

Långvarig smärta kräver teambaserad rehabilitering

SAMARBETE MELLAN OLIKA VÅRDNIVÅER FUNDAMENTAL FÖRUTSÄTTNING FÖR FRAMGÅNGSRIKT RESULTAT

Smärtrehabilitering är en förändringsprocess som börjar vid patientens första vårdkontakt. Den är också en intervention som syftar till att genom teambaserade insatser öka funktion, aktivitet och delaktighet för personer med långvarig smärta. Samarbete mellan vårdnivåer är en fundamental förutsättning för ett framgångsrikt resultat. Artikeln syftar till att ge en introduktion, och för fördjupning hänvisas intresserade till annan svensk litteratur [1-4].

Klinisk bild och epidemiologi

Långvarig eller kronisk smärta definieras som smärta som inte varaktigt avklingar; oftast används en tidsgräns på minst tre månader, även om längre durationer (sex månader) ibland förekommer i litteraturen [5, 6]. I klinisk praxis kan långvariga smärtor delas in i specifika och icke-specifika smärtor. Med specifika smärtor menas att de beror på ett specifikt medicinskt tillstånd som till exempel RA, spondylos eller MS. För många långvariga smärttillstånd är det inte möjligt att hitta specifika diagnoser. Vanligare är tillstånd som brukar betraktas som ospecifika och där man kan tala om långvarig smärta som en sjukdom i sig.

Förekomsten av långvarig smärta i befolkningen (oberoende av smärtintensiteten) har i epidemiologiska undersökningar från Sverige visat sig variera mellan 40 och 55 procent [6-8], medan gruppen med intensiv långvarig smärta i Europa utgör ca 20 procent [6]. I Skandinavien gäller 20-40 procent av besök i primärvården olika former av smärta, varav cirka hälften är långvariga. Mellan 25 och 30 procent av personer med långvarig smärta söker mycket sjukvård och befinner sig ofta i en besvärlig situation både avseende utredning, behandling, arbete och sjukskrivning.

Smärtupplevelsen skapas i hjärnan genom en komplex samverkan mellan neurobiologiska, psykologiska och sociala/kontextuella faktorer. En sådan biopsykosocial syn ska prägla både diagnostik och behandlingsinsatser i modern smärtvård. Hur intensiv smärtan upplevs hänger samman med såväl fysiologiska som affektiva, motivationella, kognitiva och kontextuella aspekter. Affektiva tillstånd har en nära relation till långvarig smärta [9, 10]. Patienter med samtidig smärta och depression rapporterar högre smärtintensitet än patienter som inte är deprimerade [9, 10].

Hur den smärtdrabbade personen beskriver och kommunicerar kring sitt smärttillstånd beror på faktorer som erfarenheter av smärta, kännedom och uppfattningar om kroppens anatomi och fysiologi, kunskaper i medicinsk terminologi och språkfärdighet.

Hans Westergren, docent, Lunds universitet; överläkare och specialist i neurokirurgi, rehabiliteringsmedicin och smärtt lindring; VO neurokirurgi och smärtrehabilitering, Skånes universitetssjukhus Lund

Marcelo Rivano Fischer, leg psykolog, docent, Lunds universitet; områdeschef/sektionschef, VO neurokirurgi och smärtrehabilitering, Skånes universitetssjukhus Lund
 ● marcelo.rivanofischer@skane.se

Gunilla Brodda Jansen, docent och specialist i rehabiliteringsmedicin, institutionen för kliniska vetenskaper, enheten för rehabiliteringsmedicin, Karolinska institutet, Danderyds sjukhus, Stockholm

Björn Gerdle, professor emeritus; överläkare i smärt- och rehabiliteringsmedicin, Linköpings universitet; Smärt- och rehabiliteringscentrum, Universitetssjukhuset i Linköping

Långvarig smärta är inte enbart en akut smärta utsträckt i tid, utan innebär också förändrade mekanismer i perifera och centrala smärtsystemen; för mer ingående beskrivningar se till exempel kapitel 11 i [2] och kapitel 4 i [1]. Dessa förändringar är troligen till en början reversibla men blir efter hand alltmer bestående. Föreställningen att det inte föreligger neurobiologiska förändringar och processer vid långvariga smärtor har i tilltagande grad visat sig vara felaktig [11, 12].

Klinisk handläggning

Den kliniska handläggningen av patienten med långvarig smärta består av följande moment: 1) smärtanalys, 2) behandlings- och rehabiliteringsplan, 3) behandling/rehabilitering, 4) uppföljning och utvärdering (Figur 1).

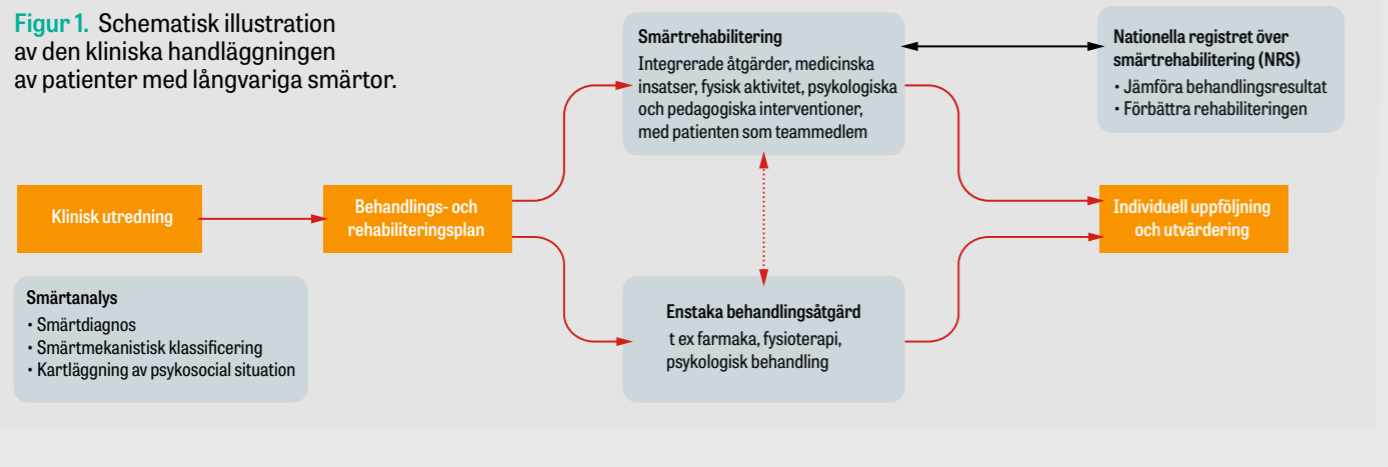
Smärtanalys

De patienter som remitteras till specialiserad smärtrehabilitering skiljer sig från patienter som remitteras till till exempel hjärnskade- och ryggmärgsskade-rehabilitering genom att det finns ett behov av en primär utredning för att fastställa diagnos och mekanismer, samsjukligheter samt kartlägga konsekvenserna av tillståndet. En sådan smärtanalys har adresserats i en nyligen publicerad bok [1]. Smärtanalysen utgår från en biopsykosocial syn på långvariga smärtor. En strukturerad smärtanalys kan betraktas som en in-

HUVUDBUDSKAP

- Smärtanalys syftar till att resultera i diagnos, smärtmekanistisk klassificering och kartläggning av psykosocial situation; dessa utgör grunden för senare behandlingsplaner.
- Om endast en behandlingsåtgärd (till exempel farmaka, fysioterapi eller psykologisk behandling) behövs för att på ett varaktigt sätt ändra situationen ska denna prövas först.
- Patienter med en komplex situation kan bli aktuella för smärtrehabilitering vars mål är minskad smärta och psykologisk belastning (till exempel depressivitet), bättre hälsa och livskvalitet samt ökat deltagande i arbete och samhällsliv.
- Uppföljning sker i Nationellt register för smärtrehabilitering (NRS), vilket omfattar både specialistkliniker och team i primärvården.

Figur 1. Schematisk illustration av den kliniska handläggningen av patienter med långvariga smärtor.



tervention i sig själv, och forskning pågår i dag för att värdera effekterna för patienten av en ökad förståelse för sin situation.

Smärtanalys ska innefatta strukturerad smärtanamnes, klinisk undersökning samt eventuella kompletterande undersökningar om man bedömer att patienten inte är fullständigt färdigutredd. Smärtanalysen resulterar i tre essentiella komponenter:

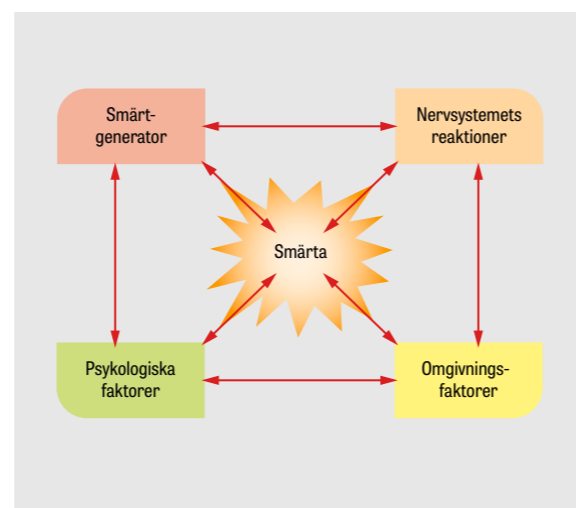
- ICD-diagnos
- Smärtmekanistisk klassificering
- Kartläggning och analys av den psykologiska och sociala situationen.

Smärtdiagnoserna inom ICD-10 har stora brister avseende smärtdiagnostik, till exempel brist på kriterier och överlappning mellan olika diagnoser. ICD-11 publicerades 2018, och en svensk version väntas föreligga 2022. För första gången innehåller ICD i och med denna version en sektion med långvariga smärtdiagnoser, med en strukturerad indelning av de långvariga smärttillstånden. Härigenom blir det tydligare att långvariga smärtor är en tydlig egen diagnosgrupp.

Smärtanalysen innefattar även de involverade smärtmekanismerna, vilket har betydelse för val av till exempel farmakologisk terapi. Systematisk genomgång krävs för att bedöma om patientens aktuella smärtor är neuropatiska, nociceptiva, nociplastiska eller kombinationer härav (se ovan nämnda bok för detaljer). Man ska även ta ställning till om det föreligger tillstånd som beror på andra sjukdomar och som kräver en helt annan handläggning än gängse utredning och behandling vid långvariga smärtor.

Kartläggning av psykologiska och sociala faktorer ska ingå i bedömningen av patienter med långvariga smärttillstånd. Psykologiska och sociala riskfaktorer bör identifieras, inklusive risk för sjukskrivning. Psykologisk belastning - till exempel ångest och depressivitet - är förknippad med ökad risk för mer omfattande smärtupplevelse, sämre livskvalitet och hälsa samt ibland sämre behandlings- och rehabiliteringsresultat [9, 10, 13, 14]. Sociala förhållanden kan både vara etiologiska - till exempel vissa arbetsförhållan-

Figur 2. En möjlig modell att kommunicera smärtanalysens resultat till patienten.



den - och vara konsekvenser av till exempel ekonomiska och familjemässiga omständigheter.

I smärtanalysen ingår också att kartlägga patientens uppfattning om det huvudsakliga problemet. Sömnsvårigheter eller svårighet att återgå i arbete kan vara ett större hinder än smärtan i sig.

En modell i patientmötet

Ett sätt att kommunicera smärtanalysen till patienten är den modell som utvecklats i ett kliniskt sammanhang (Figur 2). Denna kan med fördel kommuniceras visuellt för patienten.

Primära smärtgenererande mekanismer/smärtgeneratorer (muskler, leder och nerver) det vill säga nociceptiv och/eller neuropatisk smärta. Det är viktigt att förklara för patienten vilka mekanismer som är inblandade.

Nervsystemets reaktioner på långvarig nociceptiv och/eller neuropatisk smärta leder ibland till långvarig sensitisering (nociplastisk smärta). Denna kan

vara lokal, regional eller generaliserad (fibromyalgi) och påverka bland annat kognition, sömn och balans.

De psykologiska faktorerna, tankar, känslor och hantering av dessa. Nedstämdhet/depression och oro/ångest, posttraumatiskt stressyndrom (PTSD) och generaliserat ångestsyndrom (GAD) är vanliga sådana psykologiska faktorer.

Omgivningsfaktorer. Alla har olika förutsättningar och olika krav kopplade till sin sociala situation. En del har stora möjligheter att påverka sin vardagsaktivitet medan andra inte har det.

Läkaren poängterar för patienten att dessa nyckelområden bygger upp patientens smärtupplevelse.

Behandlings- och rehabiliteringsplan

En skriftlig behandlings- och rehabiliteringsplan baseras på smärtanalysens resultat och är ett viktigt dokument vid den fortsatta handläggningen. Planen kan ses som en gemensam plattform för patient och behandlare. Den bidrar till klarhet och underlättar planering av fortsatt arbete och utvärdering. Vid komplicerade fall utformas den av ett flerprofessionellt team. För att planen ska vara realistisk ska patienten vara delaktig i dess utformning och själv ha en kopia av den. Detta ökar chanserna att patienten blir »motorn« i sin behandling/rehabilitering och att nödvändiga förändringar fortsätter även när patienten avslutat sin rehabilitering inom vården.

Behandling/rehabilitering

Långvariga smärtor är heterogena tillstånd med olika och varierande kliniska bilder och konsekvenser. Typ, intensitet och omfattning av behandling och rehabilitering styrs lämpligen av de individuella behoven i kombination med tillgänglig evidens; »trial and error«-beteende ska undvikas. Algoritmer för val av behandling och smärtrehabilitering (inklusive vårdnivå) har presenterats tidigare, och läsaren hänvisas till dessa för detaljer [4, 15].

Mono- eller multidisciplinära behandlingar

Principen är att om förhållandevis enkla åtgärder på ett varaktigt sätt kan ändra situationen ska dessa prövas och systematiskt utvärderas först. I ett arbete gemensamt mellan Svenska läkaresällskapet, Sveriges Kommuner och regioner, Socialstyrelsen och SBU presenterades en algoritm för hur detta kan ske [15].

Monodisciplinära behandlingar

Farmakologiska behandlingar ska övervägas och utgå från smärtanalysens resultat vad gäller de aktuella smärtmekanismerna, och baseras på föreliggande rekommendationer från Läkemedelsverket [16]. Andelen patienter som har nytta av smärtfarmaka är dessvärre begränsad [16, 17].

På ett strukturerat sätt som utgår från smärtanalysens resultat prövas vid behov olika andra evidensbaserade åtgärder, till exempel fysioterapeutiska, arbetsterapeutiska eller psykologiska interventioner. Det är viktigt att varje sådan insats utvärderas.

Multimodal/interdisciplinär smärtrehabilitering

Patienter med en komplex situation, där man på ett

»Teambaserad smärtrehabilitering är en komplex intervention där fokus ligger på hela personen snarare än på en biologisk process, som ofta är fallet vid de farmakologiska behandlingarna.«

genomtänkt sätt prövat de monodisciplinära åtgärderna, kan bli aktuella för teambaserad smärtrehabilitering, vilken kan ske på primärvårdsnivå eller på specialistnivå. De svårare fallen, särskilt vad gäller den psykosociala belastningen, ska handläggas inom specialistvården. Oberoende av vårdnivå är det viktigt att patienten stöds till att vara en aktiv medlem i rehabiliteringsteamet för att på sikt kunna vara motorn i sin rehabilitering och livsomställning.

Teambaserad smärtrehabilitering är en komplex intervention där fokus ligger på hela personen snarare än på en biologisk process, som ofta är fallet vid de farmakologiska behandlingarna.

Vanliga allmänna mål - utan inbördes rangordning:

- minskad smärta och psykologisk belastning
- ökat deltagande i arbete och samhällsliv
- bättre hälsa och livskvalitet.

Dessa mål kombineras med patientens egna förutsättningar och mål.

Rehabiliteringsprogrammet levereras av ett flerprofessionellt team, som har ett interdisciplinärt arbetssätt. Vanliga komponenter i denna biopsykosociala intervention är

- att utbilda patienterna om långvarig smärta
- psykologiska behandlingar (KBT/ACT) som syftar till att skapa acceptans för symtom och att optimera smärthanteringsstrategier
- fysisk träning
- aktivitetsträning i för patienten väsentliga vardagsaktiviteter inklusive arbete
- arbetsplatsåtgärder: kontakter med arbetsgivare, arbetsplatsbesök etc
- samordningsinsatser där patienten tillsammans med rehabiliteringsteamet deltar vid möten med arbetsgivare och myndigheter (till exempel Försäkringskassan, Arbetsförmedlingen och kommunen).

Interventionen på specialistnivå i öppen vård har oftast en duration om 4-8 veckor i en daglig omfattning av minst 3 timmar. Till detta tillkommer oftast olika hemuppgifter. Det är inte känt vilken duration och intensitet i programmen som leder till de bästa resultaten, eller hur man ska optimera innehållet och omfattning av de enskilda komponenterna [18, 19].

Deltagandet i smärtrehabilitering löser inte enkelt ett komplicerat tillstånd och dess konsekvenser som utvecklats under flera år. I stället måste det ses som ett distinkt avstamp i en längre process som måste fullföljas av patienten i hennes/hans verklighet efter smärtrehabilitering.

Uppföljning och utvärdering

Finns det evidens för att multimodal/interdisciplinär smärtrehabilitering är effektivt? Då detta är en komplex intervention med breda och samtidiga mål (ofta 9-10 samtidiga utfallsmått, utan uppdelning i primära och sekundära utfallsmått) innebär det problem vid evidensvärderingen. I vissa systematiska översikter väljer man att betrakta ett utfallsmått i taget, det vill säga som om utfallsmåtten är oberoende av varandra. Med flera samtidiga mål och utfallsmått ska man förvänta sig att utfallen i olika mått i hög grad samvarierar. Därtill kan små positiva förändringar i flera utfall vara viktigare än ett mer markant utfall i ett utfallsmått.

Systematiska översikter från SBU [20, 21] samt en systematisk översikt av Scascighini och medarbetare [22] har tagit hänsyn till de multipla utfallen i olika randomiserade kontrollerade studier. På ett övergripande plan fanns måttligt/starkt vetenskapligt stöd för att multimodal/interdisciplinär multimodal rehabilitering långsiktigt gav bättre resultat vid långvarig smärta än mindre omfattande insatser. SBU konstaterade 2019 att det finns behov av uppdatering av evidensen [23].

För långvariga smärtor anges ibland att multimodal/interdisciplinär smärtrehabilitering har bättre evidens än de flesta andra behandlingar, inklusive de flesta farmakologiska. Även om det förefaller som om smärtrehabilitering är en evidensbaserad intervention så finns det flera problem med studierna som ligger till grund för evidensen. Till exempel har studier oftast genomförts på olika specialistkliniker vilka handlägger de kliniskt svårare smärttillstånden.

Fungerar smärtrehabilitering i den kliniska praktiken? Patienter som deltar i randomiserade kontrollerade studier är inte nödvändigtvis representativa för de vanliga patienterna i kliniken [24-26]. Det är därför viktigt att replikera resultaten från systematiska översikter i det vanliga flödet av patienter; kvalitetsregistret Nationella registret över smärtrehabilitering (NRS) ger möjlighet till detta. Effektstorlekarna för multimodal rehabilitering på specialistnivå är små till måttliga enligt en NRS-studie för åren 2008-2016 (baserad på mer än 35 000 patienter varav drygt hälften genomgick smärtrehabilitering), vilket bekräftar slutsatserna i ovan angivna systematiska översikter [27]. I viss kontrast till vad som ibland hävdas finner man att smärtrehabilitering i praktiken har effekt (måttliga effektstorlekar) på smärtans intensitet [27]. Även mer objektiva mått som sjukskrivningsdata visar på långsiktiga positiva effekter av smärtrehabilitering [28]. Positiva resultat av multimodal rehabilitering rapporteras också när den bedrivs i primärvård [29].

Man kan tycka att de små till måttliga effektstorle-

karna inom specialistvården är nedslående resultat. Men de bör ställas i relation till att patienterna utgör en selektion av patienter med en svår klinisk bild där man oftast prövat monodisciplinära åtgärder utan några påtagliga effekter. Att flera farmakologiska interventioner vid långvariga smärtor uppvisar mycket små eller obefintliga effekter, eller saknar långtidsuppföljningar, ger perspektiv på rehabiliteringens effekter.

En multivariat analys av utfallsmåtten i NRS visade att det fanns tre grupper av patienter vad gällde förändringarna efter interventionen: en grupp med mycket uttalade förbättringar, en grupp med måttliga förbättringar samt en grupp som inte uppvisade några förbättringar. Gruppen med de mest uttalade förbättringarna hade den sämsta kliniska bilden före den multimodala rehabiliteringen [27]. Analyserna tyder på att inte alla patienter har nytta av den multimodala rehabiliteringen och att bättre matchning av den kliniska bilden visavi innehållet i rehabiliteringen krävs, samt att innehållet behöver optimeras ytterligare. För patienterna som hade en relativt bättre situation behöver nya modifierade rehabiliteringsprogram utvecklas. Detta exempel visar betydelsen av ett kvalitetsregister (NRS) för att utvärdera vad som fungerar i den kliniska praktiken.

Organisation

Redan 2016 rekommenderade en expertgrupp, på uppdrag av Nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning (NSK) inom SKR, en framtida smärtorganisation vilande på strukturering i fyra nivåer från primär- till specialistvård [28]. Nivå 1: »vanlig primärvård« (nivå 1), multiprofessionella team i primärvården (nivå 2), smärt-/smärtrehabiliteringsenheter med utbildade specialister (nivå 3) och regionala smärtcentrum med tillgång till slutenvårdsplatser, expertis inom närliggande områden samt forsknings- och utvärderingskompetens (nivå 4).

Expertgruppen identifierade grupper av smärtpatienter med särskilda behov och som kräver specifika resurser:

- äldre och barn med långvarig smärta [30]
- patienter med psykisk samsjuklighet och kognitiv funktionsnedsättning
- patienter med bristande/obefintliga kunskaper i svenska språket
- patienter med svår huvudvärk
- smärttillstånd hos patienter som behandlats för malign sjukdom.

Konklusion

Omhändertagandet av patienter med långvariga smärtor startar med att man gör en smärtanalys som ska resultera i diagnos, smärtmekanistisk klassificering och kartläggning av psykosocial situation. Om man bedömer att en enstaka behandlingsåtgärd (till exempel farmaka, fysioterapi, psykisk behandling) på ett varaktigt sätt (baserat på evidens) kan förbättra patientens situation ska denna prövas först. Patienter med en komplex situation kan bli aktuella för smärtrehabilitering. Denna har som allmänna mål minskad smärta och psykologisk samsjuklighet (till exempel depressivitet), bättre hälsa och livskvalitet samt ökat deltagande i arbete och samhällsliv; dessa mål kombineras med patientens egna förutsättningar och mål.

Effekterna av de insatta behandlingarna utvärderas tillsammans med patienten. Nationellt register för smärtrehabilitering (NRS) används för att övergripande (lokalt till nationellt) utvärdera vad som fungerar i den kliniska praktiken och på basis av detta föreslå förändringar. ○

- Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Marcelo Rivano

REFERENSER

- Gerdle B, Bäckryd E, Novo M, et al. Smärtanalys. Diagnos, smärtmekanismer, psykologisk och social bedömning. Lund: Studentlitteratur; 2020.
- Borg J, Borg K, Gerdle B, et al (redaktörer). Rehabiliteringsmedicin. Teori och praktik. Lund: Studentlitteratur; 2015.
- Lexell J, Rivano Fischer M. Rehabiliteringsmedik. Lund: Studentlitteratur; 2017.
- Gerdle B, Stålnacke BM, Larsson B. Evidensbaserad multimodal rehabilitering vid långvariga smärttillstånd. I: Bäckryd E, Werner M (redaktörer). Långvarig smärta. Smärtmedicin vol 2. Stockholm: Liber; 2021. p. 269-91.
- Treede RD, Rief W, Barke A, et al. Chronic pain as a symptom or a disease: the IASP Classification of Chronic Pain for the International Classification of Diseases (ICD-11). Pain. 2019;160(1):19-27.
- Breivik H, Collett B, Ventafridda V, et al. Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur J Pain. 2006;10(4):287-333.
- Andersson HI, Ejlertsson G, Leden I, et al. Chronic pain in a geographically defined general population: studies of differences in age, gender, social class, and pain localization. Clin J Pain. 1993;9(3):174-82.
- Gerdle B, Björk J, Henriksson C, et al. Prevalence of current and chronic pain and their influences upon work and healthcare-seeking: a population study. J Rheumatol. 2004;31(7):1399-406.
- Gerdle B, Åkerblom S, Stålnacke BM, et al. The importance of emotional distress, cognitive behavioural factors and pain for life impact at baseline and for outcomes after rehabilitation - a SQRP study of more than 20 000 chronic pain patients. Scand J Pain. 2019;19(4):693-711.
- Gerdle B, Åkerblom S, Brodda Jansen G, et al. Who benefits from multimodal rehabilitation - an exploration of pain, psychological distress, and life impacts in over 35,000 chronic pain patients identified in the Swedish Quality Registry for Pain Rehabilitation. J Pain Res. 2019;12:891-908.
- Coppieters I, Meeus M, Kregel J, et al. Relations between brain alterations and clinical pain measures in chronic musculoskeletal pain: a systematic review. J Pain. 2016;17(9):949-62.
- Gerdle B, Ghafouri B. Proteomic studies of common chronic pain conditions - a systematic review and associated network analyses. Expert Rev Proteomics. 2020;17(6):483-505.
- Linton SJ, Nicholas MK, Macdonald S, et al. The role of depression and catastrophizing in musculoskeletal pain. Eur J Pain. 2011;15(4):416-22.
- Turner J, Holtzman S, Mancl L. Mediators, moderators, and predictors of therapeutic change in cognitive-behavioral therapy for chronic pain. Pain. 2007;127(3):276-86.
- Nationella medicinska indikationer. Indikation för multimodal rehabilitering vid långvarig smärta. Stockholm: Svenska läkarellskapet/Sveriges Kommuner och landsting/Socialstyrelsen; 2011. Rapport 2011:02.
- Läkemedelsverket. Läkemedelsbehandling av långvarig smärta hos barn och vuxna - behandlingsrekommendation. Information från Läkemedelsverket. 2017;28(3):23-53.
- Borsook D, Becerra LR. Breaking down the barriers: fMRI applications in pain, analgesia and analgesics. Mol Pain. 2006;2:30.
- Dragiotti E, Björk M, Larsson B, et al. A meta-epidemiological appraisal of the effects of interdisciplinary multimodal pain therapy dosing for chronic low back pain. J Clin Med. 2019;8(6):871.
- Tseli E, LoMartire R, Vixner L, et al. What is the effectiveness of different duration interdisciplinary treatment programs in patients with chronic pain? A large-scale longitudinal register study. J Clin Med. 2020;9(9):2788.
- Metoder för behandling av långvarig smärta. En systematisk litteraturoversikt. Vol 1. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2006. SBU-rapport nr 177/1.
- Rehabilitering vid långvarig smärta. En systematisk litteratur-
- översikt. Partiell uppdatering och fördjupning av SBU-rapport nr 177/1+2. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2010. SBU-rapport nr 198.
- Scascighini L, Toma V, Dober-Spielmann S, et al. Multidisciplinary treatment for chronic pain: a systematic review of interventions and outcomes. Rheumatology (Oxford). 2008;47(5):670-8.
- SBU bereder. Behandling av långvariga smärttillstånd med fokus på kvinnor. En kartläggning av systematiska översikter. Stockholm: Statens beredning för medicinsk och social utvärdering; 2019. Publikation nr 301.
- Margison FR, Barkham M, Evans C, et al. Measurement and psychotherapy. Evidence-based practice and practice-based evidence. Br J Psychiatry. 2000;177:123-30.
- Munder T, Brusch O, Leonhart R, et al. Researcher allegiance in psychotherapy outcome research: an overview of reviews. Clin Psychol Rev. 2013;33(4):501-11.
- Preis MA, Vogtle E, Dreyer N, et al. Long-term outcomes of a multimodal day-clinic treatment for chronic pain under the conditions of routine care. Pain Res Manag. 2018;2018:9472104.
- Ringqvist Å, Dragiotti E, Björk M, et al. Moderate and stable pain reductions as a result of Interdisciplinary Pain Rehabilitation - a cohort study from the Swedish Quality Registry for Pain Rehabilitation (SQRP). J Clin Med. 2019;8(6):905.
- Rivano Fischer M, Stålnacke BM, Gordh T, et al. Nationellt uppdrag: Smärta. På uppdrag av nationell samverkansgrupp för kunskapsstyrning (NSK). Stockholm: Sveriges Kommuner och landsting; 2016.
- Pietilä-Holmner E, Enthoven P, Gerdle B, et al. Long-term outcomes of multimodal rehabilitation in primary care for patients with chronic pain. J Rehabil Med. 2020.
- Alfvén G, Caverius U, Nilsson S. Smärta hos barn och ungdomar ett eftersatt område. Läkartidningen. 2012;109:966-7.

Citera som: Läkartidningen. 2021;118:21010

»Gruppen med de mest uttalade förbättringarna hade den sämsta kliniska bilden före den multimodala rehabiliteringen ...«

SUMMARY

Pain rehabilitation starts with a pain analysis

Pain rehabilitation is a process starting with a pain analysis to find an adequate pain diagnosis, a classification based on pain mechanisms and a mapping of the psychological and social situation of the patient. These factors are the basis for the treatment plan. Monodisciplinary treatments such as pharmacological treatments, physiotherapy, or psychological therapy, should be tested first if judged to improve the overall situation in a permanent manner. Patients with a complex situation can be subject to pain rehabilitation (interdisciplinary multimodal pain rehabilitation, IMMPR). IMMPR involves a coordinated effort of healthcare professionals with expertise in pain management aiming to reduce psychological distress, increase work ability and return to normal social activities and improve general health and life quality. Follow-up of patients undergoing IMMPR is routinely done by means of the Swedish Quality Registry for Pain Rehabilitation (SQRP), including rehabilitation in Primary Care and at specialized pain units.