



# **ETT LIV MED SMÄRTA**

PATIENTUPPLEVELSEN AV PERIFER  
ARTÄRSJUKDOM I NEDRE EXTREMITETERNA.  
EN LITTERATURSTUDIE.

REBECKA BJERNDSELL  
CECILIA VIAMORE

# ETT LIV MED SMÄRTA

## PATIENTUPPLEVELSEN AV PERIFER ARTÄRSJUKDOM I NEDRE EXTREMITETERNA. EN LITTERATURSTUDIE.

REBECKA BJERNDELL  
CECILIA VIAMORE

Bjerdell R & Viamore C. Ett liv med smärta. Patientupplevelsen av perifer artärsjukdom i nedre extremiteterna. En litteraturstudie. *Examensarbete i omvårdnad 15 högskolepoäng*. Malmö universitet: Fakulteten för hälsa och samhälle, Institutionen för vårdvetenskap, 2019.

*Bakgrund:* Benartärsjukdom (BAS) är en följd av ateroskleros – ett systemiskt sjukdomstillstånd med hög risk för stroke, hjärtinfarkt och kardiovaskulär död. Benartärsjukdomen kan grovt delas in i symtomklasserna claudicatio intermittens och kritisk ischemi, tillstånd som innebär olika symtom och behandlingar. Patientgruppen lider ofta av läkemedelsresistenta smärtor och vården består till stor del av egenvårdsråd. BAS påverkar många aspekter av livet och patienterna är ofta äldre och multisjuka med svårigheter att förmedla sina intressen. *Syfte:* Att undersöka hur patienter med benartärsjukdom upplever livet med sin sjukdom. *Metod:* Litteraturstudie med kvalitativ ansats, baserad på tio intervjustudier publicerade mellan 2002–2017. *Resultat:* BAS påverkade alla områden i livet. Livskvaliteten sjönk som följd av de komplikationer sjukdomen medförde inom fysiska, psykiska och sociala områden. Patientgruppen var heterogen, med många olika utgångslägen, symtom och problematik och krävde därför olika insatser från vården. *Konklusion:* Sjuksköterskan spelar en viktig roll för patientupplevelsen genom att arbeta utifrån ett personcentrerat arbetssätt och med ett holistiskt perspektiv som möjliggör för patienten att komma till tals och inverka på den vård som bedrivs. Ett multidisciplinärt team bör finnas runt patienten för att adressera de många aspekter som påverkas av sjukdomen så att personcentrerad vård kan upprättas.

*Nyckelord:* Arteriell insufficiens, benartärsjukdom, claudicatio intermittens, kritisk ischemi, patientupplevelser.

# LIVING WITH PAIN

## PATIENTS' EXPERIENCES OF LIVING WITH PERIPHERAL ARTERIAL DISEASE.

### A LITERATURE REVIEW.

REBECKA BJERNDELL

CECILIA VIAMORE

Bjerdell R & Viamore C. Living with pain. Patients' experiences of living with peripheral arterial disease. A literature review. *Bachelor thesis in nursing 15 credits*. Malmö University: Faculty of Health and Society, Department of Care Science, 2019.

*Background:* Peripheral Arterial Disease (PAD) is a result of a systemic atherosclerotic disease, which implies high risks of stroke, myocardial infarction and cardiovascular death. The disease can roughly be classified into Intermittent Claudication and critical limb ischemia based on symptomology, both conditions with varying areas of concern and treatment. Patients typically suffer from drug-resistant pain and health care interventions often consist of self-care counseling. PAD affects several aspects of life and the patients are often elderly and suffer from multiple illnesses, with difficulties mediating their interests. *Aim:* To investigate how PAD-patients experience life with their illness. *Method:* A literature study with a qualitative approach, based on ten interview studies published in 2002-2017. *Result:* PAD entails a complex situation for the patients and the disease affects all aspects of life. Quality of life decreased as a result of the physical, mental and social complications caused by the PAD. The patient group was heterogenic and there were many different preconditions, symptoms and problems to address for health care professionals. *Conclusion:* By working with a person-centered work approach and holistic perspective where the patient can influence care, nurses play an important role in the patient experience. There should be a multidisciplinary team around the patient addressing the many aspects of life affected by the disease, in order to establish successful person-centered care.

*Keywords:* Arterial insufficiency, critical limb ischemia, Intermittent Claudication, patient experience, peripheral arterial disease (PAD).

# INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING .....	6
BAKGRUND .....	6
Etiologi, diagnostisering och gradering .....	6
Patientgruppen med benartärsjukdom .....	7
Kroniskt eller akut insjuknande .....	7
Smärta .....	8
Kopplingen till depression .....	8
Livskvalitet för patientgruppen .....	8
Upplevelser som anhörig .....	9
Medicinsk behandling och egenvårdsåtgärder .....	10
Revaskularisering och amputation .....	10
Omvårdnad av patientgruppen .....	11
Personcentrerad vård .....	11
PROBLEMFÖRMULERING .....	12
SYFTE .....	13
METOD .....	13
Studiedesign .....	13
Databaser .....	13
Sökord .....	13
Databassökningar och urvalsprocessen .....	14
Kvalitetsgranskning .....	14
Innehållsanalys .....	14
RESULTAT .....	16
Fysiska symtom och begränsningar vid BAS .....	16
De sociala och emotionella aspekterna av att leva med BAS .....	17
Att acceptera och anpassa sig till livet med BAS .....	18
Patientens upplevelse av sin sjukdom, vården och framtiden .....	19
DISKUSSION .....	21
Metoddiskussion .....	21
Resultatdiskussion .....	23
KONKLUSION .....	27

FORTSATT FÖRBÄTTRINGSARBETE OCH KUNSKAPSSUTVECKLING .....	27
REFERENSER.....	28
BILAGA 1 – SBU Artikel granskningsmall .....	33
BILAGA 2 – SBU Kriterier för bedömning av vetenskaplig kvalitet.....	34
BILAGA 3 – Sökresultat i databaser .....	35
BILAGA 4 – Artikelmatris .....	39
BILAGA 5 – Klassifikation av BAS enligt Fontaine-stadier och Rutherford-kategorier .....	44

## INLEDNING

En stor andel av den äldre befolkningen i Sverige lider av vaskulär sjukdom. Inom såväl medicinska som kirurgiska avdelningar, primärvård, diabetesvård och geriatrisk vård återfinns denna stora och alltjämt växande patientgrupp. Många lider av olika manifestationer av hjärt-kärlsjukdom i form av bland annat smärtor och bensår i de nedre extremiteterna. Dessa tillstånd kan i sin tur påverka förmågan att gå, stå och hantera det dagliga livet. Amputationsfrekvens och dödlighet inom gruppen är hög.

Vi är intresserade av att förstå personen bakom smärtan och bensåren och hur upplevelserna inför det kroniska tillståndet ter sig. Hur det dagliga livet påverkas, vilka farhågor och tankar som finns, vilka behov som uppstår i vardagen och hur vi som sjuksköterskor kan hjälpa i omvårdnaden. Det krävs kännedom om den benartärsjukdoms uppfattningar, erfarenheter och känslöslighet för att kunna nå personen och därigenom kunna erbjuda bästa möjliga vård.

## BAKGRUND

Perifer arteriell insufficiens (även perifer artär- eller kärlsjukdom och benartärsjukdom, BAS) är ett av de största vaskulära sjukdomstillstånden (Christensen & Lewis, 2014).

### Etiologi, diagnostisering och gradering

Benartärsjukdom ska inte behandlas som en enskild åkomma utan som en del av en generell, systemisk, aterosklerotisk sjukdom (Kvitting 2010). Ateroskleros (även kallad åderförkalkning eller åderförfattning) är den främsta patogenetiska orsaken bakom perifer kärlsjukdom (Landfald & Ytrehus 2011; Kvitting 2010). Det är ett progredierande tillstånd som är förknippat med höga risker för stroke, hjärtinfarkt och kardiovaskulär död (Kvitting 2010). Den perifera artärinsufficiensen beror på en akut eller kronisk ocklusion, en blockering som gör att blodflödet till de nedre extremiteterna minskar och orsakar ischemi, syrebrist i vävnaden. En gradvis förkalkning leder till förträngning och nedsatt elasticitet i artärer (a.a.).

Diagnostiseringen av benartärsjukdom sker vanligtvis genom anamnes och klinisk bedömning kompletterat med en eller flera andra metoder, till exempel ankel- och tåtrycksmätning, ankelbrakialindex (ABI), ultraljudsundersökning, arteriografi av olika slag, laserdopplertechnik, kapillärmikroskopi och gångprov för att bedöma patientens funktionsnedsättning (SBU 2007). Blodtrycksmätning är central i behandling av patienter med benartärsjukdom, dels som referensvärde för ankeltrycket, dels för att bedöma hur nedsatt cirkulationen är distalt, dels som ett led i blodtrycksregleringen (Swedvasc 2018). Asymtomatisk benartärsjukdom diagnostiseras med ett patologiskt ankeltrycksindex (Bergqvist 2013).

Benartärsjukdom och dess svårighetsgrader graderas på olika vis. Fontaine-klassifikationen beskriver svårighetsgraderna från stadium I som är asymtomatiskt till och med stadium IV som innebär nekros och/eller gangrän (Hardman m.fl. 2014). Rutherford-klassifikationen använder istället kategorier där 0 står för asymtomatisk och kategori 6 står för stor vävnadsförlust. Medan Fontaine-klassifikationen baseras på kliniska fynd och gångsträcka så inkluderar Rutherford-klassifikationen icke-invasiva bedömningar som

dopplerundersökningar, ankelbrakialindex och pulsundersökningar (a.a.). Tabell över de två klassifikationssystemen finns i bilaga 5.

Patientgruppen som lider av perifer artärsjukdom kan grovt indelas i två kategorier (Wann-Hansson m.fl. 2005): De med claudicatio intermittens (CI, även kallat fönstertittarsjuka) som lider av smärta vid gång och de med kritisk ischemi som lider av vilosmärter. De olika stadierna claudicatio intermittens, sår och gangrän följer inte nödvändigtvis på varandra kliniskt (Bergqvist 2013). Många patienter debuterar med kritisk ischemi utan att detta har föregåtts av CI (a.a.)

Fördelningen av patienter med benartärsjukdom som har sökt vård i Sverige under åren 2014–2017 är följande: 86 % lider av kronisk ischemi, 14 % av akut ischemi. Av dessa registrerades 35 % som claudicatio intermittens, 16 % som vilovärk och 47 % som vävnadsförlust utifrån symtombilden. 2 % registrerades som utan symtom (Swedvasc 2018).

### **Patientgruppen med benartärsjukdom**

I olika studier framkommer att mellan 50–90 % av alla patienter med CI inte har sökt läkare för sina symtom (Bergqvist, 2013). Detta innebär att också den bakomliggande aterosklerosen kan förbli oupptäckt.

Risken för ateroskleros ökar med stigande ålder. Faktorer som bidrar till riskökningen är bland annat ökande stelhet och tilltagande förtjockning av kärlväggen (Bergqvist 2013). Omkring 10 % av befolkningen i Sverige >65 år får någon gång i livet besvär av benartärsjukdom (Kvitting 2010). Det är högre prevalens bland män och personer över 70 års ålder (Christensen & Lewis 2014). Samtidigt påverkas kvinnor i högre grad av perifer artärsjukdom, med mer rörelseförlust och fysisk funktionsnedsättning än män med samma diagnos (Diaconu m.fl. 2018).

Kända riskfaktorer för utvecklande av ateroskleros är hypertoni, diabetes mellitus, hyperlipidemi, stigande ålder och ärftliga faktorer (Kvitting 2010). Den enskilt största riskfaktorn är rökning (a.a.) och hela 80 % av patientgruppen led av hypertoni enligt 2017 års siffror (Swedvasc 2018).

Många patienter löper risk att dö i förtid i sjukdomar som relateras till den perifera kärtsjukdomen (Kvitting 2010). Patienter med CI har en sämre femårsöverlevnad än övriga befolkningen (Östergren & Wahlberg 2009). Tidig identifiering av de kliniska manifestationerna av vaskulär sjukdom leder till förbättrad livskvalitet och vård för patientgruppen (Christensen & Lewis 2014).

### **Kroniskt eller akut insjuknande**

Symtomen på benartärsjukdom utvecklas ofta gradvis (Kvitting 2010). Patienter kan vara fria från värk eller synliga bensår under en lång tid (a.a.). Diagnostisering är emellertid viktigt, då obehandlad ateroskleros innebär höga risker att drabbas av manifestationer av kärtsjukdomen i hjärta och hjärna (Swedvasc 2018).

Typiska symtom vid claudicatio intermittens är smärter, trötthetskänslor eller muskelsvaghet i underbenen vid gång, som försvinner vid vila (Kvitting 2010). Tillståndet beskrivs också som muskelkramper eller smärta vid aktivitet, vilovärk och sårbildning (Christensen & Lewis

2014). Det är emellertid vanligt med atypiska symtom, framför allt hos kvinnor och personer med diabetes (Östergren & Wahlberg 2009).

Kritisk ischemi är den allvarligaste formen av benartärsjukdom och innebär risk för hotande vävnadsskada (Kvitting 2010). Symtom är vilosmärta, nattlig värk, kalla, missfärgade fötter och svårsläta sår. Ungefär 5 % av patienter med CI utvecklar kritisk ischemi (a.a.). Blodflödet i vila är inte längre tillräckligt för att metabolismen ska fungera, vilket vanligtvis leder till vilosmärter och så småningom ischemiska sår och gangrän (Bergqvist 2013).

Akut kritisk ischemi kan debutera plötsligt, utan att föregås av CI. Orsakerna vid det akuta tillståndet är perifer emboli eller trombotisering; blodproppar i kärnen som hastigt försämrar cirkulationen (a.a.).

## **Smärta**

Både vid CI och kronisk/kritisk ischemi är smärtan ett centralt fenomen, som symtom och som mått på besvären, men också som en faktor som påverkar livskvaliteten (SBU 2007). Hos patienter med grav ischemi kan nerverna vara så pass skadade att de inte känner någon smärta längre (Landfald & Ytrehus 2011), vilket kan vara riskfyllt då patienten inte kan känna av akuta försämringar.

Långvarig smärta för ofta med sig förekomsten av andra symtom och inskränkningar i det dagliga livet (Jakobsson 2007). Smärtan kan påverka det fysiska planet med gångsvårigheter, nedsatt rörlighet, sömnproblem, onormal trötthet och nedsatt aptit. Till de psykiska symtom som relateras till långvarig smärta hör koncentrationssvårigheter, irritation, oro, nedstämdhet och depression. Även socialt nätverk, arbetssituation, sjukvårdskonsumtion, ekonomi och ett ökat beroende av andra kan påverkas av en långvarig smärtproblematik (a.a.).

## **Kopplingen till depression**

Vaskulära sjukdomar har en tydlig koppling till depression (Thomas m. fl. 2004). Patienter med perifer artärsjukdom har en fem gånger förhöjd risk att drabbas av depressionssyndrom (Columbo m. fl. 2016).

Olika symtombilder inom patientgruppen med benartärsjukdom har olika kopplingar till nedstämdhetstillstånd (Smolderen 2009). Patienter med atypiska bensmärter och patienter som lider av smärta vid vila uppger en högre förekomst av ångest, depressionstillstånd och anhedoni (brist på positiva känslor) (a.a.). Benartärsjuka patienter av kvinnligt kön och etniska minoriteter samt patienter med ökad aterosklerotisk påverkan och minskad gångfunktion pekas ut som särskilt associerade med ökad risk för depression (Brostow m.fl. 2017).

Kopplingen mellan vaskulär sjukdom och depression tros vara mångbottnad. En tänkbar fysiologisk orsak till utvecklingen av depression kan vara den tromboembolism och hypotension som har uppkommit på grund av den vaskulära insufficiensen, vilken leder till syrebrist i de delar av hjärnan som har med depression att göra (Thomas m.fl. 2004).

## **Livskvalitet för patientgruppen**

Det finns tydliga samband mellan långvarig smärta och en markant försämring av den drabbades livskvalitet (Jakobsson 2007). Ateroskleros i de nedre extremiteterna är en kronisk

sjukdom som innebär stora konsekvenser för patientens fortsatta liv och livskvalitet (Landfald & Ytrehus 2011). Benartärsjukdom och ett medföljande lågt ankelbrakialindex korrelerar med sänkta värden inom flera faktorer som påverkar livskvaliteten, exempelvis fysisk funktion, rörelsebegränsningar, kroppslig smärta och generell hälsa (Aozhou m. fl. 2017).

Begreppet livskvalitet har många olika betydelser. Hälsorelaterad livskvalitet kan uttryckas som graden av funktionsförmåga på grund av sjukdom eller konsekvenser av en behandling (SBU 2007). I studier som har undersökt livskvaliteten hos patienter med benartärsjukdom framkommer att patienter med kärlförändringar i benen har försämrad livskvalitet jämfört med en normalpopulation. Graden av försämrad livskvalitet relateras till graden av sjukdom. Vidare fastslås att en lyckad intervention som förbättrar cirkulationen också leder till förbättrad hälsorelaterad livskvalitet (a.a.).

Hälsorelaterad livskvalitet mäts ofta med mätinstrumentet SF-36, som genom 36 frågor undersöker livskvaliteten utifrån frågor om fysisk funktion, smärta, allmän hälsa, vitalitet, social funktion, emotionell funktion och psykiskt välbefinnande (Lindqvist 2016). Som kontrast till den hälsorelaterade livskvaliteten finns ett antal teorier om ”det goda livet”, där livskvalitet är ett värdemått: Hedonismen som utgår från att en persons livskvalitet är helt beroende av hur hen mår, där att ha ett bra liv är detsamma som att må bra och där att ha ett dåligt liv är detsamma som att må dåligt (Brülde 2003). En annan är önskeuppfyllelseteorin som ser en persons livskvalitet som beroende av i vilken utsträckning personen har den typ av liv som hen eftersträvar (a.a.). Livskvalitet hos patientgruppen kommer framledes att beskrivas utifrån teorierna om hälsorelaterad livskvalitet, hedonism och önskeuppfyllelseteorin.

### **Upplevelser som anhörig**

Att vara partner till någon med en kronisk sjukdom kan ha omfattande konsekvenser för den egna livskvaliteten (Eriksson & Svedlund 2005), i och med att de egna önskingarna inte kan uppfyllas (Brülde 2003). När partnern har blivit sjuk så förändras livet och de egna drömmarna och behoven får ge vika för att ta hand om den sjuke (Eriksson & Svedlund 2005).

Partners till personer med CI beskriver det som tungt att stå vid sidan om den sjuke utan att kunna göra något åt situationen (Egberg m.fl. 2012). Att se någon lida av smärta, nedsatt rörlighet och isolering uppfattas som ansträngande. Situationen innebär känslor av maktlöshet och oro inför framtiden och sjukdomsprogressionen (a.a.).

När någon drabbas av sjukdom så får det konsekvenser för alla som står den sjuke nära. Känslor av oro, nedstämdhet och vanmakt drabbar ofta den närstående, samtidigt som viljan att hjälpa och underlätta för den sjuke ofta är stark (Johansson 2007).

Men när relationen skiftar karaktär och alltmer präglas av ett vårdansvar kan det vara ett tungt ok att bära för den anhörige (Johansson 2007). Som partner till någon med CI upplevdes det som frustrerande att inte kunna göra det som har planerats, att ständigt bekymra sig för någon annans mående och att inte uppleva full frihet över tillvaron (Egberg m.fl. 2012). Partnern ansåg att de gled isär och ofta bråkade och att dennes förväntningar fick sänkas, för att kunna hantera den nya livssituationen (a.a.).

## **Medicinsk behandling och egenvårdsåtgärder**

Behandlingen vid benartärsjukdom beror på de symtom patienten uppvisar och skiljer sig åt mellan CI och kritisk ischemi (Kvitting 2010). Vid all arteriell insufficiens ska de riskfaktorer som har orsakat aterosklerosen behandlas. Vid CI rekommenderas i första hand konservativ behandling, syftande till läkemedel och egenvård. Kritisk ischemi däremot kräver snabb handläggning och ofta invasiva åtgärder för att kunna återställa cirkulationen (a.a.). Merparten patienter behandlas dock icke-kirurgiskt (Bergqvist 2013).

Rökstopp är den viktigaste egenvårdsåtgärden (Kvitting 2010). Det är rökstopp kombinerat med motion som ger tydligast förbättringar på gångsträckan (Aboyans m.fl. 2018). Även vid rekonstruktiv kirurgi blir resultatet sämre vid fortsatt rökning (Bergqvist 2013). Rökstopp är därför av största vikt för en framgångsrik behandling (a.a.).

Vid CI rekommenderas gångträning för att öka gångsträckan (Kvitting 2010). Bäst effekt på gångsträckan uppnås om gångträningen bedrivs i över 30 minuter, tre gånger i veckan under minst 6 månader (Östergren & Wahlberg 2009). De olika mekanismer som leder till förbättrad gångsträcka vid CI tros vara bland annat att blodflödet omfördelas till aktiva muskelgrupper, att det blir förändringar i mikrocirkulation och endotelfunktion, att muskelmetabolismen förbättras, att det bildas kollateraler av mindre blodkärl som ökar blodflödet och att gångteknik och en ökad smärttolerans utvecklas hos patienten (Bergqvist 2013).

Den medicinska behandlingen utgår från patientens medicinska tillstånd och status i artärerna (Landfald & Ytrehus 2011) och handlar framförallt om att påverka riskfaktorerna för aterosklerosen (Kvitting 2010). De farmakologiska hörnstenarna består av antihypertensiva som verkar blodtryckssänkande, lipidsänkande statiner och antitrombotiska läkemedel (Aboyans m.fl. 2018).

## **Revaskularisering och amputation**

Först efter 6–12 månader av strukturerad gångträning med kvarstående påtagligt gånghandikapp lyfts frågan om eventuella invasiva åtgärder (Kvitting 2010), även kallade revaskulariseringsåtgärder. De invasiva ingreppen görs i syfte att förbättra eller återställa blodcirkulationen och sker antingen genom öppet kirurgiskt ingrepp eller endovaskulärt i blodkärlet med trombolys eller ballongvidgning, PTA (SBU 2007). Huvudsyftet med operativa ingrepp är oftast begränsat till symtomlindring, inte alltid att förhindra sjukdomsutvecklingen på sikt (a.a.). I Sverige utförs årligen drygt 5000 invasiva ingrepp för att återställa cirkulationen vid olika former av benartärsjukdom, vilket står för hälften av de invasiva ingreppen mot kärlsjukdom i stort (SBU 2007). Under 2017 var medelåldern för de opererade patienterna 75 år (Swedvasc 2018).

Revaskularisering kan förbättra livskvaliteten utifrån en rad aspekter: Energinivåer ökade, smärtan minskade, emotionella reaktioner och fysisk rörlighet förbättrades hos CI-patienter, medan de med kritisk ischemi också upplevde förbättringar på smärtnivåer och sömn (Wann-Hansson m.fl. 2005). I en studie framkommer att många långvarigt BAS-sjuka uppfattar amputationen som ett ofrånkomligt faktum, eftersom den ständiga smärtan tar all energi och amputationen då uppfattas som den enda vägen ut ur lidandet (Torbjörnsson m. fl. 2017). För andra kom amputationsbeslutet som en chock, men överlag var de flesta patienter nöjda över beslutet. Att få en protes ingav hopp om framtiden och en möjlighet att kunna återgå till ett mer vanligt liv igen (a.a.).

Vid kritisk ischemi med risk för vävnadsskada kan amputation vara nödvändigt, för att ta bort nekrotisk vävnad och avgränsa vävnadsdöden (Aboyans m.fl 2018). Amputationen kan omfatta mindre områden upp till fotnivå, men vid omfattande vävnadsdöd kan stora delar av extremiteten behöva amputeras (a.a.). Vid akut arteriell insufficiens i nedre extremiteterna är mortaliteten 25–30 % och upp till en fjärdedel måste i detta skede amputera benet (Landfald & Ytrehus 2011). För att undvika följdtilstånd (sequele) måste patienten komma under behandling så snabbt som möjligt (a.a.).

Men det finns påtagliga komplikationsrisker med ingreppen hos den ofta försvagade, äldre patientgruppen och det vetenskapliga underlaget är för svagt för att kunna avgöra med tydlighet huruvida revaskularisering är rätt beslut alla gånger (SBU 2007)

### **Omvårdnad av patientgruppen**

I mötet med människor med kroniska sjukdomar är sjuksköterskans viktigaste uppgift att hjälpa patienten att i så hög grad som möjligt uppnå hälsa och livskvalitet (Ingebretsen & Storheim 2011). I kliniska sammanhang är livskvaliteten kopplad till den egna upplevelsen av funktionsförmåga och välbefinnande. Omvårdnaden ska vara individuell och inriktad på fysiska, psykiska, sociala och andliga aspekter. Därför behöver sjuksköterskan också ha kunskaper om orsaker, sjukdomsförlopp och behandling av sjukdomen (a.a.).

Att arbeta målinriktat och kontinuerligt är viktigt i behandlingen av vaskulär insufficiens (Ingebretsen & Storheim 2011). Varje patient bör få en utrednings- och behandlingsplan som syftar till kontinuerlig inlärning. Eftersom risken för återfall inom aterosklerosen är stor, är det viktigt med uppföljningar där sjuksköterskan regelbundet observerar utvecklingen. Det är också viktigt med förebyggande åtgärder och utvärderingar av hur väl patienten klarar att följa dessa åtgärder (a.a.)

Eftersom det i regel rör sig om äldre personer som ofta har gångsvårigheter och ischemiska sår på extremiteterna, är det viktigt att ha information om personens hemsituation och eventuella hjälpbehov efter ett invasivt ingrepp (Bergqvist 2013).

Det är också som sjukvårdspersonal viktigt att ha en medvetenhet om hur en kronisk sjukdom påverkar de nära och kära runt den sjuke, i allt från samliv och fysisk närhet till att behöva försaka de egna önskingarna och behoven (Eriksson, Svedlund 2005). De närstående utgör en mycket viktig resurs för att den sjuke ska uppnå bästa möjliga hälsa och livskvalitet (Johansson 2007).

### **Personcentrerad vård**

Den personcentrerade vården utgör teoretiskt ramverk vid kommande analys och slutsatser. Personcentrerad vård utgår från att personen som är patient står i centrum i omvårdnaden, vilket innebär att som vårdpersonal lära känna personen och förstå individens unika egenskaper, drömmar, mål och värderingar (Hewitt-Taylor 2018). Varje individs unika jag påverkas av fysiska egenskaper, social situation, andlighet, psykisk status, livserfarenheter, familjesituation, kultur, historia och uppfattningar. Likaså personens rättigheter och skyldigheter ska finnas i centrum när omvårdnadsarbetet planeras och utförs (a.a.). Att arbeta utifrån patientens övertygelser och värderingar är ett av fundamenten inom den personcentrerade omvårdnaden (McCormack 2006). Vården ska baseras på ett gemensamt

beslutsfattande, där sjuksköterskan upprättar patientdeltagande genom att ge information och tar med patientens perspektiv in i arbetet (a.a.).

Hälso- och sjukvårdspersonalen ska möjliggöra för personen att leva det liv hen vill leva, trots eventuella sjukdomar, symtom och upplevelser av ohälsa (Svensk sjuksköterskeförening 2019). Det kan till exempel gälla att få möjlighet att odla intressen, att genomföra aktiviteter som känns viktiga, delta i meningsfulla gemenskaper, bidra med kunskap och arbete enligt förmåga och intresse och att lära sig nya saker. Vårdpersonalen behöver ha god kunskap om personens värderingar, behov, synsätt, intressen, vanor och prioriteringar och även insikt om personens kapacitet och förmåga i olika sammanhang, målsättningar och prioriteringar, värderingar och nätverk, för att alla professioner runt personen tillsammans ska kunna skapa en personcentrerad vård (a.a.).

## **PROBLEMFÖRMULERING**

Patienter med benartärsjukdom tillhör i regel en svag grupp i samhället med en begränsad förmåga att göra sin röst hörd, vilket leder till att de har svårt att hävda sina behov och intressen (SBU, 2007). Som äldre, drabbad av sjukdomar och funktionsnedsättningar så kan det finnas flera hinder för kommunikation och många äldre har få möjligheter att påverka sin tillvaro (Lindqvist 2016). Samtidigt finns indikationer på att benartärsjuka är en ständigt ökande patientgrupp. Antalet ingrepp för benartärsjukdom har ökat med 15 % jämfört med 2014, fortsätter att öka för varje år och ökningen går inte att förklara endast på basis av befolkningstillväxten (Swedvasc 2018). Under 2017 registrerades 5789 operationer riktade mot benartärsjukdom, vilket är en ökning med 3 % jämfört med föregående år (a.a.).

I många fall har personer med benartärsjukdom ett ansenligt behov av vård. Patientgruppen plågas av svårbemästrad värk och ett överhängande hot om amputation (SBU 2007). Amputationsfrekvensen är relativt hög i patientgruppen med kronisk ischemi och det finns utrymme för förbättring av den vård som bedrivs (Swedvasc 2018). Fler än var femte patient med CI som opereras utvecklar en behandlingskrävande operationssårskomplikation (a.a.).

Samtidigt saknas vetenskapligt underlag om såväl sjukdomstillståndet som om patienternas behov (SBU 2007). Mer forskning om diagnostik och behandling men också om att redogöra för patientupplevelsen hos personer med benartärsjukdom krävs för att ge patientgruppen bästa möjliga vård (a.a.). Det föreligger påfallande stora brister i den epidemiologiska kunskapen om perifera kärlsjukdomar jämfört med kardiovaskulära och cerebrovaskulära sjukdomar (Bergqvist 2013).

Effekten av BAS-behandling har hittills fokuserat på objektiva mått som patientens ankeltryck, gångsträcka och rekonstruktionens effekter snarare än på hur patienterna klarar sitt dagliga liv eller på hur behandlingen påverkar deras livskvalitet (SBU 2007). Kunskap om patientupplevelsen är värdefull för vårdplaneringen och för kompletterande vårdinsatser (a.a.).

## **SYFTE**

Syftet är att undersöka hur patienter med benartärsjukdom upplever livet med sin sjukdom.

- Hur påverkas personens vardag, beteenden, känslor och tankar om tillvaron och framtiden av det kroniska tillståndet?
- Hur uppfattar patienten den vård som erbjuds och hur kan sjuksköterskan bäst hjälpa patienten med benartärsjukdom?

## **METOD**

Efter att forskningsproblemet hade preciserats så formulerades den studiedesign som utgjorde grunden för studiens upplägg och innehåll.

### **Studiedesign**

Utifrån syftet att studera patientupplevelsen så valdes en kvalitativ ansats. Litteraturstudie valdes som metod för att kunna samordna forskningsresultaten och därigenom summera vad som är känt respektive okänt inom forskningsfältet (Polit & Beck 2014). Vid kvalitativ forskning är det fenomen och narrativa beskrivningar som undersöks respektive samlas in (Polit & Beck 2014).

### **Databaser**

De databaser som användes vid litteratursökningen utgick från rekommendationerna av Malmö Universitets kursledning: PubMed och CINAHL. Även i Polit & Beck (2014) rekommenderas dessa två databaser på grund av relevansen för omvårdnadsforskning.

### **Sökord**

Frågeställningens huvudbegrepp formulerades genom en frågemodell för att få strukturerade sökord. På grund av den kvalitativa ansatsen passade PS-modellen enligt beskrivningen i Polit & Beck (2014). P står för population och handlar om de karaktärsdrag som finns hos patienterna. S står för situation och handlar om de förutsättningar, upplevelser eller omständigheter som ska studeras.

*Population:* Patienter med ateroskleros

*Situation:* Upplevelsen av benartärsjukdom

Inledningsvis gjordes frsökningar med de sökord på engelska som framkommit i PS-modellen. Inom *Population* framkom sökorden peripheral vascular diseases, patients, intermittent claudication och inom *Situation* framkom sökorden qualitative studies, experience, feelings, life, patient satisfaction, quality of life och interviews. Antalet träffar per sökord noterades. De söktermer som gav flest relevanta träffar: "Peripheral vascular diseases", "intermittent claudicatio", "patients", "qualitative studies", "qualitative research" och "quality of life" gjordes om till MeSH-termer i PubMed respektive CINAHL Subject Headings. Därefter kombinerades dessa termer med booleska söktermer som AND och OR och sattes samman till sökkombinationer. Sökkombinationerna kombinerades även med frsökningstermerna "life", "experience", "feelings", "patient satisfaction" och "interviews" för

att ringa in den kvalitativa forskningen som fokuserade på patientens upplevelser. Sökningarna utfördes med likvärdiga begrepp i både PubMed och CINAHL för att inte missa relevanta artiklar i någon av databaserna. För mer utförlig information om de olika kombinationerna av sökord under sökprocessen, se bilaga 3.

### **Databassökningar och urvalsprocessen**

Sammanlagt 54 litteratursökningar utfördes, där titlar och abstrakt ögnades igenom och därefter ignorerades eller laddades ned för vidare bedömning.

När kombinationen av söktermerna gav resultat på mellan 29 till 364 träffar per sökning så lästes samtliga artikeltitlar, sammanlagt 1050 stycken. Genomgående under hela sökprocessen gjordes ett urval genom en exkludering av de artiklar som inte uppfyllde inklusionskriterierna: Kvalitativa studier, peer-reviewed, patienter med benartärsjukdom, vuxna över 18 år, alla kön, studier på svenska eller engelska och tillgängliga i fulltext via Malmö universitet samt exklusionskriterierna: Kvantitativa studier, patienter som primärt lider av andra sjukdomar än benartärsjukdom, till exempel venös insufficiens, barn och omyndiga och studier på andra språk än svenska eller engelska.

Av de 1050 artikeltitlarna som utgjorde sökresultatet så lästes 74 artikelabstrakt. Av dessa abstrakt uppfattades 16 artiklar som relevanta. Dessa 16 artiklar laddades således ner för vidare genomläsning. Vid ytterligare genomgång upptäcktes emellertid att fem av de 16 artiklarna inte var aktuella för vidare bearbetning då de inte svarade på aktuellt syfte och frågeställningar i tillräckligt hög grad.

De resterande 11 artiklarna klarade uppsatta inklusionskriterier och var redo för kvalitetsgranskningen.

### **Kvalitetsgranskning**

Kvalitetsgranskningen av de utvalda artiklarna gjordes med hjälp av två mallar: SBU:s Granskningsmall (2014) och SBU:s Kriterier för bedömning av vetenskaplig kvalitet, se bilaga 1 och 2. Kombinationen av mallarna gjorde det möjligt att få en heltäckande bild och att i så hög grad som möjligt säkerställa att varje vetenskaplig artikel hade uppnått de kriterier som ansågs nödvändiga. Elva artiklar granskades och tio valdes ut till resultatet. En av artiklarna valdes bort i detta skede då den inte i tillräckligt hög grad svarade på syftet, trots uppfyllda inklusions- och exklusionskriterier. Av de tio utvalda artiklarna är nio av hög kvalitet och en av medelhög kvalitet.

### **Innehållsanalys**

Resultatet av en kvalitativ studie handlar om mer än bara summan av dess delar. Den ska också bidra med nya insikter och tolkningar av fynden (Polit & Beck 2014).

De utvalda artiklarna ställdes upp i matriser där relevant information om publikationsår, författare, ursprungsland, syfte och dylikt kategoriserades, i enlighet med rekommendationen i Polit & Beck (2014). I och med att tolkningar innebär subjektivitet (Polit & Beck 2014), så lästes samtliga artiklar av bägge parter så att tolkningarna därefter kunde jämföras med varandra.

Innehållsanalysen genomfördes sedan utifrån beskrivningen av Henricson (2017): De tio utvalda studierna lästes i sin helhet ett flertal gånger av båda artikelförfattare, för att så utförligt som möjligt kunna utläsa de kategorier och teman som uttolkades. Vid läsningen upptäcktes olika återkommande teman i innehållet, vilka svarade på syftet. Dessa färgkodades för att underlätta vid analysprocessen och gruppera temana. Efter färgkodningen av artiklarna delades temana upp i fyra huvudkategorier och elva underkategorier som finns beskrivna i tabellen nedan:

<b>Kategorier</b>	<b>Underkategorier</b>
Fysiska symtom och begränsningar vid BAS	Smärta
	Rörelsebegränsningar
	Sömn och utmattning
De sociala och emotionella aspekterna av att leva med BAS	Självständighet och beroende
	Socialt liv och relationer
	Emotionell påverkan
	Självbild och självkänsla
Att acceptera och anpassa sig till livet med BAS	Anpassning och acceptans
Patientens upplevelse av sin sjukdom, vården och framtiden	Gångträning
	Patientens bild av sjukdomsprogressionen
	Patientens sjukdomsförståelse

## RESULTAT

Resultatet baseras på tio kvalitativa studier, publicerade mellan år 2002 och 2017. Studierna kommer från Sverige (4 artiklar), Storbritannien (3 artiklar) och USA (2 artiklar) och Nederländerna (1 artikel) och utgår från patientintervjuer med öppna frågor, semistrukturerade intervjuer och fokusgrupper. En sammanfattning finns i artikelmatrisen i bilaga 4.

### Fysiska symtom och begränsningar vid BAS

Patientgruppen upplevde omfattande fysiska symtom och begränsningar.

#### *Smärta*

Smärtan var enligt flertalet patienter med BAS det vanligaste och mest besvärande symtomet (Egberg m.fl. 2012; Treat-Jacobson m.fl. 2002; Wann-Hansson m.fl. 2005). Vanligaste smärtlokaliseringar var låren, vader och sätesmuskulatur (a.a.).

När patienterna beskrev sin smärta använde de ord som kramp, värk, ömhet, stickningar, svaghetskänslor, utmattning och domningar (Schorr m.fl. 2015). Vissa beskrev smärtan som att något vred om benet eller att benet höll på att explodera och att det gjorde så ont att de mådde illa (Egberg m.fl. 2012). Smärtan blev då så stark att patienterna inte hade möjlighet att fortsätta med sina åtaganden utan behövde stanna och vila (a.a.).

Smärtan varierande från dag till dag, men det fanns också variationer i smärtintensitet under dagen (Egberg m.fl. 2012; Gorely m.fl. 2015; Schorr m.fl. 2015; Wann-Hansson m.fl. 2005). Patienterna beskrev att det fanns ett samband mellan smärtans karaktär och typen av fysisk aktivitet som patienterna hade ägnat sig åt när smärtan uppträdde. Hur länge de hade varit aktiva och hur mycket återhämtning de hade fått möjlighet till, men även underlaget vid gång eller lutningen på marken hade olika påverkan på smärtan. Ju hårdare, brantare och ojämna underlaget var, desto snabbare uppstod smärtan. Ett mjukt och jämnt underlag gjorde det istället möjligt att gå längre (a.a.). Vid en allvarigare sjukdomssituation uppstod ischemiska smärtor även i vila (Egberg m.fl. 2012; Treat-Jacobson m.fl. 2002; Wann-Hansson m.fl. 2005).

#### *Rörelsebegränsningar*

Den fysiska begränsning som mest påverkade patienternas vardag var svårigheterna att gå (Gorely m.fl. 2015; Harwood m.fl. 2017; Treat-Jacobson m.fl. 2002). Bara tanken på att behöva gå någonstans kunde orsaka mycket stress, vilket resulterade i att vissa patienter undvek att gå ut alls (Egberg m.fl. 2012; Wann-Hansson m.fl. 2005). Många patienter beskrev att de pendlade mellan stillasittande inomhus där de kunde känna sig friska, till att vistas utomhus i rörelse där de blev påmind om hur sjuka de faktiskt var (a.a.).

Patienterna hittade allteftersom olika metoder för att kunna vara i rörelse. När de gick sänkte de farten för att skjuta upp smärtdebuten eller minska utvecklingen av smärtan när den väl hade uppkommit (Schorr m.fl. 2015). När smärtan blev överväldigande var det viktigt att kunna stanna och vila. Om en lämplig plats för vila inte fanns att tillgå kände sig patienterna obekväma och sårbara. Vissa tog bilen på sträckor som de tidigare hade gått (a.a.).

En del patienter som hade fysiskt krävande arbeten berättade om svårigheterna i att klara arbetsuppgifter efter att de insjuknat i BAS (Treat-Jacobson m.fl. 2002). Andra patienter hade svårt att ta hand om hemmet då de inte längre klarade av städning, handling eller att ta hand om trädgården på grund av smärtor och rörelsebegränsningar (Wann-Hansson m.fl. 2005).

### *Sömn och utmattning*

En del patienter hade sömnproblem av varierande grad (Hallin m.fl. 2002; Wann-Hansson m.fl. 2005). Vissa beskrev nätterna som hemska och att de tvingades sitta i en stol under natten för att stå ut, eftersom smärtan vid sängliggande var outhärdligt. Detta resulterade i en uttalad trötthet och i längden en känsla av utmattning. Bristen på energi gjorde det svårt att klara av vardagen och en känsla av att vara värdelös uttrycktes som följd (Wann-Hansson m.fl. 2005).

## **De sociala och emotionella aspekterna av att leva med BAS**

Patienterna beskrev en stor påverkan på sociala och emotionella områden.

### *Självständighet och beroende*

Att leva med BAS gjorde att många kände sig utanför, de saknade ett sammanhang och blev beroende av andra för att klara vardagen (Egberg m.fl. 2012; Wann-Hansson m.fl. 2005). En del beskrev hur familjrollen förändrades. Hur de tidigare hade varit den med kapacitet att hjälpa andra och nu var den som behövde bli hjälpt (Wann-Hansson m.fl. 2005). Frustration och hjälplöshet upplevdes när deras partner eller barnen fick ta på sig många av de uppgifter de tidigare brukade utföra själva (Wann-Hansson m.fl. 2008). Tankar kring utsatthet uppstod också i och med att de blev beroende av sin partner. Vad som skulle hända om partnern blev utmattad och inte längre orkade, eller blev sjuk. Det upplevdes som viktigt att fördela arbetsuppgifterna i hemmet så att patienterna kunde bidra i så hög grad som möjligt, för att behålla en känsla av att fortfarande vara kapabla (Wann-Hansson m.fl. 2005). Personerna som levde med BAS var bekymrade över att deras familjer oroade sig för dem (Hallin m.fl. 2002; Treat-Jacobson m.fl. 2002). Dessutom oroade de sig för att själva vara en belastning för familjen (a.a.).

### *Socialt liv och relationer*

Utöver den begränsade förmågan att gå, uppgav många även begränsningar av att inte längre kunna ta del av aktiviteter de tyckte om (Hallin m.fl. 2002; Treat-Jacobson m.fl. 2002). Bristen på aktiviteter ledde i sin tur till social isolering och ofrivillig ensamhet (Egberg m.fl. 2012; Wann-Hansson m.fl. 2005). Rörelse var för många förknippat med ett socialt liv; att plocka svamp i skogen med familjen, gå den traditionsenliga kvällspromenaden med en nära vän eller umgås över en golfgrunda. Att inte längre kunna delta i det som länge hade varit en viktig del av livet hade en negativ inverkan på patienternas relationer.

Frustrationen över den egna situationen påverkade många patienters humör negativt, vilket i sin tur påverkade deras omgivning. De negativa känslorna kunde gå ut över partnern och då orsaka konflikter i relationen (Egberg m.fl. 2012).

Benartärsjukdomen innebar även bristande ork, inspiration och minskat intresse för tidigare intresseområden, vilket spädde på den ofrivilliga isoleringen (Egberg m.fl. 2012). De patienter som sedan tidigare hade fritidsintressen som inte var fysiskt krävande upplevde emellertid inte att BAS hade en lika stor påverkan på det sociala livet (a.a.). Men många som levde med

BAS upplevde en omfattande social isolering – något som var förknippat med en stor sorg (Egberg m.fl. 2012; Wann-Hansson m.fl. 2005).

### *Emotionell påverkan*

De emotionella konsekvenserna av BAS beskrevs i form av humörsvängningar, förändringar i temperament och depressivitet (Treat-Jacobson m.fl. 2002; Wann-Hansson m.fl. 2005). En del hade svårt att hitta orden för att beskriva hur de kände, men konstaterade att de hade förlorat livsgnistan och undrade vad som var meningen med livet när de inte längre kunde göra det de ville (Egberg m.fl. 2012; Harwood m.fl. 2017).

Att inte klara vardagen orsakade frustration och negativa känslor av olika grad. Medan vissa mest upplevde det som irriterande att inte klara sig själv på samma sätt som förr, var andra rasande över att inte klara det som tidigare hade varit en självklarhet. Vissa ville inte alls tala om sin sjukdom med andra, för att inte väcka känslor av att vara den som det var synd om. De ville inte ses på med medlidande, som någon som har det eländigt (Egberg m.fl. 2012; Harwood m.fl. 2017).

### *Självbild och självkänsla*

Benartärsjukdomen och dess följder hade en negativ inverkan på patienternas självkänsla och i förlängningen även på synen på livet (Schorr m.fl. 2015). Att inte längre kunna vara spontan och fri förändrade självbilden och livet beskrevs inte som lika njutbart som förr (Gorely m.fl. 2015). Att inte längre kunna vara den person som de hade ansett sig vara resulterade i känslor av att ha förlorat sig själv och att behöva kompromissa med livet (Treat-Jacobson m.fl. 2002). Andra såg sjukdomen som något som hörde till deras (höga) ålder och att de hade andra sjukdomar (exempelvis cancer) som de ansåg vara mer allvarliga (Schorr m.fl. 2015). Vissa tyckte att BAS hade fått dem att åldras i förtid. Kroppen hade blivit gammal medan sinnet hade förblivit ungt (Treat-Jacobson m.fl. 2002).

### **Att acceptera och anpassa sig till livet med BAS**

Att leva med BAS innebar att försöka finna sig i begränsningarna som sjukdomen förde med sig och att hitta nya sätt att leva.

### *Anpassning och acceptans*

En del patienter fick beskedet att inget mer kunde göras avseende medicinsk behandling och att det enda alternativet som återstod var att lära sig leva med sjukdomen (Wann-Hansson m.fl. 2005; Wann-Hansson m.fl. 2008). Med tiden blev rörelsebegränsningarna något som patienterna lärde sig att acceptera och se som en del av den nya vardagen. Genom att pröva sig fram fick de en allt tydligare bild av vad de faktiskt klarade av och hur det kunde variera från dag till dag (a.a.).

Patienterna lärde sig olika strategier för att göra det möjligt att vara ute och gå. Gångsträckan behövde planeras noggrant och patienterna var ständigt medvetna om alternativa vägar (Egberg m.fl. 2012; Gorely m.fl. 2015; Wann-Hansson m.fl. 2005). De iakttog miljön och valde strategiskt en väg som inte var för lång eller för utmanande. De kunde leta upp hjälpmedel som underlättade längs vägen (Egberg m.fl. 2012; Wann-Hansson m.fl. 2008). Det kunde vara en parkbänk att sätta sig på, en kundvagn att hålla sig i eller ett skyltfönster att stanna och titta i, allt för att få en stunds vila. Speciellt i nya miljöer var patienterna medvetna om hur miljön kunde påverka deras förmåga att ta sig fram. En planering kring yttre faktorer

som trappor, uppførsbackar eller avstånd från parkeringsplatser var vanligt. Om de skulle träffa någon kunde patienterna istället bjuda hem denna person, för att undvika svårigheterna utomhus (a.a.).

Många patienter använde smärtstillande läkemedel, men hos vissa fanns ett motstånd mot medicineringen och rädslor för biverkningar som yrsel och konfusion (Wann-Hansson m.fl. 2008). I stället försökte vissa patienter massera eller klappa sina ben som lindrande åtgärd. Inomhus kunde de ligga med benen hängande över soff- eller sängkanten och låta gravitationen hjälpa cirkulationen på traven. Ett sätt att klara städningen hemma vara att sitta på en stol med hjul och städa. Dessa strategier gav en känsla av kontroll och självständighet (a.a.).

Att nå acceptans för sin livssituation beskrevs som en mer eller mindre medveten process (Wann-Hansson m.fl. 2005). Med tiden anpassade många av patienterna sin livsstil och fortsatte att leva ett givande liv utifrån förutsättningarna (Wann-Hansson m.fl. 2005; Wann-Hansson m.fl. 2008). En del hanterade tillvaron genom att låta saker och ting ta längre tid och försöka ta livet dag för dag (Wann-Hansson m.fl. 2005). De fortsatte med tidigare uppskattade aktiviteter, men gjorde det på ett nytt sätt och genom att ha tålamod med sig själva (a.a.). Att sänka sina krav på vad som var möjligt sänkte också känslan av besvikelse när det inte blev som de ville (Wann-Hansson m.fl. 2008). Det var viktigt att försöka bibehålla det sociala livet i så hög grad som möjligt. Ett telefonsamtal kunde vara lika uppskattat som att hälsa på nära och kära. Att lyssna på musik kunde nästan ge lika mycket njutning som dansen hade gett tidigare i livet. En positiv inställning med synsättet att det kunde vara värre, gjorde det lättare att uppskatta livet som det hade blivit. Genom denna acceptans infann sig en känsla av normalitet (a.a.). Men det var sammantaget slitsamt att försöka leva ett givande och självständigt liv med den kroniska benartärsjukdomen (Treat-Jacobson m.fl. 2002; Wann-Hansson m.fl. 2008).

### **Patientens upplevelse av sin sjukdom, vården och framtiden**

Många önskade mer information och stöttning från vården och flertalet kände oro inför framtiden med sjukdomen.

#### *Gångträning*

Brist på fysisk aktivitet för utvecklandet av BAS var en riskfaktor som många inte kände till (Gorely m.fl. 2015). De flesta patienterna med CI hade diskuterat gångträning med vårdpersonalen men uppfattade inte detta som ett förstahandsalternativ när det gällde behandlingen av BAS (Galea Holmes m.fl. 2017). Vissa trodde emellertid att gångträningen kunde sakta ner sjukdomsprogressionen och att man på så vis kunde undvika framtida kirurgiska ingrepp (a.a.).

Råden om gångträning för att reducera smärtan upplevdes som motsägelsefulla, eftersom det ju var att gå som orsakade smärta i första taget (Gorely m.fl. 2015). Uppmuntran från läkare och sjuksköterskor att gå sig igenom smärtan för att förbättra cirkulationen gjorde att patienterna ibland pressade sig så att de fick tårar i ögonen (Egberg m.fl. 2012). De flesta upplevde att det saknades specifika riktlinjer för gångträningen och de visste överlag inte om de hade gått tillräckligt, för lite eller för mycket (Galea Holmes m.fl. 2015). Det förekom även att patienter var oroliga för att gångträningen rentav kunde förvärra sjukdomen (Gorely m.fl. 2015).

En majoritet av patienterna önskade få träna med guidning av vårdpersonal, enskilt eller i grupp (Gorely m.fl. 2015). Vilken formell roll den ledande personen hade var mindre viktigt. Det viktigaste var att personen var empatisk, förstod patientens lidande och hade kunskap om BAS. Många tyckte att det var önskvärt att träna tillsammans med andra i samma situation. Gruppträning sågs som en tillgång då patienterna kunde motivera, stödja och ge varandra nya insikter. Patienterna önskade även någon form av direkt uppföljning av vården, antingen via telefon eller genom ett personligt möte. Detta skulle troligtvis öka motivationen att träna och också ge en upplevelse av förståelse och empati från vårdens sida (a.a.).

### *Patientens bild av sjukdomsprogressionen*

Känslan av att vara maktlös inför sin sjukdom orsakade mycket oro för framtiden. Många patienter uttryckte att de inte visste vad som väntade och hur sjukdomsutvecklingen skulle påverka livet framöver (Egberg m.fl. 2012; Hallin m.fl. 2002; Treat-Jacobson m.fl. 2002; Wann-Hansson m.fl. 2008). Tankar om framtiden präglades av rädslor och oroskänslor. Rädslorna handlade om att bli ännu mer begränsad i sin fysiska förmåga och att därmed bli ännu mer beroende av andra. Patienterna uttryckte även en rädsla för amputation (a.a.). För en del uppstod rädslor för döden, då patienterna antog att allvarliga komplikationer skulle kunna uppstå (Treat-Jacobson m.fl. 2002).

### *Patientens sjukdomsförståelse*

Överlag kände patienterna till riskerna med att röka och de komplikationer som rökningen kunde leda till (Gorely m.fl. 2015). De flesta var också införstådda med riskfaktorerna hereditet, ålder och övervikt, även om vissa rationaliserade sin egen livsstil och gav exempel på icke-rökande släktingar som ändå hade insjuknat i benartärsjukdom (a.a.). Från vårdens håll kunde viss kunskapsinhämtning erbjudas i form av egenvårdsråd. Ett flertal av patienterna berättade att de hade erhållit livsstilsrådgivning och erbjudits hjälp med rökavvänjning (Lokin m.fl. 2015).

I en av studierna framkom att många patienter hade en bristande kunskap om sjukdomens etiologi (Treat-Jacobson m.fl. 2002). Patienterna med en grundläggande förståelse om sin sjukdom hade ändå svårt att omvandla sin kunskap till meningsfulla livsstilsförändringar för att minimera risken för sjukdomsprogression eller för att förbättra befintliga symtom (a.a.). En majoritet (79%) av patienterna kände inte till att BAS var en systemisk sjukdom som berodde på ateroskleros (Lokin m.fl. 2015). I denna grupp var det endast en minoritet som förstod sambandet mellan BAS och andra kardiovaskulära sjukdomar (a.a.).

# DISKUSSION

Nedan presenteras metod- och resultatdiskussionen.

## Metoddiskussion

Metoddiskussionen beskriver studiedesignen, sökorden, databassökningarna och urvalsprocessen, kvalitetsgranskningen och innehållsanalysen.

### *Studiedesign*

Kvalitativa studier utformas i en framväxande process, där forskarna kontinuerligt fattar nya beslut baserat på nya lärdomar och strävar mot att förstå helheter utifrån den information som framkommer (Polit & Beck 2014). Denna framväxande process baseras på många beslut och är inte förutbestämd vid utformandet av forskningsfrågan. Validiteten, alltså pålitligheten av forskningen (Polit & Beck 2014), är avhängig de många beslut som har lett fram till resultatet.

I forskning där en företeelse ska beskrivas utifrån en upplevelse, finns det inte några självklara regler för hur validiteten ska prövas (Dahlberg 1997). En form av objektivitet och validitet kan upprättas genom att använda sig av "koherenskriteriet", där forskningsresultatet presenterar en inre logik och där det ska vara möjligt att följa forskarens resonemang (a.a.). Utifrån strävan mot validitet har artikelförfattarna noggrant redogjort för de olika stegen som har tagits under forskningsprocessen, för att därigenom bidra med transparens för läsaren.

### *Databaser*

De enskilt viktigaste elektroniska databaserna för sjuksköterskor är enligt Polit & Beck (2014) de databaser som har använts vid litteratursökningen: CINAHL och PubMed. I och med att frågeställningen är inom sjuksköterskans område borde de aktuella databaserna utgöra ett gediget underlag för datainsamlingen.

Men det har också funnits begränsningar i databaserna; vid några tillfällen har det inte gått att få tillgång till artiklar i sin helhet som uppkommer i sökresultatet. Orsakerna till att artikeln inte har funnits i databasen har tolkats som att den har publicerats för nyligen, eller sedan för länge tillbaka. Några artiklar har inte varit inkluderade i prenumerationstjänsten tillhandahållen av Malmö universitet. Att inte ha fått tillgång till hela artikelutbudet kan ha påverkat resultatet.

### *Sökord, databassökningar och urvalsprocessen*

Forskningsfrågan innefattar specifika begrepp, men med många möjliga synonymer. Det har därför varit viktigt att tydliggöra de synonymer som finns av begreppet benartärsjukdom och dess olika symtombilder. Begreppet "upplevelse" har inneburit ett flertal synonymer, eftersom det svenska begreppet inte har en direktöversättning på engelska. Patientupplevelsen översattes alltså till "experience", "feelings", "life" och "quality of life", vilka fick olika sökresultat. Begreppet "quality of life" visade sig vid sökningen resultera i huvudsakligen kvantitativa studier, på grund av att begreppet ofta undersöks genom olika kvantitativa mätinstrument. Emellertid hittades en artikel (Schorr 2015) utifrån detta begrepp i kombination med ett annat (peripheral vascular disease) vilket ledde till att begreppet fick utgöra sökord trots den kvantitativa prägel. Sökordet resulterade också i relevanta artiklar som har använts till bakgrunden. Det har funnits farhågor om att missa viktiga artiklar i och

med att det finns så många möjliga synonymer för de bärande begreppen. Men då sökningarna har utförts så pass extensivt att inga nya studier som passar uppsatta inklusionskriterier har tillkommit i referenslistorna på ett tiotal nyligen publicerade artiklar så upplever författarparet en förvissning om att fältet är grundligt utforskat. Polit & Beck (2014) kallar denna metod fotnotsjakt och beskriver det som en vanlig sökstrategi vid litteraturstudier.

Vid sökprocessen uppstod vissa svårigheter gällande utsällningen av utpräglat kvalitativ forskning. Några studier bestod av olika blandmetoder som inte heller ansågs passa den kvalitativa ansatsen i tillräckligt hög grad och vissa mätte kvalitativa värden så som välbefinnande eller upplevelser, fast med kvantitativa metoder. Inklusions- och exklusionskriterierna gjorde det lättare att allteftersom exkludera studier med en delvis kvantitativ ansats eller som helt eller delvis behandlade andra sjukdomstillstånd, patientgrupper eller infallsvinklar än de avsedda.

### *Kvalitetsgranskning*

De två granskningsmallarna utforskade olika aspekter, så de användes som komplement till varandra. Medan den ena (Granskningsmall bilaga 1) bestod av en checklista som systematiskt gick igenom de olika delarna av artikeln och kunde besvaras med ja/nej-svar, bidrog den andra mallen (Kriterier för bedömning av vetenskaplig kvalitet, bilaga 2) med en redogörelse av artiklarnas övergripande kvalitet. Kombinationen av granskningsmallarna med dels en ingående kvalitetsbedömning, dels en gradering av kvaliteten medförde en god grund för bedömningarna av de utvalda studierna.

### *Innehållsanalys*

För att uppnå så hög trovärdighet som möjligt enligt beskrivningen av Polit & Beck (2014) behöver kvalitativa forskare etablera tillförlitlighet gällande sanningshalten i resultatets data och tolkningarna av dessa. Svagheter i de utvalda artiklarna bör därför redogöras för så grundligt som möjligt. Genom kvalitetsgranskningsmallarna har dessa svagheter identifierats och kategoriserats. Den subjektivitet som uppkommer vid tolkningar (Polit & Beck 2014) hanterades genom att bägge artikelförfattare läste forskningsunderlaget och jämförde tolkningar med varandra.

Artiklarna har bidragit med olika infallsvinklar för att så ingående som möjligt belysa patienternas upplevelse av BAS. Men många av kategorierna återkom i flera olika artiklar som handlade om BAS-patienter. Frågor om smärta, rörelsebegränsningar och emotionella aspekter fanns beskrivet i merparten av artiklarna. Det fanns emellertid några undantag från materialet i övrigt:

Artiklarna av Galea Holmes m.fl. (2017) och Gorely m.fl. (2015) skildes från det resterande urvalet då de handlade om CI-patienters egna föreställningar av sjukdomen och framför allt om gångträningen. Eftersom det finns många andra studier som mer ingående behandlar just frågorna om gångträning så kan det möjligtvis finnas andra slutsatser inom forskningen gällande dessa ämnen.

Artikeln av Hallin m.fl. (2002) utgjordes till stor del av spindeldiagram som baserades på semistrukturerade intervjuer, så den har framför allt fungerat som underlag för att lyfta vilka frågor som är viktiga för patientgruppen snarare än att bidra med ingående information. Artikeln är en tvärsnittsstudie som består av både enkätsvar och intervjuer. Respondenterna i

studien hittades genom att de fanns inbokade till möten på en kirurgisk klinik eller att de fanns i sjukhusets databaser. De 76 respondenterna besvarade 36 frågor genom SF-36-formuläret och graden av livskvalitet bedömdes genom LiSat-11-checklistan. Utifrån semistrukturerade frågor fick patienterna därefter besvara åtta intervjufrågor med öppna svarsalternativ som resulterade i olika ämnesord. Dessa ämnesord sattes tillsammans med de ämnen som framkommit utifrån enkätsvaren upp i spindeldiagram. På detta vis framkom vilka ämnen som är viktiga att studera för patientgruppen med benartärsjukdom.

Som kontrast till alla spindeldiagram i föregående artikel så bestod artikeln av Lokin m.fl. (2015) istället av en stor andel citat, vilket försvårade processen att generalisera åsikter och uppfattningar hos patientgruppen. Den redogjorde dessutom framför allt för patienternas förståelse av sjukdomen snarare än för upplevelsen av den, så ett eget stycke ägnades åt just denna information.

## **Resultatdiskussion**

Litteraturstudiens resultat lyfter fram de många utmaningar personer med benartärsjukdom tåmpas med i vardagen. Smärta, rörelsebegränsningar och trötthet resulterar i social isolering och ett beroende av andra för att klara sig i vardagen (Egberg m.fl. 2012; Gorely m.fl. 2015; Hallin m.fl. 2002; Harwood m.fl. 2017; Schorr m.fl. 2015; Treat-Jacobson m.fl. 2002; Wann-Hansson m.fl. 2005; Wann-Hansson m.fl. 2008). Sjukdomens utmaningar ledde till emotionellt lidande och en negativ påverkan på både självbild och självkänsla (Egberg m.fl. 2012; Gorely m.fl. 2015; Harwood m.fl. 2017; Schorr m.fl. 2015; Treat-Jacobson m.fl. 2002; Wann-Hansson m.fl. 2005). Att lära sig acceptera och anpassa sig till sin sjukdom gjorde livet mer hanterbart (Egberg m.fl. 2012; Gorely m.fl. 2015; Treat-Jacobson m.fl. 2002; Wann-Hansson m.fl. 2005; Wann-Hansson m.fl. 2008). Patienterna önskade mer stöttning och guidning från vårdpersonalen och det fanns en generell kunskapsbrist om den egna benartärsjukdomen, dess orsaker och följder (Egberg m.fl. 2012; Gales Holmes m.fl. 2015; Gorely m.fl. 2015; Hallin m.fl. 2002; Treat-Jacobson m.fl. 2002).

### *Smärtan begränsar rörligheten och sänker livskvaliteten*

Smärtan beskrevs av flertalet patienter som det symtom som hade störst påverkan på det dagliga livet (Egberg m.fl. 2012; Gorely m.fl. 2015; Schorr m.fl. 2015; Treat-Jacobson m.fl. 2002; Wann-Hansson m.fl. 2005).

Det finns tydliga samband mellan livskvalitet och smärta (Magnusson & Mannheimer 2015). Långvarig smärta är det symtom som har starkast samband med låg livskvalitet, eftersom smärtan påverkar många av de faktorer som kan bidra till livskvalitet. Allt från vanliga vardagsaktiviteter som kräver rörelsefrihet för att kunna ta hand om sig själv och att utföra sitt arbete, till att hantera relationer och utföra aktiviteter som tidigare gett njutning i livet. Det finns tydliga samband mellan smärta, ångest och nedstämdhet. Det finns även samband mellan långvarig smärta och ökad dödlighet (a.a.). Att inte få sina önskningar (rörelsefrihet, välfungerande relationer och aktiviteter) uppfyllda men att däremot få sina aversioner (smärta, ångest och nedstämdhet) uppfyllda innebär enligt önskeuppfyllelsesteorin sänkt eller utebliven livskvalitet (Brülde 2003). I och med att aktiviteter som tidigare har gett njutning i livet inte längre är genomförbara så sänks livskvaliteten även enligt den hedonistiska teorin, som har livskvalitet som ett mått på den mängd behag eller obehag en person upplever vid en viss tidpunkt (a.a.)

Region Skånes riktlinjer har som behandlingsmål vid perifer arteriell insufficiens att smärtan ska minskas (AKO Skåne 2018). Hur denna smärtlindring ska gå tillväga specificeras dock inte i riktlinjerna. Med tanke på hur långvarig smärta påverkar livskvaliteten hos patienter med BAS bör en framgångsrik smärtbehandling vara prioriterad. Smärtlindring är emellertid en komplex fråga (Magnusson & Mannheimer 2015) som kräver samarbete, uppföljning och kommunikation. För att behandla långvarig smärta krävs en teamsamverkan mellan bland annat läkare, sjukgymnaster, psykologer och övrig sjukvårdspersonal (a.a.). Sjukvårdspersonalen agerar rådgivare men patienten måste själv ta ansvar för sin livssituation och smärtbehandling. Smärtrehabilitering fokuserar på att patienten ska kunna klara sina vardagliga livsaktiviteter. Patientens egna uppsatta mål väger tyngre än de eventuella smärtsymtom som kvarstår trots farmakologisk behandling. En grundpelare i smärtbehandling är att öka kunskapen om patientens smärtproblematik. På så vis kan den hotfulla upplevelsen som smärtan kan föra med sig omvandlas till konkreta kunskaper som gör att det blir lättare att hantera smärtan (a.a.).

Smärta är en personlig upplevelse. Det är endast den som har ont som besitter kunskap om smärtans karaktär, intensitet, hur och när den uppstår och vilken inverkan den har på livet. Med detta i åtanke är det personcentrerade arbetssättet i sjuksköterskans omvårdnadsarbete med BAS-patienterna essentiellt. Ett personcentrerat förhållningssätt innebär att ett partnerskap mellan den vårdsökande och vårdpersonalen etableras, för att skapa ett gott vårdarbete (Edvardsson 2010). Därigenom kan den vårdsökandes unika kunskap om sin sjukdomsupplevelse förmedlas och tillvaratas i behandlingen (a.a.).

#### *Att leva med BAS, ett emotionellt lidande med negativ inverkan på självbilden*

Att leva med den kroniska benartärsjukdomen påverkar självbild och självkänsla och medför emotionellt lidande (Egberg m.fl. 2012; Gorely m.fl.; 2015; Harwood m.fl. 2017; Schorr m.fl. 2015; Treat-Jacobson m.fl. 2002; Wann-Hansson m.fl. 2005).

Människor har olika personlighetsdrag som påverkar hur vi emotionellt upplever långvarig sjukdom (Fjerstad 2012). Dessa personlighetsdrag kan kategoriseras utifrån ett positivt respektive negativt synsätt, där det negativa är motsatsen till emotionell balans. Personer med ett negativt synsätt är extra känsliga och blir lättare spända, sårade, rädda och oroliga. Synsättet alstrar en negativ bild av jaget, sjukdomen och framtiden. Dessa personer är mer känsliga för fysiska symtom och smärta upplevs som något hotfullt vilket ökar upplevelsen av stress och medför starkare emotionella reaktioner på negativa händelser (a.a.). Att drabbas av en kronisk sjukdom och det lidande detta kan medföra kan tänkas påverka de olika personlighetstyperna på olika sätt.

Ett flertal faktorer kan skydda oss mot påfrestningar, motgångar och svårigheter i livet (Fjerstad 2012). Att tro på sig själv och sina egna inneboende resurser, att ha vuxit upp med- och leva i emotionellt sunda familjerelationer, ett givande socialt nätverk och goda vänskapsrelationer innebär större kapacitet att hantera stress och negativa händelser (a.a.). Eftersom BAS påverkar de sociala relationerna i hög grad så utsätts patienterna för stora prövningar. Patienterna kämpar med smärtor som orsakar fysiskt och emotionellt lidande såväl som rörelseinskränkningar som kan leda till social isolering och därmed till sänkt självkänsla och självförtroende. Med andra ord utmanas många av de skyddande faktorerna av benartärsjukdomen. Genom att personens egna upplevelser av sin vardag och situation tillvaratas i det personcentrerade förhållningssättet (SJF 2019) kan vårdpersonal genom samtal få kännedom om vad vilka faktorer som påverkar patienten och hur dessa ska hanteras

inom vården. Detta förutsätter att samtliga i vårdteamet har en öppenhet och vilja att lyssna in patientens individuella behov (a.a.).

### *Att lära sig leva med BAS genom acceptans och anpassning*

Benartärsjukdomen gjorde livet slitsamt, alltmedan patienterna strävade efter självständighet och en meningsfull vardag. (Treat-Jacobson m.fl. 2002; Wann-Hansson m.fl. 2008).

För att de kroniskt sjuka åter ska uppleva livet som acceptabelt behöver flera områden hanteras: Känslor av förlust och osäkerhet inför framtiden behöver bearbetas (Richt & Tegern 2005), med hjälp av vården och genom patientens egna initiativ. Patienterna behöver kunskap om sin sjukdom för att därigenom hitta ett sätt att hålla sjukdomsprogressionen under kontroll a.a.). De behöver organisera om sin vardag och skapa nya både kortsiktiga och långsiktiga mål i livet. Det är viktigt att hitta sätt att bibehålla det sociala sammanhanget och att ta emot hjälp och stöd från omgivningen. Det är också till gagn att ha kontakt med andra i samma situation och att ha en kontinuerlig kontakt med vården (a.a.). Vårdtagare, anhöriga och vårdpersonal måste ha ett välfungerande samarbete för att skapa en så trygg omvårdnadssituation som möjligt för patienten (Lindqvist 2016).

Sjuksköterskan spelar en viktig roll i att bemöta de påfrestningar och svårigheter som patienterna upplever, eftersom sjuksköterskans ansvarsområde handlar om att se helhetsbilden runt patienten (Leksell & Lepp 2013). Genom ett holistiskt arbetssätt som syftar till att uppmärksamma och bemöta de fysiska, sociala, känslomässiga, psykologiska och andliga aspekterna (Hewitt-Taylor 2018), kan patienten förhoppningsvis hitta ett meningsfullt liv och se sig som hel trots sin sjukdom. Det holistiska synsättet där varje persons individualitet ska stå i centrum är en grundpelare i den personcentrerade vården (Ekman 2014). En kronisk sjukdom kan inte botas, men sjuksköterskan kan genom sitt arbete göra det möjligt för patienten att leva det liv hen vill leva, trots sjukdomar, symtom och upplevelser av ohälsa (SJF 2019). Alla professioner i vården behöver ha en god kunskap och personen och hens värderingar, behov, synsätt, intressen, vanor och prioriteringar i strävan mot ett för patienten meningsfullt liv (a.a.).

### *Upplevelsen av stöd från vården*

BAS-patienterna upplevde ett bristande stöd från vården och ansåg att informationen från vårdens håll hade varit bristfällig (Hallin m.fl. 2002; Treat-Jacobson m.fl. 2002).

I resultatet framkom att många BAS-patienter inte visste vad som väntade och hur deras sjukdom skulle påverka livet, vilket ledde till oro och känslor av maktlöshet (Egberg m.fl. 2012; Hallin m. fl. 2002; Treat-Jacobson m.fl. 2002; Wann-Hansson m.fl. 2008). När en kronisk sjukdom som BAS drabbar en person med allt vad lidande och stora livsförändringar det innebär, är bemötande och stöd från vårdpersonalen av största betydelse. Språkbruket från vårdens sida blir då centralt för patientupplevelsen (Fossum 2019). Att patienterna förstår vad personalen vill förmedla är avgörande för att behandlingar och omvårdnad ska bli framgångsrika. Om sjuksköterskan är stressad under ett samtal har patienten troligtvis svårare att berätta om det som är viktigt eller att ställa de frågor som kräver tid, engagemang och förtroende (a.a.). Om vårdpersonalen inte tar sig tid eller är mentalt frånvarande i patientmötet kan inte heller kvaliteten på vården säkerställas. Framför allt kan lidandet öka om patienten upplever brist på empati och förståelse i kontakten med vården.

Många patienter upplevde humörsvängningar, förändringar i temperament och depressivitet (Treat-Jacobson m.fl. 2002; Wann-Hansson m.fl. 2005). Som vårdpersonal är det viktigt att ha kunskap om den svåra, krisartade situation som vårdtagaren och anhöriga befinner sig i när livet ändras (Lindqvist 2016). Genom att förstå den utsatta situationen vårdtagaren och bemöta vårdtagaren med lugn, trygghet och empati förbättras omvårdnaden. Följande punkter bör beaktas vid patientmötet: Att ta personen på allvar, att om möjligt sitta ner och samtala, att lyssna lugnt på det personen säger, att inte avbryta, att sammanfatta det som är uppfattat, att låta personen korrigera eventuella missuppfattningar och att avsluta med att fråga hur personen mår efter samtalet, för att om möjligt återkoppla om några dagar (a.a.).

En grundpelare i den personcentrerade vården är att skapa utrymme och förutsättningar för patienterna för att förstå- och ha möjlighet att inverka på de rekommenderade utredningarna och behandlingarna (Edvardsson 2010). Detta uppnås bland annat genom att ta in patientens perspektiv och göra hen till en jämbördig, kapabel och värdefull samarbetspartner som står i centrum framför sjukdom, symtom och ohälsa. Patientens egna berättelser och personliga mål ska beaktas vid planering, utförande och uppföljning av vård och omsorg. Att möjliggöra för patienten att leva det liv hen vill leva ska vara sjukvårdspersonalens fokus. Då behövs en förståelse för patientens värderingar, behov, unika synsätt, intressen och vardagliga vanor (a.a.). Det faktum att många patienter i resultatunderlaget upplevde råden om gångträning som motsägelsefulla, att de inte visste var gränserna gick för sin träning och att de saknade uppföljning från vården (Egberg m.fl. 2012 & Gorely m.fl. 2015) tyder på att vårdinsatserna inte har varit personcentrerade.

Många patienter oroade sig för att behöva amputera de drabbade benen och de komplikationer som kan uppstå i samband med detta (Egberg m.fl. 2012; Hallin m.fl. 2002; Treat-Jacobson m.fl. 2002; Wann-Hansson m.fl. 2008). De flesta patienter som genomgick amputation accepterade och uppskattade beslutet till slut, eftersom smärtan då äntligen kunde försvinna (Torbjörnsson mfl. 2017). Många önskade dock ett bättre stöd från vården både före och efter operationen. Patienterna upplevde att de hade blivit övergivna. Kirurgen som varit ansvarig för ingreppet var inte delaktig i uppföljningen och det fanns en önskan om någon att samtala med för att bearbeta den livsförändring som ingreppet inneburit (a.a.). En välfungerande teamsamverkan skulle gynna denna patientgrupp, för att få patienten delaktig men också för att bidra med information och uppföljning. I ett personcentrerat förhållningssätt är det viktigare att ta hänsyn till patientens behov snarare än till organisationens behov av fasta rutiner (Edvardsson 2010). Det behöver finnas en öppenhet, flexibilitet och ohierarkisk vårdstruktur för att personalen med sina olika kompetensområden ska värderas likvärdigt. Det multidisciplinära teamet (läkare, sjuksköterskor, fysioterapeuter, kuratorer och övrig vårdpersonal) behöver samarbeta målinriktat för att tillsammans att skapa en meningsfull vård för patienten (a.a.).

Kritik mot sjukvården från vårdberoende personer handlar ofta om att patienter och anhöriga inte har erbjudits den relation eller det bemötande de hade hoppats på och förväntat sig och att integriteten inte har tillvaratagits vid vårdkontakten (SJF 2019). Vid utförandet av personcentrerad vård är det därför viktigt att genomföra uppgifter som utgår från personens förväntningar om patientmötet. Vården ska utföras genom en respektfull, förtroendefull och hälsofrämjande relation mellan vårdteamet och personen i behov av vård och dennes anhöriga.

## **KONKLUSION**

En mångfacetterad bild av BAS-patienternas lidande och svårigheter framkommer som resultat av litteraturstudien. Det dagliga livet är för merparten patienter svårhanterligt, där allt från vardagsaktiviteter och möjlighet att utföra arbetsuppgifter såväl som fritidsintressen utsätts för prövningar, liksom relationerna med nära och kära. Smärtan är en ständig, oförsonlig följeslagare för många och en ansenlig del av de som insjuknar i benartärsjukdom får ytterligare följder av den kroniska, progredierande grundsjukdomen ateroskleros. Livskvaliteten sjunker till följd av sjukdomens komplikationer och mycket ansvar ligger på den enskilda patienten att ta ansvar för egenvård och att etablera ett nytt liv trots sjukdomsrelaterade begränsningar. Samtidigt har vårdpersonalen goda möjligheter att genom information, stöttning, ett empatiskt förhållningssätt och förståelse för patientens situation bidra med förbättringar på en rad områden. Ett stort ansvar ligger på sjuksköterskan i att hjälpa patienten att återupprätta en upplevelse av livskvalitet och detta görs bäst genom ett personcentrerat förhållningssätt.

## **FORTSATT FÖRBÄTTRINGSARBETE OCH KUNSKAPSSUTVECKLING**

Genom studien har en fördjupad förståelse tillhandahållits om patientens upplevelse av benartärsjukdom – från sjukdomsförståelse, följder och anpassning av livet till farhågor och amputationshot. Kunskapen om patienten med benartärsjukdom är värdefull för omvårdnadsarbetet för att förstå hur omvårdnadspersonalen bäst kan adressera dessa i enlighet med personcentrerad vård.

Det finns fortfarande stora kunskapsluckor gällande behandlingen av benartärsjukdom och patientupplevelsen av denna. Uppdaterad kunskap som tar hänsyn till det senaste vetenskapliga underlaget i området, hur vården bedrivs idag enligt rådande praktiker och hur dessa påverkar patientupplevelsen skulle ge en angelägen insikt i denna alltjämt växande patientgrupp. Mer ingående beskrivningar av patientens upplevelse av vården skulle vara av värde för omvårdnadsforskningen. Även fler studier som är avgränsade till de olika symtombilderna skulle gagna helhetsförståelsen, då benartärsjukdom består av många olika manifestationer, symtom och patientupplevelser.

## REFERENSER

Aboyans V, Ricco J-B, Bartelink M-L, Björck M, Brodmann M, Cohnert T, Collet J-P, Czerny M, De Carlo M, Debus S, Espinola-Klein C, Kahan T, Kownator S, Mazzolai L, Naylor R, Roffi M, Röther J, Sprynger M, Tendera M, Tepe G, Venermo M, Vlachopoulos C, Desormais I (2018) Editor's choice - 2017 ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of peripheral arterial diseases, in collaboration with the European society for vascular surgery (ESVS). *European journal of vascular and endovascular surgery: the official journal of the European Society for Vascular Surgery*, 305-368.

AKO Skåne (2018) *Vårdgivaren Skåne Perifer arteriell sjukdom* ><https://vardgivare.skane.se/vardriktlinjer/medicinska-omraden/hjarta-och-kar/ako/perifer-arteriell-sjukdom/?highlight=perifer+k%C3%A4rlsjukdom> (2019-05-16)

Aozhou W, Coresh J, Selvin E, Tanaka H, Heiss G, Hirsch A, Jaar B, Matsushita K (2017) Lower extremity peripheral artery disease and quality of life among older individuals in the community. *Journal of the American heart association* DOI: 10.1161/JAHA.116.004519

Bergqvist D, (2013) *Artärsjukdomar*. Lund, Studentlitteratur.

Brostow D, Petrik M, Starosta A, Waldo S (2017) Depression in patients with peripheral arterial disease: A systematic review. *European journal of cardiovascular nursing*, Vol. 16(3) 181–193.

Brülde B, (2003) *Teorier om livskvalitet*. Lund, Studentlitteratur.

Christensen C, Lewis P, (2014) *Core curriculum for vascular nursing*. Philadelphia, Wolters Kluwer Health.

Columbo J, Stone D, Goodney P, Nolan B, Stableford J, Brooke B, Powell R, Finn C, (2016), The prevalence and regional variation of major depressive disorder among patients with peripheral arterial disease in the Medicare population. *Vascular and Endovascular Surgery* Vol. 50(4) 235–240.

Dahlberg K (1997) *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund, Studentlitteratur.

Diaconu C, Horodinschi R-N, Belciu D (2018) Clinical presentation of lower extremity arterial disease (LEAD). *E-Journal of Cardiology Practice* Vol. 16, No 3 7 mar 2018.

Edvardsson D (2010). *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. Lund, Studentlitteratur.

\* Egberg L, Andreassen S, Mattiasson A-C (2012) Experiences of living with intermittent Claudication. *Journal of vascular nursing*, Vol. 1, 5–10.

Egberg L, Andreassen S, Mattiasson A-C (2012) Living a demanding life – spouses'

experiences of living with a person suffering from intermittent claudication. *Journal of advanced nursing*, 69(3), 610-618.

Ekman I (2014). *Personcentrering inom hälso- och sjukvård, från filosofi till praktik*. Stockholm, Liber.

Eriksson M, Svedlund M (2005) 'The intruder': spouses' narratives about life with a chronically ill partner. *Journal of clinical nursing*, 324-333.

Fjerstad, E (2012) *Både frisk och sjuk - att möta personer med långvarig sjukdom*. Lund, Studentlitteratur.

Fossum B, (2019) *Kommunikation. Samtal och bemötande i vården*. Lund, Studentlitteratur.

\* Galea Holmes M, Weinman J, Bearne L, (2017) 'You can't walk with cramp!' A qualitative exploration of individuals' beliefs and experiences of walking as treatment for intermittent claudication. *Journal of Health Psychology*, Vol. 22(2), 255-265.

\* Gorely T, Crank H, Humphreys L, Nawaz S, Tew G A, (2015) "Standing still in the street": Experiences, knowledge and beliefs of patients with intermittent claudication—A qualitative study. *Journal of vascular nursing*, Vol. 33, 4-9.

\* Hallin A, Bergqvist D, Fugl-Meyer K, Holmberg L, (2002) Areas of Concern, Quality of Life and Life Satisfaction in Patients with Peripheral Vascular Disease. *Eur J Vasc Endovasc Surg*, Vol. 24, 255-263.

Hardman R, Jazaeri O, Yi J, Smith M, Gupta R (2014) Overview of Classification Systems in Peripheral Artery Disease. *Seminars in Interventional Radiology*, Vol. 31, 378-388.

\* Harwood A-E, Broadbent E, Totty J P, Smith G E, Chetter I C, (2017) "Intermittent claudication a real pain in the calf"—Patient experience of diagnosis and treatment with a supervised exercise program. *Journal of vascular nursing*, Vol. 35, 131-135.

Henricson M, (2017) *Vetenskaplig teori och metod*. Lund, Studentlitteratur.

Hewitt-Taylor J (2018) *Personcentrerad vård i praktiken*. Lund, Studentlitteratur.

Ingebretsen H & Storheim E (2011) *Omvårdnad vid hudsjukdomar och hudskador*. I: Hallbjörg Almås D, Stubberud D-G, Grønseth R, (Red.) *Klinisk omvårdnad 2*. Stockholm, Liber.

Jakobsson U (2007) *Långvarig smärta*. Lund, Studentlitteratur.

Johansson L (2007) *Anhörig - omsorg och stöd*. Lund, Studentlitteratur.

Kvitting, A (2010) *Perifera kärlsjukdomar*. I: Hedin K & Löndahl M (Red.) *Allmänläkarpraktiken. Hjärt-kärlsjukdomar* (Upplaga 1:1). Lund, Studentlitteratur.

Landfald G & Ytrehus S (2011) *Omvårdnad vid cirkulationssvikt*. I: Almås H, Stubberud D, Grønseth R (Red.) *Klinisk omvårdnad 1*. (Andra utgåvan). Stockholm, Liber.

Lindqvist L (2016) *Äldres hälsa och livskvalitet*. Malmö, Gleerups.

\* Lokin J, Hengeveld P, Conijn A, Nieuwkerk P, Koelemay M, (2015) Disease understanding in patients with intermittent claudication: A qualitative study. *Journal of vascular nursing*, Vol. 33, 112–118.

Leksell J & Lepp M (2013) *Sjuksköterskans kärnkompetenser*. Stockholm, Liber.

Magnusson S & Mannheimer C (2015) *Långvarig smärta. Behandling och rehabilitering*. Lund, Studentlitteratur.

McCormack B, McCance T (2006) Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of advanced nursing* 56(5) 472-479.

Polit D & Beck C (2014) *Essentials of nursing research. Appraising evidence for nursing practice*. Philadelphia, Wolters Kluwer.

Richt B & Tegern G (2005) *Sjukdomsvärldar. Om människors erfarenhet av kroppsliga ohälsa*. Lund, Studentlitteratur.

SBU Statens beredning för medicinsk utvärdering (2007) *Benartärsjukdom - diagnostik och behandling. En systematisk litteraturöversikt*. Stockholm, Statens beredning för medicinsk utvärdering.

\* Schorr E, Peden-McAlpine C, Treat-Jacobson D, Lindquist R, (2015) Characterization of the peripheral artery disease symptom experience. *Geriatric Nursing*, Vol. 36, 293-300.

Smolderen K, Hoeks S, Pedersen S, van Domburg R, de Liefde I, Poldermans D (2009) Lower leg symptoms in peripheral arterial disease are associated with anxiety, depression, and anhedonia. *Vascular Medicine*, 14: 297–304.

Svensk sjuksköterskeförening (2019) *Personcentrerad vård - en kärnkompetens för god och säker vård*. Solna.

Swedvasc (2018) *Årsrapport för 2017. Tema: Benartärsjukdom*. Red: Blomgren, L. Nationella kvalitetsregistret för kärlkirurgi.

Thomas, A., Kalaria, R., O'Brien, J., (2004), Depression and vascular disease: what is the relationship? *Journal of affective disorders* (2004) 81-95.

\* Treat-Jacobson D, Halverson S, Ratchford A, Regensteiner J, Lindquist R, Hirsch A, (2002) A Patient-derived Perspective of Health-related Quality of Life with Peripheral Arterial Disease. *Journal of Nursing Scholarship*, Vol. 34, 55-60.

Torbjörnsson E, Ottosson C, Blomgren L, Boström L, Fagerdahl A-M, (2017) The patient's experience of amputation due to peripheral arterial disease. *Journal of vascular nursing*, Vol. 35, 57-63.

\* Wann-Hansson C, Hallberg I R, Klevsgård R, Andersson E, (2005) Patients' experiences of living with peripheral arterial disease awaiting intervention: a qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 42, 851-862.

Wann-Hansson C, Hallberg I R, Risberg B, Lundell A, Klevsgård R (2005) Health-related quality of life after revascularization for peripheral occlusive disease: long-term follow-up. *Journal of advanced nursing* 51(3), 227-235.

\* Wann-Hansson C, Hallberg I R, Klevsgård R, Andersson E, (2008) The long-term experience of living with peripheral arterial disease and the recovery following revascularisation: A qualitative study. *International Journal of Nursing Studies*, Vol. 45, 552–561.

Östergren J & Wahlberg E (2009) *Claudicatio intermittens och kritisk ischemi*. Lindgärde F, Thulin T & Östergren J (Red). *Kärlsjukdom. Vaskulär medicin (Tredje upplagan)*. Lund, Studentlitteratur.

\* Referenser från resultatet.

## **BILAGOR**

Bilaga 1: SBU Artikel granskningsmall

Bilaga 2: SBU Kriterier för bedömning av vetenskaplig kvalitet

Bilaga 3: Sökresultat i databaser

Bilaga 4: Artikelmatris

Bilaga 5: Fontaine-stadier och Rutherford-kategorier

# BILAGA 1 – SBU Artikel granskningsmall

Författare: \_\_\_\_\_ År: \_\_\_\_\_ Artikelnummer: \_\_\_\_\_

Total bedömning av studie kvalitet utgår ifrån: Hög, Medelhög, Låg.

Anvisningar: Alternativet ”oklart” används när uppgiften inte går att få fram från texten.

Alternativet ”ej tillämpligt” väljs när frågan inte är relevant.

1. Syfte	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpligt
Utgår studien från en väldefinierad problemformulering/frågeställning?				
Kommentarer (syfte, problemformulering, frågeställning etc):				
2. Urval	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpligt
Är urvalet relevant?				
Är urvalsförfarandet tydligt beskrivet?				
Är kontexten tydligt beskriven?				
Finns relevant etiskt resonemang?				
Är relationen forskare/urval tydligt beskriven?				
Kommentarer (urval, patientkaraktistika, kontext etc):				
3. Datasamling	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpligt
Är datasamlingen tydligt beskriven?				
Är datasamlingen relevant?				
Råder datamättnad?				
Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i relation till datasamlingen?				
Kommentarer (datasamling, datamättnad etc):				
4. Analys	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpligt
Är analysen tydligt beskriven?				
Är analysförfarandet relevant i relation till datasamlingsmetoden?				
Råder analysmättnad?				
Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i relation till analysen?				
Kommentarer (analys, analysmättnad etc):				
5. Resultat	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpligt
Är resultatet logiskt?				
Är resultatet begripligt?				
Är resultatet tydligt beskrivet?				
Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?				
Genereras hypotes/teori/modell?				
Är resultatet överförbart till ett liknande sammanhang (kontext)?				
Är resultatet överförbart till ett annat sammanhang (kontext)?				
Kommentarer (resultatens tydlighet, tillräcklighet etc):				

## BILAGA 2 – SBU Kriterier för bedömning av vetenskaplig kvalitet

Hög kvalitet	Medelhög kvalitet	Låg kvalitet
Klart beskrivet sammanhang (kontext)	Sammanhanget ej beskrivet tydligt (kontext)	Oklart beskrivet sammanhang (kontext)
Väldefinierad frågeställning	Frågeställning ej beskriven tydligt	Vagt definierad frågeställning
Välbeskriven urvalsprocess, datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod	Några otydligheter i beskrivningen av urvalsprocess, datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod	Otydligt beskriven urvalsprocess, datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod
Dokumenterad metodisk medvetenhet	Några otydligheter i den dokumenterade metodiska medvetenheten	Dåligt dokumenterad metodisk medvetenhet
Systematisk, stringent presentation av data	Otydligheter i presentationen av data	Osystematisk och mindre stringent dataredovisning
Tolkningars förankring i data påvisad	Några otydligheter om tolkningars förankring i data	Otydlig förankring av tolkningarna i data
Diskussion om tolkningarnas trovärdighet och tillförlitlighet	Några otydligheter om tolkningarnas trovärdighet och tillförlitlighet	Diskussion om tolkningarnas trovärdighet och tillförlitlighet är bristfällig eller saknas

## BILAGA 3 – Sökresultat i databaser

CINAHL 19-04-03 och 19-06-05	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa artiklar	Granskade artiklar	Använda artiklar
	Peripheral vascular disease	6848					
S1	(MH "Peripheral Vascular Diseases+")	14 639					
	Patients	1 712 944					
S2	(MH "Patients+")	236 644					
	Intermittent claudication	1566					
S3	(MH "Intermittent Claudication")	1 276					
	Qualitative studies	99 400					
S4	(MH "Qualitative Studies+")	126 250					
S5	S1 AND S2	1 209					
	Experience	290 652					
S6	(S1 AND S2) AND experience	55	55	15	3	1	
S7	S2 AND S3	41	41	5			
S8	(S2 AND S3) AND experience	4 542					
S9	S4 AND S5	42	42	5			
S10	S4 AND S7	1	1	1			
	Feelings	30 779					
S11	S1 AND feelings	29	29	7	3	3	3
	Life	403 209					

S12	S3 AND life	210	210	22	6	5	5
	Patient satisfaction	57 599					
S13	S3 AND patient satisfaction	20	20				
	Quality of life	153 881					
S14	(MH "Quality of Life+")	100 345					
S15	S14 AND S3	12	12				
S16	S1 AND S14	364	364	11	3	1	1
	Interviews	261 946					
S17	S3 AND interviews	28					

PubMed 19-04-03 och 19-06-05	Sökord	Träffar	Lästa titlar	Lästa abstrakt	Lästa artiklar	Granskade artiklar	Använda artiklar
	Peripheral vascular diseases	64353					
1	"Peripheral Vascular Diseases"[Mesh]	51 296					
	Patients	5 409 913					
2	"Patients"[Mesh]	60 004					
	Intermittent Claudication	9 626					
3	"Intermittent Claudication"[Mesh]	7 720					
	Qualitative Research	153 173					
4	"Qualitative Research"[Mesh]	45 608					
	Quality of life	362 810					
5	"Quality of Life"[Mesh]	175 078					
6	("Peripheral Vascular Diseases"[Mesh]) AND "Patients"[Mesh]	119	119	2			
	Experience	612 838					
7	((("Peripheral Vascular Diseases"[Mesh]) AND "Patients"[Mesh])) AND experience	3	3				
8	("Patients"[Mesh]) AND "Intermittent Claudication"[Mesh]	14	14				
9	((("Patients"[Mesh]) AND "Intermittent Claudication"[Mesh]) AND experience	0					

10	("Qualitative Research"[Mesh]) AND "Patients"[Mesh] AND "Peripheral Vascular Diseases"[Mesh]	1					
11	("Qualitative Research"[Mesh]) AND "Intermittent Claudication"[Mesh] AND "Patients"[Mesh]	1					
	Life	1 473 960					
12	("Intermittent Claudication"[Mesh]) AND life	780					
	Patient satisfaction	123 432					
13	("Intermittent Claudication"[Mesh]) AND patient satisfaction	47	4	1			
14	("Quality of Life"[Mesh]) AND "Intermittent Claudication"[Mesh]	342	10				
15	("Peripheral Vascular Diseases"[Mesh]) AND "Quality of Life"[Mesh]	445	14	3			
	Interviews	213 996					
16	("Intermittent Claudication"[Mesh]) AND interviews	32	32	2	1	1	1
	Feelings	261 181					
17	("Peripheral Vascular Diseases"[Mesh]) AND feelings	80	80				

## BILAGA 4 – Artikelmatris

Author Year Title Country	Aim	Design	Method	Participants	Result	Quality
Egberg L., Andreassen S. & Mattiasson A-C.  2012  Experiences of living with intermittent claudication.  Sweden	To describe experiences of living with intermittent claudication caused by PAD.	An interview study using a qualitative descriptive design.	Patients suffering from intermittent claudication were interviewed during 2009/2010. An interview guide ensured that certain topics were encovered. Qualitative, thematic data analysis.	15	The findings showed that intermittent claudication had a major impact on daily life. Apart from the severity of symptoms, how the illness is experienced differs among patients, depending on how active the ill person was or wanted to be.	High quality

Author Year Title Country	Aim	Design	Method	Participants	Result	Quality
Gorely T., Crank H., Humphreys L., Nawaz S., & Tew G. A.  2015  “Standing still in the street”: Experiences, knowledge and beliefs of patients with intermittent claudication.  UK	To explore the experiences of individuals living with intermittent claudication owing to peripheral artery disease (PAD). Their knowledge about the condition and their thoughts about being asked to walk more and an intervention to promote walking.	A qualitative approach with a focus group methology.	Five focus group sessions with patients diagnosed with IC with no prior lower extremity revascularization. A brief questionnaire was completed before the focus group discussion. Conducted 2013.	24	Participants expressed uncertainty about PAD and IC, how risk factors work, and whether lifestyle change, particularly walking, would help. They also expressed dissatisfaction with and lack of empathy from the medical professionals they encountered, with feelings of being dismissed and left on their own.	High quality

Author Year Title Country	Aim	Design	Method	Participants	Result	Quality
Hallin A., Bergqvist D., Fugl-Meyer K. & Holmberg L.  2002  Areas of concern, quality of life and life satisfaction in patients with peripheral vascular disease.  Sweden	To explore the ways in which peripheral vascular disease subjectively affect patients and to relate these findings to validated measurements of quality of life (QOL) and life satisfaction.	A cross-sectional study.	Semi-structured interviews with eight questions with open answering alternatives were used to explore the effect of the disease on the patient's life situation. QOL was assessed by SF-36 and life satisfaction by LiSat-11.	76	The SF36, LiSat-11 and the interview revealed two principal patterns: one for patients with CAS and AAA, and one for patients with IC and CLI. The interview revealed important areas affecting the vascular patient. Some of these areas: higher intellectual function, concern, sexual function, family concern and factors related to the operated areas were not covered by either the SF36 or the LiSat-11.	High quality

Author Year Title Country	Aim	Design	Method	Participants	Result	Quality
Harwood A-E., Broadbent E, J Totty J.P., Smith G. E. & Chetter I. C.  2017  “Intermittent claudication a real pain in the calf” — Patient experience of diagnosis and treatment with a supervised exercise program.  UK	To examine the patient perceptions of SEP, Supervised exercise. SEP is the recommended first-line treatment for patients with intermittent claudication. The study examines the barriers and facilitators to exercise in patients completing, dropping out of, or declining the exercise program.	A qualitative study.	Semistructured interviews, face to face with three subsets of patients with IC; those who participated and completed a SEP, those who declined treatment and those who initially agreed to participate but subsequently withdrew from the SEP.	25	Addressing the barriers and facilitators to exercise in patients with intermittent claudication is crucial in optimizing the delivery and uptake of exercise programs. More education or time investment is needed with these patients during initial diagnostic to help overcome perceived barriers and emphasis healthy behavioural changes.	Average quality

Author Year Title Country	Aim	Design	Method	Partici pants	Result	Quality
Holmes M., Weinman J. & Bearne L.  2015  'You can't walk with cramp!' A qualitative exploration of individuals' beliefs and experiences of walking as treatment for intermittent claudication.  UK	To explore people's experiences of and beliefs about their illness and walking with intermittent claudication.	A qualitative study.	Using the Framework method, semi- structured in-depth individual face-to-face interviews were conducted with patients with intermittent claudication. Characteristics and walking behaviour were assessed by self- report. Participants completed the PASE questionnaire before interviews.	19	Walking was overlooked as a self- management opportunity, regardless of perceptions of intermittent claudication as severe or benign. Participants desired tailored advice, including purposeful and vigorous exercise, and the potential outcome of walking. Uncertainties about their illness and treatment may explain low walking participation among people with intermittent claudication.	High quality

Author Year Title Country	Aim	Design	Method	Participants	Result	Quality
Lokin J., Hengeveld P., Conijn A., Nieuwkerk P., & Koelema M.  2015  Disease understanding in patients with intermittent claudication: A qualitative study.  Netherlands	To investigate the understanding of patients with intermittent claudication regarding the etiology and atherosclerotic nature of their disease.	A qualitative, prospective study.	Patients were recruited from participants of the SUPER study, a randomized trial comparing angioplasty and supervised exercise therapy. Patients were submitted to explorative, semistructured, in-depth interviews that were transcribed coded and categorized.	19	The patients' interpretation of the etiology and nature of IC was mostly incorrect. The majority of respondents (79%) recognized smoking as a major risk factor of IC. Nearly one-half (47%) underestimated the effects of unhealthy dietary and exercise patterns. A substantial number of respondents (42%) overestimated the contribution of genetics to the etiology. Most respondents (79%) were unaware of the fact that IC implies systemic atherosclerosis.	High quality

Author Year Title Country	Aim	Design	Method	Partici pants	Result	Quality
Schorr E., Peden-McAlpine C., Treat-Jacobson D. & Lindquist R.  2015  Characterization of the peripheral artery disease symptom experience. USA	To describe the symptoms experienced by older and younger individuals with PAD. Attitudes, beliefs and perceptions were examined. Primary research question: “How do individuals with PAD describe the PAD experience?”	A qualitative study.	Semistructured interviews were conducted with a purposive sample of adults aged 49 to 83 years; transcripts were analyzed using content analysis.	38	Six themes emerged: symptom descriptors (claudication and atypical), maintaining equilibrium, temporal fluctuations, the role of exercise, perceived impact on quality of life, and disease presence and treatment. Results suggest heavy reliance on claudication can result in mis- or underdiagnosis of PAD. This study contributes to the gap in knowledge regarding the presentation of atypical claudication.	High quality

Author Year Title Country	Aim	Design	Method	Participants	Result	Quality
Treat-Jacobson D., Halverson S., Ratchford A., Regensteine J., Lindquist R. & Hirsch A.  2002  A patient-derived perspective of health-related quality of life with peripheral arterial disease.  USA	To evaluate the effects of PAD on health-related quality of life (HRQoL) from the patient’s perspective to establish a foundation for systematic PAD-specific HRQoL assessment in this population.	Grounded theory methodology.	Open-ended interviews with patients with PAD aged 44 to 83 years. Analysed to identify themes and conceptual domains pertinent to the experience of PAD in this population.	38	Seven major themes were identified: (a) delay in diagnosis and frustration with management of disease; (b) pain; (c) limitation in physical functioning; (d) limitation in social and role functioning; (e) compromise of self; (f) uncertainty and fear; and (g) adaptation to the effects of the disease and demonstration of resiliency.	High quality

Author Year Title Country	Aim	Design	Method	Participants	Result	Quality
Wann-Hansson C., Rahm Hallberg I., Klevsgård R. & Andersson E.  2006  The long-term experience of living with peripheral arterial disease and the recovery following revascularisation.  Sweden	The study purpose was to describe the full spectrum of symptoms experienced by older and younger individuals with PAD.	A qualitative study.	Patients were interviewed 6 months and 2,5 years after revascularisation. Analysed using manifest and latent content analysis.	14	The long-term experience of living with PAD meant gradually becoming aware of having a chronic disease. This was interpreted through the following themes, representing the transition from being in an acute phase of PAD to the recovery after revascularisation and entering a chronic phase of PAD.	High quality

Author Year Title Country	Aim	Design	Method	Participants	Result	Quality
Wann-Hansson C., Rahm Hallberg I. R., Klevsgård R. & Andersson E.  2004  Patients' experiences of living with peripheral arterial disease awaiting intervention: a qualitative study.  Sweden	The aim of this study was to investigate patients' experiences of living with peripheral arterial disease (PAD) and the influence on activities of daily living.	A qualitative study.	Patients with various degrees of PAD were interviewed. The transcribed texts were analysed using manifest and latent content analysis	24	Living with PAD meant carrying a hard-to-bear physical, social and emotional burden and struggling for relief. The following themes representing consequences and strategies for gaining control in daily life: (I) "being limited by the burden" (II) "striving to relieve the burden" (III) "accepting and adapting to the feeling of burden".	High quality

## BILAGA 5: Klassifikation av BAS enligt Fontaine-stadier och Rutherford-kategorier

Fontaine			Rutherford	
Stadium	Klinik	Grad	Kategori	Klinik
1	Asymtomatisk	0	0	Asymtomatisk
1a	Mild claudicatio	1	1	Mild claudicatio
IIb	Måttlig – svår claudicatio	I	2	Måttlig claudicatio Svår claudicatio
		I	3	
III	Ischemisk vilosmärta	II	4	Ischemisk vilosmärta Begränsad vävnadsförlust
		III	5	
IV	Sår och gangrän	III	6	Omfattande vävnadsförlust

*Tabell 1.8.2 Klassificering av benartärsjukdom: Fontaines stadier och Rutherfords kategorier. Benartärrapporten, SBU (2007).*