

SBU:s sammanfattning och slutsatser

SBU:s slutsatser

Multimodal rehabilitering innebär en kombination av psykologiska insatser och fysisk aktivitet/träning, manuella eller fysikaliska metoder. Vårdpersonalen arbetar i team där också patienten ingår. Åtgärderna ska vara samordnade och pågå under längre tid. Multimodal rehabilitering sker oftast inom särskilda kliniker på sjukhus.

- ❑ Multimodal rehabilitering förbättrar förutsättningarna för att patienten ska kunna återgå till arbete, jämfört med inga eller mindre omfattande insatser. Förutom faktisk återgång i arbete räknas minskad sjukskrivning och att patienten själv bedömer att arbetsförmågan har ökat som sådan förbättring. Det vetenskapliga underlaget är dock otillräckligt när det gäller vilken typ av multimodal rehabilitering som är bäst i dessa avseenden.
- ❑ Studier av hög kvalitet som undersöker effekterna av multimodal rehabilitering har tillkommit sedan den tidigare SBU-rapporten 2006. Det sammanlagda vetenskapliga underlaget när det gäller den smärtlindrande effekten av multimodal rehabilitering har därmed ändrats, från att ge stöd för effekt till att inte visa någon skillnad jämfört med inga eller mindre omfattande insatser. Detta gäller långvariga smärtor från nacke, skuldror och ländrygg.

Beteendemedicinsk behandling bygger på att patientens tankar, beteenden och omgivning har betydelse för rehabiliteringen. Beteendepåverkande behandlingsstrategier kombineras med fysisk aktivitet/träning. Terapeuten, vanligen en sjukgymnast och patienten tar gemensamt ansvar för genomförandet. Behandlingen kan utföras i primärvården.

- ❑ Beteendemedicinsk behandling leder till bättre aktivitetsförmåga än annan behandling som inte innehåller beteendepåverkande insatser. Detta gäller 2–5 år efter avslutad behandling. De långsiktiga effekterna av fysisk aktivitet/träning, manuella och fysikaliska metoder samt kombinationer av dessa går inte att särskilja från varandra. Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt när det gäller dessa metoders kostnadseffektivitet.

Akupunktur stimulerar nerver via nålar som penetrerar hud eller slemhinna. Metoden används både inom sjukvården och inom den alternativa och komplementära vården.

- ❑ Akupunktur visar ingen skillnad i smärtintensitet respektive aktivitetsförmåga tre månader efter avslutad behandling, jämfört med kontrollmetoder som innefattar någon form av kontrollstimulering.

SBU:s sammanfattning

Bakgrund och syfte

SBU-rapporten ”Metoder för behandling av långvarig smärta” publicerades 2006. Sedan dess har ytterligare forskningsresultat tillkommit. SBU har därför gjort en uppdatering av kunskapsunderlaget avseende rehabilitering i vid bemärkelse vid långvarig smärta från nacke, skuldror och ländrygg samt vid generaliserad smärta inklusive fibromyalgi.

Avgränsningar

Beskrivning av inkluderade patientgrupper

I behandlingssammanhang finns en tendens att dela upp smärttillstånden utifrån engagerade anatomiska lokalisationer. Detta synsätt har troligen relativt lite att göra med hur smärtan uppstår och bibehålls. Det aktuella kunskapsläget tyder istället på att det kan vara mer relevant att gruppera patienterna och förstå de långvariga smärtorna enligt ett biopsykosocialt synsätt, dvs där biologiska, psykologiska och omgivningsfaktorer på ett komplext sätt bidrar till uppkomst och vidmakthållande av smärtan. Fokus för utvärderingen har varit metoder som prövats vetenskapligt på personer med smärtor från rygg, nacke eller från större delen av kroppen

som pågått i mer än 3 månader. Studier som handlar om smärta som beror på cancer eller diabetes har inte tagits med. Eftersom bedömning av arbetsförmåga har varit central för utvärderingen, har endast studier med personer i åldern 18–65 år inkluderats.

Beskrivning av metoder som ingår i rapporten

Multimodal rehabilitering bygger på den så kallade biopsykosociala modellen som utgår från att en framgångsrik behandling måste ta hänsyn till somatiska, psykologiska, omgivnings- och personlighetsmässiga aspekter. Program för multimodal rehabilitering tillämpar oftast ett beteendepsykologiskt förhållningssätt i kombination med exempelvis avspänning, ergonomiska åtgärder, olika metoder för att hantera smärta ("coping") samt utbildning om smärtproblematik. Multimodal rehabilitering är en process av välplanerade och samordnade åtgärder av flera professioner med gemensam målsättning under en längre men avgränsad tid. Personalen arbetar i team där också patienten ingår. För att undersöka hur resultaten av en så omfattande insats som multimodal rehabilitering står sig på sikt, sattes gränsen för uppföljning till minst 1 år.

I rapporten granskas också metoder som vanligtvis används av sjukgymnaster: fysisk träning, rådgivning, massage, manipulation och fysikalisk terapi. Träningen kan integreras med beteendemedicinska strategier, som bygger på inlärningspsykologiska principer. Då ingår t ex övningar i problemlösning, positiv förstärkning, progressiv målformulering och aktivitetsdagbok. Uppföljningen av behandlingsresultatet skulle ske minst 3 månader efter att behandlingen avslutades.

Utvärderingen av psykologiska behandlingsmetoder gäller metoder där behandlingen ges av en enskild behandlare såsom psykolog eller beteendevetare. Anledningen till denna avgränsning är att särskilja effekterna av den psykologiska metoden från den effekt som uppnås i behandlingsprogram där beteendepåverkande behandling ingår, som multimodal rehabilitering. Uppföljningen av behandlingen skulle ske tidigast efter 3 månader.

Akupunktur definieras som mekanisk, termisk eller elektrisk stimulering via nålar som penetrerar hud eller slemhinna. Metoden används både inom sjukvården och inom den alternativa och komplementära vården. Transkutan elektrisk nervstimulering (TENS) är en icke-invasiv behandlingsform som elektriskt stimulerar nervtrådar via elektroder på huden. För akupunktur sattes gränsen för uppföljning av behandlingseffekterna till minst 3 månader. Eftersom TENS ofta används som ett komplement till eller som ersättning för läkemedelsbehandling, krävde vi inte att denna behandling skulle kunna visa långtidseffekter. Även studier som redovisat resultat direkt efter behandlingen har därför ingått i granskningen.

Beskrivning av vilka effektmått som utvärderades

I denna rapport har vi valt att bedöma behandlingsresultat som omfattas av de olika domänerna i ICF-modellen (klassifikation av funktion/funktionshinder och hälsa). ICF är en modell som har accepterats av kliniker och forskare för att på ett strukturerat och enhetligt sätt bedöma resultat av behandlingsmetoder som riktas till personer med långvarig smärta. Man mäter påverkan på smärta, fysisk funktion och emotionell funktion, inklusive hur patienten själv skattar sådan förändring, tillfredsställelse med behandlingen, andra symtom och biverkningar samt patientens grad av deltagande. Ett vanligt effektmått är aktivitetsförmåga som beskriver möjligheter att utföra vardagliga sysslor, att röra sig normalt och ha ett välfungerande socialt liv utan att påverkas av smärta.

I hur stor utsträckning behandlingen leder till att personer med långvarig smärta kan återgå till arbete eller studier, eller själva bedömer att det skulle vara möjligt, har också godkänts som resultat i rapporten.

I rapporten redovisas resultaten av de olika rehabiliteringsåtgärderna både som lokala effekter, t ex mindre besvär från ländryggen eller som mer generella effekter, t ex ökad funktionsförmåga, beroende på hur de rapporterats i de granskade studierna.

För att inkluderas i rapporten krävdes att studier om hälsoekonomi omfattade både kostnader och effekter, var relevanta för svenska förhållanden och innehöll jämförelser med bästa alternativet.

Innehållet i rapporten

I rapporten redovisas resultaten av systematiska litteraturgenomgångar av det vetenskapliga underlaget för nytta och risker med metoder som används för att behandla personer med långvariga smärttillstånd. Kapitel 2 beskriver den metodik som tillämpats vid den systematiska litteraturgenomgången. Resultatet av utvärderingen av de identifierade metoderna för behandling redovisas i Kapitel 3, som är rapportens mest omfattande och centrala del. I Kapitel 4 förs ett resonemang om etiska och sociala aspekter på rehabilitering av personer med långvariga smärttillstånd. Mot bakgrund av litteraturgenomgången diskuteras i Kapitel 5 faktorer som kan ha betydelse för implementeringen av en evidensbaserad kunskap inom rehabiliteringsområdet, samt tänkbara förändringar av praxis. Rapporten avslutas i Kapitel 6, med en redovisning av kunskapsluckor och angelägna områden för framtida forskning.

Frågor

De övergripande frågeställningarna var:

- Vilka metoder är effektiva för att behandla patienter med långvariga smärttillstånd?
- Vilken kunskap finns om dessa behandlingsmetoders kostnadseffektivitet?

Metod för litteraturgenomgång

SBU har en noggrann och systematisk metodik där all – för de aktuella frågeställningarna – relevant litteratur söks i tillgängliga databaser. För den föreliggande rapporten gjordes en uppdatering av dessa sökningar fr o m år 2004. Den ursprungliga sökstrategin från den tidigare rapporten användes samt en sökstrategi baserad på indexord som återfanns i de systematiska översikter som där identifierats och tabellerats. Varje inkluderad studie har kvalitetsgranskats och tabellerats enligt särskilt utarbetad metodik. Kvalitetsgranskningen av de hälsoekonomiska artiklarna gjordes i samarbete mellan medicinsk expert och hälsoekonom.

Faktaruta 1 Studiekvalitet och evidensstyrka.

Studiekvalitet avser den vetenskapliga kvaliteten hos en enskild studie och dess förmåga att besvara en viss fråga på ett tillförlitligt sätt.

Evidensstyrkan är en bedömning av hur starkt det sammanlagda vetenskapliga underlaget är för att besvara en viss fråga på ett tillförlitligt sätt. SBU tillämpar det internationellt utarbetade evidensgraderingssystemet GRADE. För varje effektmått utgår man i den sammanlagda bedömningen från studiernas design. Därefter kan evidensstyrkan påverkas av förekomsten av försvagande/förstärkande faktorer som studiekvalitet, relevans, samstämmighet, överförbarhet, effektstorlek, precision i data, risk för publikationsbias och andra aspekter, t ex dos-responssamband.

Evidensstyrka graderas i fyra nivåer:

Starkt vetenskapligt underlag (⊕⊕⊕⊕). Bygger på studier med hög kvalitet utan försvagande faktorer vid en samlad bedömning.

Måttligt starkt vetenskapligt underlag (⊕⊕⊕○). Bygger på studier med hög kvalitet med förekomst av enstaka försvagande faktorer vid en samlad bedömning.

Begränsat vetenskapligt underlag (⊕⊕○○). Bygger på studier med hög eller medelhög kvalitet med försvagande faktorer vid en samlad bedömning.

Otillräckligt vetenskapligt underlag (⊕○○○). När vetenskapligt underlag saknas, tillgängliga studier har låg kvalitet eller där studier av likartad kvalitet är motsägande anges det vetenskapliga underlaget som otillräckligt.

Ju starkare evidens desto mindre sannolikt är det att redovisade resultat kommer att påverkas av nya forskningsrön inom överblickbar framtid.

Slutsatser

I SBU:s slutsatser görs en sammanfattande bedömning av nytta, risker och kostnadseffektivitet.

Resultat

Multimodal rehabilitering

I de flesta studierna som ingått i granskningen var majoriteten av patienterna kvinnor. Det är ovanligt att resultaten redovisas separat för kvinnor och män. De studier som redovisar var behandlingen har ägt rum, anger att den skett på specialistnivå, vanligen rehabiliteringscentra på sjukhus utan att patienterna varit inlagda. Det innebär sannolikt att dessa patienter har haft en mer komplex smärtproblematik, t ex när det gäller smärtintensitet, depressivitet, katastroftänkande och tidigare sjukskrivning, än patienter som kommit ifråga för behandling på primärvårdsnivå. Skillnader i komplexitet mellan olika patienter kan också bidra till att alla inte har samma nytta av ett multimodalt rehabiliteringsprogram.

Det vanligaste är att två till fyra vårdgivare med olika profession har ingått i behandlingsteamet.

De sammanfattade resultaten för effekterna av multimodal rehabilitering består av en syntes av resultaten från den tidigare litteraturgenomgången i SBU-rapporten från år 2006 och resultaten från ny tillkommen litteratur. Effekterna har analyserats dels genom en sammanvägd bedömning av redovisade resultatmått, dels per enskilt effektmått.

Sammanvägd bedömning

- Multimodal rehabilitering, som oftast omfattar en kombination av psykologiska insatser och fysisk aktivitet/träning, manuella eller fysikaliska metoder, leder vid ryggsmärtor sammantaget till bättre resultat än inga eller mindre omfattande insatser. Detta överensstämmer med slutsatserna i SBU-rapporten från år 2006 som gällde all långvarig smärta, oberoende av i vilken del av kroppen den fanns.
- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för säkra slutsatser om kostnadseffektiviteten av multimodal rehabilitering (⊕○○○).

Resultat per effektmått

- Multimodal rehabilitering vid långvarig ryggsmärta leder till minskad sjukskrivning och ökad återgång i arbete jämfört med mindre intensiva insatser eller inga insatser alls (måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕○).
- Multimodal rehabilitering vid långvarig ryggsmärta minskar inte smärtans intensitet, aktivitetsförmåga eller andra symtom jämfört med avsevärt mindre intensiva insatser eller inga insatser alls (måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕○).
- Granskade studier visar inga skillnader mellan olika typer av multimodala rehabiliteringsprogram vid långvarig ryggsmärta med avseende på smärtintensitet, andra symtom, aktivitetsförmåga eller sjukskrivning/arbetsåtergång (måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕○).

Fysisk aktivitet/träning, manuella och fysikaliska metoder samt beteendemedicinska behandlingar

De studier som tillkommit sedan SBU-rapporten från år 2006 skiljer sig i flera avseenden från de tidigare studierna. Det har blivit vanligt att jämföra olika kombinationer av fysisk aktivitet/träning, manuella och fysikaliska metoder med varandra. Denna utveckling inom området kan bero på att forskarna försöker minska gapet mellan klinisk interventionsforskning och klinisk praxis. Det medför dock problem när det gäller att utvärdera vilka metoder som är effektiva i sig och vilken kombination av metoder som är nödvändig och tillräcklig för att nå långsiktiga effekter vid långvarig smärta.

Studier som undersökt effekten av att använda beteendemedicinska principer för behandlingen har inte alltid redogjort för vilken utbildning terapeuterna har och i vilken utsträckning de följer behandlingsprotokollet.

Resultaten nedan avser smärtintensitet och aktivitetsförmåga, dvs patientens möjligheter att utföra vardagliga sysslor, att röra sig normalt och ha ett välfungerande socialt liv utan att påverkas av smärta om inget annat anges.

- Beteendemedicinsk behandling leder till större förbättring i aktivitetsförmåga efter 2–5 år än fysisk aktivitet/träning enbart eller kombinationsbehandlingar av fysisk aktivitet/träning, manuella och fysikaliska metoder (starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕⊕).
- Fysisk aktivitet/träning, manuella och fysikaliska metoder samt beteendemedicinska behandlingar visar var för sig statistiskt säkerställda effekter över tid jämfört med tillståndet före behandlingen. Det saknas dock studier som jämför respektive metod med mer passiv eller ingen behandling.
- Granskade studier har inte visat någon skillnad i effekt mellan enkla råd om egenvård och fysisk aktivitet/träning, manuella och fysikaliska metoder respektive kombinationer av dessa (begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○).
- Inga säkra slutsatser kan dras om de utvärderade metodernas kostnads-effektivitet (otillräckligt vetenskapligt underlag ⊕○○○).

Psykologiska behandlingsmetoder

Psykologisk behandling ges ofta som en enskild klinisk insats av en enskild vårdgivare, oftast en psykolog eller beteendevetare. Även när en person med långvarig smärta behandlas av ett team är det vanligt att hon eller han remitteras till en sådan åtgärd. Det är alltså angeläget att utvärdera vilka effekter man kan förvänta sig av psykologisk behandling som ges av en enskild behandlare. I de studier som har granskats är det vanligast att en psykolog eller beteendevetare har givit behandlingen.

Denna systematiska genomgång av litteraturen kunde inte finna tillräckligt vetenskapligt underlag för sammanvägda resultat och slutsatser när det gällde följande granskade psykologiska behandlingsmetoder för personer med långvarig smärta:

- Socialt stöd
- Livsstilsförändringar
- Motiverande åtgärder (motiverande samtal)
- Problemlösande
- ”Mindfulness”

- Visualisering ("guided imagery")
- Hypnos
- Strukturerade skrivövningar med betoning på känslomässigt uttryckande
- Klientcentrerad terapi
- In vivo-exponering
- Kognitiv beteendeterapi
- Acceptance and commitment therapy (ACT).

Akupunktur, TENS (transkutan elektrisk nervstimulering) och triggerpunktsbehandling

I SBU-rapporten från 2006 utvärderades effekterna av akupunktur som behandling av långvarig smärta direkt efter att behandlingen avslutats. De studier om akupunktur för behandling av långvarig smärta som publicerats sedan dess är generellt sett mer välgjorda än de tidigare. Fortfarande är det dock få studier som utvärderar behandlingseffekten en tid efter att själva behandlingen avslutats. I denna rapport sattes den undre gränsen för uppföljning vid tre månader för akupunktur.

- Den smärtlindrande effekten av akupunktur för långvarig ryggsmärta är jämförbar med effekten av kontrollbehandling med sham-akupunktur, tre månader efter behandling (måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕○).
- Förbättring av funktion efter behandling med akupunktur för långvarig ryggsmärta är jämförbar med effekten av kontrollbehandling med sham-akupunktur, tre månader efter behandling (måttligt starkt vetenskapligt underlag ⊕⊕⊕○).
- Akupunktur som tillägg till annan behandling kan ge bättre smärtlindring (begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○).
- Den smärtlindrande effekten av akupunktur för fibromyalgi är jämförbar med den av kontrollbehandling med sham-akupunktur (begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○).

- Den smärtlindrande effekten av både högfrekvent och lågfrekvent TENS för långvarig ryggsmärta är på kort sikt större än den av kontrollbehandling med sham-TENS (begränsat vetenskapligt underlag ⊕⊕○○).
- Det vetenskapliga underlaget är otillräckligt för att bedöma effekten av TENS på funktion och för att bedöma effekt på lång sikt (⊕○○○).

Etiska och sociala aspekter

En person som genomgår rehabilitering förväntas göra stora förändringar i sitt liv och i sitt sätt att hantera smärtan. Det kan gälla livsstilsförändringar som att börja träna, förändra sitt sätt att tänka för att få en större känsla av kontroll och olika strategier för att återgå till arbete efter en (i vissa fall) lång tids sjukskrivning.

Det kan diskuteras hur långt sjukvårdspersonalen bör gå i syfte att ”göra gott” för den enskilda personen med långvarig smärta. Det är t ex inte självklart hur mycket vården bör lägga sig i patientens livsstil eller ställa krav på följsamhet som villkor för behandling.

Trots att de positiva konsekvenserna av behandling tycks överväga, finns det etiska problem främst när det gäller autonomi och rättvisa. Det är oklart hur väl patientens val gör sig gällande i relation till vårdgivarens val. Man kan fråga sig om det är möjligt att förena frivillighet med krav på patienten att verkligen anstränga sig för att nå resultat av behandlingen. En annan viktig aspekt i detta sammanhang är i vad mån smärtproblemen hänger samman med olösta sociala problem i bakgrunden.

En förutsättning för att de etiska principerna ska kunna tillgodoses, är att personer med långvarig smärta är väl informerade om möjliga behandlingsalternativ och vilka följder dessa kan få. Dessutom bör de ges möjlighet att vara delaktiga i beslut som rör formerna för rehabiliteringen. Patienter med långvarig smärta kan i många fall ha svårt att hävda sig. Från rättvisesynpunkt är det därför särskilt angeläget att säkerställa att dessa patienter får sina vårdbehov tillgodosedda.

Konsekvensanalys av tänkbara praxisförändringar

Vissa förändringar i praxis skulle sannolikt bidra till en mer evidensbaserad behandling av personer med långvarig smärta, t ex:

- En ökad satsning på multimodal rehabilitering för patienter med komplex symtombild.
- Beteendemedicinska behandlingar som inkluderar fysisk aktivitet/träning kan bli ett vanligare alternativ för behandling av personer med långvarig smärta i primärvården.
- Metoder som bygger på nervstimulering, t ex akupunktur och TENS, kan komma att utvecklas.

Det är svårt bedöma de samlade hälsomässiga, etiska, sociala och ekonomiska konsekvenserna av dessa praxisförändringar. Ett mer kvalificerat och individanpassat omhändertagande torde leda till klara förbättringar för de aktuella patienterna.

Utvärderingen tyder på att patienter med långvarig smärta som deltar i rehabilitering med multimodala insatser får en ökad möjlighet att långsiktigt förbättra sin situation. Men denna förhållandevis kostnadskrävande behandlingsform passar inte alla patienter med långvarig smärta. De patienter som uppvisar en mindre komplex problembild kan istället få rehabilitering i primärvården.

Rapporten tar upp flera behandlingsmetoder som är vanliga inom primärvården. Många av dessa tillhandahålls av sjukgymnaster, verk samma i den etablerade hälso- och sjukvården. Fysisk träning åstadkommer positiva effekter på aktivitetsförmåga och självrapporterad smärta. Eftersom inga uppenbara effektskillnader förekommer är det mest kostnadseffektivt att välja den metod som har lägst kostnad.

Ett skäl att behandlingar som ges enligt beteendemedicinska principer är effektiva över lång tid är att sådana behandlingar stärker patientens tilltro till egen förmåga att fungera i vardagen och vara fysiskt aktiv. En ökad satsning på beteendemedicinska behandlingar som inkluderar

fysisk aktivitet/träning kan leda till att patienten får en ökad förmåga att på egen hand hantera smärta. Det förutsätter att primärvården utvecklar kompetensen inom detta relativt nya kunskapsområde. Här finns dock en risk för konflikter mellan olika etiska principer.

Rapporten visar att TENS ger smärtlindring direkt efter stimulering. Personer med långvarig smärta kan därför erbjudas att prova TENS som ett säkert alternativ utan allvarliga biverkningar, förutsatt att de är friska för övrigt.

Kunskapsluckor och behov av framtida forskning

Den systematiska litteraturgenomgången visar att det saknas kunskap på vissa områden när det gäller icke-farmakologisk behandling av långvarig smärta. Det har därför inte varit möjligt att besvara alla de frågeställningar som ursprungligen formulerades.

Tillgängliga studier beskriver sällan vad programmets olika delar består av, hur omfattande dessa är samt vilken profession och kompetens som ansvarar för olika delar av programmen. Det behövs ett standardiserat och samlat sätt att beskriva programmets innehåll i syfte att öka överskådligheten.

En utgångspunkt för att förbättra möjligheten till jämförelser mellan olika studier kan vara att utgå från områden som är viktiga att beakta vid utvärdering av behandlingsstudier. Ett exempel kan vara den internationella expertgruppen IMMPACT-gruppens förslag till systematisering. Att förmå forskare att utgå från samma områden när man mäter effekter av behandling kan bilda en bra bas för ett fortsatt arbete. Det finns också ett behov av att beskriva patientgrupper med långvarig smärta på ett standardiserat sätt. I en databas uppbyggd enligt ett sådant system är det möjligt för en forskargrupp att jämföra sin studies patientgrupp med patientgrupper i andra studier.

Behandling av långvarig smärta kan medföra biverkningar eller komplikationer. Detta rapporteras sällan i studierna, varför det till stor del saknas kunskap om hur vanligt det är.

Det saknas nästan helt studier som belyser hur vårdorganisation och vådrutiner påverkar utfallet av olika behandlingsstrategier för personer med långvarig smärta.

Tillgången på hälsoekonomiska studier inom området är mycket begränsad. Det finns ett behov av hälsoekonomiska studier rörande kostnader och effekter av olika icke-farmakologiska metoder för behandling av långvarig smärta.

En positiv utveckling av området kräver ökad systematik och långsiktiga interventionsprogram. Önskvärt är att framtida interventionsforskning tillämpar en mer överskådlig plan för att öka möjligheterna att dra slutsatser om långsiktiga effekter av olika behandlingsmetoder vid långvarig smärta. Därtill behövs systematisk upprepning av studier, vilket är sällsynt idag. Sådana studier möjliggör slutsatser om generaliserbarheten av behandlingseffekter till den heterogena grupp som patienter med långvarig smärta utgör. Resultaten kan ge tydligare vägledning om var i vårdorganisationen patienter med olika slags smärta ska behandlas, med vilken insats och i vilket skede. Möjligheterna att bedöma sambandet mellan kostnadseffektivitet och vårdorganisation i vid bemärkelse skulle också förbättras.