

Stress, hjärtinfarkt och Sjukskrivningsmönster

Författare: Carina Linderfalk kardiolog.

Handledare: Martin Tondel specialistläkare vid Yrkes och
Miljömedicinska kliniken, Universitetssjukhuset i Linköping.

Projektarbete vid företagsläkarkursen, Sahlgrenska akademien vid
Göteborgs Universitet 2004-2006.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

Förord
Sammanfattning
Inledning
Syfte
Metod
Resultat
Diskussion
Referenser

FÖRORD

Tack till min man Göran
Min handledare Martin Tondel
Camilla Strid sjuksköterska med klin Eksjö

Carina Linderfalk, Kantarellstigen 14, 578 33 Aneby
E post: c.linderfalk@hotmail.com

SAMMANFATTNING

Det har länge varit känt att riskfaktorer som rökning, höga blodfetter, högt blodtryck och övervikt och därmed insulinresistens bidrar till hjärtinfarkt. Dessa livsstilsfaktorer kan sannolikt förstärkas av en stressad livssituation. Psykosociala riskfaktorer som stress spelar en viktig roll för utvecklandet av hjärtinfarkt.

Stress är en av vår tids stora farsoter. I vissa fall är en fysiologisk stressreaktion, med ökat sympaticuspåslag och ökad cortisolinsöndring via HPA-axeln, en välmotiverad och nödvändig reaktion. Ofta utvecklas den dock till en patofysiologisk process som bland annat kan bidra till utvecklingen av ischemisk hjärtsjukdom. Dessutom kan stress bidra till en livsstil som ökar risken för insjuknande i hjärtinfarkt. Riskökningen kan sannolikt förklaras av effekter på ateroskleros- och trombosutvecklingen samt de aterosklerotiska plackens benägenhet att brista.

Frågeställningen i denna studien var om den stressade gruppen hade längre sjukskrivningar och en farligare livsstilsprofil än kontrollgruppen. De som hamnar i arbetsförmåga har allt svårare att komma tillbaka i arbete.

Information till studien har hämtats från databaser. 18 personer med hjärtinfarkt som själva bedömde sig som stressade och accepterade deltagande i stresshanteringsgrupp studerades med avseende på livsstilsfaktorer och sjukskrivningsmönster efter förstagångshjärtinfarkt. En matchad kontrollgrupp bestående av 28 män som inte deltagit i stresshanteringsgrupp har använts för jämförelse.

Resultatet tyder på att långa sjukskrivningstider är vanligt förekommande i båda grupperna. Endast 3 personer i stresshanteringsgruppen hade en sjukskrivningstid kortare än 2 månader. Fler i kontrollgruppen kom snabbare i arbete efter infarkten vilket kan tala för att stresshanteringsgruppen utgörs av en grupp med extra mycket psykosocial belastning som påverkar även rehabiliteringsprocessen. Kanske bidrar hjälpen med stresshantering till att utjämna skillnaderna något mellan grupperna, dock ses högre andel fortsatt sjukskriva även året därpå i denna grupp, som ej kan förklaras av reinfarkt. Andelen riskfaktorer är högre i stresshanteringsgruppen vilket kan vara ett uttryck för en livsstil med ökad risk till följd av en stressad livssituation. En aktivare syn på rehabilitering och bearbetning av det trauma som hjärtinfarkt är för en person i arbetsför ålder, samt en stöttande attityd för det som är friskt och välfungerande kanske öka andelen personer med snabbare återgång till arbetet efter hjärtinfarkt men detta måste studeras vidare.

INLEDNING

Tankar om samband mellan kropp och själ har existerat sedan mycket lång tid tillbaka. Redan i antikens Grekland diskuterades detta av Platon och Hippokrates. Industrialismens genombrott innebar en omvälvande förändring för människan vilket också påverkade sjukdomspanoramat i det nya samhället. Begreppet psykosomatisk sjukdom myntades. På 60-talet introducerades begreppet "stress" i det allmänna språkbruket och i vårt moderna samhälle har detta tillstånd utvecklats till en av vår tids stora farsoter.

Med stress menar Selyes finne ej med i referenslistan en allmän reaktion på ett stimulus ledande till energimobilisering i utmanande (positiva) och hotfulla (negativa) situationer.

Problem uppstår när man mobiliserar energi hela tiden utan adekvata återhämtningsperioder och gör detta under lång tid. En autonom dysfunktion uppstår.

Med stressorer menas yttre och inre förhållanden som förorsakar en ökad fysiologisk aktivitet och handlingsberedskap, dvs stress. Stress är ofta ett nödvändigt och välmotiverat tillstånd, t ex vid fysiskt arbete (funktionell stress). Akut stress är funktionell och är en naturlig respons i överlevnadssyfte. Kronisk stress är dysfunktionell och medför sjukdom och leder till död.

Likartade fysiologiska reaktioner kan emellertid uppträda som konsekvens av psykologiska och sociala förhållanden. Vid tät återkommande exponering för sådana stressorer och vid långvarig duration, kan den fylogenetiskt välmotiverade fysiologiska reaktionen tvärtom utvecklas till ett patofysiologiskt förlopp, sk dysfunktionell stress.

Stress och hjärtsjukdom

Stress är en betydelsefull orsak till utveckling av ischemisk hjärtsjukdom.^{1,2)} När stressreaktionen initieras i centrala nervsystemet effektueras de fysiologiska reaktionerna via neurogena och neuroendokrina system. Modulerande återkopplingsmekanismer finns men vid obalans leder det till kroppsliga symtom som oftast upplevs störande men detta leder även till sjukdomsframkallande processer.

Den sk aggressiva stressen (eller typ A-beteende) uttrycker sig huvudsakligen via den sympatoadrenomedullära axeln samtidigt som den parasympatiska aktiviteten sjunker. Detta medför bl a ökad hjärtminutvolym, ökning av medelartärtrycket¹⁾ och mobiliserade energireserver. Ökad sympaticustonus resulterar i tillväxt av det glatta muskelcellslager som omger själva blodkärlet.³⁾ Detta medverkar till utvecklingen av hypertoni. Vid stress frisätts katekolaminer som i en rad studier visats kunna angripa och destruera endotelceller.³⁾ Resultatet blir ökad genomsläpplighet för det onda kolesterolet, LDL, som lättare tar sig in i kärlväggen där det genomgår oxidation och så småningom angrips av vårt immunförsvar (makrofagera). Dessa lagras in i kärlväggen som sk skumceller som är det första steget i plackbildningen. En ökad sympatikustonus kan inte bara påskynda denna utveckling utan har sannolikt också betydelse i ett senare skede, då placket börjar bli benäget att rupturera.^{4,5)} När placket brister bildas en trombos i kärlet medierat av trombocyter vars förmåga att aggregera (bilda trombos) är relaterat till noradrenalinhalten i kärlet.

Undergivenhetsstress (resignation med utveckling mot depression) är associerat med en ökad frisättning av kortisol från binjurebarken. Effekter på insulinkänslighet och förändrad blodfetsbild som vid det metabola syndromet är effekter av ökad kortisolinsöndring vilket påskyndar atheroskerosprocessen. Centralt i hjärnan finns receptorer för cortisol, ökad aktivitet i dessa receptorer tycks medverka till relativ serotoninbrist via monoamierga neuron i hjärnan. Den beteendemässiga följden av detta är utveckling av depression. En akut hjärtinfarkt kan således föregås av kronisk stress, men ger i det akuta skedet också upphov till

stress för individen. Hjärtinfarkt kan orsakas av såväl aggressiv stress som undergivenhetsstress.

Stress i arbetslivet

Orsaker till stress kan vara flera, enligt en intervjuundersökning (gjord av Prof. Å Nygren och Prof. M Åsberg institutionen för psykiatri Karolinska institutet) med 200 tjänstemän som varit sjukskrivna för utbrändhetssymtom i mer än 3 månader framkom att i hälften av fallen bedömdes stress i arbetslivet som orsak, 25% hade stress i familjen som främsta orsak. I en Göteborgsstudie med 7500 män som följdes i tolv år visade en 60% ökad risk för hjärtinfarkt hos de som bedömt sig som ”ständigt stressade det sista året” enligt Prof Lars Weilhelsen. Sambandet mellan exponering för arbetsrelaterad stress och psykofysiologiska och beteendemässiga stressreaktioner är väldokumenterat.^{6,8)} I Karasek/Theorells modell har visats att höga krav med lågt beslutsutrymme och graden av stöd på arbetsplatsen har betydelse för morbiditet och mortalitet i hjärt-kärlsjukdom. Förekomst av hjärtinfarkt i relation till spänt arbete har undersökts i mer än tjugo publicerade studier i sexton av dessa har man funnit ett klart samband –ju mer spänt arbete ju högra risk för hjärtinfarkt. Siegrists har visat att avsaknad av adekvat belöning för hög arbetsinsats också är betydelsefull. Psykosociala faktorer på arbetet skulle kunna påverka risken genom att inverka på hälsorelaterade levnadsvanor såsom rökning, motion och kostvanor.

Ohälsan har i Sverige ökat dramatiskt från 1996 och nu är ca 14 %. Ökningen av långtidssjukskrivna kan till stor del tillskrivas stressrelaterad ohälsa⁷⁾ Enligt Riksförsäkringsverket var samhällets kostnader för arbetsoförmågan ca 120 miljarder år 2002. From 2003 ses dock en minskning av långa sjukfall, sista året med ca 20% men om detta betyder fler personer i arbete eller ökad sjukpensionering är osäkert.

Varje år får ca 40 000 personer hjärtinfarkt i Sverige. Hjärt och kärlsjukdom utgör en av de viktigaste sjukdomsgrupperna i den industrialiserade världen och svarar för omkring hälften av den totala dödligheten i dessa länder. Hjärt-kärlsjukdom har traditionellt ansetts bero på en kombination av ärftliga faktorer och livsstilsfaktorer. Inom kardiologverksamheten möter man inte sällan hjärtinfarktpatienter där det framkommer en mycket stressfull livssituation för patienten. Huruvida detta påverkar komplikationer, rehabilitering och sjukskrivningsmönster är okänt. De flesta kardiologenheter erbjuder patienter som fått hjärtinfarkt och själva upplever stress som ett problem deltagande i stresshanteringsgrupper.

SYFTE

Att beskriva och jämföra sjukskrivningsmönster och livsstilsfaktorer i en patientgrupp som fått hjärtinfarkt där det finns ett inslag av stress i livssituationen. Patienten har själv valt att delta i en stresshanteringsgrupp. För jämförelse beskrivs också en grupp hjärtinfarktpatienter utan sådan noterad stressförekomst och som inte deltagit i sådan grupp under rehabiliteringstiden som kontrollgrupp.

METOD

Två grupper jämfördes. Båda grupperna bestod av män som fått diagnosen akut hjärtinfarkt. Den ena gruppen utgjordes av män som tackat ja till erbjudandet att delta i en stresshanteringsgrupp och därmed bedömt sig själva som stressade före hjärtinfarkten. De träffades regelbundet under ett halvt års tid för samtal och diskussioner med kognitiv inriktning. Dessa jämfördes med män i motsvarande åldrar som inte deltagit i sådan grupp och inte bedömt sig själva som särskilt stressade före hjärtinfarkten. Ur det nationella kvalitetsregistret Riks-HIA identifierades personer med diagnosen hjärtinfarkt i arbetsför ålder som insjuknat mellan åren 2002-2004 inom Höglandssjukhuset Eksjö's upptagsområde. Åldern varierade i stresshanteringsgruppen mellan 51-63 år medel 55 år, i kontrollgruppen mellan 46-65 år med medelåldern 59 år. Här hämtades också uppgifter om datum för händelsen, förekomst av hypertoni, rökning, BMI och kön. Försäkringskassan inom Höglandets kommuner i Jönköpings län lämnade uppgifter om sjukskrivningsperioder, omfattning och ev tidigare sjukskrivningsepisoder året före hjärtinfarkten. Avsikten var att se eventuella skillnader i sjukskrivning i de två grupperna, inte att bedöma stresshanteringskursen som sådan.

RESULTAT

Tabell 1 Basal karakteristik

Karakteristika	Stresshanteringsgrupp	Kontrollgrupp
Antal	18	28
Ålder	51-63 (55)	46-65 (59)
Kön	man	man
Antal sjukskrivna < 2 mån	3 (17%)	9 (32%)
Antal Sjukskrivna < 3 mån	8 (42%)	10 (36%)
Antal sjukskrivna > 2 mån	15 (83%)	19 (68%)
Antal sjukskrivna > 3 mån	10 (53%)	18 (64%)

Antal, ålder och sjukskrivningstid för patienterna med hjärtinfarkt framgår av tabell 1. Antal sjukskrivningsdagar upp till 3 månader var i medeltal i stresshanteringsgruppen 53 dagar. I kontrollgruppen var denna siffra 36 dagar. Detta kan jämföras med medelvärdet för den längre sjukskrivningsgruppen 3-12 månader där medelantalet sjukskrivningsdagar i stresshanteringsgruppen var 241 dagar respektive 272 dagar i kontrollgruppen. Av de i stresshanteringsgruppen som var sjukskrivna mer än 3 månader efter infarkten, var 80% sjukskrivna mer än ett år, medan denna siffra var 60 % i kontrollgruppen. Deltidssjukskrivning förekom oftare bland de långtidssjukskrivna än bland de korttidssjukskrivna. I stresshanteringsgruppen var hälften deltidssjukskrivna någon tid i sjukskrivningsperioden medan det i kontrollgruppen var drygt 30 %. I korttidssjukskrivningsgruppen var denna siffra ungefär 20% i båda grupperna. Tidigare sjukskrivning året före infarkten var vanligare i långtidssjukskrivningsgruppen där 60 % varit sjukskrivna året före i stresshanteringsgruppen medan det i kontrollgruppen var 45%. Samtliga riskfaktorer för hjärtinfarkt vilka också är markörer för stress som hypertoni, rökning och högt BMI (>25) var högre i stresshanteringsgruppen i den långtidssjukskrivna gruppen. I den korttidssjukskrivna gruppen var rökning mer frekvent förekommande än i kontrollgruppen medan hypertoni och högt BMI var vanligare i kontrollgruppen.

DISKUSSION

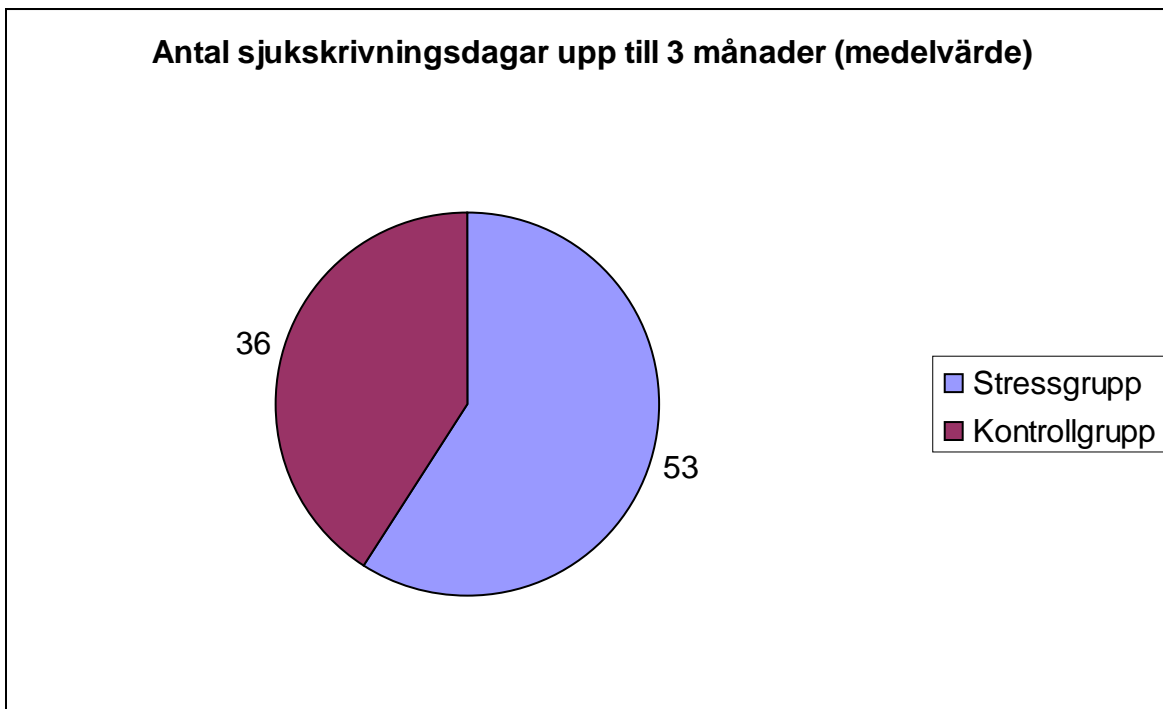
Den här studien vill beskriva och jämföra sjukskrivningsmönster och livsstilsfaktorer bland en grupp män med diagnos hjärtinfarkt som själva tyckt sig vara stressade vid insjuknandet i hjärtinfarkt och tackat ja till deltagande i stresshanteringsgrupp jämfört med matchad kontrollgrupp som ej bedömt sig stressade och inte deltagit i denna aktivitet. Det finns en upplevelse bland sjukvårdspersonalen att stresshanteringsgruppen har längre sjukskrivningar och att det är mycket psykosocial problematik i denna gruppen under uppföljningstiden. Detta belyses i resultatet av att en så låg andel som 16% var sjukskrivna mindre än 2 månader. En ”normal” sjukskrivningstid vid en hjärtinfarkt utan komplikationer anses vara ca 6 veckor

enligt behandlande läkare i detta upptagningsområde. I kontrollgruppen var denna siffra 32%. Det är förvånande låga siffror då förväntade fysiska komplikationer inte alls förekommer i denna höga utsträckning att det motiverar denna långa sjukskrivningstid. Diagnostik och behandling har förbättrats mycket med resultat i form av kortare vårdtider mindre myocardskada vid hjärtinfarkt dvs morbiditet och sjunkande mortalitetsdata enligt Riks-Hia, detta kan dock inte redovisas här.

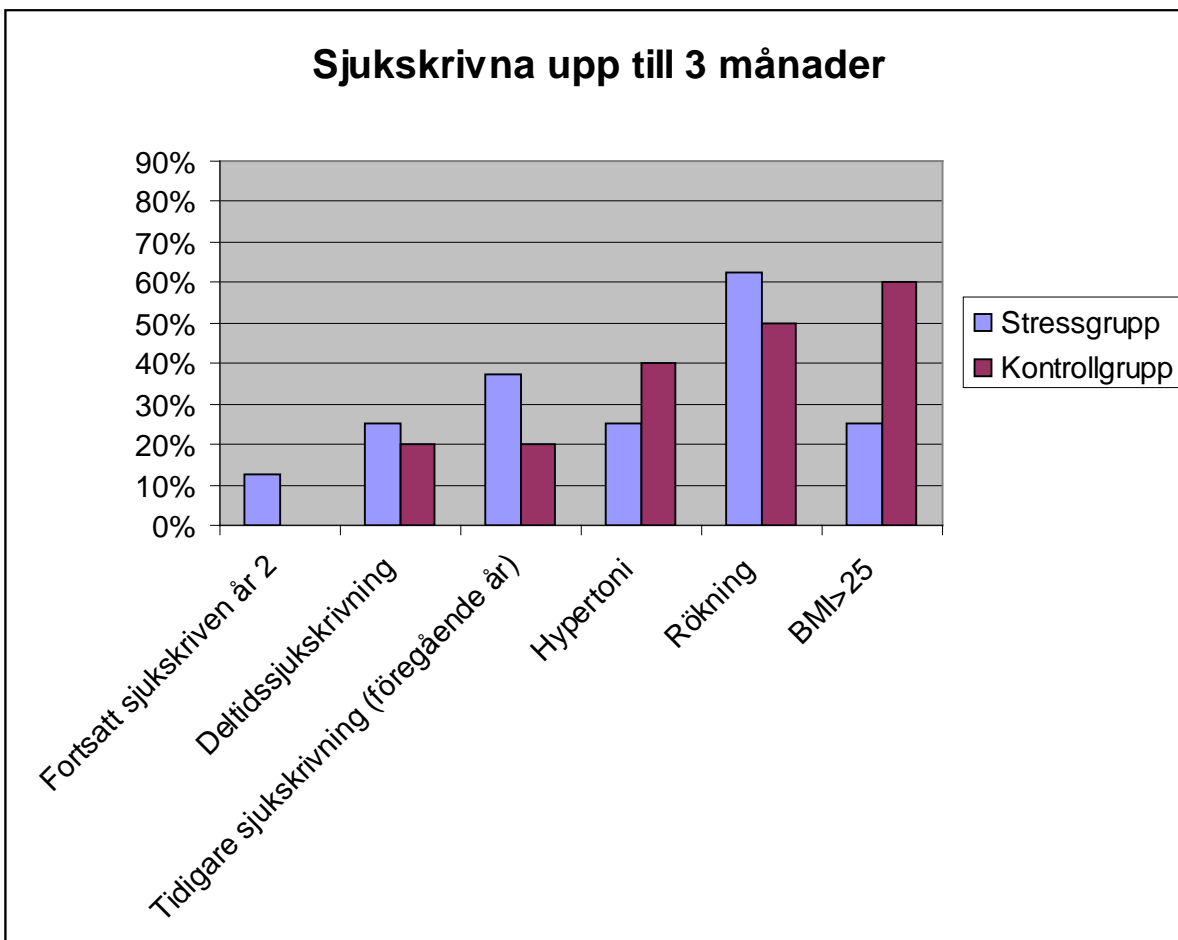
I det längre perspektivet var det inte någon skillnad mellan grupperna i sjukskrivningslängd, då följs personerna förmodligen upp via Distriktsläkaren varför detta inte uppmärksammas av personal inom hjärtsjukvården. Stresshanteringsgruppens uppvisade en livsstilsprofil med högre värden vad gäller blodtryck, rökning och högt BMI vilket kan vara en följd av en stressad livsstil som medför ökad risk att insjukna i hjärtinfarkt. Detta stämmer väl med etablerad forskning. De långa sjukskrivningstiderna i båda grupperna bland denna grupp män i arbetsför ålder är förvånande och oroande då det i flera fall även resulterade i förtidspension och sjukpension och lång bortavaro från arbetsmarknaden. Deltidssjukskrivning tillämpades relativt ofta och frågan är om ökad deltidssjukskrivning kan få ned sjukskrivningen så mycket mer eller om det är andra åtgärder som behövs. Hjärtinfarkt är en omvälvande upplevelse, man betraktas som frisk ena dagen och kan nästa dag vårdas på sjukhus och ha drabbats av allvarlig sjukdom, genomgår ballongvidgning inom något dygn och utskrivs sedan efter ytterligare någon dag med 4-5 olika läkemedel varav de flesta skal tas livet ut. För en person mitt i arbetslivet är detta en chockartad upplevelse som ofta möts med förnekande i den akuta fasen. Det tar tid att bearbeta detta och många gånger behövs professionell hjälp med detta för att inte fastna i en sjukroll. Bättre information, med betoning av det friska och vad man kan göra är sannolikt viktigt kort tid efter utskrivningen från sjukhuset och bör upprepas. Att detta är en grupp med hög frekvens riskfaktorer är inte förvånande möjligen har en stressad tillvaro medverkat till detta. En stressad person röker sannolikt mer, hinner inte äta regelbundet och tenderar sannolikt att äta mindre hälsosam kost och sympaticuspåslaget genererar blodtrycksförhöjning Socialstyrelsen gjorde för något år sedan en studie där man studerade sjukskrivningstiderna för diagnoserna hjärtinfarkt och bröstcancer efter operation. Där visades att sjukskrivningstiderna varierade stort, främst beroende på var i landet man bodde. Sjukskrivningspraxis bland läkare varierar mycket. Vad som är optimal sjukskrivning finns idag inte något bra svar på. Det finns risker med för lång sjukskrivning och fördelar med att vara på arbetet. Arbetet bidrar med mening, status, identitet och struktur av tid etc. Nu diskuteras tillämpning av guidelines för sjukskrivning för att få ett mera rättvist system. Högt tempo och höga krav på individen gör att man förväntas utföra hundra procent av sina arbetsuppgifter inte mindre. Det kanske är dags att möta problemet från en annan infallsvinkel än vad som nu sker och sluta problematisera de sjukskrivna och den i sjukskrivningsprocessen involverade läkarkåren.

Läkaren är dock enligt professionen framför allt biologiskt inriktad medan psykologiska och sociala faktorer kanske har väl så stor betydelse för patientens rehabilitering. Eftersom det är viktigt att förebygga följd tillstånd måste man tidigt urskilja risker för detta.

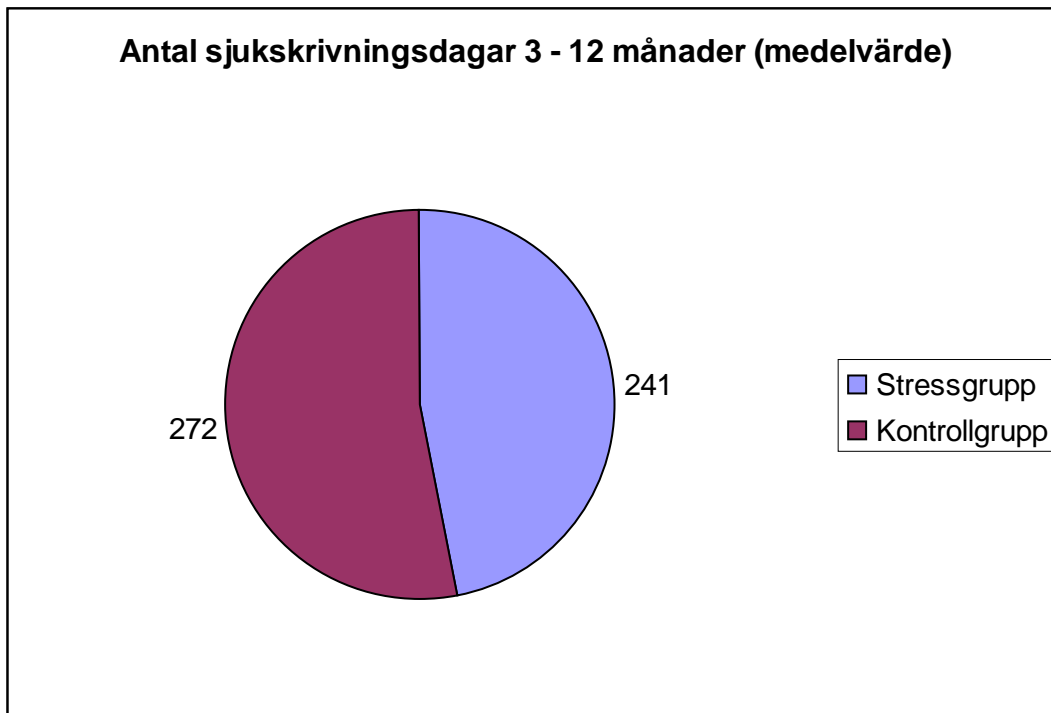
Svagheter med den här studien är att studiematerialet är litet och ett relativt stort bortfall finns också delvis beroende på att det var svårt att få rätt sjukskrivningsuppgifter om alla personerna. Metodologiska brister finns men arbetet har varit meningsfullt och tankeväckande i alla fall för skrivaren.



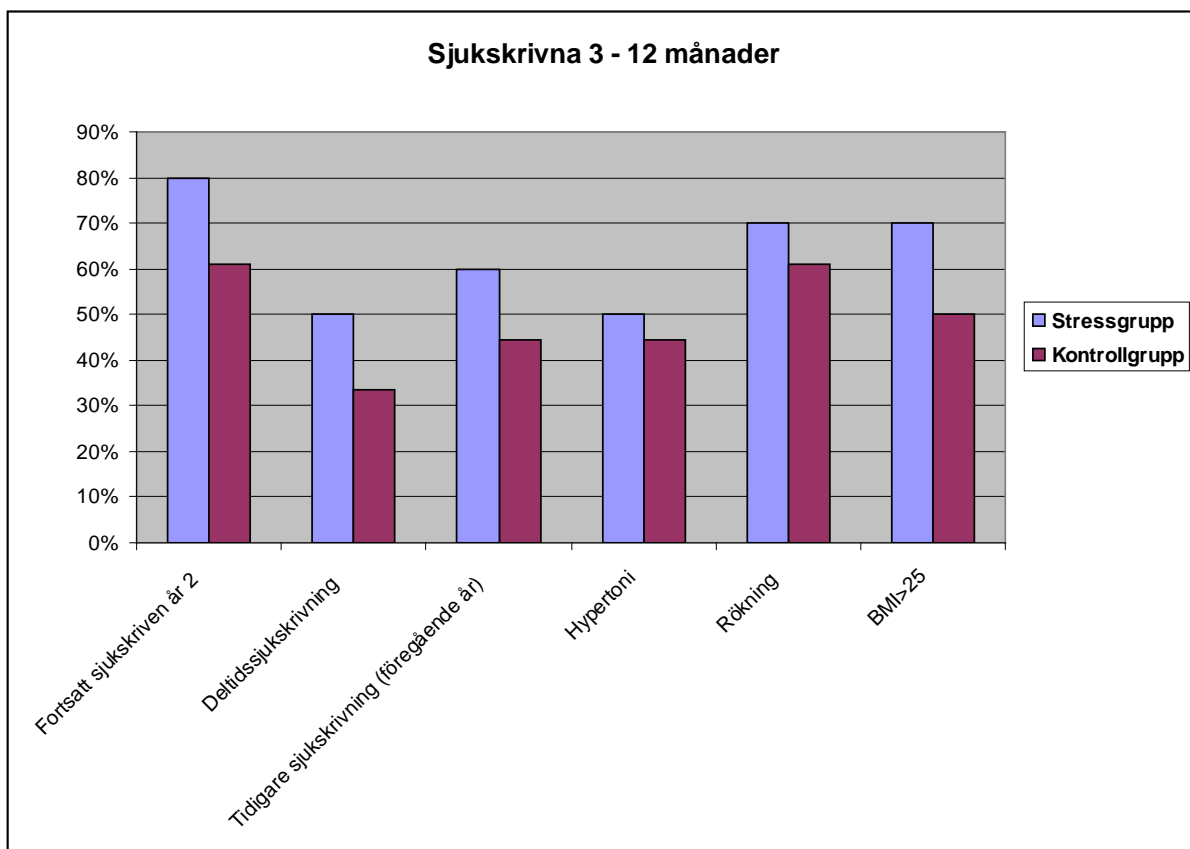
Figur 1. Antal sjukskrivningsdagar upp till 3 månader (medelvärde)



Figur 2. Sjukskrivna upp till 3 månader



Figur 3. Antal sjukskrivningsdagar 3 - 12 månader (medelvärde)



Figur 4. Sjukskrivna 3 - 12 månader.

REFERENSER

1. Währborg P. Mental stress and ischemic heart disease: an underestimated connection. Eur Heart J. 1998 Nov; suppl O: O20-3 Review.
2. Rosengren Yusuf S. Et al. Interheartstudie
3. Remme WJ. The sympathetic nervous system and ischemic heart disease. Eur Heart J. 1998 Jun;19 suppl F F62-71. Review.
4. Ross R. The pathogenesis of atherosclerosis: a perspective for the 1990s. Nature 1993; 362:801-9.
5. Fuster V. Badimon L. Badimon J. et al. The pathogenesis of coronary artery disease and acute coronary syndromes. N Eng J Med 1992; 326: 242-250, 310-318.
6. Levi L. Guidance on work-related stress. Spice of life or kiss of death? Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities; 2000.
7. Währborg P. Stress och den nya ohälsan. Smedjebacken: Natur och Kultur; 2002.
8. Westerholm P. Arbetsjukdom-skadlig inverkan-samband med arbete. Arbete och Hälsa, Vetenskaplig skriftserie. Nr 2002:15