SBU KOMMENTERAR
PUBLIKATION NR: 2021_02
PUBLICERAD: 19 AUGUSTI 2021
NEDLADDAD: 13 AUGUSTI 2025

Effekter av tolvstegsbehandling och korta insatser för att understödja deltagande i AA vid alkoholberoende

Innehåll

Inledning 3
Bakgrund 3
Faktaruta 1 AA och tolvstegsprogram. 4
Innehållsdeklaration 4
Kommenterad rapport 5
SBU:s sammanfattning 5
Faktaruta 2 Insatser och utfallsmått. 5
SBU:s kommentarer 6
Sammanfattning av originalrapporten 6
Om studierna i originalrapporten 6
Resultat 7
Faktaruta 3 Tillförlitlighet enligt GRADE. 8
Originalrapportens slutsatser 9
Behov av framtida forskning enligt originalrapporten 9
SBU:s granskning av originalrapporten 10
Faktaruta 4 ROBIS. 10
Lästips 11
Referenser 12
Projektgrupp, externa granskare 12
Sakkunnig 12
SBU 13
Granskare 13
Bindningar och jäv 13

Observera att det är möjligt att ladda ner hela eller delar av en publikation. Denna pdf/utskrift behöver därför inte vara komplett. Hela publikationen och den senaste versionen hittar ni på www.sbu.se/2021_02

Inledning

Här sammanfattar och kommenterar SBU en systematisk översikt som jämfört effekter av tolvstegsbehandling och insatser för att understödja deltagande i Anonyma Alkoholister (AA) med andra behandlingsmetoder vid alkoholproblem[1].

[1.] Den systematiska översikten har titeln ”Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder”. För att undvika sammanblandning mellan de studerade insatserna och självhjälpsrörelsen AA används i den här SBU-kommentaren det sammanfattande begreppet *tolvstegsbehandling och insatser för att understödja deltagande i AA*.

Bakgrund

Skadligt bruk och beroende av alkohol är upphov till betydande sjukdomsbörda, funktionshinder och tidig död, särskilt i medel- och höginkomstländer [1]. Globalt dör omkring 3,3 miljoner människor varje år av alkoholrelaterade orsaker, vilket är ungefär tio gånger fler än dödligheten för alla illegala droger sammantaget. De ekonomiska konsekvenserna av alkoholmissbruk är mycket stora och inkluderar förlorad produktivitet, kriminalitet och ökat vårdutnyttjande [2]. I Sverige har kostnaderna beräknats till 103 miljarder kronor per år, varav vård och behandlingskostnader uppskattas till drygt 15 miljarder kronor [3].

För att möta problem till följd av skadligt bruk och beroende av alkohol har ett brett och varierat utbud av professionella behandlingsinsatser utvecklats. Därutöver finns ett antal frivilligorganisationer som utan ersättning erbjuder stöd för att förhindra återfall och stärka återhämtning. Den äldsta och internationellt överlägset största av dessa organisationer är Anonyma Alkoholister (Faktaruta 1).

Faktaruta 1 AA och tolvstegsprogram.

Anonyma alkoholister (AA) är en ideell, opolitisk och ekonomiskt oberoende internationell självhjälpsorganisation av alkoholister som hjälper varandra att bli och förbli nyktra. Det enda villkoret för medlemskap i AA är en önskan att sluta dricka.

AA startades i USA 1935, idag finns organisationen representerad i 180 länder. I Sverige startade den första AA-gruppen 1956 och idag finns cirka 470 grupper i landet. AA har inga inträdes- eller medlemsavgifter och tar inte emot ekonomiska bidrag utifrån. Verksamheten drivs genom frivilliga insatser och bidrag från medlemmarna. AA definierar sig själva som ”en gemenskap av män och kvinnor som delar erfarenheter, förhoppningar och styrkor med varandra för att söka lösa sitt gemensamma problem och hjälpa andra att tillfriskna från alkoholism” (www.aa.se/om-aa). Man använder ett program i tolv steg för att åstadkomma psykologisk, emotionell och andlig förändring för att underlätta anpassningen till en nykter livsstil. AA har en tydlig ”andlig” dimension som vissa medlemmar uppfattar som central i tolvstegsprogrammet. Andligheten anses associerad med ett altruistiskt beteende som kan främja återhämtning [4]. För många AA-medlemmar har den andliga dimensionen dock liten betydelse [5] [6]. Tidigare studier har visat att deltagande i AA-grupper är kopplat till en rad positiva utfall för personer med skadligt bruk eller beroende av alkohol [7].

Tolvstegsmodellen används även i professionell behandling och introducerades genom den så kallade Minnesotamodellen under 1950-talet i USA. Till Sverige kom modellen 1984 och medförde en kraftig ökning av AA-grupper i landet. All tolvstegsbehandling använder AA:s erfarenhetsbaserade ”12 steg för tillfrisknande” och förespråkar deltagande i AA under och efter avslutad behandling. AA som organisation är dock helt fristående från professionell behandling. Behandling enligt tolvstegsmodellen sker vanligtvis i grupp, antingen på behandlingshem eller inom öppenvård och varierar i omfattning och intensitet. I den kommenterade systematiska översikten ingår både tolvstegsinsatser med en eller ett fåtal korta hänvisande insatser för att motivera till deltagande i AA:s självhjälpsgrupper och strukturerade behandlingsprogram under flera månader. Såväl de korta insatserna som de längre behandlingsprogrammen kan genomföras med eller utan stöd av en manual. Professionella tolvstegsinsatser leds oftast av alkohol- och drogbehandlare som har egna erfarenheter av beroendeproblem och tolvstegsprogrammet.

Innehållsdeklaration

Denna publikation innehåller:

- en sammanfattning av en annan aktörs systematiska översikt

Tagit fram ett vetenskapligt underlag tillsammans med en extern sakkunnig:

- Granskat om det finns metodbrister som skulle kunna påverka resultaten och risk för snedvridning
- Bedömt i vilken utsträckning resultaten av översikten är relevanta för svensk hälso- och sjukvård och socialtjänsten

Följande personer har granskat och bedömt rapporten och dess resultat:

- Externa sakkunniga
- SBU:s kvalitetssäkringsgrupp

Kommenterad rapport

Kelly JF, Humphreys K, Ferri M. Alcoholics Anonymous and other 12-step programs for alcohol use disorder. Cochrane Database Syst Rev. 2020;3(3):Cd012880. Available from: https://doi.org/10.1002/14651858.CD012880.pub2.

Publicerad: 2020-03-11
Senaste sökning: 2019-08-02

SBU:s sammanfattning

Enligt den systematiska översikten har tolvstegsbehandling lika god, och i vissa avseenden något bättre effekt än andra vanliga behandlingar vid skadligt alkoholbruk, såsom kognitiv beteendeterapi (KBT) och motivationshöjande behandling (MET). För utfallsmåttet kontinuerlig nykterhet visade manualbaserade insatser enligt tolvstegsmodellen bättre effekt än andra behandlingsinsatser upp till 36 månader efter behandlingen. För andra utfallsmått, som andel nyktra dagar och alkoholrelaterade konsekvenser, visade tolvstegsbehandling likvärdiga resultat som jämförelseinsatserna (Faktaruta 2). Fyra studier undersökte kostnadsbesparingar för hälso- och sjukvården. Resultaten indikerar att tolvstegsprogram förmodligen leder till större ekonomiska besparingar än andra behandlingsinsatser.

Faktaruta 2 Insatser och utfallsmått.

Manualbaserade insatser baseras på ett standardiserat innehåll för att säkerställa att samma insats levereras över tid och på olika platser där den genomförs. Detta säkerställer att insatsen kan replikeras, vilket är en nyckelfaktor för att bekräfta resultat från olika studier av samma insats.

I den systematiska översikten jämfördes olika varianter av tolvstegsinsatser med andra teoretiskt distinkta kliniska insatser som motivationshöjande behandling (MET) och kognitiv beteende terapi (KBT). Även Treatment as usual (TAU), som på svenska brukar översättas med sedvanlig behandling, var en jämförelseinsats. TAU innefattade här en rad olika psykosociala insatser. I några studier jämfördes tolvstegsinsatser även med en kontrollgrupp som bestod av personer som väntade på behandling.

Fysiska, sociala och psykologiska konsekvenser av alkoholkonsumtionen mättes i den systematiska översikten med olika självskattningsformulär, exempelvis Drinker Inventory of Consequences (DRINC) och Short Inventory of Problems (SIP). Graden av alkoholproblem mättes med Addiction Severity Index (ASI) som är en bedömningsmetod i intervjuform som kartlägger den enskildes situation och problem med utgångspunkt i personens egna skattningar.

SBU:s kommentarer

- Rapporten har som mål att beskriva det vetenskapliga underlaget för ”Alcoholics Anonymous and other twelve-step programs for alcohol use disorder”, en titel som är missvisande. Det är nämligen inte självhjälpsgrupper i AA:s regi som utvärderats i de ingående studierna, utan tolvstegsprogram ledda av professionella. Dessa program har som del av sin målsättning att engagera deltagarna i AA, men studierna har alltså inte handlat om att direkt jämföra AA:s självhjälpsgrupper med annan behandling.
- En svaghet i det vetenskapliga underlaget är att tolvstegsinsatser genomförts på en rad olika sätt i de ingående studierna. Bland annat varierar insatsernas inriktning, från strukturerad behandling med olika grad av manualstöd till begränsad rådgivning. Följaktligen varierar också omfattningen från enstaka, korta sessioner till ett stort antal längre träffar under flera månaders tid. Översikten nämner detta men diskuterar det inte närmare. Med undantag av manualiseringsgrad är det oklart om författarna tagit hänsyn till dessa olikheter i analyserna, trots att det naturligtvis har stor betydelse för vilken typ av intervention som kan vara aktuell att rekommendera kliniskt. Författarna konstaterar endast att det generellt finns starkare vetenskapligt stöd för manualbaserade tolvstegsprogram än icke manualbaserade varianter.
- Nästan samtliga studier som inkluderats i meta-analyser kommer från USA, där både AA-rörelsen och tolvstegsbehandling har sitt ursprung. Under rubriken ”Implications for research” tar författarna upp att fler studier från andra länder behövs för att avgöra om översiktens resultat kan generaliseras internationellt. Samtidigt saknas av oklara skäl en relevant nordisk studie, som över huvud taget inte nämns i rapporten[2]. Om denna studie inkluderats skulle flera av slutsatserna i översikten ha stärkts, och generaliserbarheten förbättrats.
- Man har konsekvent bedömt risken för rapporteringsbias som låg trots att många ingående studier inte varit preregistrerade med tillgängligt studieprotokoll. Detta strider mot Cochranes egna riktlinjer, som menar att sådana studier har hög eller oklar risk för rapporteringsbias.

2. Studien av Keso och Salaspuro finns med under rubriken Lästips.

Sammanfattning av originalrapporten

Om studierna i originalrapporten

Den systematiska översikten inkluderade 27 studier med totalt 10 565 deltagare. Alla studier utom en jämförde tolvstegsinsatser med andra behandlingsmetoder som MET eller KBT, olika varianter på tolvstegsbehandling eller TAU[3]. Av de 27 studierna var 16 RCT-studier, fem kvasi-RCT[4] och fem var icke-randomiserade.
Av de 27 studierna var 25 gjorda i USA, en i Storbritannien och en i Norge. Studiedeltagarna var män och kvinnor över 18 år med diagnostiserat skadligt bruk eller alkoholberoende, som frivilligt sökt vård. Medelåldern varierade från drygt 34 till 51 år och andelen kvinnor i studierna varierade från 0 till 49 procent.

3. Se Faktaruta 2.
4. Istället för att fördela deltagarna slumpmässigt till parallella insatser användes en design där block av deltagare fördelades slumpmässigt i sekvenser, först till en insats och därefter till nästa.

Fyra primära utfallsmått studerades:

1. Nykterhet – mätt som andel deltagare med varaktig nykterhet, längsta nyktra period och andel nyktra dagar.
2. Intensitet i drickandet – mätt som antal drinkar per konsumtionsdag, andel högkonsumtionsdagar och konsumerad alkohol omvandlad till gram ren alkohol.
3. Alkoholrelaterade konsekvenser mättes med standardiserade självskattningsformulär och omfattade fysiska, sociala och psykologiska konsekvenser.
4. Graden av alkoholproblem mättes med Addiction Severity Index (ASI).

Utfallsmåtten följdes upp vid olika tidpunkter, tidigast vid behandlingsavslut och som längst fem år efter avslutad behandling.

Resultat

Den systematiska översikten innehåller ett stort antal utfallsmått där jämförelserna kategoriserats efter studiedesign, manualtrohet och insatsernas teoretiska grund. Här presenteras resultat från ett urval primära utfall där *manualbaserade* tolvstegsinsatser jämförts med andra insatser som KBT och MET.

- Tolv månader efter behandlingen var 41,8 procent av deltagarna som fått tolvstegsinsatser fortfarande **nyktra**. Bland de som fått andra insatser var motsvarande andel 34,5 procent. Riskskillnad (RR) 1,21 (95 % KI, 1,03 till 1,42). Underlaget baserades på två RCT-studier (n=1936). Tillförlitligheten till det vetenskapliga underlaget bedömdes av översiktens författare som hög (Faktaruta 3). Effekten kvarstod vid uppföljning efter både 24 och 36 månader.
- För utfallsmåttet **intensitet i drickandet** kan tolvstegsinsatser ge likvärdig effekt som jämförelseinsatserna. Tolv månader efter behandlingen drack deltagarna i tolvstegsgruppen i genomsnitt 0,17 färre

drinkar per konsumtionsdag (drinks per drinking day, DDD) än de som fått andra insatser, MD –0,17 (95 % KI, –1,11 till 0,77). En studie (n=1516), måttlig tillförlitlighet.

- För utfallsmåttet **alkoholrelaterade konsekvenser** gav tolvstegsinsatser troligen likvärdig effekt som jämförelseinsatserna 12 månader efter behandlingen, MD –2,88 (95 % KI –6,81 till 1,04). Underlaget baserades på tre studier (n=1762) och bedömdes ha måttlig tillförlitlighet.

Faktaruta 3 Tillförlitlighet enligt GRADE.

En systematisk översikt väger samman resultat från olika studier till exempel i en metaanalys. Sammanvägningen görs separat för varje utfall som utvärderas. Det sista steget i arbetet med den systematiska översikten är att bedöma hur tillförlitliga de sammanvägda resultaten är. SBU använder det internationellt utarbetade GRADE-systemet (http://www.gradeworkinggroup.org) som ett stöd i bedömningarna. En viktig aspekt av GRADE är att alla bedömningar ska motiveras så att det är möjligt för läsaren att granska dem och göra sin egen värdering av tillförlitligheten.

Bedömningen av det sammanvägda resultatet med GRADE görs utifrån fem olika aspekter:

- sammanvägd risk för bias (snedvridning) för resultaten från de ingående studierna
- hur mycket resultaten i studierna motsäger varandra (bristande samstämmighet; engelska: *inconsistency*)
- i vilken utsträckning som förhållandena i de ingående studierna skiljer sig från översiktens inklusionskriterier (bristande överförbarhet; engelska: *indirectness*)
- hur stor den statistiska osäkerheten är i det sammanvägda resultatet (bristande precision; engelska: *imprecision*) samt
- hur stor risken är för snedvriden publicering av studier och resultat (engelska: *publication bias*).

När det vetenskapliga underlaget består av studier som inte är randomiserade tas även hänsyn till storleken på resultatet, eventuellt samband mellan dos och respons samt om tänkbara snedvridande faktorer (engelska: *confounders*) kan förväntas missgynna en intervention.

För en mer detaljerad beskrivning av GRADE hänvisas till Metodboken, www.sbu.se/metodbok.

Tillförlitligheten klassificeras i fyra nivåer:

(⊕⊕⊕⊕) Det sammanvägda resultatet har hög tillförlitlighet

(⊕⊕⊕○) Det sammanvägda resultatet har måttlig tillförlitlighet

(⊕⊕○○) Det sammanvägda resultatet har låg tillförlitlighet

(⊕○○○) Det sammanvägda resultatet har mycket låg tillförlitlighet (Det innebär att det inte går att bedöma om resultatet stämmer)

När det saknas studier som uppfyller inklusionskriterierna anges ”studier saknas”, utan klassificering.

En måttlig tillförlitlighet kan tolkas som att det är troligt att resultatet stämmer medan en låg tillförlitlighet kan tolkas som att det är möjligt att resultatet stämmer. I båda fallen är resultaten osäkra och tolkningen är att det i de flesta fall behövs mera forskning.

När tolvstegsbehandling *utan manualstöd* jämfördes med andra behandlingsalternativ, exempelvis KBT, visade resultaten att:

- Andelen studiedeltagare med varaktig nykterhet var likvärdig i båda grupperna vid uppföljning efter tre till nio månader, RR 1,71 (95 % KI, 0,70 till 4,18) (låg tillförlitlighet).
- Även för utfallsmåttet andel nyktra dagar verkar tolvstegsinsatser utan manualstöd ge likvärdig effekt som jämförelseinsatserna, MD 3,00 (95 % KI, 0,31 till 5,69) (låg tillförlitlighet).

När de olika typerna av tolvstegsinsatser jämfördes sinsemellan visade det sig att de som aktivt motiverade till AA-deltagande, länkade till AA-grupper och även följde upp deltagandet, ledde till något bättre utfall beträffande varaktig nykterhet 12 månader efter behandlingen jämfört med dem som enbart förmedlade information om AA, RR 1,15 (95 % KI, 1,02 till 1,29). Underlaget baserades på en RCT-studie (n=382) (måttlig tillförlitlighet). Även för utfallet grad av alkoholproblem mätt med Addiction Severity Index visade två RCT-studier med totalt 420 studiedeltagare något bättre utfall för tolvstegsbehandling som aktivt motiverade AA-deltagande (måttlig tillförlitlighet).

Originalrapportens slutsatser

Enligt författarna leder kliniskt levererad tolvstegsbehandling som syftar till att öka AA-deltagandet vanligtvis till bättre resultat än andra vanliga behandlingsmetoder som KBT och MET när det gäller varaktig nykterhet upp till 36 månader efter avslutad behandling. Effekten uppnås till stor del genom att främja ökat AA-deltagande under och efter avslutad tolvstegsbehandling. Tolvstegsprogram, både med och utan manualstöd, kan vara minst lika effektiva som andra behandlingar för en rad alkoholrelaterade utfallsmått, utöver nykterhet. Tolvstegsprogram leder förmodligen till betydande kostnadsbesparingar jämfört med andra behandlingsinsatser.

Behov av framtida forskning enligt originalrapporten

Ingen av studierna i översikten rapporterade resultat om livskvalitet, funktionsförmåga eller psykologiskt välbefinnande. Intresset för- och betydelsen av- den här typen av utfallsmått ökar och nya studier bör samla in data för dessa centrala utfall.

Merparten av studierna i den systematiska översikten utfördes i USA. Det behövs enligt författarna mer forskning från andra länder för att kunna avgöra om resultaten skiljer sig åt i andra länder.

SBU:s granskning av originalrapporten

Vid SBU:s genomgång av originalrapporten användes en granskningsmall för systematiska översikter som kallas ROBIS (Faktaruta 4). SBU:s bedömning av översikten är att den uppfyller definierade kvalitetskrav för en systematisk översikt, såsom redovisad litteratursökning, granskning av litteratur, dataextraktion, sammanvägning av resultat och evidensgradering. En relevant nordisk studie saknas dock av oklara skäl i den systematiska översikten och man har konsekvent bedömt risken för rapporteringsbias som låg, trots att många ingående studier inte varit preregistrerade med tillgängligt studieprotokoll.

Faktaruta 4 ROBIS.

SBU använder en mall för granskning av systematiska översikter som kallas ROBIS (Risk of bias in systematic reviews) som utvecklats av Cochrane Collaboration [8]. Risk of bias brukar på svenska översättas till risk för snedvridning. Formuläret tar upp fyra riskområden inom vilka snedvridning av resultaten kan uppstå: kriterier för val av studier, identifiering och val av studier, datainsamling och bedömning av studierna och de ingående utfallens risk för bias samt analys och slutsatser. Den sammantagna risken för bias bedöms som "låg", "hög" eller "oklar risk".

Översiktens författare har genomfört en gradering av resultatens evidensstyrka enligt GRADE. För tre utfallsmått kopplade till manualbaserade tolvstegsinsatser bedömer SBU att författarnas evidensgradering är överskattad. Utfallsmåttet varaktig nykterhet bör enligt SBU:s perspektiv nedgraderas till måttlig tillförlitlighet eftersom det enbart bygger på studier från USA med oklar överförbarhet till andra länder. Utfallsmåttet intensitet i drickandet (drinks per drinking day, DDD) bör nedgraderas till låg tillförlitlighet eftersom det baseras på en studie med brett konfidensintervall. Utfallsmåttet alkoholrelaterade konsekvenser bör även det nedgraderas till låg tillförlitlighet på grund av brett konfidensintervall.

Till svagheterna i den granskade rapporten hör:

- Att ingen tydlig åtskillnad gjorts mellan behandling och korta hänvisande insatser
- Att distinktionen mellan tolvstegsbehandling och AA:s självhjälpsgrupper är oklar
- Att Cochranes kvalitetskrav delvis frångåtts beträffande rapporteringsbias i de studier som inkluderats i översikten
- Att en viktig studie som genomförts utanför USA saknas.

Till rapportens styrkor hör:

- Att betydligt fler studier inkluderats jämfört med Cochranes tidigare systematiska översikt om tolvstegsbehandling [4]
- Att även korta hänvisande insatser studerats
- Att analyserna inkluderar jämförelser mot behandlingsprogram med annan teoretisk grund än tolvstegsmodellen och kompletterats med jämförelser mellan insatser med och utan manualstöd.

Lästips

Keso L, Salaspuro M. Inpatient treatment of employed alcoholics: a randomized clinical trial on Hazelden-type and traditional treatment. Alcohol Clin Exp Res. 1990;14(4):584-9. Available from: https://doi.org/10.1111/j.1530-0277.1990.tb01206.x.

Bodin M. The Minnesota model treatment for substance dependence: program evaluation in a Swedish setting. Stockholm: Karolinska Institutet; 2006. Available from: https://openarchive.ki.se/xmlui/bitstream/handle/10616/39929/thesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Referenser

1. Stahre M, Roeber J, Kanny D, Brewer RD, Zhang X. Contribution of excessive alcohol consumption to deaths and years of potential life lost in the United States. Prev Chronic Dis. 2014;11:E109. Available from: https://doi.org/10.5888/pcd11.130293.
2. Sacks JJ, Gonzales KR, Bouchery EE, Tomedi LE, Brewer RD. 2010 National and State Costs of Excessive Alcohol Consumption. Am J Prev Med. 2015;49(5):e73-e9. Available from: https://doi.org/10.1016/j.amepre.2015.05.031.
3. AB RMC. Alkoholens samhällsekonomiska konsekvenser – en beskrivande samhällsekonomisk studie. Stockholm: Systembolaget; 2019. [accessed Jun 30 2021]. Available from: https://www.omsystembolaget.se/globalassets/pdf/alkoholproblematik/ramboll---resultatrapport----alkoholens-samhallskonsekvenser---uppdaterad-oktober-2020.pdf.
4. Ferri M, Amato L, Davoli M. Alcoholics Anonymous and other 12-step programmes for alcohol dependence. Cochrane Database Syst Rev. 2006(3):Cd005032. Available from: https://doi.org/10.1002/14651858.CD005032.pub2.
5. Zemore SE, Kaskutas LA, Ammon LN. In 12-step groups, helping helps the helper. Addiction. 2004;99(8):1015-23. Available from: https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00782.x.
6. Sverige AA. Servicehandbok för AA Sverige: The AA Grapevine; 2018. [accessed Jun 30 2021]. Available from: https://www.aa.se/sites/default/files/filarkiv/pdf/Servicehandboken/servicehandbok2018/servicehandbok_aa_sverige_2018_m.pdf.
7. Humphreys K, Wing S, McCarty D, Chappel J, Gallant L, Haberle B, et al. Self-help organizations for alcohol and drug problems: toward evidence-based practice and policy. J Subst Abuse Treat. 2004;26(3):151-8; discussion 9-65. Available from: https://doi.org/10.1016/s0740-5472(03)00212-5.
8. Whiting P, Savović J, Higgins JP, Caldwell DM, Reeves BC, Shea B, et al. ROBIS: A new tool to assess risk of bias in systematic reviews was developed. J Clin Epidemiol. 2016;69:225-34. Available from: https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2015.06.005.

Projektgrupp, externa granskare

Sakkunnig

Joar Guterstam, Leg läkare, specialist i psykiatri och beroendemedicin, medicine doktor, Karolinska Institutet, Stockholm

SBU

- Nils Stenström, projektledare
- Filip Gedin, hälsoekonom
- Irini Åberg, projektadministratör

Granskare

Arne Gerdner, Professor i socialt arbete, Hälsohögskolan, Jönköping

Bindningar och jäv

Sakkunniga och granskare har i enlighet med SBU:s krav inlämnat deklaration rörande bindningar och jäv. Dessa dokument finns tillgängliga på SBU:s kansli. SBU har bedömt att de förhållanden som redovisas där är förenliga med kraven på saklighet och opartiskhet.