrivs enligt vetenskap och beprövad erfarenhet.

"Syftet med projektet är att genom uppdaterade nationella riktlinjer ge evidensbaserad vägledning till vårdens beslutsfattare och profession så att dessa kan styra hälso- och sjukvården genom öppna och systematiska prioriteringar på ett sätt som resulterar i en god hälsa och vård för personer med depression och ångestsyndrom."⁸⁰

6.3.3. För att uppfylla kravet på saklighet i sitt beslutsfattande måste en myndighet tillse att den har ett korrekt beslutsunderlag och att myndigheten inte bortser från redovisade fakta. I praxis har myndigheter i sitt beslutsfattande ansetts brista i saklighet såväl när myndigheten ignorerat faktauppgifter som när myndigheten har underlåtit att skapa ett tillräckligt faktaunderlag.⁸¹

6.3.4. Det saknas vetenskapliga studier som ger saklig grund för Socialstyrelsens prioritering på flera områden i Riktlinjerna.

6.3.5. Som framgår av remissvaren, har många kritiker uppmärksammat en sned representation i Projektledningsgruppen (enbart företrädare för en biomedicinsk och inlärningsteoretisk skolbildning) som orsak till Riktlinjernas snäva perspektiv och brist på förankring i aktuell forskning. Resultatet, vilket påtalas av merparten av remissinstanserna, innebär missvisande riktlinjer där biomedicinska och inlärningsteoretiska metoder övervärderas medan psykodynamiska metoder undervärderas på ett sätt som saknar vetenskapligt stöd. Detta framgår i den övervägande delen av remissvaren samt i ett flertal debattartiklar⁸². Bl.a. anför professor emeritus i psykiatri, Marie Åsberg följande:

"Att däremot med hänvisning till forskning påstå att en psykologisk behandlingsmetod är generellt överlägsen andra, kan dessvärre bara jämföras med Ideologiproduktion och inte med vetenskap."

6.3.6. För behandling av depressions- och ångestproblematik finns idag ett flertal moderna riktlinjer (guidelines) publicerade i andra länder. Som flera forskare påpekat⁸³ överensstämmer dessa riktlinjer överlag väl. Dock avviker Riktlinjerna markant på en rad punkter, vilket är uppseendeväckande då alla moderna riktlinjer har att utgå från samma

⁸⁰ Socialstyrelsen, *Projektplan för Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom (revidering)*, den 22 juni 2015, s. 1, [Bilaga 25](#).

⁸¹ Se RÅ 1996 ref. 28 och RÅ 2004 not 131.

⁸² Se t.ex. Amundsen Nissen-Lie m.fl., *"Enfaldiga riktlinjer för behandling av depression"*, DN-debatt, 14 januari 2017, [Bilaga 5](#); Remissvar Holmberg m.fl., Institutionen för psykologi, Lunds universitet, 2017, [Bilaga 6](#) och Remissvar Åsberg, m.fl., 2017, [Bilaga 7](#).

⁸³ Ankarberg, *"Socialstyrelsen har fel om depression och ångest"*, Läkartidningen debatt, 27 januari 2017, [Bilaga 45](#).

mängd internationell forskning. Bl.a. beskriver Ankarberg⁸⁴ i en aktuell genomgång av riktlinjerna i andra länder:

"Som framgår av sammanställningen är fyra länder i huvudsak överens. Sverige avviker kraftigt. De som kommit till en annan slutsats än Socialstyrelsen har sammantaget högre kompetens på området. Den rimligaste förklaringen till skillnaden är att Socialstyrelsen har gjort en felaktig bedömning av forskningsläget. Alternativet är att de sinsemellan liknande slutsatser som dragits i fyra andra länders riktlinjer och av sjutton psykoterapiforskare är felaktiga, vilket är mindre troligt."

- 6.3.7. En annan förklaring till att Socialstyrelsens Riktlinjerna skiljer sig markant mot andra riktlinjer skulle kunna vara att Projektledningsgruppen valt att till stor del basera Riktlinjerna på äldre forskning i syfte att nå ett önskat resultat - en prioritering av KBT framför PDT.
- 6.3.8. Som beskrivits ovan är det ett unikt förfaringssätt att som Socialstyrelsen ge "carte blanche" för alla tänkbara terapiformer, i detta fall med prefixet KBT, utan att dessa på sedvanligt sätt prövats vetenskapligt. Även detta är ett exempel på osaklighet hos Riktlinjerna där förfaringssättet saknar vetenskapligt stöd. Riktlinjerna strider i denna delen inte bara mot lag, utan även mot Socialstyrelsens syfte med Riktlinjerna, d.v.s. att ge evidensbaserad vägledning.
- 6.3.9. Det kan noteras att enligt Riktlinjerna saknar metoden psykoedukation vetenskapligt stöd och skulle därför, i linje med övriga bedömningar, inte rekommenderas. För bedömning av metoden gjorde Projektledningsgruppen dock ett undantag, genom att man bortsåg från bristen på studier och istället beslutade att värdera metoden utifrån en webbenkät, ställd till ett 20-tal personer (en s.k. konsensusgrupp).⁸⁵ Trots att konsensus inte nåddes avseende metodens effekt och värde (1/3 av panelen angav att metoden inte gav remission, 1/3 av panelen angav att metoden kan ha negativa effekter) gav Projektledningsgruppen metoden en hög prioritet (prioritet 2 resp. 3).
- 6.3.10. Andra exempel där Riktlinjerna ger hög prioritet för metoder vilka saknar vetenskapligt stöd och evidens är ECT för barn och unga. Trots att evidens saknas ger Riktlinjerna metoden prioritet 1 för behandling av ungdomar med svår depression.
- 6.3.11. Att genom prioritering styra vården och dess resurser, med stor effekt för många utan saklig grund, oavsett om jäv förelegat eller ej, strider mot regeringsformen 1 kap 9 § och står även i strid mot 4 § förordning med instruktion för Socialstyrelsen. Socialstyrelsen har i sina bedömningar inte hållit sig inom ramen för det fria skön som förvaltningsmyndigheter har att beakta i sitt beslutsfattande.

⁸⁴ Ibid.

⁸⁵ Se bilagan till Riktlinjerna som heter Kunskapsunderlag, s. 312–324, 684–691, Bilaga 47.

6.4. Ett riktigt alternativ

- 6.4.1. Som anförts ovan och i rapporter från medverkande experter finns en rad exempel där vetenskapliga fakta har hanterats selektivt och tendentiöst och på ett osakligt sätt. Inkonsekvens i värdering och prioritering har även beskrivits. Ett rimligt alternativ skulle vara att samtliga behandlingsmetoder värderas på samma enhetliga sätt.
- 6.4.2. Socialstyrelsen anför följande på sin hemsida:⁸⁶

”Nu när den slutgiltiga versionen av de nationella riktlinjerna publicerats så fortsätter arbetet med rekommendationerna. Detta för att de nationella riktlinjerna även framöver ska stämma överens med vetenskap och beprövad erfarenhet. Ett exempel på när det kan vara läge att på nytt se över en rekommendation är när det publicerats vetenskapliga studier eller systematiska översikter som bedöms kunna påverka kunskapsunderlaget för frågeställningen. Denna slags översyn sker i samråd med experter i ämnesområdet och upprepas ungefär en gång om året.”

Detta kan tolkas som att Socialstyrelsen är medveten om att Riktlinjerna – i strid med sitt syfte – gör prioriteringar som inte är evidensbaserade.

- 6.4.3. Klagandena anser att Socialstyrelsen rimligen borde ha sett över Riktlinjerna redan efter den omfattande kritik mot Riktlinjerna som ett stort antal mycket välrenommerade vetenskapsmän framfört i remissvar och media och som sammanfattningsvis för fram att Riktlinjerna inte stämmer överens med vetenskap och beprövad vetenskap.

7. Patientlagen har åsidosatts

- 7.1. I januari 2015 tillkom den nya patientlagen i syfte att stärka patientens rättigheter och möjlighet att själv välja behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet. I kap. 7 (Val av behandlingsalternativ och hjälpmedel) § 1 står följande:

”När det finns flera behandlingsalternativ som står i överensstämmelse med vetenskap och beprövad erfarenhet ska patienten få möjlighet att välja det alternativ som han eller hon föredrar. Patienten ska få den valda behandlingen, om det med hänsyn till den aktuella sjukdomen eller skadan och till kostnaderna för behandlingen framstår som befogat.”

- 7.2. Riktlinjerna begränsar i väsentlig grad patienters valmöjligheter i Sverige trots patientlagens bestämmelser. Riktlinjerna anger i huvudsak att enbart en enda psykoterapimetod (KBT) ska prioriteras i sjukvården, trots avsaknad av vetenskapligt

⁸⁶ Socialstyrelsen, *Reviderade nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom, frågor och svar*, Bilaga 15.

stöd för denna begränsning. Denna snävhet i tillgänglig vård vid depression och ångestproblematik är unik för Sverige, vilket framgår av en jämförelse med t.ex. finländsk lagstiftning,⁸⁷ där det sedan 2011 är lagfäst att sjukvården är skyldig att erbjuda patienter möjlighet att välja mellan olika etablerade psykoterapimetoder (KBT, PDT, IPT, m.fl.).

- 7.3. Flera remissinstanser har reagerat mot att sjukvårdens behandling vid depression och ångestsyndrom, enligt Riktlinjerna, bör ske i huvudsak genom biologiska behandlingsmetoder, som psykofarmaka och ECT, samt med enbart en typ av psykoterapi, KBT. Även från forskarhåll betonas vikten av valfrihet i behandling:⁸⁸

”Det är helt i linje med vad som kan anses vara evidensbaserat från ett vetenskapligt perspektiv att erbjuda patienter att välja mellan olika behandlingsalternativ vid olika tidpunkter i dessa ofta långvariga tillstånd. Det är det tydligaste resultatet av den ackumulerade kunskapen om psykologisk behandling vid depression och ångest. Ett kliniskt arbete med en sådan profil skulle också motsvara patentlagens krav på valfrihet. Det får också stöd i det faktum att i länder där valfrihet finns och där även längre behandlingar ingår i utbudet, som i till exempel Tyskland och Finland, tycks sjukskrivningstalen minska⁸⁹. Det gör de inte i länder som rekommenderar ett begränsat utbud av psykologiska behandlingsmetoder, som till exempel England och Svergie.”

- 7.4. På sin hemsida har Socialstyrelsen anförat följande:

”Enligt patentlagen har varje enskild patient rätt att i samråd med behandlande läkare välja mellan de olika behandlingar som har stöd i vetenskap och beprövad erfarenhet. Riktlinjerna är rekommendationer på gruppnivå som ett stöd för dem som fattar beslut om hur sjukvårdens begränsade resurser ska fördelas och tar inte ställning till enskilda individers vårdbehov. I det enskilda fallet är det däremot alltid behandlande vårdpersonal som har ansvaret för att tillsammans med patienten göra en bedömning av patientens behov och i samråd med patienten komma fram till den behandling som patienten föredrar inom ramen för vetenskap och beprövad erfarenhet.

Men det stämmer att eftersom vissa behandlingar ges högre prioritet än andra, så leder det rimligtvis till ett ökat fokus och mer resurser till dessa behandlingar på bekostnad av andra. Det fråntar däremot inte vårdgivaren skyldigheten att kunna erbjuda, inom eller utanför aktuell region, hela utbudet av behandlingar som har stöd i vetenskap och beprövad erfarenhet.”⁹⁰

⁸⁷ Finlands regeringsproposition, RP 68/2010, Bilaga 46.

⁸⁸ Remissvar Åsberg m.fl., Bilaga 8.

⁸⁹ Remissvar Åsberg m.fl., 2017, Bilaga 8.

⁹⁰ Socialstyrelsen, Reviderade nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom frågor och svar, Bilaga 15.

Som ovan anförts under avsnitt VI 5. har Riktlinjerna i praktiken omfattande och styrande effekter. Vad Socialstyrelsen skriver på sin hemsida om att vårdgivaren fortfarande har en skyldighet att erbjuda hela utbudet av behandlingar medför därför inte i detta fall att syftet med patientlagen uppfylls.

8. Grund för yrkandet om inhibition

- 8.1. Som redan anförts har Riktlinjerna en både konkret och snabb effekt vid planering av den vård som staten och landstingen prioriterar och ger ekonomiska bidrag till. I Socialstyrelsens riktlinjearbete har framkommit en påfallande brist på relevant kompetens och kompetensbredd, liksom ett omfattande inflytande av jäv och särintressen. Behandlingsmetoder utan vetenskapligt stöd har skattats högt i Riktlinjerna medan andra metoder, med starkt vetenskapligt stöd, har skattats lågt. Det vore stor skada för vården och för patienter om Riktlinjerna, med denna utgångspunkt, fick fortsätta att verka och styra möjligheter till behandling vid depression och ångest.
- 8.2. Riktlinjerna ger en snabb effekt för både patienter och de vårdgivare som berörs. Dess konsekvenser är stora och omfattande. De har likaså stor inverkan under lång tid. Det är därför av stor vikt att Riktlinjerna inte ska gälla under den tid som domstolen prövar fallet. Det torde också vara svårt att i ett senare läge återuppta behandlingar och behandlingsmetoder liksom hela verksamheter om resurser skulle ha omfördelats åt annat håll under en period.
- 8.3. Som framgått ovan talar omständigheterna i målet för att Riktlinjerna kommer att upphävas. Med hänsyn till sannolikheten för att Riktlinjerna kommer att upphävas och de ingripande konsekvenser som gällande Riktlinjer kan leda till bör domstolen besluta om inhibition av Riktlinjerna fram till det att saken är avgjord. De motstående intressen som talar för ett omedelbart ikraftträdande är inte lika angelägna som klagandes intressen.

VII BEVISNING OCH MÅLETS HANDLÄGGNING

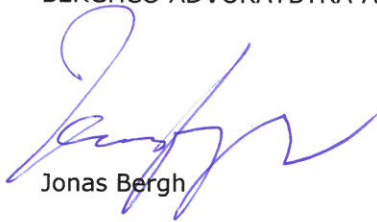
Klagandena åberopar alla bilagor till denna skrift som skriftlig bevisning och begär anstånd med att senast den 1 februari 2018 inkomma med uppgift om vad som ska styrkas med varje bevis.

Klagandena reserverar sig för att senare åberopa ny skriftlig bevisning samt muntlig bevisning.

Klagandena reserverar sig för att de senare kan komma att begära muntlig förhandling.

Stockholm som ovan

BERGHCO ADVOKATBYRÅ AB



Jonas Bergh



Catherine Innergård