



Bilaga till rapport

1 (28)

SBU Utvärderar: Multimodala och interdisciplinära behandlingar vid långvarig smärta, rapport nr 341 (2021)

Appendix 8. Multimodal and interdisciplinary treatments for fibromyalgia

Multimodala och interdisciplinära behandlingar vid fibromyalgi

Innehåll

1. Inledning	3
1.1 Tillvägagångssätt	3
1.1.1 Multimodala och interdisciplinära behandlingar och kontrollinterventioner	3
1.1.2 Analys av effekter	3
1.2 Sammanfattning av resultaten	5
1.2.1 Resultaten för samtliga utfallsgrupper i kombination	5
1.2.2 Resultaten för enskilda utfallsgrupper	6
1.3 Beskrivning av de studier som ingår i översikten	6
1.3.1 Studiedeltagare	6
1.3.2 Vårdkontext	6
1.3.3 Interventioner	7
1.3.4 Jämförelsealternativ	7
1.3.5 Uppföljningslängd	8
1.3.6 Risk för bias	8
1.3.7 Den sammantagna behandlingseffekten	11
1.3.8 Effekter inom domänen hälsorelaterad livskvalitet	14
1.3.9 Effekter inom ICF-domänen kroppsfunktioner	16
1.3.10 Effekter inom ICF-domänen aktiviteter och delaktighet	18
1.3.11 Effekter inom ICF-domänen omgivningsfaktorer	20
1.3.12 Effekter inom ICF-domänen personliga faktorer	21
1.3.13 Effekter på smärta	23
1.3.14 Sammanfattande resultattabeller	26
2. Referenser	28

1. Inledning

Resultaten för effekter av multimodala och interdisciplinära behandlingar vid fibromyalgi är hämtade från rapporten SBU Utvärderar multimodala och interdisciplinära behandlingar vid långvarig smärta [1]. Här sårredovisar vi resultaten för den delgrupp med sex studier som undersökt multimodala och interdisciplinära behandlingar, och som jämfört dem med kontrollinterventioner hos personer med fibromyalgi. Vi inleder kapitlet med en kort beskrivning av tillvägagångssättet för översikten, men för fullständig metodbeskrivning hänvisar vi till rapporten SBU Utvärderar multimodala och interdisciplinära behandlingar vid långvarig smärta, Kapitel 3.

1.1 Tillvägagångssätt

1.1.1 Multimodala och interdisciplinära behandlingar och kontrollinterventioner

För att kalla en intervention multimodal och interdisciplinär ställde vi kraven att den skulle bestå av samordnade rehabiliteringsinsatser baserade på ett biopsykosocialt förhållningssätt och att

- interventionen som helhet levererades av ett team som innehöll minst två olika kliniska professioner
- interventionen som helhet innehöll minst en insats för fysiska aspekter och en för psykologiska aspekter, sociala aspekter eller båda på smärttillståndet.

Jämförelsebetingelsen, *kontrollinterventioner*, är alla insatser som inte nådde upp till de krav vi ställde på en multimodal och interdisciplinär behandling. Det betyder att de finns en stor variation mellan jämförelsegrupperna i olika studier, från sedvanlig vård till mer omfattande insatser.

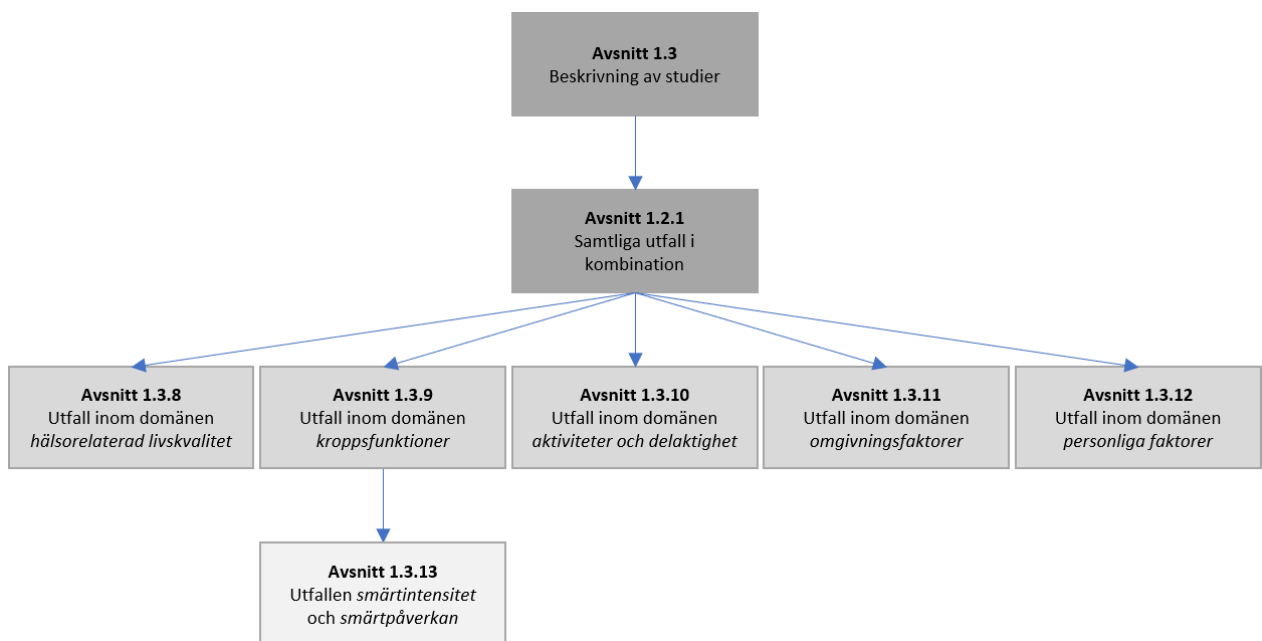
1.1.2 Analys av effekter

Vi har haft den totala effekten av insatsen som utgångspunkt för analysen. Av den anledningen har vi, istället för att undersöka olika utfall separat, sammanställt den sammantagna bilden av resultaten från de studier som ingår i analysen. Vi delade in resultaten i de som visade effekter till fördel för den multimodala och interdisciplinära

behandlingen, de som inte kunde säkerställa någon skillnad och de som visade effekter till nackdel för den multimodala och interdisciplinära behandlingen. För att räkna ett resultat som en skillnad ställde vi krav på en statistiskt signifikant skillnad mellan den multimodala och interdisciplinära behandlingen och kontrollinterventionen med $p < 0,05$.

Resultatredovisningen är indelad i olika avsnitt: Först redovisar vi den sammantagna behandlingseffekten i studierna, givet samtliga utfall. Därefter har vi delat in de undersökta utfallen i mått på *hälsorelaterad livskvalitet* och i ICF-komponenterna *kroppsfunktioner*, *aktiviteter och delaktighet*, *omgivningsfaktorer* och *personliga faktorer* för att kunna visa behandlingseffekterna inom olika domäner separat. Till sist visar vi effekten på utfallet smärta för sig, se Figur 1.1.

Figur 1.1 Indelning av resultatredovisningen



1.2 Sammanfattning av resultaten

Tabell 1.1 Multimodala och interdisciplinära behandlingar jämfört med kontrollinterventioner vid långvarig smärta.

Utfall	Resultat	Tillförlitlighet*
<i>Samtliga utfall i kombination</i>	Jämförbara och kan vara mer effektiva	⊖⊖
<i>Livskvalitet</i>	Underlaget räcker inte för bedömning	⊖
<i>ICF-komponenter</i>		
Kroppsfunktioner	Underlaget räcker inte för bedömning	⊖
Aktiviteter och delaktighet	Jämförbara och kan vara mer effektiva	⊖⊖
Omgivningsfaktorer	Underlag saknas	
Personliga faktorer	Underlaget räcker inte för bedömning	⊖
<i>Smärta</i>		
Smärtintensitet	Underlaget räcker inte för bedömning	⊖
Smärtpåverkan	Underlag saknas	

*Värdering av det vetenskapliga underlagets styrka enligt GRADE: ⊖⊖⊖⊖ = Starkt; ⊖⊖⊖ = Måttligt starkt; ⊖⊖ = Begränsat; ⊖ = Otillräckligt. Otillräcklig styrka betyder att underlaget inte räcker för att dra slutsatser om effekt – även om resultaten från statistiska analyser uppnådde signifikans.

Tabell 1.2 Utveckling över tiden hos personer med långvarig smärta minst sex månader efter genomgången rehabilitering med en multimodal och interdisciplinär behandling.

Utfall	Resultat	Tillförlitlighet*
<i>Samtliga utfall i kombination</i>	Förbättring av hälsoutfall	⊖⊖

*Värdering av det vetenskapliga underlagets styrka enligt GRADE: ⊖⊖⊖⊖ = Starkt; ⊖⊖⊖ = Måttligt starkt; ⊖⊖ = Begränsat; ⊖ = Otillräckligt. Otillräcklig styrka betyder att underlaget inte räcker för att dra slutsatser om effekt – även om resultaten från statistiska analyser uppnådde signifikans.

1.2.1 Resultaten för samtliga utfallsgrupper i kombination

De sammantagna resultaten, givet samtliga utfall i kombination, visar att multimodala och interdisciplinära behandlingar för rehabilitering är lika effektiva som kontrollinterventioner för att förbättra hälsoutfall hos personer med långvarig smärta – men det är inte säkert att de är mer effektiva.

Resultaten visar samtidigt att personer med långvarig smärta som genomgått rehabilitering med multimodala och interdisciplinära behandlingar blir bättre med tiden. Om det är en effekt av behandling med multimodala och interdisciplinära behandlingar, av att få tillgång till behandling eller om förbättringen har andra orsaker kan översikten inte svara på.

Resultatet ger en indikation om att multimodala och interdisciplinära behandlingar saknar biverkningar av betydelse.

1.2.2 Resultaten för enskilda utfallsgrupper

Resultaten visar att multimodala och interdisciplinära behandlingar för rehabilitering är lika effektiva som kontrollinterventioner för att förbättra utfall inom ICF-komponenten *aktiviteter och delaktighet* – men det är inte säkert att de är mer effektiva.

Vi saknar ett tillräckligt tillförlitligt underlag för att kunna dra slutsatser om effekten av multimodala och interdisciplinära behandlingar på ICF-komponenterna *kroppsfunktioner, omgivningsfaktorer och personliga faktorer* samt för utfallen *livskvalitet, smärtintensitet och smärtpåverkan* (eng. interference).

1.3 Beskrivning av de studier som ingår i översikten

Sex studier ingår i översikten (se Tabell 3.1).

Hälften av dem, 3 studier, har utförts i Spanien [2-4]. Övriga kommer från Danmark [5], Kanada [6] och Turkiet [7].

1.3.1 Studiedeltagare

Samtliga studier undersöker vuxna personer över 18 år och samtliga deltagare haft diagnosen fibromyalgi. Den tidslängd deltagarna har levt med symtom och den som gått efter det att diagnosen fibromyalgi fastställdes varierar dock kraftigt mellan olika deltagare, från ett antal månader till flera år. Kvinnor är i majoritet i samtliga studier; fyra av dem har inkluderat enbart kvinnor [2, 3, 5, 7], varav tre ställt kvinnligt kön som urvalskrav [2, 3, 7]. I övriga två studier var andelen kvinnor cirka 85 [6] respektive 98 procent [4].

1.3.2 Vårdkontext

Studierna har företrädesvis utförts vid specialistkliniker för rehabilitering av smärtpatienter eller fibromyalgi. I flertalet av dem framgår att deltagarna behandlats i öppenvård, men i några har det varit svårt att avgöra (se Tabell 1.3 och Bilaga 4). I en studie betonas att interventionen bedrivits utanför sjukhusmiljö ute i samhället i en "icke klinisk lågkostnadskontext" [6]. Även i den studien har behandlarna dock en specialistbakgrund från smärtvård.

1.3.3 Interventioner

Gemensamt för interventionerna är att de, enligt våra krav, innehåller en samordnad intervention med insatser både för fysisk och psykosocial hälsa som, i linje med den biopsykosociala modellen, i kombination förväntas bidra till bättre hälsa och funktion. Insatserna uppfyller dessutom kravet på att företrädare för fler än en klinisk profession ska ha ingått bland behandlarna. I Tabell 1.3 ger vi en kort beskrivning. En mer detaljerad beskrivning av de olika komponenter som ingår i respektive studie finns att hämta i Bilaga 4.

1.3.3.1 Individuell behandling eller behandling i grupp

Deltagarna har i samtliga studier behandlats i grupp (se Tabell 1.3).

1.3.3.2 Behandlingslängd och behandlingsintensitet

Behandlingslängden varierar från två till tolv veckor mellan studierna (se Tabell 1.3). I en av dem är behandlingslängden kortare än fem veckor [5] och i två längre än tio veckor [2, 3]. Det sammanlagda antalet behandlingstimmar är ungefär detsamma, mellan 35 och 48 timmar i fem av sex studier [2, 3, 5-7].

1.3.4 Jämförelsealternativ

Den multimodala och interdisciplinära behandlingen har i fem studier jämförts med sedvanlig vård [3, 4, 6, 7] eller med väntelista [5]. En studie har jämfört med en annan "multimodal behandling" som även den innehöll flera komponenter som läkemedelsbehandling, fysisk träning och utbildning men som inte nådde upp till de krav vi ställt för att kalla den multimodal och interdisciplinär [2].

1.3.4.1 Individuell behandling eller behandling i grupp

Kontrollgrupperna har troligen behandlats individuellt, men uppgiften saknas i samtliga studier utom i en [4].

1.3.4.2 Behandlingslängd och behandlingsintensitet

I studier som jämförde med sedvanlig vård eller väntelista saknades uppgiften av naturliga skäl (se Tabell 1.3). I den studie som jämförde med en annan aktiv behandling var behandlingslängden densamma som i interventionsgruppen [2].

1.3.5 Uppföljningslängd

Den totala uppföljningslängden i studierna varierade från sex månader till ett år efter avslutad behandling. I en studie har man avslutat uppföljningen av den grupp som fick en kontrollintervention direkt efter avslutad behandling – men fortsatt att följa den grupp som fått den multimodala och interdisciplinära behandlingen över en längre tid [6].

1.3.6 Risk för bias

I Figur 1.2 och Figur 1.3 nedan redovisar vi vår bedömning av risk för bias, det vill säga risken för att resultaten som redovisas i studierna kan vara missvisande (se Kapitel 3 i rapporten SBU Utvärderar multimodala och interdisciplinära behandlingar vid långvarig smärta [1] och tillhörande Bilaga 3).

Figur 1.2 Bedömning av risk för bias i de 6 studier som ingår i översikten, samt antalet deltagare.

Studie [ref]	Antal deltagare	D1 Randomisering	D2 Avvikelseprotokoll	D3 Bortfall	D4 Mätning utfall	D5 Selektiv rapport	D6 Intressekonflikter	Sammantagen bedömning
Lera 2009 [2]	83	Yellow	Green	Green	Yellow	Yellow	Green	Yellow
Castel 2015 [3]	49	Green	Yellow	Pink	Yellow	Green	Green	Yellow
Saral 2016 [7]	40	Green	Yellow	Yellow	Yellow	Green	Green	Yellow
Lemstra 2005 [6]	79	Green	Yellow	Green	Yellow	Green	Green	Yellow
Amris 2014 [5]	191	Green	Green	Green	Yellow	Green	Green	Green
Perez-Aranda 2019 [4]	150	Green	Green	Green	Green	Green	Green	Green

1.3.6.1 Övergripande bedömning

Vi har bedömt risken för bias som låg i två studier [4, 5] och som måttlig i övriga studier.

De vanligaste anledningarna till att en studie bedömdes ha måttlig snarare än låg risk för bias på en domän var risken för avvikelser från studieprotokollet eller brister i hur man mätt utfallen. Studierna har inte varit blindade efter randomisering och om vi samtidigt saknade tillräcklig information eller en diskussion om hur forskarna skyddade deltagare och behandlare från att påverkas av kännedomen om vem som fått interventionen har vi bedömt det som en risk. Ingen av studierna var finansierad av eller knuten till vinstdrivande företag och vi har bedömt risken för bias på grund intressekonflikter som låg i samtliga studier.

1.3.6.1.1 Bortfall

Vi bedömde risk för bias på grund av bortfall, men lämnade den domänen utanför den övergripande bedömningen av en studie. Det beror på det starka krav vi ställde på uppföljningslängd i en patientgrupp som ofta är svår att behålla över tid i forskningsstudier. En studie rapporterade ett bortfall på 35 procent eller däröver och bedömdes därför ha en hög risk för bias för den domänen [3].

Tabell 1.3 Beskrivning av vårdkontext, smärtdiagnoser, interventioner och jämförelser, behandlingstid och bedömning av risk för bias i de studier som ingår i översikten.

Tabellen är sorterad efter 1) interventionstyp, 2) jämförelsetyp och 3) smärtlokal/smärtytp.

Studie	Vårdkontext <i>Kort beskrivning</i>	Antal deltagare (% bortfall)	Smärtlokal eller smärtytp	Interventions-typ	Intervention* <i>Kort beskrivning</i>	Jämförelse-typ	Jämförelse* <i>Kort beskrivning</i>	Behandlings-längd/ uppföljnings-längd**	Risk för bias
Lera 2009 Spanien [2]	Specialistklinik för vård av fibromyalgi	BL: 83 FU: 56 (34)	Fibromyalgi	Multimodal rehab	Multidisciplinary treatment and CBT (ca 40 h, G)	Multimodal	"Multimodal behandling" - läkemedel, fysisk träning och undervisning i fysiologi	BL: 15 veckor FU: 6 mån	Måttlig
Castel 2015 Spanien [3]	Smärtklinik	BL: 49 FU: 32 (35)	Fibromyalgi	Multimodal rehab	Multidisciplinary treatment (48 h, G)	TAU	Sedvanlig vård – läkemedelsbehandling	BL: 12 veckor FU: 1 år	Måttlig
Saral 2016 Turkiet [7]	Öppenvård. Rehabiliteringsklinik v universitetssjukhus.	BL: 40 FU: 44 (9)	Fibromyalgi	Multimodal rehab	Long term interdisciplinary treatment (ca 40 h, G)	TAU	Sedvanlig vård	BL: 10 veckor FU: 6 mån PT	Måttlig
Lemstra 2005 Kanada [6]	Öppenvård ute i samhället: "icke klinisk lågkostnadskontext"	BL: 79 FU: 72 (9)	Fibromyalgi	Multimodal rehab	Multidisciplinary rehabilitation (23 tillfällen, G)	TAU	Sedvanlig vård – "standard medical care"	BL: 6 veckor FU: PT\$	Måttlig
Amris 2014 Danmark [5]	Öppenvård vid reumatologisk klinik	BL: 191 FU: 170 (11)	Fibromyalgi	Multimodal rehab	Multi-component treatment course (35 h, G)	Väntelista	Väntelista	BL: 2 veckor FU: 6 mån PT	Låg
Perez-Aranda 2019 Spanien [4]	Reumatologisk klinik	BL: 150 FU: 100 (33)	Fibromyalgi	Multimodal/ utbildning	FibroQoL och sedvanlig vård (16 h, G)	TAU	Sedvanlig vård/väntelista - läkemedelsbehandling (I)	BL: 8 veckor FU: 12 mån	Låg

BL = Baslinjen; CBT = Kognitiv beteendeterapi; FirboQoL = Psykoedukativt program för fibromyalgi; FU = Uppföljning; G = Grupp; I = Individuellt; PT = Post-treatment eller vid behandlingens avslut; TAU = Sedvanlig vård.

* Inom parenteser anges det totala antalet timmar behandling och om interventionen gavs i grupp (G) eller som individuell behandling (I). För vissa behandlingar – särskilt för enklare jämförelser – saknas uppgift.

\$Observera att uppföljningstiden för en kontrollerad jämförelse mellan den multimodala och interdisciplinära behandlingen och en kontrollintervention är kort. Enbart den grupp som fick en multimodal och interdisciplinär behandling har följts ≥6 månader efter avslutad behandling.

1.3.7 Den sammantagna behandlingseffekten

I det här avsnittet redovisar vi den sammantagna behandlingseffekten i studierna, givet samtliga utfall som undersökts i en studie. Vi inleder med att visa resultat för jämförelsen mellan multimodala och interdisciplinära behandlingar och kontrollinterventioner (se Tabell 1.4). Därefter visar vi utvecklingen över tiden i den grupp som fick den multimodala och interdisciplinära behandlingen (se Tabell 1.5).

1.3.7.1 Jämförelsen mellan en komplex och en kontrollintervention

Sex studier med sammanlagt 592 deltagare ingår i analysen. Antalet mätta utfall och redovisade resultat varierar från fyra till tio i de olika studierna, men alla studier bidrar med minst ett utfall.

1.3.7.1.1 Effekter till fördel för den multimodala och interdisciplinära behandlingen

I fem av sex studier har ett eller flera av de utfall som mätts vid analys visat en statistiskt signifikant skillnad mellan jämförelsegrupperna, till fördel för den multimodala och interdisciplinära behandlingen (se Tabell 1.4). I två av studierna överväger andelen utfall som visar en effekt till fördel för den multimodala och interdisciplinära behandlingen. I båda studier har den multimodala och interdisciplinära behandlingen jämförts med sedvanlig vård [6, 7].

I en av dem har samtliga mätta utfall (3 utfall) visat en statistiskt signifikant skillnad mellan jämförelsegrupperna, till fördel för den multimodala och interdisciplinära behandlingen [6]. I den studien har utfallen mätts direkt efter avslutad behandling.

1.3.7.1.2 Effekter till nackdel för den multimodala och interdisciplinära behandlingen

Ingen av studierna har redovisat något resultat som är till nackdel för den multimodala och interdisciplinära behandlingen.

1.3.7.1.3 Osäkra resultat

I fem av sex studier redovisades resultat för utfall för vilka man vid analys inte kunde påvisa en statistiskt säkerställd skillnad mellan grupperna. I tre studier överväger andelen utfall med osäkra resultat jämfört med den andel som visar en säkerställd effekt, varav interventionen jämförts med sedvanlig vård i två [3, 6] och med en annan aktiv behandling i

en [5]. I en av studierna saknas säkerställda resultat helt. I den har interventionen jämförts med sedvanlig vård [3].

1.3.7.1.4 Värdering av resultatens tillförlitlighet

Vid evidensgraderingen har vi gjort avdrag för brister i studiernas tillförlitlighet. I hälften av studierna saknades en tillräckligt tydlig beskrivning av hur man skyddat en oblindad studie från att deltagare eller behandlare kan ha agerat utifrån kunskapen om vilken behandlingsarm en deltagare tillhört och i ytterligare en hur randomisering och allokering av studiedeltagarna till grupperna utförts. För merparten av studierna har vi haft anmärkningar på hur utfallen mättes. Vi gjorde ytterligare avdrag för precision då fler studier med fler deltagare hade kunnat ändra resultaten (se Tabell 1.18).

Vår slutsats är att multimodala och interdisciplinära behandlingar är lika effektiva som kontrollinterventioner för att förbättra hälsa hos personer med fibromyalgi. Det är däremot inte säkert att de är mer effektiva än kontrollinterventionerna. Resultatet har låg tillförlitlighet.

1.3.7.2 Utvecklingen över tid i de grupper som fått en multimodal och interdisciplinär behandling

Fem studier med sammanlagt 442 deltagare ingår i analysen trots att samtliga sex studier redovisade resultat för utvecklingen över tid. I några studier har utvecklingen inte redovisats lika noggrant som jämförelsen mellan grupper. Av den anledningen saknas samtliga eller några resultat från två studier (se Tabell 1.4).

1.3.7.2.1 En positiv utveckling över tiden

I fem av sex studierna (samtliga av de studier för vilka vi kan redovisa resultat) redovisas en statistiskt säkerställd positiv utveckling för ett eller flera utfall. I fyra av dem överväger andelen utfall som visar en sådan utveckling.

I en studie visar resultaten för samtliga redovisade utfall (som var sju) en positiv utveckling. Utvecklingen har mätts sex månader efter avslutad behandling [7].

1.3.7.2.2 En negativ utveckling över tiden

Ingen av studierna har redovisat en negativ utveckling för något undersökt utfall.

1.3.7.2.3 Osäkra resultat

Tre studier redovisade osäkra resultat för vilka utvecklingskurvan över tid inte gick att fastställa. I två av studierna är andelen osäkra resultat mindre än den andel som visar en positiv utveckling [5, 6], men i en av dem är de tvärtom större [3].

1.3.7.2.4 Värdering av resultatens tillförlitlighet

Vid evidensgraderingen gjorde vi samma avdrag som för jämförelsen mellan multimodala och interdisciplinära behandlingar och kontrollinterventioner.

Vår slutsats är att hälsan hos personer med fibromyalgi som genomgått rehabilitering med multimodala och interdisciplinära behandlingar blir bättre med tiden. Om det är en effekt av behandling med multimodala och interdisciplinära behandlingar, av att få tillgång till behandling eller om förbättringen har andra orsaker kan översikten dock inte svara på. Resultatet har låg tillförlitlighet.

Tabell 1.4 Samtliga utfall: Effekten av en multimodal och interdisciplinär behandling jämfört med en kontrollintervention i de studier som ingår i översikten.

Tabellen är sorterad efter 1) interventionstyp, 2) jämförelsetyp och 3) smärtlokal/smärttyp.*

Studie [ref]	Smärtlokal eller smärttyp (N deltagare)	Interventions- typ	Jämförelse- typ	Behandlings och uppföljningslängd	Antal mätta utfall	Andel positiv effekt	Andel oklar effekt	Andel negativ effekt
Lera 2009 [2]	Fibromyalgi (83)	Multimodal rehab (G)	Multimodal	BL: 15 veckor FU: 6 mån	4 (1 PT)	25	75	
Castel 2015 [3]	Fibromyalgi (49)	Multimodal rehab (G)	TAU (I)	BL: 12 veckor FU: 1 år	7		100	
Saral 2016 [7]	Fibromyalgi (44)	Multimodal rehab (G)	TAU	BL: 10 veckor FU: 6 mån	7	57	43	
Lemstra 2005 [6]	Fibromyalgi (79)	Multimodal rehab (G)	TAU	BL: 6 veckor FU: PT §§	3	100		
Amris 2014 [5]	Fibromyalgi (191)	Multimodal rehab (G)	Väntelista	BL: 2 veckor FU: 6 mån	10	20	80	
Perez-Aranda 2019 [4]	Fibromyalgi (150)	Multimodal/ utbildning (G)	TAU	BL: 8 veckor FU: 12 mån	5 (4) §	40	40	

BL = Baslinjen; FU = Uppföljning; G = Grupp; I = Individuellt; PT = Post-treatment eller vid behandlingens avslut; TAU = Sedvanlig vård.

*För varje studie anges antalet utfall som mätts och därefter andelen (i procent) av utfallen som visat en positiv, oklar eller negativ effekt. För att räknas som en positiv eller en negativ effekt ska ett resultat ha fastställts med ett signifikanstest som visat $p < 0,05$ för en skillnad mellan jämförelsegrupperna. Resultat som vid signifikanstest visat $p \geq 0,05$ räknas som *oklar effekt*.

§Den första siffran anger antalet utfall som mätts i studien och inom parentes den delgrupp som tagits med i beskrivningen av effekter. För resterande utfall har effekten inte gått att bedöma – det saknas statistiska test.

§§Uppföljningstiden för jämförelsen mellan den multimodala och interdisciplinära behandlingen och kontrollinterventionen är kortare än 6 månader efter behandlingsavslut, även om studien följt effekten i gruppen som fått den multimodala och interdisciplinära behandlingen längre än så.

Tabell 1.5 Samtliga utfall: Utvecklingen över tiden i den grupp som fick en multimodal och interdisciplinär behandling i de studier som ingår i översikten.

Tabellen är sorterad efter 1) interventionstyp 2) jämförelsetyp (för samma ordningsföljd som i övriga tabeller) och 3) smärtlokal/smärttyp.*

Studie [ref]	Smärtlokal eller smärttyp <i>(N deltagare)</i>	Interventionstyp	Behandlings och uppföljningslängd	Antal mätta utfall	Andel positiv effekt	Andel oklar effekt	Andel negativ effekt
Lera 2009 [2]	Fibromyalgi (43)	Multimodal rehab (G)	BL: 15 veckor. FU: 6 mån PT	4 (1) §	25		
Castel 2015 [3]	Fibromyalgi (29)	Multimodal rehab (G)	BL: 12 veckor FU: 1 år PT	7	43	57	
Saral 2016 [7]	Fibromyalgi (22)	Multimodal rehab (G)	BL: 10 veckor FU: 6 mån PT	7	100		
Lemstra 2005 [6]	Fibromyalgi (43)	Multimodal rehab (G)	BL: 6 veckor FU: 15 mån	3	67	33	
Amris 2014 [5]	Fibromyalgi (96)	Multimodal rehab (G)	BL: 2 veckor. FU: 6 mån	10	70	30	
Perez-Aranda 2019 [4]	Fibromyalgi (75)	Multimodal/utbildning (G)	BL: 8 veckor FU: 12 mån	5 (0) §			

BL = Baslinjen; FU = Uppföljning; G = Grupp; I = Individuellt; PT = Post-treatment eller vid behandlingens avslut; TAU = Sedvanlig vård.

*För varje studie anges antalet utfall som mätts och därefter andelen (i procent) av utfallen som visat en positiv, oklar eller negativ effekt. För att räknas som en positiv eller en negativ effekt ska ett resultat ha fastställts med ett signifikanstest som visat $p < 0,05$ för en skillnad från baslinjen till uppföljningsmätningen. Resultat som vid signifikanstest visat $p \geq 0,05$ räknas som *oklar effekt*.

§Den första siffran anger antalet utfall som mätts i studien och inom parentes den delgrupp som tagits med i beskrivningen av effekter. För resterande utfall har effekten inte gått att bedöma – det saknas statistiska test.

1.3.8 Effekter inom domänen hälsorelaterad livskvalitet

I det här avsnittet presenterar vi resultat för utfall som mätts för att undersöka generell förbättring och livskvalitet (se Tabell 1.6), när man jämfört en multimodal och interdisciplinär behandling med en kontrollintervention.

Tabell 1.6 De utfall som ingår i domänen och med vilka mätinstrument de mätts.

Utfall	Mätinstrument	Antal studier
Hälsorelaterad livskvalitet	SF-36 eller SF-12 presenterade som:	3
	<ul style="list-style-type: none"> den totala skalan (1 resultat) indelad i Physical respektive Mental Components (2 resultat) indelad i 8 delskalor (8 resultat) 	
	Dartmouth COOP Functional health Assessment charts	1
Global förändring	Global Impression of Change - patientskattning (PGIC)	1

1.3.8.1 Resultat för effekter på livskvalitet

Fyra studier med sammanlagt 363 deltagare ingår i analysen. Antalet mätta utfall är ett eller två i studierna. Det beror främst på hur man valt att presentera resultat från det mest frekvent använda mätinstrumentet SF-36, som ett resultat för den totala skalan eller som två efter att ha delat in resultaten i fysiska respektive mentala komponenter.

Inte alla studier bidrar med resultat. Utfall inom domänen är mätta i fem av sex studier men redovisas bara för fyra studier eftersom vi för en studie saknar tillräcklig information (resultat från ett statistisk signifikanstest saknas) om resultaten [4] (se Tabell 1.6).

1.3.8.1.1 Effekter till fördel för den multimodala och interdisciplinära behandlingen

Enbart i en studie har något utfall visat en statistiskt signifikant skillnad mellan grupperna till fördel för den multimodala och interdisciplinära behandlingen [7] (se Tabell 1.7). Två utfall har undersökts i den studien varav ett visar en positiv effekt, medan effekten för det andra utfallet är osäker.

1.3.8.1.2 Effekter till nackdel för den multimodala och interdisciplinära behandlingen

Ingen av studierna har redovisat en negativ effekt för något utfall.

1.3.8.1.3 Osäkra resultat

Majoriteten av studierna, fyra studier, rapporterade för vilka man inte kunde säkerställa någon skillnad i effekt mellan interventions- och kontrollgrupperna. I tre studier har man inte kunnat säkerställa någon effekt för resultat inom domänen alls [2, 3, 5] (se Tabell 1.7).

1.3.8.1.4 Värdering av resultatens tillförlitlighet

Vid evidensgraderingen har vi gjort avdrag för brister i studiernas tillförlitlighet. I två av fyra studier saknades en tillräckligt tydlig beskrivning av hur man skyddat en oblidad studie från att deltagare eller behandlare kan ha agerat utifrån kunskapen om vilken behandlingsarm en deltagare tillhört, och i ytterligare en hur randomisering och allokering av studiedeltagarna till jämförelsegrupperna utförts. För merparten av studierna har vi haft anmärkningar på hur utfallen mätts och för två studier på bortfallets storlek. Vi har gjort ytterligare avdrag för precision då tre av fyra studier helt saknar ett statistiskt säkerställt resultat.

Vår bedömning är att underlaget inte räcker för att dra några slutsatser om effekten av multimodala och interdisciplinära behandlingar på livskvalitet vid behandling av personer med fibromyalgi.

Tabell 1.7 Utfall inom domänen hälsorelaterad livskvalitet: Effekten av en multimodal och interdisciplinär behandling jämfört med en kontrollintervention i de studier som ingår i översikten.

Tabellen är sorterad efter 1) interventionstyp, 2) jämförelsetyp och 3) smärtlokal/smärtytp.*

Studie [ref]	Smärtlokal eller smärtytp (N deltagare)	Interventions- typ	Jämförelse- typ	Behandlings och uppföljningslängd	Antal mätta utfall	Andel positiv effekt	Andel oklar effekt	Andel negativ effekt
Lera 2009 [2]	Fibromyalgi (83)	Multimodal rehab (G)	Multimodal	BL: 15 veckor FU: 6 mån	2		100	
Castel 2015 [3]	Fibromyalgi (49)	Multimodal rehab (G)	TAU (I)	BL: 12 veckor FU: 1 år	1		100	
Saral 2016 [7]	Fibromyalgi (44)	Multimodal rehab (G)	TAU	BL: 10 veckor FU: 6 mån	2	50	50	
Lemstra 2005 [6]	Fibromyalgi (79)	Multimodal rehab (G)	TAU	BL: 6 veckor FU: PT §§	0			
Amris 2014 [5]	Fibromyalgi (191)	Multimodal rehab (G)	Väntelista	BL: 2 veckor FU: 6 mån	2		100	
Perez-Aranda 2019 [4]	Fibromyalgi (150)	Multimodal/ utbildning (G)	TAU	BL: 8 veckor FU: 12 mån	1 (0) §			

BL = Baslinjen; FU = Uppföljning; G = Grupp; I = Individuellt; PT = Post-treatment eller vid behandlingens avslut; TAU = Sedvanlig vård.

*För varje studie anges antalet utfall som mätts och därefter andelen (i procent) av utfallen som visat en positiv, oklar eller negativ effekt. För att räknas som en positiv eller en negativ effekt ska ett resultat ha fastställts med ett signifikanstest som visat $p < 0,05$ för en skillnad mellan jämförelsegrupperna. Resultat som vid signifikanstest visat $p \geq 0,05$ räknas som *oklar effekt*.

§Den första siffran anger antalet utfall som mätts i studien och inom parentes den delgrupp som tagits med i beskrivningen av effekter. För resterande utfall har effekten inte gått att bedöma – det saknas statistiska test.

§§Uppföljningstiden för jämförelsen mellan den multimodala och interdisciplinära behandlingen och kontrollinterventionen är kortare än 6 månader efter behandlingsavslut, även om studien följt effekten i gruppen som fått den multimodala och interdisciplinära behandlingen längre än så.

1.3.9 Effekter inom ICF-domänen kroppsfunktioner

I det här avsnittet presenterar vi resultat för utfall som vi placerat inom domänen

kroppsfunktioner, efter en jämförelse mellan en multimodal och interdisciplinär behandling

och en kontrollintervention (se Tabell 1.8). Studierna har mätt mått på psykisk funktion, men

ingen av dem har mätt fysisk funktion som ingår i domänen.

Tabell 1.8 De utfall som ingår i domänen och antalet studier de mätts i.

Utfallsområde	Utfall	Antal studier
Smärta	Smärtintensitet	4
Psykiska symtom	Depression	4
	Ångest	4
	Katastrofering	3
	Sömn	2
	Fatigue	1

1.3.9.1 Resultat för effekter på kroppsfunktioner

Samtliga studier bidrar med resultat för domänen (se Tabell 1.9). Antalet utfall i dem varierar från ett till fyra.

1.3.9.1.1 Effekter till fördel för den multimodala och interdisciplinära behandlingen

I hälften av studierna, tre av sex, har ett eller flera av de utfall som mätts vid analys visat en statistiskt signifikant skillnad mellan grupperna till fördel för den multimodala och interdisciplinära behandlingen (se Tabell 1.9). I en studie – en av de som jämfört interventionen med sedvanlig vård – överväger andelen positiva utfall [6].

1.3.9.1.2 Effekter till nackdel för den multimodala och interdisciplinära behandlingen

Ingen studie visar något resultat som är till nackdel för den multimodala och interdisciplinära behandlingen.

1.3.9.1.3 Osäkra resultat

Majoriteten av studierna, fem av sex, redovisar ett eller flera osäkra resultat. I samtliga fem är andelen osäkra resultat större än de som visar en effekt och i tre studier saknas säkerställda resultat helt (se Tabell 1.9) för de från ett till fyra utfall som mätts i dem [2, 3, 5].

1.3.9.1.4 Värdering av resultatets tillförlitlighet

Vid evidensgraderingen har vi gjort avdrag för brister i studiernas tillförlitlighet. I hälften av studierna saknades en tillräckligt tydlig beskrivning av hur man skyddat en oblindad studie från att deltagare eller behandlare kan ha agerat utifrån kunskapen om vilken behandlingsarm en deltagare tillhört och i ytterligare en hur randomisering och allokering av studiedeltagarna till jämförelsegrupperna utförts. För merparten av studierna har vi haft anmärkningar på hur utfallen mätts. Vi har gjort ytterligare avdrag för precision då fler studier med fler deltagare hade kunnat ändra resultaten, samt för att samtliga eller en majoritet av resultaten inte kunnat säkerställas statistiskt i fem av sex studier.

Vår bedömning är att underlaget inte räcker för att dra några slutsatser om effekten av multimodala och interdisciplinära behandlingar på ICF-komponenten kroppsfunktioner vid behandling av personer med fibromyalgi.

Tabell 1.9 Utfall inom domänen kroppsfunktioner: Effekten av en multimodal och interdisciplinär behandling jämfört med en kontrollintervention i de studier som ingår i översikten.

Tabellen är sorterad efter 1) interventionstyp, 2) jämförelsetyp och 3) smärtlokal/smärttyp.*

Studie [ref]	Smärtlokal eller smärttyp (N deltagare)	Interventions-typ	Jämförelse-typ	Behandlings och uppföljningslängd	Antal mätta utfall	Andel positiv effekt	Andel oklar effekt	Andel negativ effekt
Lera 2009 [2]	Fibromyalgi (83)	Multimodal rehab (G)	Multimodal	BL: 15 veckor FU: 6 mån	1 (PT) \$\$		100	
Castel 2015 [3]	Fibromyalgi (49)	Multimodal rehab (G)	TAU (I)	BL: 12 veckor FU: 1 år	5		100	
Saral 2016 [7]	Fibromyalgi (44)	Multimodal rehab (G)	TAU	BL: 10 veckor FU: 6 mån	4	50	50	
Lemstra 2005 [6]	Fibromyalgi (79)	Multimodal rehab (G)	TAU	BL: 6 veckor FU: PT \$\$	2	100		
Amris 2014	Fibromyalgi (191)	Multimodal rehab (G)	Väntelista	BL: 2 veckor FU: 6 mån	4		100	
Perez-Aranda 2019 [4]	Fibromyalgi (150)	Multimodal/ utbildning (G)	TAU	BL: 8 veckor FU: 12 mån	3	33	67	

BL = Baslinjen; FU = Uppföljning; G = Grupp; I = Individuellt; PT = Post-treatment eller vid behandlingens avslut; TAU = Sedvanlig vård.

*För varje studie anges antalet utfall som mätts och därefter andelen (i procent) av utfallen som visat en positiv, oklar eller negativ effekt. För att räknas som en positiv eller en negativ effekt ska ett resultat ha fastställts med ett signifikanstest som visat $p < 0,05$ för en skillnad mellan jämförelsegrupperna. Resultat som vid signifikanstest visat $p \geq 0,05$ räknas som *oklar effekt*.

§Den första siffran anger antalet utfall som mätts i studien och inom parentes den delgrupp som tagits med i beskrivningen av effekter. För resterande utfall har effekten inte gått att bedöma – det saknas statistiska test.

§§Uppföljningstiden för jämförelsen mellan den multimodala och interdisciplinära behandlingen och kontrollinterventionen är kortare än 6 månader efter behandlingsavslut, även om studien följt effekten i gruppen som fått den multimodala och interdisciplinära behandlingen längre än så.

1.3.10 Effekter inom ICF-domänen aktiviteter och delaktighet

I det här avsnittet presenterar vi resultat för utfall som vi placerat inom domänen aktiviteter och delaktighet, efter en jämförelse mellan multimodal och interdisciplinär behandling och en kontrollintervention (se Tabell 1.10). Ingen av studierna har mätt mått på arbetsförmåga som annars ingår i domänen.

Tabell 1.10 De utfall som ingår i domänen och antalet studier de mätts i.

Utfallsområde	Utfall*	Antal studier
Funktionsbegränsning	Smärtrelaterad fysisk och social funktionsbegränsning	1
	Fibromyalgi-relaterad funktionsbegränsning mätt med FIQ	5
Fysiska mått på aktivitet och delaktighet	Förflyttning	1

*Observera att ett utfall kan ha mätts på flera sätt och därmed bidragit fler än ett resultat – särskilt utfallet förflyttning kan ha mätts separat.

1.3.10.1 Resultat för effekter på aktiviteter och delaktighet

Samtliga sex studier med sammanlagt 592 deltagare ingår i analysen. Flertalet studier hade enbart ett utfall var.

1.3.10.1.1 Effekter till fördel för den multimodala och interdisciplinära behandlingen

I majoriteten av studierna, fyra av sex, visar ett eller fler av de utfall som mätts vid analys en statistiskt signifikant skillnad mellan grupperna till fördel för den multimodala och interdisciplinära behandlingen. I samtliga fyra studier överväger andelen positiva utfall, men antalet utfall är få: i tre av studierna har man endast mätt ett utfall inom domänen [2, 6, 7]. Den multimodala och interdisciplinära behandlingen har jämförts med sedvanlig vård [6], med väntelista [6] eller med en annan aktiv behandling [2]. I en av studierna har utfallet mätts direkt efter avslutad behandling [6].

1.3.10.1.2 Effekter till nackdel för den multimodala och interdisciplinära behandlingen

Ingen av studierna har redovisat ett resultat till nackdel för den multimodala och interdisciplinära behandlingen.

1.3.10.1.3 Osäkra resultat

Tre studier redovisade resultat som inte har gått att säkerställa. I två av dem saknas säkerställda resultat helt (studierna har mätt enbart ett utfall vardera) [3, 4].

1.3.10.1.4 Värdering av resultatets tillförlitlighet

Vid evidensgraderingen har vi gjort avdrag för brister i studiernas tillförlitlighet. I hälften av studierna saknades en tillräckligt tydlig beskrivning av hur man skyddat en oblindad studie från att deltagare eller behandlare kan ha agerat utifrån kunskapen om vilken behandlingsarm en deltagare tillhört och i ytterligare en hur randomisering och allokering av studiedeltagarna till jämförelsegrupperna utförts. För merparten av studierna har vi haft anmärkningar på hur utfallen har mätts. Vi har gjort ytterligare avdrag för precision då fler studier med fler deltagare hade kunnat ändra resultaten.

Vår slutsats är att multimodala och interdisciplinära behandlingar är lika effektiva som kontrollinterventionerna för att förbättra hälsoutfall inom ICF-komponenten aktiviteter och delaktighet hos personer med fibromyalgi. Det är däremot inte säkert att de är mer effektiva än kontrollinterventionerna. Resultatet har låg tillförlitlighet.

Tabell 1.11 Utfall inom domänen aktiviteter och delaktighet: Effekten av en multimodal och interdisciplinär behandling jämfört med en kontrollintervention i de studier som ingår i översikten.

Tabellen är sorterad efter 1) interventionstyp, 2) jämförelsetyp och 3) smärtlokal/smärtpyp.*

Studie [ref]	Smärtlokal eller smärtpyp (N deltagare)	Interventions- typ	Jämförelse- typ	Behandlings och uppföljnings- längd	Antal mätta utfall	Andel positiv effekt	Andel oklar effekt	Andel negativ effekt
Lera 2009 [2]	Fibromyalgi (83)	Multimodal rehab (G)	Multimodal	BL: 15 veckor FU: 6 mån	1	100		
Castel 2015 [3]	Fibromyalgi (49)	Multimodal rehab (G)	TAU (I)	BL: 12 veckor FU: 1 år	1		100	
Saral 2016 [7]	Fibromyalgi (44)	Multimodal rehab (G)	TAU	BL: 10 veckor FU: 6 mån	1	100		
Lemstra 2005 [6]	Fibromyalgi (79)	Multimodal rehab (G)	TAU	BL: 6 veckor FU: PT §§	1	100		
Amris 2014 [5]	Fibromyalgi (191)	Multimodal rehab (G)	Väntelista	BL: 2 veckor FU: 6 mån	3	67	33	
Perez-Aranda 2019 [4]	Fibromyalgi (150)	Multimodal/ utbildning (G)	TAU	BL: 8 veckor FU: 12 mån	1		100	

BL = Baslinjen; FU = Uppföljning; G = Grupp; I = Individuellt; PT = Post-treatment eller vid behandlingens avslut; TAU = Sedvanlig vård.

*För varje studie anges antalet utfall som mätts och därefter andelen (i procent) av utfallen som visat en positiv, oklar eller negativ effekt. För att räknas som en positiv eller en negativ effekt ska ett resultat har fastställts med ett signifikantest som visat $p < 0,05$ för en skillnad mellan jämförelsegrupperna. Resultat som vid signifikantest visat $p \geq 0,05$ räknas som *oklar effekt*.

§§Uppföljningstiden för jämförelsen mellan den multimodala och interdisciplinära behandlingen och kontrollinterventionen är kortare än 6 månader efter behandlingsavslut, även om studien följt effekten i gruppen som fått den multimodala och interdisciplinära behandlingen längre än så.

1.3.11 Effekter inom ICF-domänen omgivningsfaktorer

I det här avsnittet presenterar vi resultat för utfall som vi placerade inom domänen omgivningsfaktorer, efter en jämförelse mellan en multimodal och interdisciplinär behandling och en kontrollintervention (se Tabell 1.12). I domänen ingår utfall som vårdkonsumtion (som till exempel vårdbesök eller läkemedelsbruk).

1.3.11.1 Resultat för effekter på omgivningsfaktorer

Inte någon av studierna har mätt utfall inom domänen (se Tabell 1.12).

Tabell 1.12 Utfall inom domänen omgivningsfaktorer: Effekten av en multimodal och interdisciplinär behandling jämfört med en kontrollintervention i de studier som ingår i översikten.

Tabellen är sorterad efter 1) interventionstyp, 2) jämförelsetyp och 3) smärtlokal/smärttyp.*

Studie [ref]	Smärtlokal eller smärttyp	Interventions- typ	Jämförelse- typ	Behandlings och uppföljningslängd	Antal mätta utfall	Andel positiv effekt	Andel oklar effekt	Andel negativ effekt
<i>(N deltagare)</i>								
Lera 2009 [2]	Fibromyalgi (83)	Multimodal rehab (G)	Multimodal	BL: 15 veckor FU: 6 mån	0			
Castel 2015 [3]	Fibromyalgi (49)	Multimodal rehab (G)	TAU (I)	BL: 12 veckor FU: 1 år	0			
Saral 2016 [7]	Fibromyalgi (44)	Multimodal rehab (G)	TAU	BL: 10 veckor FU: 6 mån	0			
Lemstra 2005 [6]	Fibromyalgi (79)	Multimodal rehab (G)	TAU	BL: 6 veckor FU: PT §§	0			
Amris 2014 [5]	Fibromyalgi (191)	Multimodal rehab (G)	Väntelista	BL: 2 veckor FU: 6 mån	0			
Perez-Aranda 2019 [4]	Fibromyalgi (150)	Multimodal/ utbildning (G)	TAU	BL: 8 veckor FU: 12 mån	0			

BL = Baslinjen; FU = Uppföljning; G = Grupp; I = Individuellt; PT = Post-treatment eller vid behandlingens avslut; TAU = Sedvanlig vård.

*För varje studie anges antalet utfall som mätts och därefter andelen (i procent) av utfallen som visat en positiv, oklar eller negativ effekt. För att räknas som en positiv eller en negativ effekt ska ett resultat har fastställts med ett signifikantest som visat $p < 0,05$ för en skillnad mellan jämförelsegrupperna. Resultat som vid signifikantest visat $p \geq 0,05$ räknas som *oklar effekt*.

§§Uppföljningstiden för jämförelsen mellan den multimodala och interdisciplinära behandlingen och kontrollinterventionen är kortare än 6 månader efter behandlingsavslut, även om studien följt effekten i gruppen som fått den multimodala och interdisciplinära behandlingen längre än så.

1.3.12 Effekter inom ICF-domänen personliga faktorer

I det här avsnittet presenterar vi resultat för utfall som vi placerade inom domänen personliga faktorer, efter en jämförelse mellan en multimodal och interdisciplinär behandling och en kontrollintervention (se Tabell 1.13). I domänen ingår utfall som till exempel copingstrategier och self-efficacy.

Tabell 1.13 De utfall som ingår i domänen och antalet studier de mätts i.

Utfallsområde	Utfall*	Antal studier
Psykisk funktion – hantering	Self-efficacy	2

*Även copingstrategier ingår i denna domän, men har inte mätts i någon av studierna.

1.3.12.1 Resultat för effekter på personliga faktorer

Det är en studie med 191 deltagare som ingår i analysen. Den har mätt self-efficacy, det vill säga tilltro till den egna förmågan att hantera en situation.

1.3.12.1.1 Effekter till fördel för den multimodala och interdisciplinära behandlingen

Studien har inte redovisat något resultat till fördel för den multimodala och interdisciplinära behandlingen.

1.3.12.1.2 Effekter till nackdel för den multimodala och interdisciplinära behandlingen

Studien har inte redovisat något resultat till nackdel för den multimodala och interdisciplinära behandlingen.

1.3.12.1.3 Osäkra resultat

Studien kan inte påvisa någon effekt efter att ha jämfört en multimodal och interdisciplinär behandling med väntelista sex månader efter avslutad behandling [5].

1.3.12.1.4 Värdering av resultatets tillförlitlighet

Vid evidensgraderingen har vi gjort avdrag för brister i precision (enbart en mindre studie med ett icke säkerställt resultat ingår i underlaget) och heterogenitet (andra studier kan visa ett annat resultat). Vi har gjort ytterligare avdrag för överförbarhet eftersom enbart en aspekt inom ICF-komponenten personliga faktorer täcks av det undersökta utfallet.

Vår bedömning är att underlaget inte räcker för att dra någon slutsats om effekten av multimodala och interdisciplinära behandlingar på utfall inom ICF-komponenten personliga faktorer vid behandling av personer med fibromyalgi.

Tabell 1.14 Utfall inom domänen personliga faktorer: Effekten av en multimodal och interdisciplinär behandling jämfört med en kontrollintervention i de studier som ingår i översikten.

Tabellen är sorterad efter 1) interventionstyp, 2) jämförelsetyp och 3) smärtlokal/smärttyp.*

Studie [ref]	Smärtlokal eller smärttyp (N deltagare)	Interventions-typ	Jämförelse-typ	Behandlings och uppföljningslängd	Antal mätta utfall	Andel positiv effekt	Andel oklar effekt	Andel negativ effekt
Lera 2009 [2]	Fibromyalgi (83)	Multimodal rehab (G)	Multimodal	BL: 15 veckor FU: 6 mån	0			
Castel 2015 [3]	Fibromyalgi (49)	Multimodal rehab (G)	TAU (I)	BL: 12 veckor FU: 1 år	0			
Saral 2016 [7]	Fibromyalgi (44)	Multimodal rehab (G)	TAU	BL: 10 veckor FU: 6 mån	0			
Lemstra 2005 [6]	Fibromyalgi (79)	Multimodal rehab (G)	TAU	BL: 6 veckor FU: PT §§	0			
Amris 2014 [5]	Fibromyalgi (191)	Multimodal rehab (G)	Väntelista	BL: 2 veckor FU: 6 mån	1		100	
Perez-Aranda 2019 [4]	Fibromyalgi (150)	Multimodal/ utbildning (G)	TAU	BL: 8 veckor FU: 12 mån	0			

BL = Baslinjen; FU = Uppföljning; G = Grupp; I = Individuellt; PT = Post-treatment eller vid behandlingens avslut; TAU = Sedvanlig vård.

*För varje studie anges antalet utfall som mätts och därefter andelen (i procent) av utfallen som visat en positiv, oklar eller negativ effekt. För att räknas som en positiv eller en negativ effekt ska ett resultat har fastställts med ett signifikanstest som visat $p < 0,05$ för en skillnad mellan jämförelsegrupperna. Resultat som vid signifikanstest visat $p \geq 0,05$ räknas som *oklar effekt*.

§§Uppföljningstiden för jämförelsen mellan den multimodala och interdisciplinära behandlingen och kontrollinterventionen är kortare än 6 månader efter behandlingsavslut, även om studien följt effekten i gruppen som fått den multimodala och interdisciplinära behandlingen längre än så.

1.3.13 Effekter på smärta

Utfall för smärta ingår i domänen kroppsfunktioner och har tidigare redovisats i kombination med övriga utfall inom den domänen (se Tabell 1.15). I här avsnittet ger vi en separat redovisning av resultat för effekter på smärta, efter en jämförelse mellan en multimodal och interdisciplinär behandling och en kontrollintervention. Vi inleder med att visa resultat för utfallet smärtintensitet (se Tabell 1.16). Därefter visar vi resultat för utfallet smärtpåverkan (se Tabell 1.17).

Tabell 1.15 De utfall som ingår i domänen och antalet studier de mätts i.

Utfallsområde	Utfall	Antal studier
Smärta	Smärtintensitet	4

1.3.13.1 Resultat för effekter på smärtintensitet

Fyra studier med sammanlagt 359 deltagare ingår i analysen [3, 5-7].

1.3.13.1.1 Effekter till fördel för den multimodala och interdisciplinära behandlingen

I två av de fyra studierna visade resultaten en statistisk signifikant skillnad mellan grupperna, till fördel för den multimodala och interdisciplinära behandlingen (se Tabell 1.16). Studierna redovisar enbart ett resultat vardera och därmed är andelen positiva utfall samtidigt 100. Den multimodala och interdisciplinära behandlingen har jämförts med sedvanlig vård och utfallet mättes direkt efter avslutad intervention [6] eller sex månader därefter [7].

1.3.13.1.2 Effekter till nackdel för den multimodala och interdisciplinära behandlingen

Ingen av studierna redovisade resultat till nackdel för den multimodala och interdisciplinära behandlingen.

1.3.13.1.3 Osäkra resultat

I två av de fyra studierna är resultaten osäkra (se Tabell 1.16). Den multimodala och interdisciplinära behandlingen har jämförts med sedvanlig vård [3] eller väntelista [5] och har mätts sex månader eller ett år efter avslutad intervention.

1.3.13.1.4 Värdering av resultatens tillförlitlighet

Vid evidensgraderingen har vi gjort avdrag för brister i studiernas tillförlitlighet. För merparten av studierna saknas en tillräckligt tydlig beskrivning av hur man skyddat en oblindad studie från att deltagare eller behandlare kan ha agerat utifrån kunskapen om vilken behandlingsarm en deltagare tillhört. För samma studier har vi även haft anmärkningar på hur utfallen mätts och för två av dem för bortfallets storlek. Vi har gjort ytterligare avdrag för precision då fler studier med fler deltagare hade kunnat ändra resultaten och för heterogenitet då hälften av studierna (två studier) visar en effekt till fördel för de multimodala och interdisciplinära behandlingarna jämfört med kontrollinterventionerna medan man de andra studierna inte har kunnat säkerställa någon skillnad mellan grupperna.

Vår bedömning är resultaten inte räcker för att dra slutsatser om effekten av multimodala och interdisciplinära behandlingar vid behandling av personer med fibromyalgi.

1.3.13.2 *Resultat för effekter på smärtpåverkan*

Inte någon av studierna har mätt utfall inom domänen (se Tabell 5.3 i rapporten om multimodala och interdisciplinära behandlingar [1], tillhörande Bilaga 4 och Tabell 1.7).

Tabell 1.16 Utfallet smärtintensitet: Effekten av en multimodal och interdisciplinär behandling jämfört med en kontrollintervention i de studier som ingår i översikten.

Tabellen är sorterad efter 1) interventionstyp, 2) jämförelsetyp och 3) smärtlokal/smärttyp.*

Studie [ref]	Smärtlokal eller smärttyp (N deltagare)	Interventions- typ	Jämförelse- typ	Behandlings och uppföljningslängd	Antal mätta utfall	Andel positiv effekt	Andel oklar effekt	Andel negativ effekt
Lera 2009 [2]	Fibromyalgi (83)	Multimodal rehab (G)	Multimodal	BL: 15 veckor FU: 6 mån	0			
Castel 2015 [3]	Fibromyalgi (49)	Multimodal rehab (G)	TAU (I)	BL: 12 veckor FU: 1 år	1		100	
Saral 2016 [7]	Fibromyalgi (44)	Multimodal rehab (G)	TAU	BL: 10 veckor FU: 6 mån	1	100		
Lemstra 2005 [6]	Fibromyalgi (79)	Multimodal rehab (G)	TAU	BL: 6 veckor FU: PT §§	1	100		
Amris 2014 [5]	Fibromyalgi (191)	Multimodal rehab (G)	Väntelista	BL: 2 veckor FU: 6 mån	1		100	
Perez-Aranda 2019 [4]	Fibromyalgi (150)	Multimodal/ utbildning (G)	TAU	BL: 8 veckor FU: 12 mån	0			

BL = Baslinjen; FU = Uppföljning; G = Grupp; I = Individuellt; PT = Post-treatment eller vid behandlingens avslut; TAU = Sedvanlig vård.

*För varje studie anges antalet utfall som mätts och därefter andelen (i procent) av utfallen som visat en positiv, oklar eller negativ effekt. För att räknas som en positiv eller en negativ effekt ska ett resultat har fastställts med ett signifikantest som visat $p < 0,05$ för en skillnad mellan jämförelsegrupperna. Resultat som vid signifikantest visat $p \geq 0,05$ räknas som *oklar effekt*.

§§Uppföljningstiden för jämförelsen mellan den multimodala och interdisciplinära behandlingen och kontrollinterventionen är kortare än 6 månader efter behandlingsavslut, även om studien följt effekten i gruppen som fått den multimodala och interdisciplinära behandlingen längre än så.

Tabell 1.17 Utfallet smärtpåverkan (smärtinterferens): Effekten av en multimodal och interdisciplinär behandling jämfört med en kontrollintervention i de studier som ingår i översikten.

Tabellen är sorterad efter 1) interventionstyp, 2) jämförelsetyp och 3) smärtlokal/smärttyp.*

Studie [ref]	Smärtlokal eller smärttyp (N deltagare)	Interventions- typ	Jämförelse- typ	Behandlings och uppföljningslängd	Antal mätta utfall	Andel positiv effekt	Andel oklar effekt	Andel negativ effekt
Lera 2009 [2]	Fibromyalgi (83)	Multimodal rehab (G)	Multimodal	BL: 15 veckor FU: 6 mån	0			
Castel 2015 [3]	Fibromyalgi (49)	Multimodal rehab (G)	TAU (I)	BL: 12 veckor FU: 1 år	0			
Saral 2016 [7]	Fibromyalgi (44)	Multimodal rehab (G)	TAU	BL: 10 veckor FU: 6 mån	0			
Lemstra 2005 [6]	Fibromyalgi (79)	Multimodal rehab (G)	TAU	BL: 6 veckor FU: PT §§	0			
Amris 2014 [5]	Fibromyalgi (191)	Multimodal rehab (G)	Väntelista	BL: 2 veckor FU: 6 mån	0			
Perez-Aranda 2019 [4]	Fibromyalgi (150)	Multimodal/ utbildning (G)	TAU	BL: 8 veckor FU: 12 mån	0			

BL = Baslinjen; FU = Uppföljning; G = Grupp; I = Individuellt; PT = Post-treatment eller vid behandlingens avslut; TAU = Sedvanlig vård.

*För varje studie anges antalet utfall som mätts och därefter andelen (i procent) av utfallen som visat en positiv, oklar eller negativ effekt. För att räknas som en positiv eller en negativ effekt ska ett resultat har fastställts med ett signifikantest som visat $p < 0,05$ för en skillnad mellan jämförelsegrupperna. Resultat som vid signifikantest visat $p \geq 0,05$ räknas som *oklar effekt*.

§§Uppföljningstiden för jämförelsen mellan den multimodala och interdisciplinära behandlingen och kontrollinterventionen är kortare än 6 månader efter behandlingsavslut, även om studien följt effekten i gruppen som fått den multimodala och interdisciplinära behandlingen längre än så.

1.3.14 Sammanfattande resultattabeller

Tabell 1.18 Multimodala och interdisciplinära behandlingar jämfört med kontrollinterventioner vid behandling av personer med fibromyalgi.

Sammanfattning av resultaten och deras tillförlitlighet.

Utfallsmått	Antal deltagare (Antal studier, Studiedesign)	Effekt	Resultatets tillförlitlighet	Avdrag enligt GRADE	Kommentar
Samtliga utfall i kombination	592 (6, RCT)	Minst likvärdig effekt, osäkert om bättre effekt	⊖⊖	-1 risk för bias ¹ -1 precision ¹	
Livskvalitet	363 (4, RCT)	Effekten går inte att avgöra	⊖	-1 risk för bias ² -2 precision ²	
ICF-komponenten kroppsfuntioner	592 (6, RCT)	Effekten går inte att avgöra	⊖	-1 risk för bias ³ -2 precision ³	
ICF-komponenten aktiviteter och delaktighet	592 (6, RCT)	Minst likvärdig effekt, osäkert om bättre effekt	⊖⊖	-1 risk för bias ⁴ -1 precision ⁴	
ICF-komponenten omgivningsfaktorer	0 (0 studier)	Underlag saknas			Studier saknas helt i underlaget.
ICF-komponenten personliga faktorer	191 (1, RCT)	Effekten går inte att avgöra	⊖	-1 överförbarhet ⁵ -1 heterogenitet ⁵ -1 precision ⁵	
Smärtintensitet	359 (4, RCT)	Effekten går inte att avgöra	⊖	-1 risk för bias ⁶ -1 heterogenitet ⁶ -1 precision ⁶	
Smärtpåverkan	0 (0 studier)	Underlag saknas			Studier saknas helt i underlaget.

¹Risk för bias: brister avseende randomisering, avsaknad av hantering av brist på blindning i fler än hälften av studierna. Precision: få studier med få deltagare – fler studier kan ändra resultatet.

²Risk för bias: brister avseende allokering, avsaknad av hantering av brist på blindning i hälften av studierna, anmärkningar avseende hur utfallen mätts och bortfallets storlek i några studier. Precision: tre av fyra studier saknar statistiskt säkerställda resultat.

³Risk för bias: brister av avseende allokering, avsaknad av hantering av brist på blindning, anmärkningar avseende hur utfallen mätts i merparten av studierna. Precision: Samtliga eller merparten av resultaten i 5 av 6 studier har inte kunnat säkerställas statistiskt.

⁴Risk för bias: brister avseende allokering, avsaknad av hantering av brist på blindning, anmärkningar avseende hur utfallen mätts i merparten studier. Precision: få studier med få deltagare – fler studier kan ändra resultaten.

⁵Överförbarhet: det mätta utfallet täcker enbart en aspekt av ICF-komponenten personliga faktorer. Heterogenitet: enbart en studie ingår i analysen, heterogenitet går inte att bedöma. Precision: enbart en mindre studie med ett icke säkerställt resultat ingår i analysen.

⁶Risk för bias: avsaknad av hantering av brist på blindning samt anmärkningar avseende hur utfallen mötts i merparten studier. Heterogenitet: hälften av studierna visar en effekt till fördel för interventionen, hälften en osäker effekt. Precision: underlagt består av få och små studier varav hälften med osäkra resultat.

Tabell 1.19 Utveckling över tiden hos personer med fibromyalgi minst sex månader efter genomgången rehabilitering med en multimodal och interdisciplinär behandling.

Sammanfattning av resultaten och deras tillförlitlighet.

Utfallsmått	Antal deltagare (Antal studier, Studiedesign)	Effekt	Resultatets tillförlitlighet	Avdrag enligt GRADE	Kommentar
Samtliga utfall i kombination	442 (6 RCT)	Förbättring av hälsoutfall	⊖⊖	-1 Risk för bias ¹ -1 precision ¹	

¹Risk för bias: brister avseende randomisering, avsaknad av hantering av brist på blindning i fler än hälften av studierna. Precision: få studier med få deltagare – fler studier kan ändra resultatet.

2. Referenser

1. SBU. SBU Utvärderar multimodala och interdisciplinära behandlingar vid långvarig smärta. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU); 2021.
2. Lera S, Gelman SM, López MJ, Abenoza M, Zorrilla JG, Castro-Fornieles J, et al. Multidisciplinary treatment of fibromyalgia: does cognitive behavior therapy increase the response to treatment? *J Psychosom Res.* 2009;67:433-41.
3. Castel A, Castro S, Fontova R, Poveda MJ, Cascón-Pereira R, Montull S, et al. Body mass index and response to a multidisciplinary treatment of fibromyalgia. *Rheumatol Int.* 2015;35:303-14.
4. Perez-Aranda A, Feliu-Soler A, Montero-Marin J, Garcia-Campayo J, Andres-Rodriguez L, Borrás X, et al. A randomized controlled efficacy trial of Mindfulness-Based Stress Reduction compared to an active control group and usual care for fibromyalgia: the EUDAIMON study. *Pain.* 2019.
5. Amris K, Waehrens EE, Christensen R, Bliddal H, Danneskiold-Samsøe B, Group IMS. Interdisciplinary rehabilitation of patients with chronic widespread pain: primary endpoint of the randomized, nonblinded, parallel-group IMPROVe trial. *Pain.* 2014;155:1356-64.
6. Lemstra M, Olszynski WP. The effectiveness of multidisciplinary rehabilitation in the treatment of fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Clinical Journal of Pain.* 2005;21:166-74.
7. Saral I, Sindel D, Esmaeilzadeh S, Sertel-Berk HO, Oral A. The effects of long- and short-term interdisciplinary treatment approaches in women with fibromyalgia: a randomized controlled trial. *Rheumatology International.* 2016;36:1379-89.