



Multimodal rehabilitering vid långvarig ländryggssmärta

SBU KOMMENTARER | KOMMENTAR OCH SAMMANFATTNING AV UTLÄNDSKA KUNSKAPSÖVERSIKTER

12 AUGUSTI 2015 | WWW.SBU.SE/2015_07

Smärta i ländryggen är vanligt och medför ofta ett stort lidande för den drabbade. Dessutom innebär den utbredda ryggproblematiken betydande kostnader för samhället. Mellan 70 och 80 procent drabbas av ländryggssmärta under sin livstid, och många utvecklar kroniska besvär.

Långvarig ländryggssmärta har ofta en psykologisk och social dimension, utöver den rent kroppsliga, i enlighet med "den biopsykosociala modellen" (se [Faktaruta 1](#)). Därför har behandlingsmetoder utvecklats som inbegriper såväl fysiologiska och medicinska som psykologiska och sociala insatser, så kallad multimodal rehabilitering (MMR) (se [Faktaruta 2](#)). I Sverige är det denna typ av smärtbehandling som erbjuds inom ramen för rehabiliteringsgarantin (se [Faktaruta 3](#)).

Här sammanfattar och kommenterar SBU en systematisk översikt om multimodal rehabilitering vid långvarig ländryggssmärta, publicerad av Cochrane Collaboration 2014 [1]. Rapporten är en uppdatering av en Cochrane-översikt publicerad år 2001.

Kommenterad rapport

Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJ, Ostelo RWJG, Guzman J, van Tulder MW. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. Cochrane Database Syst Rev 2014; 9. Art. No.: CD000963. DOI: 10.1002/14651858.CD000963.pub3.

Publicerad: 2014-09-02 • Senaste sökning: 2014-03

SBU:s sammanfattning

Det finns vetenskapligt stöd för att multimodal rehabilitering är effektivare än standardvård (t ex av allmänläkare) respektive enbart fysiska och/eller fysikaliska åtgärder (t ex träningsprogram eller andra fysioterapeutiska metoder) för att minska smärtan respektive aktivitetsbegränsningen hos personer med

långvarig ländryggssmärta. Skillnaden i behandlingseffekt är måttlig, men förmodligen av klinisk betydelse för denna patientgrupp.

SBU:s kommentarer

- ▶ I Sverige är det biopsykosociala perspektivet väletablerat när det handlar om rehabilitering av patienter med långvarig smärta. Översikten ger stöd för detta vad gäller ländryggssmärta. Den större förbättring som uppnås med hjälp av MMR i jämförelse med mindre omfattande metoder måste ställas i relation till de högre kostnaderna. Värt att notera i detta sammanhang är att dessa patienter ofta har genomgått många andra typer av behandlingar tidigare, utan framgång.
- ▶ I översikten beaktas flera effektmått, varav smärtintensitet, aktivitetsbegränsning och arbetsförmåga definieras som primära. En statistiskt signifikant bättre effekt uppnås med MMR i vissa jämförelser, men inte genomgående. Enligt SBU:s rapport "Metoder för behandling av långvarig smärta" (från 2006) [2,3] finns evidens för att multimodal rehabilitering är mer effektivt än inga eller mindre omfattande åtgärder för att minska smärtan. I en senare rapport, "Rehabilitering vid långvarig smärta" (från 2010) [4], kvarstod inte längre evidensen för en smärtlindrande effekt, i och med att några studier hade tillkommit som pekade i motsatt riktning. Vid den sista sökningen (i april 2014) inför sammanställningen av den Cochrane-översikt som här kommenteras hade 11 nya studier som är relevanta för frågeställningen, publicerats. Det uppdaterade kunskapsunderlaget visar att det finns vetenskapligt stöd för att ett multidisciplinärt förhållningssätt är mer effektivt än standardvård för att minska smärta (åtminstone vad beträffar långvarig ländryggssmärta). Viktigt att betona är att man med hjälp av MMR försöker påverka ett antal olika samverkande variabler.

Att fokusera på ett effektmått i taget för en så komplex intervention som MMR kan vara problematiskt, då det väsentliga är helhetseffekten.

- ▶ I översikten jämförs också effekten av mer intensiva MMR-program (sammanlagt ≥ 100 timmar, behandling på daglig basis) med mindre intensiva program (sammanlagt < 30 timmar, behandling på icke-daglig basis). Resultaten från dessa jämförelser tyder på att programmens intensitet är av underordnad betydelse för rehabiliteringsresultaten. Dock bör man ha i åtanke att innehållet i de olika MMR-programmen varierade påtagligt.
- ▶ Resultatet ska tolkas mot bakgrund av risken för systematiska fel i originalstudierna: endast 13 av de 41 ingående studierna bedömdes vara av hög kvalitet. Dock tyder inte känslighetsanalyserna (se [Faktaruta 6](#)) på att studierna med lägre kvalitet påverkade resultaten nämnvärt. En studie, av Monticone och medarbetare (2013) [5], visar, i förhållande till övriga studier, en anmärkningsvärt stor effekt av MMR på smärta respektive aktivitetsbegränsning jämfört med fysiska och/eller fysikaliska åtgärder. Detta kan eventuellt tyda på en publikationsbias som påverkar det sammanvägda resultatet till förmån för MMR. Om denna studie exkluderas från metaanalyserna kvarstår inte längre en signifikant större effekt av MMR jämfört med fysiska och/eller fysikaliska åtgärder på lång sikt; i övrigt påverkas inte evidensen.
- ▶ Det finns fortfarande behov av forskning kring multimodal rehabilitering, men det är inte sannolikt att ytterligare studier av den typ som inkluderats i denna översikt skulle påverka evidensen. Av intresse vore istället att i framtida studier identifiera och koncentrera sig på den patientgrupp som löper allra störst risk för sjukskrivning, och utvärdera effekten av MMR just i denna grupp. En annan infallsvinkel skulle kunna vara att skraddarsy MMR-program utifrån patienternas individuella problembilder, för att se om detta skulle kunna förbättra resultaten ytterligare. Vidare vore det angeläget att också inkludera en komponent i behandlingen som (i samråd med patienterna) involverar kommunikation och samverkan med arbetsgivarna, och även direkta arbetsplatsåtgärder, för att undersöka hur denna aspekt kan påverka rehabiliteringsresultatet.

Sammanfattning av originalrapporten

Om studierna

Översikten innefattar sammanlagt 41 randomiserade kontrollerade studier. Totalt ingår 6 858 patienter. Patienterna i studierna är vuxna individer, över 18 år, med en ländryggssmärta som varat minst 12 veckor (vanligtvis i över ett år). Trettiofyra studier är utförda i Europa, tre i Iran, tre i Nordamerika och två i Australien. Undersökningsgruppernas storlek varierar mellan 20 och 542 personer.

De behandlingsåtgärder som utvärderas i originalstudierna omfattar minst en fysisk eller fysikalisk komponent (t ex ett träningsprogram eller någon annan fysioterapeutisk metod) tillsammans med minst en psykologisk, social eller arbetsplatsrelaterad komponent. Behandlingsprogrammen är teambaserade: minst två olika professioner är knutna till respektive program (t ex läkare, psykolog, fysioterapeut eller arbetsterapeut), och kommunikation mellan vårdgivarna är ett krav.

Följande jämförelser görs:

- MMR vs standardvård (16 studier)
- MMR vs fysisk och/eller fysikalisk behandling (19 studier)
- MMR vs operation (2 studier)
- MMR vs väntelista för operation (4 studier)

Standardvård innebär i de flesta fall den behandling man får om man uppsöker en allmänläkare, och är därmed varierande. Det kan handla om medicinering och allmänna råd, men också om fysioterapi.

Fysisk och/eller fysikalisk behandling innebär olika typer av träning (t ex styrketräning, simning eller jogging) eller andra fysioterapeutiska metoder (t ex massage, avslappningsövningar, stretchning eller elektroterapi).

Man jämför i första hand smärtintensitet, aktivitetsbegränsning samt arbetsförmåga (sjukskriven/inte sjukskriven) efter respektive behandling. För skattning av smärta används antingen en visuell analog skala eller en numerisk skala (se [Faktaruta 4](#)) och för skattning av aktivitetsbegränsningsnivå används i de flesta fall Roland-Morris självskattningsskala (se [Faktaruta 5](#)). I metaanalyserna delas dessa effektmått vidare in i tre kategorier, baserat på tidpunkten för uppföljning: effekt på kort (upp till 3 månader), medellång (mer än 3 månader men mindre än 12 månader), respektive lång (12 månader eller mer) sikt. Man jämför också psykisk funktionsförmåga

(med avseende på t ex depression, oro och katastrof-tankar), vårdkonsumtion, livskvalitet, övergripande upplevelse av förbättring, och biverkningar.

Resultat

Här redogörs endast för de primära effektmåtten (så som definierade av översiktsförfattarna); för de sekundära effektmåtten hänvisas till översikten. För beskrivning av betydelsen av statistiska begrepp (se [Faktaruta 6](#)).

MMR jämfört med standardvård

Det finns stöd för att MMR är effektivare än standardvård vad beträffar *smärtlindring*:

- SMD –0,55 (95 % KI –0,83 till –0,28) vid uppföljning efter ≤3 månader (9 studier; 879 patienter)
- SMD –0,60 (95 % KI –0,85 till –0,34) vid uppföljning efter 3–12 månader (6 studier; 740 patienter)
- SMD –0,21 (95 % KI –0,37 till –0,04) vid uppföljning efter ≥12 månader (7 studier; 821 patienter)
- Effekten motsvarar en minskning om mellan 0,5 och 1,4 poäng på en elvagrädig självskattningsskala för mätning av smärtintensitet.

Det finns stöd för att MMR är effektivare än standardvård vad beträffar *minskning av aktivitetsbegränsning*.

- SMD –0,41 (95 % KI –0,62 till –0,19) vid uppföljning efter ≤3 månader (9 studier; 939 patienter)
- SMD –0,43 (95 % KI –0,66 till –0,19) vid uppföljning efter 3–12 månader (6 studier; 786 patienter)
- SMD –0,23 (95 % KI –0,40 till –0,06) vid uppföljning efter ≥12 månader (6 studier; 722 patienter)
- Effekten motsvarar en minskning om mellan 1,4 och 2,5 poäng på Roland-Morris 25-gradiga självskattningsskala för aktivitetsbegränsning (se [Faktaruta 5](#)).

Det finns inget stöd för att MMR är effektivare än standardvård vad beträffar *arbetsåtergång*:

- OR¹ 1,07 (95 % KI 0,60 till 1,90) vid uppföljning efter ≤3 månader (2 studier; 373 patienter)

¹ Ett OR >1 innebär en högre arbetsåtergång i MMR-gruppen, men om konfidensintervallet sträcker sig till <1 är resultatet inte signifikant.

- OR 1,60 (95 % KI 0,52 till 4,91) vid uppföljning efter 3–12 månader (3 studier; 457 patienter)
- OR 1,04 (95 % KI 0,73 till 1,47) vid uppföljning efter ≥12 månader (7 studier; 1360 patienter).

MMR jämfört med fysiska och/eller fysikaliska åtgärder

Det finns stöd för att MMR är effektivare än fysisk och/eller fysikalisk behandling vad beträffar *smärtlindring* på kort och medellång sikt, men inte på lång sikt:

- SMD –0,30 (95 % KI –0,54 till –0,06) vid uppföljning efter ≤3 månader (12 studier; 1 661 patienter)
- SMD –0,28 (95 % KI –0,54 till –0,02) vid uppföljning efter 3–12 månader (9 studier; 531 patienter)
- SMD –0,51 (95 % KI –1,04 till 0,01 (icke-signifikant)) vid uppföljning efter ≥12 månader (9 studier; 872 patienter)
- Effekten motsvarar en minskning om mellan 0,6 och 1,2 poäng på en elvagrädig självskattningsskala för mätning av smärtintensitet.

Det finns stöd för att MMR är effektivare än fysisk och/eller fysikalisk behandling vad beträffar *minskning av aktivitetsbegränsning* på kort och lång sikt, men inte på medellång sikt:

- SMD –0,39 (95 % KI –0,68 till –0,10) vid uppföljning efter ≤3 månader (13 studier; 1 878 patienter)
- SMD –0,21 (95 % KI –0,48 till 0,06 (icke-signifikant)) vid uppföljning efter 3–12 månader (9 studier; 511 patienter)
- SMD –0,68 (95 % KI –1,19 till –0,16) vid uppföljning efter ≥12 månader (10 studier; 1 169 patienter)
- Effekten motsvarar en minskning om mellan 1,2 och 4,0 poäng på Roland-Morris 25-gradiga självskattningsskala för aktivitetsbegränsning (se [Faktaruta 5](#)).

Det finns stöd för att MMR är effektivare än fysisk och/eller fysikalisk behandling vad beträffar *arbetsåtergång* på medellång och lång sikt, men inte på kort sikt:

- OR 1,60 (95 % KI 0,92 till 2,78 (icke-signifikant)) vid uppföljning efter ≤3 månader (tre studier; 379 patienter)

- OR 2,14 (95 % KI 1,12 till 4,10) vid uppföljning efter 3–12 månader (3 studier; 221 patienter)
- OR 1,87 (95 % KI 1,39 till 2,53) vid uppföljning efter ≥12 månader (8 studier; 1 006 patienter).

MMR jämfört med operation

Det finns inget stöd för att MMR är effektivare än operation vad beträffar *smärtlindring*:

- SMD –0,25 (95 % KI –0,53 till 0,04) vid uppföljning efter ≥12 månader (enda uppföljningen som genomfördes) (2 studier; 385 patienter).

Det finns inget stöd för att MMR är effektivare än operation vad beträffar *minskning av aktivitetsbegränsning*:

- SMD 0,25 (95 % KI –0,08 till 0,57) vid uppföljning efter ≥12 månader (enda uppföljningen som genomfördes) (2 studier; 423 patienter).

Det finns inget stöd för att MMR är effektivare än operation vad beträffar *arbetsåtergång*:

- OR 0,67 (95 % KI 0,31 till 1,45) (1 studie; 133 patienter).

MMR jämfört med väntelista för operation

Det finns stöd för att MMR är effektivare än att vara uppsatt på väntelista för operation vad beträffar *smärtlindring*:

- SMD –0,73 (95 % KI –1,22 till –0,24) vid uppföljning efter ≤3 månader (enda uppföljningen som genomfördes) (tre studier; 213 patienter).

Det finns stöd för att MMR är effektivare än att vara uppsatt på väntelista för operation vad beträffar *minskning av aktivitetsbegränsning*:

- SMD –0,49 (95 % KI –0,76 till –0,22) vid uppföljning efter ≤3 månader (enda uppföljningen som genomfördes) (tre studier; 213 patienter).

Originalrapportens slutsatser

– Det är troligt att multimodal rehabilitering är mer effektivt än standardvård respektive fysisk och/eller fysikalisk behandling för att minska smärtintensitet och aktivitetsbegränsning hos patienter med långvarig ländryggssmärta.

– Multimodal rehabilitering har också en positiv inverkan på arbetsförmågan jämfört med fysisk och/eller fysikalisk behandling i denna patientgrupp.

Tabell 1 Sammanvägda resultat vid uppföljning efter lång tid (≥12 månader), primära effektmått. (Kontrollgrupp "väntelista för operation" finns ej med i tabellen, då ingen långtidsuppföljning genomfördes i de studier där denna jämförelse gjordes).

Effektmått	Behandling i kontrollgrupp	Resultat	Antal deltagare (studier)	Evidensstyrka (GRADE; se Faktaruta 7) enligt översiktens författare
Smärtintensitet	Standardvård	MMR bättre än standardvård	821 (7)	Måttlig
Smärtintensitet	Fysisk och/eller fysikalisk behandling	Ingen statistiskt signifikant skillnad	872 (9)	Begränsad
Smärtintensitet	Operation	Ingen statistiskt signifikant skillnad	385 (2)	Begränsad
Aktivitetsbegränsning	Standardvård	MMR bättre än standardvård	722 (6)	Måttlig
Aktivitetsbegränsning	Fysisk och/eller fysikalisk behandling	MMR bättre än fysisk och/eller fysikalisk behandling*	1 169 (10)	Begränsad
Aktivitetsbegränsning	Operation	Ingen statistiskt signifikant skillnad	423 (2)	Begränsad
Arbetsförmåga	Standardvård	Ingen statistiskt signifikant skillnad	1 360 (7)	Måttlig
Arbetsförmåga	Fysisk och/eller fysikalisk behandling	MMR bättre än fysisk och/eller fysikalisk behandling	1 006 (8)	Måttlig
Arbetsförmåga	Operation	Ingen statistiskt signifikant skillnad	133 (1)	Begränsad

* Detta resultat drivs till stor del av Monticone och medarbetare (2013) [5], som visar en avvikande stor effekt. Om denna studie exkluderas från metaanalyserna kvarstår inte den signifikanta effektskillnaden.

- Effekterna är måttliga och bör ställas i relation till de resurser som krävs för denna typ av rehabiliteringsprogram.
- Effekten av lågintensiva program² skiljer sig inte nämnvärt från effekten av mer intensiva program.

² *Lågintensiva program innebär mindre än 30 timmars behandling på icke-daglig basis; högintensiva program innebär mer än 100 timmars behandling på daglig basis, enligt författarnas definition.*

Faktaruta 1 Den biopsykosociala modellen.

Den biopsykosociala modellen lanserades av G.L. Engel 1977 [7]. Enligt denna finns det ett samband mellan biomedicinska, psykologiska och sociala faktorer vid sjukdoms- och smärttillstånd. Detta står i kontrast till den traditionella biomedicinska modellen, enligt vilken alla sjukdoms- och smärttillstånd utslutande har sitt ursprung i biologiska förändringar/skador. Vad beträffar långvarig smärta är den dominerande uppfattningen numera att också psykologiska och sociala aspekter spelar en betydande roll. Det biopsykosociala synsättet ligger således till grund för modern diagnostik, behandling och rehabilitering vid långvariga smärttillstånd.

Faktaruta 2 Multimodal rehabilitering.

Multimodal rehabilitering (MMR) är en samlingsbeteckning på behandlingsmetoder som inbegriper såväl fysiologiska och medicinska som psykologiska och sociala insatser. Detta förutsätter ett fast team av vårdgivare från flera olika professioner (t ex läkare, fysioterapeut, arbetsterapeut, psykolog, kurator, sjuksköterska). De multimodala rehabiliteringsprogram som genomförs inom ramen för Rehabiliteringsgarantin (se Faktaruta 3) varar vanligtvis under fyra till åtta veckor, och målen som ska uppnås definieras inledningsvis av teamet tillsammans med patienten. Multimodal rehabilitering har på senare tid börjat delas in i två nivåer, MMR1 och MMR2, där MMR2 kännetecknas av att teamen har en högre kapacitet och kompetens än MMR1-teamen. MMR1 erbjuds vanligen inom primärvården, medan MMR2 oftast erbjuds inom specialistvården.

Faktaruta 3 Rehabiliteringsgarantin.

Rehabiliteringsgarantin baseras på statliga stimulansmedel som sedan 2008 har reglerats i årliga överenskommelser mellan staten och Sveriges Kommuner och Landsting. Syftet är att underlätta för personer med psykiska besvär eller långvarig smärta att återgå i arbete, eller att undvika en sjukskrivning. Vad beträffar personer med långvarig smärta innebär rehabiliteringsgarantin att landstingen erhåller ersättning per genomfört multimodalt rehabiliteringsprogram (se Faktaruta 2).

Faktaruta 4 Självsfattningsskalor för smärta.

För att kunna jämföra grad av smärta används ofta olika typer av självskattningsskalor. I de studier som ligger till grund för denna översikt användes antingen en visuell analog skala (Visual Analogue Scale, VAS) eller en numerisk skala (Numeric Rating Scale, NRS). VAS innebär att patienten markerar sin upplevda smärtnivå på en tio centimeter lång linje, där 0 representerar avsaknad av smärta, och 10 representerar värsta tänkbara smärta. NRS innebär att patienten graderar sin upplevda smärtnivå genom att ange en siffra mellan 0 och 10, där 0 representerar avsaknad av smärta, och 10 representerar värsta tänkbara smärta.

Faktaruta 5 Roland-Morris skala för aktivitetsbegränsning (Roland-Morris Disability Scale).

Roland-Morris aktivitetsbegränsningsskala [8] är utvecklad för patienter med akut eller långvarig icke-specifik ryggsmärta. Den baseras på en självskattningssenkät om 24 påståenden, i vilken patienten får värdera den aktivitetsbegränsning ryggsmärtan förorsakar. Varje påstående som patienten anser stämma överens med hans/hennes tillstånd genererar ett poäng. En individ kan alltså få mellan 0 poäng (vilket betyder ingen aktivitetsbegränsning) och 24 poäng (vilket betyder allvarig aktivitetsbegränsning).

Faktaruta 6 Statistiska begrepp.

OR, odds ratio: Kvoten mellan två odds. Exempel: odds för att ha genomgått MMR bland personer som arbetar, dividerat med motsvarande odds bland personer som är sjukskrivna. Oddskvoten ger en uppfattning om hur starkt sambandet är mellan insatsen (i detta fall MMR) och utfallet (i detta fall arbetsstatus).

SMD, standardised mean difference: Ett skaloberoende effektmått där medelvärdeskillnaden dividerats med en vägd spridning avseende intervention- respektive kontrollgrupp. Enheten anges i standardavvikelse (och inte t ex ett värde på en skattningsskala). Enligt konventionen räknas 0,20–0,50 som en liten effekt, 0,50–0,80 som en måttlig effekt och >0,80 som en stor effekt.

Känslighetsanalys: statistisk metod för att bedöma hur "stabila" undersökningsresultat är. Man ändrar vissa förutsättningar, t ex utesluter vissa avvikande data och noterar hur detta påverkar resultatet. Används främst i metaanalyser och hälsoekonomiska analyser.

Faktaruta 7 GRADE.

Ett system för att gradera tillförlitligheten i de sammanvägda resultaten, utarbetat av en internationell expertgrupp. Evidensgraderingen beror på studiekvalitet, samt på hur tillförlitligheten påverkas av faktorer som samstämmighet, överförbarhet, precision i data, risk för publikationsbias, dos-effektsamband och effektstorlek. GRADE har fyra nivåer: hög, måttlig, begränsad och otillräcklig evidens.

SBU:s granskning av originalrapporten

Vid SBU:s genomgång av originalrapporten användes en granskningsmall för systematiska översikter som kallas AMSTAR [6]. Granskningen visade att litteratursökning, studieurval och dataextraktion uppfyllde definierade kvalitetskrav för en systematisk översikt.

Lästips

- Flor H, Turk DC. Chronic pain, An integrated biobehavioral approach. New York: IASP; 2011. ISBN: 978-0-931092-90-9. ISBN-10: 0931092906.
- Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJEM, Ostelo RWJG, Guzman J, van Tulder MW. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain: Cochrane systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2015;350 (en förkortad version av Cochrane-översikten).
- SBU. Rehabilitering vid långvarig smärta. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2010. SBU-rapport nr 198. ISBN 978-91-85413-34-8. <http://www.sbu.se>
- SBU. Metoder för behandling av långvarig smärta. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2006. SBU-rapport nr 177/1. ISBN 91-85413-08-9. <http://www.sbu.se>
- SBU. Metoder för behandling av långvarig smärta. En systematisk litteraturöversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2006. SBU-rapport nr 177/2. ISBN 91-85413-09-7. <http://www.sbu.se>
- SBU. Utvärdering av metoder i hälso- och sjukvården: En handbok. 2 uppl. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2014. <http://www.sbu.se>
- Turk DC, Melzack R. Handbook of pain assessment. 3rd edition. New York: Guilford Press; 2011. ISBN-10: 1606239767. ISBN-13: 978-1606239766.
- Waddell G. The back pain revolution. 2nd edition. Vol. 1, 2004. London: Churchill Livingstone. ISBN: 978-0-443-07227-7.

Referenser

1. Kamper SJ, Apeldoorn AT, Chiarotto A, Smeets RJ, Ostelo RWJG, Guzman J, van Tulder MW. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 4 Art no.: CD000963. DOI:10.1002/14651858. CD000963. Pub3.
2. SBU. Metoder för behandling av långvarig smärta. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2006. SBU-rapport nr 177/1. ISBN 91-85413-08-9. <http://www.sbu.se>
3. SBU. Metoder för behandling av långvarig smärta. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2006. SBU-rapport nr 177/2. ISBN 91-85413-09-7. <http://www.sbu.se>
4. SBU. Rehabilitering vid långvarig smärta. En systematisk litteraturoversikt. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering (SBU); 2010. SBU-rapport nr 198. ISBN 978-91-85413-34-8. <http://www.sbu.se>
5. Monticone M, Ferrante S, Rocca B, Baiardi P, Dal Farra F, Foti C. Effect of a long-lasting multidisciplinary program on disability and fear-avoidance behaviors in patients with chronic low back pain: results of a randomized controlled trial. Clin J Pain 2013;29:929-38.
6. Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. BMC Med Res Methodol 2007;7:10
7. Engel GL. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977;196:129-36.
8. Roland MO, Morris RW. A study of the natural history of back pain. Part 1: Development of a reliable and sensitive measure of disability in low back pain. Spine 1983;8:141-4.

Projektgrupp

Sakkunnig

Anne Söderlund, professor i fysioterapi, Mälardalens högskola

SBU

Ida Envall, projektledare

Mikael Nilsson, projektsamordnare

Madelene Lusth Sjöberg, projektadministratör

Granskare

Björn Gerdle, professor i rehabiliteringsmedicin, Linköpings universitet

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.

SBU utvärderar sjukvårdens och socialtjänstens metoder

SBU, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering, är en statlig myndighet som utvärderar hälso- och sjukvårdens och socialtjänstens metoder. SBU analyserar metodernas nytta, risker och kostnader och jämför vetenskapliga fakta med praxis inom svensk vård och socialtjänst. Målet är att ge ett bättre beslutsunderlag för alla som avgör hur vården och omsorgen ska utformas.

SBU Kommenterar och sammanfattar utländska kunskapsöversikter inom medicin och socialtjänst. SBU granskar översikten men inte de enskilda studierna. Forskning som förändrar kunskapsläget kan ha tillkommit.

SBU Kommenterar nr 2015_07

SBU:s rapporter finns i pdf på www.sbu.se. Kontakta 08-779 96 85 eller sbu@strd.se för beställning.

Ansvarig utgivare: Olivia Wigzell, generaldirektör SBU
Programchef: Jan Liliemark, SBU
Grafisk produktion: Åsa Isaksson, SBU

SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering
08-412 32 00 • registrator@sbu.se • www.sbu.se