



2021 GLOBAL YEAR ABOUT **BACK PAIN** fact sheet

Alaseljavalust tingitud ülemaailmne koormus

1. Alaseljavalu on levinud ülemaailmne probleem

Global Burden of Disease uuringutes on alaseljavalu määratletud kui „valu keha tagumisel poolel alates kaheteistkümnenda ribi alumisest servast kuni alumise tuharavoldini koos või ilma valu kiirgumiseta ühte või mölemasse alajäsemesse, mis kestab vähemalt ühe päeva” [1].

Alaseljavalu on levinud ülemaailmne probleem. 2017. aastal hinnati alaseljavalu levimuseks umbes 7,5% kogu maailma elanikkonnast ehk umbes 577 miljonil inimesel [2].

Alaseljavalu on olnud peamine puudega elatud aastate (YLD) põhjus alates 1990. aastast [2] ja on jätkuvalt oluline ülemaailmne rahvatervise probleem.

2. Alaseljavalu ei ole tavaselt seotud spetsiifilise tuvastatava patoanatoomilise põhjusega.

85–95%-l esmatasandi arstiabi poole pöörduvatest inimestest ei esine kindlat tuvastatavat patoanatoomilist valu põhjust [3].

Spetsiifiliselt tuvastatava alaseljavalu põhjusega esmatasandi arstiabi poole pöörduvate inimeste osakaal on hinnanguliselt 0,7–4,5% osteoporoosiliste lülidemurdude, 5% pöletikuliste spondüloartropaatiate [4], 0,0–0,7% pahaloomuliste kasvajate ja 0,01% nakkuste korral [3].

3. Alaseljavalu on ülemaailmselt peamine puude põhjus.

Alaseljavaluga seotud puude ülemaailmne koormus on kasvanud alates 1990. aastast.

Alaseljavaluga seotud puue suurenemisega kõrgeks vanuserühmades aastatel 1990–2019 ja oli kõige suurem 2019.aastal 50–54-aastaste vanuserühmas. Ligikaudu 70% puude tõttu kaotatud aastatest esines tööalistel inimestel (20–65-aastatel) [5].

4. Alaseljavaludega inimeste arv suureneb tingituna rahvastiku arvu suurenemisest ja vananemisest.

Aastatel 1990–2017 suurenemisega kõrgeks vanuserühmades nii alaseljavaluga elavate inimete arv kui ka alaseljavalu levimus. Kuigi alaseljavalu levimus suureneb vanuse kasvades kuni 80–89 eluaastani, kuulub kogu maailmas kõige rohkem alaseljavaluga inimesi praegu vanuserühma 50–54 [5].

Alaseljavalust tingitud koormuse üldine suurenemine on tõenäoliselt tingitud vananemisest ja elanikkonna suurenemisest, kuid võib olla ka muid soodustavaid tegureid [2].

5. Alaseljavalu ei too alati kaasa puuet.

Hinnanguliselt on vähem kui ühel kolmest kroonilise alaseljavaluga elavast inimesest oluliselt piiratud osalemise töös, sotsiaalses tegevuses ja enesehoolduses vähemalt 6 kuud või enam (alaseljavalu suur mõju) [6, 7, 8].

Kuigi vähem kui 28% alaseljavaluga inimestest on raske puue, moodustavad nad 77% kogu alaseljavalust põhjustatud puudest [9].

6. Biopsühhosotsiaalne käsitlus parandab alaseljavalu mõistmist ja ravi.

Hoolimata töenditest, et bioloogilised, psühholoogilised ja sotsiaalsed tegurid mõjutavad alaseljavalu ja sellega seotud puuet, suureneb alaseljavalust tingitud ülemaailmne koormus. Vaja on täiendavaid uuringuid, et teha kindlaks, kas biopsühhosotsiaalne lähenemine, selle rakendamine või mõlemad vajavad muutmist [10].

Alaseljavalu ravi hõlmab kirurgiliste, interventsionaalsete, farmakoloogiliste, füüsiliste, psühholoogiliste, haridusalaste ja eneseravi toetavate meetoditega arvestamist.

Alaseljavalu ravi peaks hõlmama parima olemasoleva töenduspõhisuse, kliinilise asjatundlikkuse, patsiendi väärushinnangute ja ootuste ning ühiskonna ressursside integreerimist.

7. Alaseljavaludega seotud kulud on tingitud tervishoiuteenuste kasutamisest ja töö produktiivuse vähenemisest.

Euroopa riikides läbi viidud uuringud näitavad, et alaseljavaludega seotud kogukulud varieeruvad vahemikus 0,1–2% sisemajanduse koguproduktist [11, 12]. Alaseljavaluga seotud kulud madala ja keskmise sissetulekuga riikides ei ole suures osas teada. Tootlikkuse vähenemisega seotud kulud on töenäoliselt olulised [13], arvestades, et kroonilise alaseljavalu üldine levimus madala ja keskmise sissetulekuga riikides on tööliste hulgas hinnanguliselt umbes 52% [14, 15].

Üle 80% alaseljavalule omistatavatest kogukuludest tulenevad kaudsetest kuludest nagu tootlikkuse vähenemine ja töövõimetushüvitised riikides, kus on toimiv sotsiaalhoolekandesüsteem [16, 17].

Alaseljavalu ravijuhiste eiramise võib olla seotud otseste tervishoiukulude suurenemisega. Patsiendid, kellele tehakse varakult piltdiagnostiline uuring või operatsioon ilma eelneva konservatiivse ravita, moodustavad ebaproportsionaalselt suure osa alaseljavaludega seotud kogukuludest [18].

8. Tegurid, mis on seotud alaseljavalu suure mõjuga.

Alaseljavalu ja sellest tingitud puudega on seotud palju tegureid, sealhulgas bioloogilised, psühholoogilised, sotsiaalsed ja ühiskondlikud tegurid. Need tegurid näivad olevat olulised madala ja kõrge sissetulekuga ühiskondades [19].

Tegurid, mis on püsivalt seotud puude ja kroonilisest alaseljavalust tingitud kõrgete ühiskondlike kuludega, hõlmavad kõrgemat iga, üldist kehva tervislikku seisundit, suurenenud psühholoogilist või

psühhosotsiaalset stressi, halvemat funktsionaalset baasvõimekust, radikulopaatiat ja hüvitiste saamist [20]. Tervist mõjutavad sotsiaalsed tegurid, millel on mõõdukas kuni suur mõju alaseljavalust tingitud puude kehvadele tulemustele, on "sotsiaalmajanduslik puudus", madal sissetulek, töötus ja ametialased tegurid (manuaalne raskuste teisaldamine, ületunnitöö ja abipersonali puudus) [21].

9. Ühiskonna harimine ja alaseljavalu

Seljavalu olemuse ja ravi selgitamise osas võivad rahvatervise strateegiad olla olulised lõhe ületamisel uurimistulemuste ning ühiskonna arusaamade ja ootuste vahel [22] ning neid saab edukalt suunata algklasside lastele ja nende vanematele [23, 24].

Avalikud massimeediakampaaniad on viinud mõõdukate muutusteni nii lühi- kui ka pikajalistes ühiskondlikes veendumustes alaseljavalu osas [25], kuid neil võib olla vähe püsivat mõju tervishoiuteenuste kasutamisele või puude tulemustele [26]. Kampaaniate mõju võib sõltuda kultuurilistest ja kontekstiga seotud teguritest, samuti pidevast kokkupuutest (täiendavad kampaaniad) [27]. Kampaaniaid tuleks arendada koostöös alaseljavaluga elavate inimestega [22].

10. Alaseljavalu ravimudelid

Maailma Terviseorganisatsioon (WHO) määratleb kõrgekvaliteedilist ravi kui „ravi, mis on ohutu, efektiivne, inimkeskne, õigeaegne, õiglane ja integreeritud“. Eesmärk on maksimeerida tervisetulemusi, ennetada puuet ja vähendada kulusid [28]. Global Spinal Care Initiative töötas välja WHO põhimõtetel põhineva ravimudeli, mille eesmärk on muuta seljavalu ravi ülemaailmselt, eriti madala ja keskmise sissetulekuga riikides [29].

Nende eesmärkide saavutamiseks on välja pakutud alaseljavalu-spetsiifilisi strateegiad, sealhulgas astmelised ravijuhendid, mis suunavad ravi intensiivistama, kui esialgne ravi ebaõnnestub ja riskiprofiilil põhinevad ravijuhendid, mis määrapavad esialgse ravi intensiivsuse sõltuvalt prognoositavast tulemusest. Mölemad mudelid võivad parandada tervise ja kuludega seotud tulemusi, eriti esmatasandi arstiabis, kuid nende edu võib sõltuda kultuuridevahelistest erinevustest rakendamisel ja järgimisel ning nende võimest kohaneda erinevate alaseljavalust tingitud puude trajektooridega inimestega [30, 31, 32, 33].

Siiski on soovitatud kasutada alaseljavalust tingitud koormuse haldamiseks globaalsemat lähenemisviisi, eriti madala ja keskmise sissetulekuga riikide puhul, integreerides krooniliste haiguste ravi üldiste tervishoiu parandamise protsessidega, selle asemel et dubleerida jõupingutusi ja raisata piiratud ressursse, töötades välja lähenemisviise üksikute seisundite puhul [35, 36].

11. Tervisega seotud sotsiaalsed tegurid, sektoritevaheline koostöö ja alaseljavalu.

Alaseljavalu on "kuri" probleem, mis on sotsiaalselt kompleksne, multifaktoriaalne ja paljude vastastikuste sõltuvustega, ilma selge lahenduseta ja väljaspool ühegi organisatsiooni või valitsusasutuse vastutusala [37]. Kroonilise valu ja tervisega seotud sotsiaalsete tegurite vastastikuse mõju mõistmine ja käsitlus hõlmab tervishoiusektorist väljapoole jäävate sektorite, näiteks hariduse, tööhõive, noortele ja eakatele suunatud teenuste, põlisrahvaste teemade, keskkonna ja finantssektori uurimist.

WHO Health in All Policies lähenemine võib hõlbustada sektoritevahelist kaasatust ja koostööt strateegia väljatöötamisel, mille eesmärk on tegeleda alaseljavalust tingitud ülemaailmse koormusega [38]. Kas alaseljavaluga suudab kõige paremini toime tulla konkreetne rahvatervise strateegia, riiklik valustrateegia või mõlema kombinatsioon, tuleb veel kindlaks teha.

VIITED

- [1] Hoy D, March L, Brooks P, Blyth F, Woolf A, Bain C, Williams G, Smith E, Vos T, Barendregt J, Murray C, Burstein R, Buchbinder R. The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. Ann Rheum Dis 2014 ;73: 968–974
- [2] Wu A, March L, Zheng X, Huang J, Wang X, Zhao J, Blyth FM, Smith E, Buchbinder R, Hoy D. Global low back pain prevalence and years lived with disability from 1990 to 2017: estimates from the Global Burden of Disease Study 2017. Ann Trans Med 2020; 8(6): 299-313.
- [3] Finucane LM, Downie A, Mercer C, Greenhalgh SM, Boissonnault WG, Pool-Goudzwaard AL, Beneciuk JM, Leech RL, Selfe J. International framework for red flags for potential serious spinal pathologies. J Orth Sports Phys Ther 2020; 50(7): 350-372.
- [4] Underwood MR, Dawes P. Inflammatory back pain in primary care. Br J Rheum 1995; 34: 1074-1077
- [5] Global Health Group Data Exchange <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool> accessed Nov 15, 2020).
- [6] Pitcher MH, Von Korff M, Bushnell MC, Porter L. Prevalence and Profile of High-Impact Chronic Pain in the United States. J Pain 2019; 20(2): 146–160.
- [7] Walker BF, Muller R, Grant WD. Low back pain in Australian adults. Prevalence and associated disability. Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics 2004; 27(4): 238-244.
- [8] Dunn KM, Campbell P, Jordan KP. Long-term trajectories of back pain: cohort study with 7-year follow-up. BMJOpen 2013; 3: e003838.
- [9] Hartvigsen J, Hancock MJ, Kongsted A, Louw Q, Ferreira ML, Genevay S, Hoy D, Karppinen J, Glenn Pransky, Sieper J, Smeets RJ, Underwood M. What low back pain is and why we need to pay attention. Lancet 2015; 386: 2145-2191.
- [10] Pincus T, Kent P, Bronfort G, Loisel P, Pransky G, Hartvigsen J. Twenty-five years with the biopsychosocial model of low back pain-is it time to celebrate? A report from the twelfth international forum for primary care research on low back pain. Spine (Phila Pa 1976). 2013 Nov 15;38(24):2118-23.
- [11] Olafsson G, Emma Jonsson E, Fritzell P, Hägg O, Borgström F. Cost of low back pain: results from a national register study in Sweden. European Spine Journal 2018; 27:2875–2881
- [12] Wenig CM, Schmidt CO, Kohlmann T, Schweikert B. Costs of back pain in Germany. European Journal of Pain 13 (2009) 280–286.
- [13] Carregaro RL, Tottoli CR, Rodrigues DdS, Bosmans JE, da Silva EN, van Tulder M (2020) Low back pain should be considered a health and research priority in Brazil: Lost productivity and healthcare costs between 2012 to 2016. PLoS ONE 15(4): e0230902. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0230902>
- [14] Jackson T, Thomas S, Stabile V, Shotwell M, Han X, McQueen K. A systematic review and meta-analysis of the global burden of chronic pain without clear etiology in low- and middle-income countries: trends in heterogeneous data and a proposal for new assessment methods. Anesthesia & Analgesia 2016; 123(3): 739-748
- [15] Mullerpatan R, Nahar S, Singh Y, Cote P, Nordin M. Burden of spine pain among rural and tribal populations in Raigad District of Maharashtra State of India. Eur Spine J 2020 Sep 10. doi: 10.1007/s00586-020-06585-3. Online ahead of print.
- [16] Tymecka-Woszczerowicz A, Wrona W, Kowalski PM, Hermanowski T. Indirect costs of back pain – Review. Polish Annals of Medicine 2015; 22: 143–148.
- [17] Dutmer AL, Schiphorst Preuper HR, Soer R, Brouwer S, Ute Bültmann U, Dijkstra PU, Copes MH, Stegeman P, Buskens E, van Asselt ADI, Wolff AP, Renemanet MF. Personal and societal impact of low back pain. Spine 2019; 44(24): E1443–E1451.
- [18] Kim LH, Vail D, Azad TD, Bentley JP, Zhang Y, Ho AL, Fatemi P, Feng A, Varshneya K, Desai M, Veeravagu A, Ratliff JK. Expenditures and health care utilization among adults with newly diagnosed low back and lower extremity pain. JAMA Network Open. 2019; 2(5): e193676.
- [19] Igwesi-Chidobe CN, Coker B, Onwasigwe CN, Sorinola IO, Godfrey EL. Biopsychosocial factors associated with chronic low back pain disability in rural Nigeria: a population-based cross- sectional study. BMJ Glob Health 2017; 2: e000284.
- [20] Hayden JA, Chou R, Hogg-Johnson S, Bombardier C. Systematic reviews of low back pain prognosis had variable methods and results – guidance for future prognosis reviews. Journal of Clinical Epidemiology 2009; 62: 781-796.
- [21] Karan EL, Grant AR Moseley GL. Low back pain and the social determinants of health: a systematic review and narrative synthesis PAIN 2020; 161: 2476–2493

- [22] Setchell J, Costa N, Ferreira M, Hodges PW. What decreases low back pain? A qualitative study of patient perspectives. *Scand J Pain* 2019; 19(3): 597–603.
- [23] Nsangi A, Semakula D, Oxman AD, Austvoll-Dahlgren A, Oxman M, Rosenbaum S, Morelli A, Glenton C, Lewin S, Kaseje M, Chalmers I, Fretheim A, Ding Y, Sewankambo NK. Effects of the Informed Health Choices primary school intervention on the ability of children in Uganda to assess the reliability of claims about treatment effects: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2017; 390: 374–388.
- [24] Semakula D, Nsangi A, Oxman AD, Oxman M, Austvoll-Dahlgren A, Rosenbaum S, Morelli A, Glenton C, Lewin S, Kaseje M, Chalmers I, Fretheim A, Kristoffersen DT, Sewankambo NK. Effects of the Informed Health Choices podcast on the ability of parents of primary school children in Uganda to assess claims about treatment effects: a randomised controlled trial. *Lancet* 2017; 390: 389–398.
- [25] Buchbinder R, Gross DP, Werner EL, Hayden JA. Understanding the characteristics of effective mass media campaigns for back pain and methodological challenges in evaluating their effects. *Spine* 2008; 33(1): 74–80.
- [26] Gross DP, Russell AS, Ferrari R, Battie' MC, Schopflocher D, Hu R, Waddell G, Buchbinder R. Evaluation of a Canadian back pain mass media campaign. *Spine* 2010; 35(8): 906–913.
- [27] Suman A, Bostick GP, Schopflocher D, Russell AS, Ferrari R, Battie' MC, Hu R, Buchbinder R, Gross DP. Long-term evaluation of a Canadian back pain mass media campaign. *Eur Spine J* 2017; 26: 2467–2474.
- [28] World Health Organization (WHO). WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016–2026: placing people and communities at the centre of health services. WHO, Geneva, 2015.
- [29] Johnson CD, Haldeman S, Chou R, Nordin M, Green BN, Côté P, Hurwitz EL, Kopansky-Giles D, Acaroglu E, Cedraschi C, Ameis A, Randhawa K, Aartun E, Adjei-Kwayisi A, Ayhan S, Aziz A, Bas T, Blyth F, Borenstein D, Brady O'D, Brooks P, Camilleri C, Castellote JM, Clay MB, Davatchi F, Dudler J, Dunn R, Eberspaecher S, Emmerich J, Farcy JP, Fisher-Jeffes N, Goertz C, Grevitt M, Griffith EA, Hajjaj-Hassouni N, Hartvigsen J, Hondras M, Kane EJ, Laplante J, Lemeunier N, Mayer J, Mior S, Mmopelwa T, Modic M, Moss J, Mullerpatan R, Muteti E, Mwaniki L, Ngandeu-Singwe M, Outerbridge G, Rajasekaran S, Shearer H, Smuck M, Sönmez E, Tavares P, Taylor-Vaisey A, Torres C, Torres P, van der Horst A, Verville L, Vialle E, Vijay Kumar G, Vlok A, Watters W, Wong CC, Wong JJ, Yu H, Yüksel S. The Global Spine Care Initiative: model of care and implementation. *European Spine Journal* (2018) 27 (Suppl 6): S925–S945.
- [30] George SZ, Lentza TA, Beneciuk JM, Bhavsard NA, Mundte JM, Boissoneault J. Framework for improving outcome prediction for acute to chronic low back pain transitions. *Pain Reports* 2020; 5: e809.
- [31] Linton SJ, Nicholas M, Shaw W. Why wait to address high-risk cases of acute low back pain? A comparison of stepped, stratified, and matched care. *Pain* 2018; 159: 2437–2441.
- [32] Kongsted A, Kent P, Quicke JG, Skou ST, Hill JC. Risk-stratified and stepped models of care for back pain and osteoarthritis: are we heading towards a common model? *Pain Reports* 2020; 5: e843.
- [33] George SZ, Goertz C, Hastings SN, Fritz JM. Transforming low back pain care delivery in the United States. *Pain* 2020; 161 (12): 2667–2673
- [34] Briggs AM, Woolf AD, Dreinhöfer K, Homb N, Hoy DG, Kopansky- Giles D, Åkesson K, March L. Reducing the global burden of musculoskeletal conditions. *Bull World Health Organ* 2018; 96: 366–368
- [35] Hoy D, Geere JA, Davatchi F, Meggitt B, Barrero LH. A time for action: opportunities for preventing the growing burden and disability from musculoskeletal conditions in low- and middle-income countries. *Best Pract Res Clin Rheumatol*. 2014;28(3):377–393.
- [36] Croft P, Louw Q, Briggs AM. Transforming back pain care –why, what, and how? *Pain* 2020; 12: 2657–2658
- [37] Australian Public Service Commission. Tackling wicked problems: a public policy perspective, 2018 (<https://www.apsc.gov.au/tackling-wicked-problems-public-policy-perspective> accessed November 18, 2020).
- [38] World Health Organization (WHO). Key learning on Health in All Policies implementation from around the world – Information Brochure. WHO, Geneva, 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272711/WHO-CED-PHE-SDH-18.1-eng.pdf?ua=1> accessed November 18, 2020).

HUVIDE KONFLIKT

Autoritel pole huvide konflikte deklareerida.

TUNNUSTUS

Autorid soovivad tunnustada Austraalia Sydney Ülikooli rahvatervise ja valumeditsiini professorit Fiona Blyth AM-i väga kasulike nõuannete eest selle teabelehe koostamisel.

AUTORID

Owen D Williamson, FRCSC Pain Medicine
Adjunct Professor
School of Interactive Arts and Technology
Simon Fraser University
Surrey, BC, Canada

owen.williamson@monash.edu

Paul Cameron, PhD
Head of Service & Clinical Lead
NHS Fife Pain Management Service
Queen Margaret Hospital, Dunfermline, UK

ÜLEVAATAJAD

Blair H. Smith, MD
Professor of Population Health Science, University of Dundee; and
Consultant in Pain Medicine, NHS Tayside, Scotland.

Eric Hurwitz, DC, PhD
Professor, Epidemiology
Office of Public Health Studies
Myron B. Thompson School of Social Work
University of Hawaii at Manoa, Hawaii, USA

TÕLKIJA

Teelo Kaarma-Tõnne, MD
Outpatient rehabilitation, Sports Medicine and Rehabilitation Clinic
Assistant in Physical and Rehabilitation, Department of Sports Medicine and Rehabilitation
Tartu University Hospital/ University of Tartu
Tartu, Estonia