

**LIVSKVALITÉ HOS PERSONER MED CLAUDICATIO  
INTERMITTENS  
En litteraturöversikt**

**QUALITY OF LIFE IN PEOPLE WITH INTERMITTENT  
CLAUDICATION  
A literature review**

Kompletterande kandidatprogrammet i omvårdnadsvetenskap,  
60 högskolepoäng  
Självständigt arbete, 15 högskolepoäng  
Grundnivå  
Examensdatum: 2016-05-10  
Kurs: Ht15

Författare:  
Maria Anderfjärd  
Rebecka Grimelius

Handledare:  
Helena Lööf

Examinator:  
Åsa Craftman

## **SAMMANFATTNING**

**Bakgrund:** Claudicatio intermittens är en sjukdom som drabbar cirka tio procent av den äldre befolkningen i Sverige. Sjukdomens bakomliggande orsak är sjukliga förändringar och syrebrist i kärlen. Claudicatio intermittens tillhör perifera artärsjukdomar och sjukdomen medför stora risker för såväl långvarigt lidande, amputation och för tidig död. Det är ett sjukdomstillstånd som ger symtom i form av krampartad smärta och trötthet i vaden vid ansträngning. Typiskt är att smärtan avtar efter en stunds vila. Livsstilsförändring behövs för att bromsa sjukdomen. Behandlingsmetoden är i första hand konservativ och medicinsk och slutligen kirurgisk.

**Syftet:** Syftet var att belysa hur personer med claudicatio intermittens upplevde sin livskvalité. **Metod:** En litteraturöversikt valdes som metod. De vetenskapliga artiklarna valdes utifrån författarnas syfte och frågeställningar. Sexton vetenskapliga artiklar publicerade mellan år 2005 och 2015 inkluderades. Sökning efter artiklar gjordes i databaserna PubMed, Cinahl och PsycINFO. En bedömning av studiernas vetenskapliga kvalitet och typning genomfördes. Slutligen gjordes en sammanställning över de inkluderade studierna som återfinns i en matrisöversikt.

**Resultat:** Att leva med claudicatio intermittens innebar känslomässig påverkan, ofta sämre livskvalité och begränsningar i vardagslivet på grund av värk och smärta i benen vid promenader. Smärtorna vid ansträngning gjorde så att personer drabbad av claudicatio intermittens inte längre kunde vara spontana utan måste planera sin vardag och sina aktiviteter noga för att livet skulle fungera. En kunskapsbrist om sjukdomen och brist på förståelse av sjukdomsprocessen fanns hos personer drabbade av claudicatio intermittens.

**Slutsats:** Föreliggande uppsats belyser att personer med claudicatio intermittens är en patientgrupp som är påverkade i sitt vardagsliv på många sätt. Dålig förståelse och kunskap om orsakerna till sjukdomen och vad personerna själva kan göra för att bromsa sjukdomen framkom. Stöd från vårdpersonalen saknas gällande livsstilsförändringar hos personer med claudicatio intermittens.

**Nyckelord:** claudicatio intermittens, KASAM, livskvalité, livsstilsförändring.

## INNEHÅLLSFÖRTECKNING

|  |    |
|--|----|
| <b>INLEDNING</b> .....                                     | 1  |
| <b>BAKGRUND</b> .....                                      | 1  |
| <b>Claudicatio intermittens</b> .....                      | 1  |
| <b>Att ställa diagnosen claudicatio intermittens</b> ..... | 1  |
| <b>Behandling av claudicatio intermittens</b> .....        | 3  |
| <b>Omvårdnad vid claudicatio intermittens</b> .....        | 4  |
| <b>Livskvalité</b> .....                                   | 5  |
| <b>Känsla av sammanhang</b> .....                          | 7  |
| <b>Problemformulering</b> .....                            | 7  |
| <b>SYFTE</b> .....   | 8  |
| <b>METOD</b> .....   | 8  |
| <b>Urval</b> .....   | 8  |
| <b>Datainsamling</b> .....                                 | 8  |
| <b>Tabell 1. Söktabell.</b> .....                          | 9  |
| <b>Dataanalys</b> .....                                    | 10 |
| <b>Forskningsetiska övervägande</b> .....                  | 10 |
| <b>RESULTAT</b> .....                                      | 10 |
| <b>Begriplighet</b> .....                                  | 10 |
| <b>Hanterbarhet</b> .....                                  | 12 |
| <b>Meningsfullhet</b> .....                                | 13 |
| <b>DISKUSSION</b> .....                                    | 16 |
| <b>Metoddiskussion</b> .....                               | 16 |
| <b>Resultatdiskussion</b> .....                            | 17 |
| <b>Slutsats</b> .....                                      | 20 |
| <b>REFERENSER</b> .....                                    | 21 |

Bilaga 1- Bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering  
Bilaga 2- Matris

## **INLEDNING**

Att leva med claudicatio intermittens (claudicatio) eller fönstertittarsjukan som sjukdomen kallas i folkmun (Koraen & Wahlberg, 2010) kan innebära fysiska, personliga, sociala och i vissa fall ekonomiska hinder för livskvalitén hos en person. Aktiviteter och andra dagliga göromål som friska personer tar för givet kan för en person med claudicatio bli smärtsamt, begränsat och till och med omöjligt (Fletcher, 2006).

Personer med claudicatio behandlas inte alltid med kirurgi och i fall där kirurgisk åtgärd är aktuell är det ofta korta vårdtider. Detta gör att sjuksköterskan kommer i kontakt med denna patientgrupp i liten utsträckning. En litteraturöversikt kommer förhoppningsvis ge en större insikt i hur denna patientgrupps livskvalité är.

## **BAKGRUND**

### **Claudicatio intermittens**

Kärlsjukdom i benen är vanligt, framförallt hos äldre människor. Det är cirka tio procent av befolkningen mellan 60-70 år som är drabbade. Det medför stora risker för såväl långvarigt lidande som amputation och för tidig död (Statens beredning för medicinsk utvärdering [SBU], 2007). Claudicatio tillhör perifera artärsjukdomar och är en sjukdom som kan ge allvarliga hälsokonsekvenser. Det är ett sjukdomstillstånd som ger symtom i form av krampartad smärta i en eller flera muskelgrupper vid ansträngning. Typiskt är att smärtan avtar efter en stunds vila (Bergqvist, 2013).

Vanligaste formen är vadclaudicatio som beror på förträngningar eller stopp i arteria femoralis. Vadmuskeln är särskilt känslig för syrebrist. Vid högre sittande förändringar i kärlen förekommer höft och/eller lårclaudicatio (Bergqvist, 2013). Kärlsjukdomen ger ofta först sig tillkänna i benartärerna, men är mycket sällan begränsat till bara nedre extremiteterna. De sjukliga kärlförändringarna finns i de allra flesta fall i andra delar av hjärta och kärlsystemet också. Det är förklaringen till att claudicatio är förenat med en ökad sjuklighet och dödlighet i såväl hjärtinfarkt som stroke. Därför ska claudicatio alltid ses som en allvarlig varningssignal (Bergqvist, Säwe & Wahlberg, 2011).

### Fysiologi och definitioner vid claudicatio intermittens

Den direkta orsaken till att smärta uppstår i benen hos personer med claudicatio är inte helt kartlagt. Men syrebrist och därmed påföljande laktatproduktion bidrar troligtvis. Syrebristen som uppstår vid benartärsjukdom stimulerar till nybildning av kärl kring de aterosklerotiska kärlen, så kallade kollateralkärl. Förmågan att bilda sådana kärl har betydelse för sjukdomsutvecklingen och symtomatologin (Koraen & Wahlberg, 2010). Om belastningen ökar vid till exempel motlut, eller att personen måste skynda sig eller bära något tungt, minskar gångsträckan individen klarar av. Vid försämring i sitt sjukdomstillstånd kan individen även få vilovärk. Det kan också utvecklas smärtsamma sår och/eller gangrän, så kallad kritisk ischemi (Bergqvist, 2013).

### **Att ställa diagnosen claudicatio intermittens**

#### Tillstånd som kan förväxlas med claudicatio intermittens

Innan en behandling sätts in eller bestäms måste en korrekt diagnos ställas. Många personer har gått under eller feldiagnostiserade under lång tid (Sutton, 2008).

Det finns flera andra tillstånd som kan ge symtom som liknar de vid claudicatio. De vanligast är artros i höft eller knän eller ryggrelaterade tillstånd som spinal stenosis. Andra lite mer ovanliga förväxlingar är neuropatier och muskelsvaghet hos mycket inaktiva personer. Unga personer med symtom liknande claudicatio ska utredas för trombofili och i ovanliga fall takayasu syndrom (Pedersen, Laxdal, Jonung & Aune, 2007).

### Symtom

Oftast så söker individen för smärtor i vadmuskulaturen. En smärta som uppstår vid ansträngning och avtar vid vila är typiskt (Sutton, 2008). Under läkarbesöket hos kärlkirurg görs först en anamnes. En klinisk undersökning av ben och fötter. Läkaren tittar på fötternas färg. Blekfärgade fötter är vanligt men fötterna kan också vara röda. Temperatur på fötter undersöks, det är vanligt med svalare temperatur. Tunn hud på fötter, förtjockade naglar och minskad behåring är också kliniska fynd som tyder på nedsatt cirkulation i benen (Pedersen et al., 2007).

### Medicinsk utredning

Det är viktigt att dokumentera var i benen smärtan sitter för att få klarhet var i kärlen förträngningen finns. Under den kliniska undersökningen känner kärlkirurgen efter fotpulsar på fotens artärer. Finns det palpabla pulsar som går att känna med fingrarna eller hörs pulsar med doppler eller är det avsaknad av pulsar i foten. Pulsar letas också i ljumskar och i knäveck på patienten. Läkaren letar efter pulsar i ljumskar för att utesluta aortastenosis och stenosis i bäckenartären (Pedersen et al., 2007).

Läkaren tar sedan ett ankeltryck med doppler. Det är ett sätt att mäta blodtryck i benen med en blodtrycksmanschett. Ankeltrycket jämförs sedan med ett vanligt blodtryck i armen och kärlkirurgen får fram ett ankel-armindex (ABI). Benartärsjukdom föreligger vid  $ABI \leq 0,9$ . ABI har visat sig vara ett bra mätinstrument för att bedöma graden av funktionsinskränkning (Koraen & Wahlberg, 2010).

Personen får sedan gå på plant underlag eller gångband till smärta uppstår i vaden/benet. Sedan fortsätter personen gå tills den totala smärtan sätter stopp för gångtestet. Sträckan noteras i meter för att se hur långt individen kan gå innan smärta sätter in. En registrering på hur länge symtom varat och hur utvecklingen varit de sista tre till sex månaderna görs (Vodnala, Rajagopalan & Brook, 2011). Gångtesten ger även nyttig information om andra sjukliga tillstånd som exempelvis artros i höft eller dyspné vid hjärt-lungsjukdom (Pedersen et al., 2007).

### Fontaine / Rutherfords skala

För att gradera in graden av kronisk arteriell insufficiens i nedre extremiteterna hos icke diabetiker finns det två olika skalor. Fontaine eller Rutherfords skala. Rutherfords sexgradiga skala är vanligast att använda i Sverige. Skalan används för att se hur långt sjukdomen är gången. Grad två betyder claudicatio (Palfeyman, Fenwick & Trender, 2011). Personer med diabetes kan ha kraftigt förkalkade kärl vilket gör ankeltrycket omätbart eftersom kärnen inte kan komprimeras. Det kan leda till ett falskt förhöjt tryck. Hos diabetiker görs istället ett så kallat tåtryck (Koraen & Wahlberg, 2010). Till sist gör läkaren en duplexundersökning, ett ultraljud där stenoser och ocklusioner kan fastställas med en stor grad av säkerhet. Sista steget i utredningen är att göra MR- och/eller CT-angiografi för att kartlägga kärlförändringarna (Pedersen et al., 2007).

### Könsskillnader

Symtomen hos kvinnor kan skilja sig från männens symtom och i snitt har många kvinnor lägre ABI och förekomst av icke ben-relaterade symtom som exempelvis dyspné och

ledbesvär. Kvinnor tros på grund av det vara sjukare när de får sin diagnos (Koraen & Wahlberg, 2010). I snitt är kvinnor också några år äldre än män och har i lite större utsträckning högre blodtryck. Män däremot har något mer förekomst av kranskärlsjukdomar och röker i större utsträckning. Ingen större skillnad i amputation eller dödlighet finns mellan könen (Duffy et al., 2014).

### Riskfaktorer

Faktorer som har negativ inverkan på utveckling av claudicatio är rökning, höga blodfetter, diabetes mellitus, högt blodtryck, övervikt och inaktivitet. Dessa faktorer kan en person påverka och reducera genom att ändra sin livsstil. Faktorer som ålder, ärftlighet, etnisk tillhörighet, hjärtsjukdomar och kön (män är överrepresenterade) kan en individ inte göra någonting åt (Fletcher, 2006).

### **Behandling av claudicatio intermittens**

Claudicatio räknas som en högrisksjukdom och sjukdomen har allvarliga hälsokonsekvenser. Risk att dö i stroke eller hjärtinfarkt är högre än i kontrollgrupper. Samtidigt är det en försummad patientgrupp och den får inte lika intensiv behandling som till exempel andra hjärt- och kärlsjukdomar (Tomson & Lip, 2005). Den enskilda personens upplevda besvär av sjukdomen är alltid utgångspunkten för behandling av benartärsjukdom. Behandling av kärlsjukdom i benen syftar till att påverka åderförkalkningens generella riskfaktorer (Bergqvist et al., 2011).

### Konservativ och medicinsk behandling

När en individ fått diagnosen claudicatio är det först och främst konservativ behandling som är aktuell. Behandlingsrekommendationer är livsstilsförändring som rökstopp, gångträning, kostreglering, och viktnedgång. Den medicinska delen består av att sänka högt blodtryck med blodtryckssänkande medicin och diabeteskontroll. Andra mediciner som personen använder sig av är livslång behandling med statinhämmande för att få ner blodfetterna och trombocythämmare (Pedersen et al., 2007).

### Kirurgisk behandling

Det finns olika kirurgiska behandlingsmetoder vid claudicatio. Endovaskulära behandlingsmetoder innebär att via en punktion i ljumskartären, föra in en ledare. Via ledaren förs sedan en ballongkateter som blåses upp och vidgar lumen på kärlet, så kallad Percutan Transluminal Angioplastik (PTA). Metoden är lämplig vid stenoser (förträngningar) och korta ocklusioner (stopp) och är mer hållbar vid claudicatio än vid kritisk ischemi. Konventionell öppen operation innebär ett kirurgiskt ingrepp med ett eller flera operationssnitt. Det finns flera sorters ingrepp som kan göras vid perifer arteriell kärlsjukdom beroende på vart stenoserna eller ocklusionerna sitter. Endartärektomi innebär att kirurgen öppnar upp ljumskartären och rensar rent kärlet från plack. Vid ocklusioner längre ner på lårtären eller underbensartärer kan en bypassoperation utföras. Då görs en koppling förbi det ockluderade kärlet. Helst används egen ven som bypass material men konstgjort material kan också användas dock bara på lårbensnivå. Hållbarheten är dock bättre vid användandet av ven. Vid bypasser som görs på underbenen är ven en förutsättning för att få ett hållbart resultat (Flörenes, Sandbaek, Stranden & Jörgensen, 2009).

### När ska kirurgisk behandling erbjudas?

Claudicatio är ett relativt godartat tillstånd där 75 procent av personerna kommer att

stabiliseras i sitt tillstånd eller få en förbättring av sina symtom med enbart rökstopp och gångträning. Tjugo procent kommer dock att försämrats. På grund av den goda prognosen är det relativt restriktivt vad gäller kärlkirurgiska ingrepp hos denna patientgrupp. Ungefär en tredjedel av alla bypasser som görs ockluderar inom fem år. Symtomen kommer då tillbaka som de var innan operationen eller försämrats i en del fall, dels på grund av kollateraler som tidigare hade bildats har ödelagts vid en operation men också på grund av förvärring av sjukdomen. Det diskuteras om det är rätt att operera denna patientgrupp överhuvudtaget då det har visat sig individer som har opererats med en bypass på grund av claudicatio har ockluderat och där det har slutat med en amputation av benet. Claudicatio är emellertid en starkt livsbegränsande sjukdom och många upplever en sänkt livskvalité vid bara måttlig claudicatio. Vid mer uttalade symtom som kan leda till sjukskrivning eller att personen inte kan ta sig ut finns en stark önskan från individer att bli opererade. Det är då mycket viktigt att upplysa om riskerna med ett ingrepp (Flörenes et al., 2009).

### **Omvårdnad vid claudicatio intermittens**

Idag finns det krav på att göra patienten och patientens anhöriga delaktiga i vården. En ny patientlag (SFS 2014:821) trädde i kraft första januari 2015. Syftet är att förtydliga och stärka patientens ställning men även att gynna patientens integritet, självbestämmande och delaktighet inom hälso- och sjukvård. Det har visat sig att en delaktig patient och ett personcentrerat arbetssätt har en positiv inverkan på vårdens resultat (Edvardsson, 2010). Många personer med claudicatio har dålig förståelse av orsakerna till sin sjukdom och de hälsomässiga konsekvenserna av sjukdomen (Cunningham, Swanson, O'Carroll & Holdsworth, 2010).

#### Sjuksköterskans roll

För sjuksköterskan bör omvårdnadsfokus vara att arbeta förebyggande med personer som fått diagnosen claudicatio. Sjuksköterskan har ofta en bra position för att ge råd, stöd, uppmuntran och att motivera en person som kommer i kontakt med sjukvården och som behöver ändra sin livsstil. Att ge vägledning och patientutbildning till en person som ska ändra sin livsstil är också viktigt och nödvändigt. Det viktigaste är att uppmuntra till rökstopp, att öka motionen, förbättra kosten samt reducera vikten. Information kan också skapa trygghet och kan bidra till bättre psykisk hälsa för individen (Palfeyman et al., 2011).

#### Rökning

Om en person slutar röka är det den livsstilsförändringen som ger snabbast resultat och villkoren förbättras flerfaldigt för att leva längre och ha ett friskare liv. Rökare har högre risk att drabbas av svår åderförfattning i stora kroppspulsådern och i de stora benkärlen som kan sluta med amputation. Flera ämnen i tobaken påverkar blodkärlen. Kolmonoxiden blockerar de röda blodkropparna så att de inte kan ta upp syre vilket leder till att hjärtat och andra muskler har svårare att arbeta. Nikotinet höjer blodtrycket och ökar pulsen vilket är en riskfaktor för att utveckla claudicatio. Andra ämnen i tobaken sätter igång processer som leder till fettinlagringar i kärlväggen vilket leder till arteroskleros. Nio av tio personer som drabbas av kärlförträngningar i benen är rökare eller har varit det (Hjärt-Lungfonden, 2011). En remiss för tobaksintervention ska erbjudas till personer som kommer i kontakt med sjukvården och som vill ha hjälp med rökstopp (Vodnala et al., 2011).

Det finns en hel del hjälpmedel att tillgå som exempelvis nikotinplåster, nikotininhalator eller nikotintuggummi. Utöver hjälpmedel finns olika kurser och stöd från professionella rökavvänjare som ska erbjudas till personen. Stöd från familjen har också visat sig vara värdefullt för individen och även tips på hur ett rökstopp kan göra det enklare, förslagsvis att göra rökfria zoner (Hjärt-Lungfonden, 2011). En omsorgsfull uppföljning hos sjuksköterskan eller läkaren är dessutom viktigt för bästa resultat vid rökstopp (Hjärt-Lungfonden, 2011).

#### Aktivitet och vila som förebyggande åtgärd

Att hålla sig aktiv genom promenader är en viktig del i det förebyggande arbetet i att hämma utvecklingen av sjukdomen. Träningsprogram med fokus på gångträning är att föredra då individen ofta får smärta vid promenader och det är det som hindrar patienten till att gångträna (Palfeyman et al., 2011). Träningen bör vara aktiv promenad i 30-60 minuter tre dagar i veckan (Pedersen et al., 2007). FYSS är en handbok med rekommendationer för fysisk aktivitet för sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling. Bergström och Ståhle (2015) har där analyserat befintlig vetenskapligt underlag och funnit stark evidens för effekten av fysisk aktivitet vid benartärsjukdom. De kommer fram till att gångsträckan förbättras markant vid gångträning och att handledd träning ger bättre effekt än icke handledd träning (Bergström & Ståhle, 2015). Med handledd träning menas att träning tre gånger i veckan övervakas av exempelvis en fysioterapeut. Gångträningen utförs på ett gångband under initialt 30 minuter som gradvis ökas till en timme. Hastigheten och lutningen ska vara så att claudicatio smärtan kommer efter cirka fem minuter. Personen uppmanas att fortsätta gå till smärtan uppnått en medelnivå, vilket menas starkare än smärtdebut men inte till absolut smärtgräns. Därefter får personen vila till smärtan avtagit och sedan upprepas cykeln. Trots att det finns stark evidens för att gångbandsträning som behandling vid claudicatio är det tyvärr inte alla som har tillgång till detta. Gångträning på egen hand bör då uppmuntras. Det finns även en viss evidens som stödjer användning av stavar vid träning för att få bättre träningseffekt (Koraen & Wahlberg, 2010).

#### Kyla/Värme och Hygien

Nedsatt cirkulation i fötterna gör att en person med claudicatio inte känner värme och kyla lika bra i sina ben och fötter som en frisk person. Det är därför viktigt med förebyggande åtgärder. Personen måste vara noga med att sköta sina fötter med bra skor och fotvård för att slippa sår. Särskilt viktigt är det om en person är diabetiker (Fletcher, 2006).

#### Nutrition

Kosten ska vara allsidig och proteinrik dels för att nybildning av vävnad ska främjas men också för och att förebygga nedbrytning av vävnad. Kolesterolfattig kost och så kallad medelhavsmat med fisk, grönsaker, olivolja, nötter och frukt är att föredra. En minskning av saltintag för att få ner blodtrycket är också värdefullt. Överviktiga personer ska erbjudas hjälp med viktneidgång med bland annat en optimal diet. Planering och mål ska sättas upp tillsammans med personen och viktreducering kan exempelvis ske i gruppform (Khan, Cleanthis, Smout, Flather & Stansby, 2005).

#### **Livskvalité**

Livskvalité är ett svårdefinierat begrepp som kan förklaras på en mängd olika sätt. Världshälsoorganisationen (WHO, 1997) har definierat begreppet utifrån en holistisk definition som individens uppfattning om sin situation i livet med utgångspunkt ifrån den kultur och det värdesammanhang som individen befinner sig och i förhållande till sina mål,



förväntningar, intressen och normer. Det är ett begrepp som också påverkas av individens fysiska hälsa och psykiska tillstånd, grad av självständighet, sociala förhållanden och relationer till betydelsefulla händelser i omgivningen.

### Hälsorelaterad Livskvalité

Begreppet hälsorelaterad livskvalité omfattar aspekter av den allmänna livskvalitén som påverkas av hälsan. Att veta hur tillvaron ter sig när en person drabbas av en sjukdom är av vikt för den drabbade, samt hur livskvalitén påverkas av sjukdomen och behandlingar. Det är därför av vikt för patienter och vårdpersonal att försöka mäta den hälsorelaterade livskvalitén. Det finns i dagsläget en uppsjö av olika formulär för att mäta den så kallade hälsorelaterade livskvalitén. Hälsorelaterad livskvalitet mäts även i befolkningsstudier för att planera och följa upp folkhälsoinsatser (SBU, 2012).

### Mätinstrument

Det finns olika mätinstrument för att mäta livskvalité inom hälso- och sjukvården. De formulär som används kan delas in i allmänna respektive sjukdomsspecifika. De allmänna formulären gör det möjligt att jämföra patientgrupper, medan de specifika syftar till att ge en mer detaljerad bild av en viss typ av hälsoproblem. De vanligaste frågeformulären är The European quality of life questionnaire (EQ-5D), VascuQoL och The Short Form Health Survey (SF-36) (SBU, 2012). Walking impairment Questionnaire (WIQ) är en enkät som mäter gåendet i hastighet, gåendet i distans och hur personer med perifer sjukdom går i trappor (Gommans et al., 2015).

EQ-5D är ett validerat mätinstrument som är ett av de mest använda frågeformulär inom sjukvården för att mäta generell livskvalité. Frågeformuläret består av två delar. Den första delen innehåller frågor om rörlighet, hygien, huvudsakliga aktiviteter, smärtor/besvär och rädsla/nedstämdhet där individen som svarar väljer ett av tre olika påståenden som i den nuvarande stunden bäst överensstämmer med individens hälsotillstånd. Den andra delen är en Visuell Analog Skala, VAS-skala, där personen som svarar bedömer sin hälsa med att markera på linjen nuvarande hälsotillstånd. EQ-5D resulterar följaktligen i två indexvärden, ett relaterat till livskvalité och ett annat till självskattning av hälsan (Rowen, Brazier & Roberts, 2009).

VascuQoL är ett validerat mätinstrument där ett hälsospecifikt frågeformulär används för att mäta hälsorelaterad livskvalité hos personer med perifer artärsjukdom. Formuläret består av 25 frågor som behandlar fem områden: smärta, symtom, aktivitet, socialt och känslor (Nordanstig, Karlsson, Pettersson & Wann-Hansson, 2012). Denna skala har tidigare används vid registrering av livskvalité hos patienter med kronisk benartärsjukdom i det svenska kärregistret swedvasc. Från 2014 har denna skala bytts ut mot en omarbetad och kortare version, vascuQuL-6. Frågorna handlar om ifall aktiviteter som man velat ägna sig åt har kunnat utföras, trötthet och svaghet i benen, gångförmåga, om personen bekymrat sig över den nedsatta cirkulationen i benen, om aktiviteter tillsammans med andra har kunnat genomföras och om smärta i benen, fötterna har gett obehag eller besvär (Swedvasc, 2015).

SF-36 är ett validerat mätinstrument som består av en enkät som mäter fysisk och psykisk hälsa samt sjukdomsförändringar över tid. Frågorna är uppdelade i åtta olika områden. Dessa är fysisk funktion, fysisk rollfunktion, smärta, allmän hälsa, vitalitet, social funktion, emotionell rollfunktion och psykiskt välbefinnande (Rowen et al., 2009).

Enkäten bedömer effekter av sjukdomar och behandling. Personer med kroniska hälsoproblem kan jämföras med en allmän befolkningspopulation och med andra patientgrupper samt kan jämföra upplevd hälsa nationellt och internationellt (Rowen et al., 2009).

### **Känsla av sammanhang**

Överallt i vardagen finns olika orsaker till stress, så kallade stressorer. Det kan handla om utmaningar och problem som måste lösas och som ställer krav på en individ. Stressorer kan vara både negativa och positiva. Genom hela livet utsätts människan för olika stressorer och hur en individ tacklar dessa beror mycket på vilken kultur personen lever i, den sociala sammansättningen och i vilken historisk period. En livssituation kan komma att förändras på ett drastiskt sätt när en person får exempelvis en sjukdom och diagnos (Antonovsky, 1987).

### **KASAM**

För att förklara hur en person tacklar sin situation kan en modell som heter KASAM-Känsla av sammanhang användas. Modellen består av tre komponenter; Begriplighet, människan mår bra av struktur och regelbundenhet i sitt liv och att då göra händelser i livet begripliga gör att individen mår bättre. Hanterbarhet, det är viktigt för en individ att inte se sig som ett hjälplöst offer och att individen upplever sig ha resurser för att hantera motgångar. Slutligen meningsfullhet, som innebär att för att må bra är det viktigt att utmaningar som individen ställs inför är värda att investera energi i. Dessa delar har en inbördes relation och avgör om en person har en stark eller svag KASAM (Antonovsky 1987).

Antonovsky (1987) menar att komponenten begriplighet gör tillvaron hanterbar, tydlig, strukturerad och gripbar. Det ger en viss förmåga att förutse vardagen, eller åtminstone förklara den. Vilket gör att även om oväntade eller traumatiska händelser inträffar, kan dessa förstås. Hanterbarhet är de resurser en individ har eller förlitar sig på. De kan finnas inom en själv eller runt omkring i form av familj, vänner, Gud, sjuksköterska, lärare och så vidare. Meningsfullheten är viljan att möta motgång och svårigheter, att finna mening och innebörd i de situationer som uppstår.

Det är samspelet mellan de tre komponenterna som skapar KASAM. Enligt Antonovsky är dock meningsfullhet den viktigaste komponenten. En person som upplever livet meningsfullt kommer att kämpa på i svåra situationer även om det är situationer som är svåra att handskas med (Antonovsky, 1987).

### **Problemformulering**

Personer med claudicatio är ofta påverkade i sitt dagliga liv av sin sjukdom. Individen lever ofta med smärta och inskränkt rörlighet. Det kan finnas en oro för försämring av sjukdomstillståndet, då sjukdomen kan leda till gangrän, amputation av fötter och underben och i värsta fall död. De behandlingsrekommendationer som finns innefattar ofta omfattande livsstilsförändringar för den enskilda personen. De är således av vikt att belysa hur dessa individer upplever sin livskvalité.

## **SYFTE**

Syftet var att belysa hur personer med claudicatio upplevde sin livskvalité och känsla av sammanhang.

## **METOD**

Författarna valde att göra en litteraturöversikt. Syftet var att få kännedom om hur personer med claudicatio upplevde sin livskvalité. Anledningen till att litteraturöversikt valdes som metod var att få fram en samlad bild över vad tidigare forskning visat om hur personer med claudicatio upplever sin livskvalité. Enligt Forsberg och Wengström (2013) är en litteraturöversikt en metod som ska beskriva kunskapsläget inom det valda problemområdet. Genom att samla in, granska, sortera och till sist sammanställa vetenskapliga artiklar fås en samlad bild över den forskning som redan gjorts.

### **Urval**

I enlighet med Forsberg och Wengström (2013) sökte författarna efter vetenskapliga originalartiklar via databaserna. Databaserna som användes var Cinahl (Cumulative Index of Nursing and Allied Health), som är en databas som täcker bland annat omvårdnad och PubMed som är en bred databas som täcker bland annat medicin och omvårdnad. Sökningar gjordes också i databasen PsycINFO som täcker psykologisk forskning inom bland annat medicin och omvårdnad. Sökningen pågick under perioden oktober till december 2015.

### Inklusionskriterier

Artiklarna skulle vara peer reviewed, vilket betyder att artiklarna var vetenskapligt granskade innan publicering och publicerade i vetenskapliga tidskrifter mellan åren 2005-2015. Artiklarna skulle också vara godkända av etiska kommittéer. Artiklarna skulle vara originalartiklar skrivna på engelska eller svenska språket. Ingen begränsning till specifikt geografiskt område gjordes.

### Exklusionskriterier

Artiklar som inte ansågs kunna besvara studiens syfte valdes bort. I två artiklar som besvarade syftet kunde författarna inte finna att de var etiskt godkända, så de valdes bort.

### **Datainsamling**

Databassökningen började med en provsökning i oktober 2015 i databasen PubMed för att få en överblick över hur många artiklar som fanns skrivna om ämnet. Artiklarna söktes med utgångspunkt från inklusionskriterier och exklusionskriterier, vilket är i enlighet med söktips från Forsberg och Wengström (2013). För att minska risken att utesluta relevanta artiklar genomförde författarna separata databassökningar.

Författarna använde sig av sökord med hjälp av MeSH-termer (Medical Subject Headings) i PubMed och Cinahlheadings i Cinahl. Intermittent claudication användes först och sedan la författarna till quality of life. Efter det gjordes samma sökning i Cinahl med likadana sökord. Andra sökord som användes var Life-style.

Sökorden kombinerades i olika variationer och i enlighet med Forsberg och Wengström (2013) användes också en av de så kallade booleska operatorerna, AND. Detta används för att begränsa en sökning och ge ett smalare resultat.

Utifrån sökorden hittade författarna 37 artiklar med titlar relevanta till syftet och med god kvalitet. Författarna läste abstrakt var och en för sig och sedan tillsammans de 37 artiklarna. Utifrån det valdes 16 artiklar ut som passade syftet med litteraturoversikten. Även manuell sökning gjordes genom att gå igenom referenslistorna till de lästa artiklarna i enlighet med Forsberg och Wengström (2013). En artikel hittades genom referenslistan till en utvald artikel. Sökningar visas i tabell 1.

**Tabell 1. Söktabell.**

| <b>Databas</b>         | <b>Sökord/kombination av sökord</b>           | <b>Antal träffar</b> | <b>Antal lästa titlar</b> | <b>Antal lästa abstrakt</b> | <b>Lästa artiklar</b> | <b>Valda artiklar</b> |
|------------------------|---|----------------------|---------------------------|-----------------------------|-----------------------|-----------------------|
| PubMed<br>2015-11-13   | Intermittent claudication                     | 7136                 | 0                         | 0                           | 0                     | 0                     |
| PubMed<br>2015-11-13   | Intermittent claudication AND quality of life | 277                  | 200                       | 17                          | 15                    | 9                     |
| Cinahl<br>2015-11-13   | Intermittent claudication                     | 717                  | 0                         | 0                           | 0                     | 0                     |
| Cinahl<br>2015-11-13   | Intermittent claudication AND quality of life | 76                   | 76                        | 17                          | 15                    | 5                     |
| Cinahl<br>2015-11-15   | Intermittent claudication AND life style      | 5                    | 5                         | 5                           | 5                     | 1                     |
| PsycINFO<br>2015-11-15 | Intermittent claudication AND quality of life | 9                    | 9                         | 7                           | 2                     | 1                     |

## **Dataanalys**

Samtliga 16 inkluderade artiklar lästes i helhet av båda författarna. Artiklarna granskades i flera steg. Först lästes titlarna och sedan lästes abstrakt på de artiklar som verkade vara relevanta för litteraturöversikten. Slutligen lästes 37 artiklar i sin helhet och i ett sista urval valdes 16 artiklar ut som svarade på syftet. Därefter sammanställdes artiklarna till ett gemensamt resultat. Resultaten analyserades och strukturerades upp utifrån KASAM och författarna kom gemensamt fram till underrubrikerna för att skapa struktur i resultatdelen. Artiklarnas syfte, metod, deltagarantal, eventuella bortfall, resultat samt klassificering fördes in i en matris framtagna av William, Stoltz och Bahtevani (2011). Matrisen är modifierad av Sophiahemmet Högskola och är ett bedömningsunderlag för kvalitetsbedömning och klassificering av vetenskapliga artiklar avseende studier med kvalitativ och kvantitativ metodansats (se bilaga 1). Resultatet redovisas i en integrerad analys och i en matrisöversikt i enlighet med Forsberg och Wengström (2013).

## **Forskningsetiska övervägande**

Vid en litteraturöversikt är det viktigt att vara ärlig mot materialet i artiklarna som ska redovisas och artiklarna ska redovisas enligt ”god forskningssed”. Att inte förvränga eller förfälska ursprungstexten, varken i urval eller i innehåll. Både negativa och positiva fynd ska presenteras oavsett om det stöder vad författarna anser eller inte. Dessutom ska författarna hänvisa till källan på ett korrekt sätt så läsaren själv kan bilda sig en uppfattning om materialet (Vetenskapsrådet, 2011). De 16 utvalda artiklarna granskades av författarna utifrån artiklarnas trovärdighet och äkthet. Det är viktigt vid en litteraturöversikt att etiska aspekter görs gällande urval av artiklar och presentation av resultatet. De utvalda artiklarna hade godkänts av en etisk granskningsnämnd och två artiklar var godkända av sjukhusledningen. Författarna till föreliggande litteraturöversikt presenterade både positiva och negativa fynd ur artiklarnas resultat i enlighet med Forsberg & Wengström (2013).

## **RESULTAT**

Författarna utgick från KASAM när resultatet skulle sammanställas. De 16 artiklarna sorterades först in under tre rubriker, begriplighet, hanterbarhet samt meningsfullhet. Till sist sorterades artiklarna in i underrubriker.

### **Begriplighet**

#### Kunskap och förståelse om sjukdomen

Kunskapsbrist om sjukdomen och en brist på förståelse av sjukdomsprocessen var något som framkom i flera studier (Cavalcante et al., 2015; Gorely, Crank, Humphreys, Nawaz & Tew, 2015; Lokin, Hengeveld, Conijn, Nieuwkerk & Koelemay, 2015; Tomczyk & Treat-Jacobson, 2009).

När studiedeltagarna skulle förklara sjukdomsprocessen uppgav några att det fanns en blockad i artären och att det var en allvarlig sjukdom. Andra förklaringar på symtom som egentligen berodde på claudicatio förklarades bort som andra symtom och sjukdomar. Exempelvis att det var muskelsträckning, nervskada eller nageltrång som orsakade problemen (Tomczyk & Treat-Jacobson, 2009). Sambandet mellan claudicatio och de sjukliga förändringarna i hjärtkärlsystemet och den ökade risken för kardiovaskulära sjukdomar var en signifikant del omedvetna om. Ett litet antal personer förnekade sambandet mellan claudicatio och de sjukliga förändringarna i hjärt-kärlsystemet som de själva hade haft. Andra ignorerade det faktum att de var i riskzonen för andra hjärt- och

kärlsjukdomar. En minoritet förstod att ökad risk för annan kardiovaskulär sjukdom existerade (Lokin et al., 2015). Dubbelt så många kvinnor än män kunde beskriva sambandet mellan claudicatio symtom och sjukdomsprocess (Tomczyk & Treat-Jacobson, 2009). En rädsla för att veta mer om sjukdomen förekom hos en minoritet av personer med claudicatio (Gorely et al., 2015) och en oro för att symtomen skulle bli värre så det skulle bli svårt att gå överhuvudtaget eller få benen amputerade fanns (Egberg, Andreassen & Mattiasson, 2012).

En signifikant del av studiedeltagarna visste att rökning var en bidragande orsak till claudicatio medan nästan hälften inte trodde att ohälsosam kost eller otillräcklig motion kunde ha ett samband med deras sjukdom (Lokin et al., 2015). När personer skulle beskriva vad som orsakade claudicatio förekom beskrivningar som att blodet rann sakta i blodkärlen eller att det var en blockad i kärlen (Tomczyk & Treat-Jacobson, 2009). Vidare trodde halvparten att claudicatio var delvis genetisk. Andra hälften nämnde även andra orsaker som stress, högt blodtryck, diabetes och alkohol. Någon trodde att claudicatio kunde vara ärftligt eller på grund av stress men kunde lika gärna vara på grund av andra orsaker. Att just rökning var en av bidragande orsaker var bara en tillfällighet. Förklaringar som att en förälder var icke-rökare och ändå hade ockluderade kärl förekom (Lokin et al., 2015). Det fanns även andra tolkningar som att personer som rökte mycket mer än de som var drabbade av sjukdomen ändå klarade sig undan (Egberg et al., 2012).

När studiedeltagarna skulle beskriva symtomen vid claudicatio förekom ord som smärta, värk, ont, trötthet, kramp och ömhet i benen hos halvparten och en förståelse för att symtomen var relaterade till claudicatio och kondition förekom. Andra ord som användes för att beskriva symtomen vid claudicatio var nedsatt känsel i benen, heta fötter (Tomczyk & Treat-Jacobson, 2009), bortdomnade ben eller kalla fötter (Gorely et al., 2015; Tomczyk & Treat-Jacobson, 2009). Män beskrev mer klassiska symtom som kramp och smärta i benen medan kvinnor mer beskrev symtom som trötthet, ostadighet, domningar och sorg (Sigvant, Lundin, Nilsson, Bergqvist & Wahlberg, 2011).

Andra tolkningar av symtom som beskrevs av en mindre del av studiedeltagarna var att det var en smärta som var godartad som det gick att leva med och att obehaget inte sågs som skadligt. Ett fåtal sa att claudicatio var en allvarlig åkomma men inget som man kunde göra någonting åt (Galea Holmes, Weinman & Bearne, 2015). Smärta i benen vid promenad var ett av symtomen och besvären som det berättades om. En upplevd bensmärta som klämde åt vaden riktigt hårt när hastigheten ökade eller personerna gick i uppförsbackar (Gorely et al., 2015).

Andra liknande beskrivningar var en långsam krypande känsla av trötthet i benen som gradvis blev värre med kramper och smärta i vaden. Smärtan upplevdes som om ett rep som drogs åt (Egberg, et al., 2012). En känsla att benen exploderar vid promenader eller det faktum att claudicatio kommer att stoppa promenaderna innan andfåddhet eller hjärtsjukdom existerade. Förklaringar som användes till andra personer när smärtan satt stopp för promenaderna var, låt oss vänta en minut så att benen hinner ifatt (Tomczyk & Treat-Jacobson, 2009).

#### Kunskap om värdet av fysisk aktivitet

En brist på kunskap om vinster med fysisk aktivitet var ett hinder för att personer skulle komma igång att aktivera sig (Cavalcante et al. 2015; Gorely et al., 2015). Många var medvetna om att det fanns saker de kunde göra själva för att förbättra sitt tillstånd men var

inte övertygade om att det skulle ha någon effekt eller saknade motivation för att komma igång med fysisk aktivitet (Gorely et al., 2015).

Några ansåg inte att promenader skulle vara något som hjälpte dem i förbättring i sjukdomen. Det var även lite olika uppfattningar om vilka effekter promenader hade. Lite mindre än halvparten förstod att promenader kunde förbättra deras cirkulation och symtom. Andra tyckte promenader var generellt bra för hälsan men var skeptiska till att det skulle förbättra deras claudicatio medan några trodde promenader var en överlägsen träningsform vid claudicatio (Galea Holmes et al., 2015). Efter endovaskulära åtgärder ansåg en minoritet sig botade eftersom smärtan avtagit och de därför inte behövde börja motionera eller ändra sin livsstil (Lokin et al., 2015). Fler barriärer för att utföra fysisk aktivitet var ålder, andra sjukdomstillstånd samt personliga barriärer som exempelvis rädsla för att ramla, trötthet, tidsbrist och inga bra viloplatsen (Cavalcante et al., 2015) andra tyckte att promenera med sällskap gjorde att det var lättare att komma ut på promenader (Egberg et al., 2012).

En minoritet upplevde en konflikt i att promenader på sikt skulle minska smärtan. Det var ju vid promenader som smärtan kom. Även rädsla för att fysisk aktivitet skulle förvärra tillståndet fanns (Gorely et al., 2015). Smärtan gjorde också så att personer blev tårögda, trötta samt illamående (Egberg et al., 2012). När gångsträckan mättes och en livskvalitéenkät besvarades visade det att personer med claudicatio upplevde lägre livskvalité, hade mer smärta, sämre fysik och uppfattade sig som funktionshindrade jämfört med kontrollgruppen som inte hade claudicatio (Izquierdo-Porrera et al., 2005).

## **Hanterbarhet**

### Upplevd livssituation och strategier för att hantera vardagslivet

Att leva med claudicatio innebar känslomässig påverkan. Det framkom starka negativa känslor över sin situation. Bland annat var det känslor som ilska, frustration, förödmjukelse och förlägenhet, stress, rädsla, apati, depression och ensamhet. Personer tyckte också att sjukdomen påverkade deras identitetskänsla och individerna kände sig gamla. De som kände sig handikappade av sjukdomen uttryckte också brist på kontroll och hjälplöshet (Galea Holmes et al., 2015). Även Egberg et al (2012) har visat att många kände sig sårbara och kände att de var till besvär när de var tvungna att stanna och vila på grund av smärta. Några tyckte det var pinsamt och genant. Några personer tyckte det var jobbigt att känna sig beroende av andra. Att sakna sitt tidigare liv med resor med familj eller vänner, fysiska aktiviteter som de brukade göra tidigare men också vardagliga göromål som exempelvis trädgårdsarbete framkom. De upplevde inte samma livsglädje på grund av att det måste planeras och ta hänsyn till sin sjukdom. De kände att de förstörde för andra också när de var med och en känsla av isolering kunde upplevas (Gorely et al., 2015). Vidare upplevde många att de inte kunde vara spontana längre. Dessutom upplevde många det genant att behöva stanna och enligt personerna själva se dumma ut när smärtan i benen satte in. Livet ändrades och nöjen/njutning i livet minskade (Gorely et al., 2015). Lane et al. (2014) studerade rädsla för att ramla för personer med claudicatio och dess förhållande till fysisk förmåga, balans och livskvalité. Mindre än hälften var rädda för att ramla. Kvinnor var mer rädda än män för att ramla. En signifikant del ansåg att rädslan för att ramla hörde ihop med dålig balans, dålig fysisk förmåga och sämre livskvalité.

När personer skulle beskriva sina coping metoder uppgav flera kvinnor att de bara ville sitta ner och gråta för att det gjorde så ont i benen. En kvinna beskrev att det bara var att bita ihop trots att det gjorde så ont (Tomczyk & Treat-Jacobson, 2009). Dessutom visade

det sig att personer med claudicatio kände sig övergivna av vårdpersonalen. De upplevde att de blev lämnade ensamma utan information eller råd och upplevde också att de inte fick lika mycket uppmärksamhet som patienter med andra åkommor. Vidare tyckte studiedeltagarna att personalen visade brist på empati och inte behandlade dem som individer (Gorely et al., 2015).

Att kunna ha en fungerande vardag och så bra livskvalité som möjligt innebar att man fick hitta strategier för att hantera sina begränsningar. Ett sätt var att vara inaktiv eller hålla sig inomhus. Personer med claudicatio kunde då känna att de mådde bra och till och med kunde glömma bort sin sjukdom. Så fort de var aktiva upplevde de obehag och smärta i benen. Ett annat sätt att hantera begränsningen var att planera sin vardag och sina aktiviteter mycket noga för att få det att fungera. Att komma till en ny plats innebar att studiedeltagarna måste utforska och memorera vägar och gångsträckor för att se om de klarade att gå hela vägen eller hitta alternativ viloplats. Detta gjorde att spontana och impulsiva utflykter var svåra att få till. När smärtan slog till vid aktivitet så tvingades personen att stanna för att vila. Gångsträckan kunde vara olika från dag till dag beroende på om de gick i kuperad terräng eller plant underlag. Däremot var längden på gångsträckan oftast konstant. Detta gav upphov till stress över bara tanken på promenader. Att gå långsamt var dock en strategi för att kunna gå en lite längre sträcka. Att använda sig av hjälpmedel gjorde promenaderna lättare. Det kunde vara en kundvagn vid shopping eller en lyktstolpe att vila sig mot (Egberg et al., 2012).

Andra strategier som beskrevs var att få lift eller köra bil till och från aktiviteter i stället för att åka buss eller tåg. Någon berättade att han köpt en golfbil för att kunna fortsätta med att spela golf. Att ta hiss i stället för trappor var också ett alternativ. Flera beskrev att de inte ville att sjukdomen skulle styra över deras liv utan att de fick lära sig att uppskatta andra saker i livet, som exempel att läsa böcker. De kunde också be vänner komma på besök istället för att besöka dem. Deltagarna kände att de hade stöd av familjemedlemmar när de behövde ha hjälp med praktiska saker eller känslomässiga ting de ville prata om (Egberg et al., 2012). Trots låg fysisk aktivitet och försämrad gångförmåga och framförallt nedsatt gånghastighet visade en studie att personer med claudicatio ändå är funktionellt oberoende och klarar sin vardag utan hjälp från samhället (Assis, Batista, Wolosker, Zerati & Silva, 2015).

## **Meningsfullhet**

### Livskvalité efter kärlikirurgisk behandling och vid konservativ behandling

Att kärlikirurgi ökar livskvalité hos personer med claudicatio har framkommit i flera studier. Både efter öppen kärlikirurgi såväl som vid endovaskulär kärlikirurgi, så kallad PTA ser man förbättrad livskvalité (Hedeager Momsen et al., 2011; Keeling, Naughton, O'Connell & Lee, 2008; Wann-Hansson, Hallberg, Klevsgård & Andersson, 2008). När ett livskvalitéformulär fylldes i visade det att områden som förbättrades mest var fysisk aktivitet och upplevd minskad smärta. Hur långt studiedeltagarna klarade att gå mättes både med självrapporterad gångförmåga via WIQ och med ett konkret gångtest. Resultaten visade både en upplevd förbättrad fysisk förmåga men också ett konkret förbättrat resultat. Även andra områden som social funktion, där man pratar om kroppsliga eller känslomässiga problem som förhindrat möjligheten att umgås, emotionell funktion som ångslan, nedstämdhet som stört arbete eller andra aktiviteter, psykiskt välbefinnande och allmän hälsa, förbättrades efter kirurgi (Hedeager Momsen et al., 2011; Nordanstig et



al., 2014). Resultat har visat att personer som äter Acetylsalicylsyra (ASA) förbättrades vad gäller smärta efter genomgången PTA (Keeling et al., 2008).

Wann-Hansson et al. (2008) har i en studie belyst den långsiktiga erfarenheten att leva med perifer artärsjukdom och tillfrisknandet efter kirurgisk behandling. I denna studie ingick både personer med claudicatio och personer där sjukdomen utvecklats till kritisk ischemi med sår och vilovärk. Att ha genomgått kirurgi när man har perifer artärsjukdom betydde befrielse från symtom, framförallt smärta, att kunna sova igen och sårläkning. Att kunna gå självständigt värderades högt. Återhämningsperioden var ofta oförutsägbar och ofta väldigt lång. Över tiden stabiliserades förbättringen och oron att symtomen skulle komma tillbaka minskade. Alla personer berättade att de hade något eller några kvarstående problem efter genomgående kirurgi som till exempel förändrad känsel i benen, claudicatio eller oläkta sår. Begränsad rörlighet var accepterat som en del av livet. Återerövrandet av livet, en känsla av normalitet växte fram. Att kunna hålla upp ett vardagsliv och vara självständig var mycket ett resultat av hårt arbete (Wann-Hansson et al., 2008).

I en studie av Hedeager Momsen et al. (2011) gjorde man en jämförelse mellan två grupper som var drabbade av claudicatio. Den ena gruppen fick konservativ behandling och den andra gruppen fick kirurgisk behandling. Båda grupperna fick information om riskfaktorer hos personer med claudicatio samt information om livsstilsförändringar och nyttan av promenader som behandlingsform. Resultatet visade att gruppen som genomgått kirurgi visade signifikant bättre resultat vad gäller fysisk funktion och en klar förbättring i livskvalité. Den konservativa gruppen visade däremot inte någon förbättring alls i livskvalité eller egenrapporterad gångförmåga utan endast en liten förbättring i gångsträckan kunde mätas. Även Nordanstig et al. (2014) har visat liknande resultat. Här kunde man dock se en viss förbättring i fysiska funktioner och livskvalité hos den konservativt behandlade gruppen om än liten. I gruppen som genomgått kirurgi var det fler som slutade röka än i den konservativa gruppen.

Deltagarnas förståelse för att deras tillstånd troligtvis inte kommer att bli bättre gjorde att personerna fokuserade på att åtminstone inte bli sämre. En önskan att inte hamna i den situation de var i innan behandlingen var en stark motivation för livsstilsförändring. Att äta nyttigt och sluta röka var viktigt. Att gå vidare och göra det bästa av situationen framkom vid långtidsuppföljningen. Personerna hade hittat nya värden i livet. Det sociala livet var viktigt. Ett telefonsamtal kunde vara lika värdefullt som ett personligt möte. Att lyssna på dansmusik kunde ersätta att dansa. Förståelsen att det finns andra som hade det värre gjorde det lättare att uppskatta livet som det var. Lång erfarenhet av att leva med perifer artärsjukdom innebar att man gradvis blev medveten om att man har en kronisk sjukdom. Det var uppenbart att personerna förändrade sina förväntningar (Wann-Hansson et al., 2008).

I en studie visade det sig att nästan alla studiedeltagare hade pratat med vårdpersonal om gångträning. En minoritet hade inte uppfattat samtalen som att det inte var en behandlingsform utan mer ett råd de fått om träning. Andra hoppades däremot att de skulle kunna avvärja operation genom att börja gångträna (Galea Holmes et al., 2015). Livsstilsförändringar och rökavvänjning var något som en signifikant del av studiedeltagarna hade fått hjälp med av vårdpersonal. Att få stöd av vårdpersonal i kombination med nikotinmedicin gjorde att rökstoppet gick lättare. Sjukgymnaster hade hjälpt till med gångträning och rökavvänjning. En förklaring av sjukgymnast att träning

inte skulle hjälpa om personen inte slutade röka var ett uppvaknande och motiverade till rökstopp (Lokin et al., 2015).

Att förbättringar i livskvalité kan uppnås vid strukturerad hembaserad träning har Fakhry, Spronk, de Ridder, den Hoed och Hunink (2011) visat. Personer med claudicatio fick noggrann instruktion om hur gångträning skulle genomföras, daglig träning i minst 30 minuter. Utvärdering gjordes regelbundet då uppmuntran om fortsatt träning gavs. Undervisning om sjukdomen, nya rön och riskfaktorer togs upp vid varje möte. Klara förbättringar i gångsträcka kunde ses efter 12 månader. Förbättringar kunde också ses i livskvalité, framförallt när det gällde områden som rör fysisk funktion. I studien användes en kontrollgrupp som fick handledd träning där de gick på ett gångband 30 minuter två gånger i veckan. Utvärderingen visade signifikant bättre resultat vad gäller fysisk funktion hos kontrollgruppen. Däremot visades samma förbättringar i livskvalité hos både försöksgruppen och kontrollgruppen förutom att kontrollgruppen uppgav bättre generell hälsa vid uppföljning efter sex månader.

#### Skillnader i livskvalité och fysisk aktivitet mellan män och kvinnor

Skillnader i livskvalité och fysisk aktivitet mellan män och kvinnor med claudicatio har påvisats i en studie av Lozano, González-Porras, March, Carrasco och Lobos (2014). Hälsostatuset visade att kvinnor var några år äldre än män och levde i större utsträckning i ensamhushåll. Kvinnor var mer överviktiga än män däremot rökte män i större utsträckning. Trots liknade resultat i mätmetoderna upplevde kvinnor något sämre livskvalité. Kvinnor hade också sämre gångkapacitet, långsammare gånghastighet och sämre kapacitet att gå i trappor när WIQ mättes.

Liknande resultat fann Sigvant et al. (2011) i skillnader av presentation av symtom mellan kvinnor och män med claudicatio. Det visade det sig att män drabbades mer av stroke och andra hjärtåkommor. Män rökte mer än kvinnor trots det var gångavståndet, gånghastighet och kapacitet att gå i trappor var bättre hos män än hos kvinnor. Efter fyra år följdes studiedeltagarna upp och resultatet visade att bägge könen hade minskat sitt ABI och gångförmågan som mättes via WIQ hade försämrats hos bägge könen. Män tog sig utanför sina hem oftare än vad kvinnor gjorde och sökte även medicinsk vård oftare än kvinnor. Mer män än kvinnor behövde hjälp i det dagliga livet och oftast fick de hjälp av sin livspartner. Däremot var kvinnor mer villiga att använda sig av hemhjälp eller friska anhöriga som exempelvis barn.

## DISKUSSION

### Metoddiskussion

Författarna till föreliggande studie valde att göra en litteraturöversikt för att undersöka tidigare forskning i det aktuella området. Som metod valdes en litteraturöversikt där aktuell forskning sammanställs för att besvara syftet i enlighet med Forsberg och Wengström (2013). Till en början tänkte författarna enbart inkludera kvalitativa artiklar men insåg att det finns många olika sätt att mäta livskvalité på. I de kvantitativa artiklarna fann författarna många olika mätinstrument för att mäta livskvalité. Detta gjorde att författarna tänkte om och valde att inkludera även kvantitativa artiklar. Författarna till arbetet ansåg att genom att kombinera dessa forskningsansatser kunde valt problemområde och syfte belysas utifrån olika aspekter. Enligt Forsberg och Wengström (2013) ger kvantitativa studier kunskap om behandlingsmetoder och omvårdnadsåtgärder medan kvalitativa studier ger en beskrivande kunskap om exempelvis upplevelse.

För att svara på syftet hade författarna även kunna använda sig av en intervju eller enkätstudie och möjligtvis hade författarna fått ett annat resultat med större djup med att belysa livskvalitén hos personer med claudicatio. Metoden litteraturöversikt användes emellertid då detta gav möjlighet till en bredare och mer generell bild av problemområdet. Artiklarna som valdes ut var peer reviewed och skulle vara skrivna på svenska eller engelska. Några artiklar skrivna på svenska fann inte författarna så samtliga artiklar var skrivna på engelska vilket innebar en risk för feltolkning av texten. Mycket tid har lagts ner på genomläsning och översättning av artiklarna för att minska risken för feltolkningar. Vidare skulle artiklarna vara etiskt granskade. Några artiklar som valdes ut var godkända av sjukhusledningen så de artiklarna valde författarna att ha med. Två artiklar kunde författarna inte hitta om de var etiskt godkända så de valdes bort trots att de svarade till syftet. Artiklarna skulle inte vara äldre än 10 år i enlighet med Sophiahemmet högskola. Tre artiklar som svarade till syftet hittades som var äldre än 10 år och de valdes också bort. Ingen hänsyn till en viss åldersgrupp behövdes göra då claudicatio är en sjukdom som drabbar äldre personer heller ingen geografisk begränsning gjordes.

Datansamlingen började med en bred sökning efter vetenskapliga artiklar i databasen PubMed i oktober 2015. Databaserna Cinahl, och PsycINFO användes också. Det är databaser som täcker bland annat omvårdnad och är rekommenderade av Sophiahemmet högskola. Författarna sökte också artiklar på Google Scholar. De flesta artiklar fanns i flera databaser så författarna valde att begränsa sig till Sophiahemmets rekommendationer av val. Efter att provsökningen gjorts tog författarna hjälp av en bibliotekarie för att finna relevanta artiklar. Sökorden som användes var intermittent claudication, quality of life och life-style. Booleska operatörer som användes var AND och användes för att ge ett smalare resultat. Författarna gjorde också enskilda sökningar och jämförde sedan artiklarna de funnit tillsammans. Referenslistorna lästes också igenom i enlighet med Forsberg och Wengström (2013) och en artikel hittades på så vis. Författarna började med att läsa titeln och sedan abstrakt på ett antal artiklar som verkade stämma med syftet. En svaghet kan vara att författarna missade någon relevant artikel på grund av att inte alla abstrakt lästes. Många artiklar hade olika mätinstrument för att mäta livskvalité och författarna fann att begreppet mäta livskvalité var en utmaning. Att mäta livskvalité i sig själv är en utmaning enligt SBU (2012). Mätmetoderna värderas olika i olika länder. Bara enkäten EQ-5D finns i 18 olika variationer (SBU, 2012). Till sist valde författarna i enlighet med SBU (2012) att det var ett dåligt alternativ att avstå från artiklar som mätte livskvalité och inkluderade artiklar med olika mätinstrument på så vis ansåg författarna att kvalitén på resultatet ökade.

Samtliga artiklar lästes i sin helhet av båda författarna. Artiklarna granskades i flera steg och sammanställdes till ett gemensamt resultat. Artiklarnas syfte, metod, deltagarantal, eventuella bortfall, resultat samt klassificering fördes in i en matris framtagen av William, Stoltz och Bahtevani (2011). Matrisen är modifierad av Sophiahemmet Högskola och är ett bedömningsunderlag för kvalitetsbedömning och klassificering av vetenskapliga artiklar avseende studier med kvalitativ och kvantitativ metodansats. Författarnas ovana att bedöma vetenskapliga artiklar kan vara till en nackdel. Flera artiklar varade under flera år och hade olika metoder. Författarna diskuterade och kom gemensamt fram till resultat och matris.

### **Resultatdiskussion**

Syftet med föreliggande studie var att belysa hur personer med claudicatio upplevde sin livskvalité och känsla av sammanhang. När resultatet diskuterades utgick författarna från KASAM och modellens tre komponenter begriplighet, hanterbarhet och meningsfullhet.

#### Begriplighet

Människan mår bra av struktur och regelbundenhet i sitt liv och att då göra händelser i livet begripliga gör att individen mår bättre. Antonovsky (1987) menar att komponenten begriplighet gör tillvaron hanterbar, tydlig strukturerad och gripbar. Det ger en viss förmåga att förutse vardagen, eller åtminstone förklara den. Vilket gör att även om oväntade eller traumatiska händelser inträffar, kan dessa förstås.

Resultatet visade att personer med claudicatio har en dålig kunskap om orsaker till sjukdomen och sjukdomsprocessen samt en brist på förståelse för sin sjukdom (Cavalcante et al., 2015; Gorely et al., 2015; Lokin et al., 2015; Tomczyk & Treat-Jacobson, 2009). Ett fåtal trodde claudicatio var en allvarlig åkomma som inte gick att göra någonting åt medan andra trodde det var en godartad smärta som det gick att leva med (Galea Holmes et al., 2015). Sambandet mellan claudicatio och de sjukliga förändringarna i hjärtkärlsystemet och den ökade risken för stroke och andra kardiovaskulära sjukdomar var en skrämmande liten del av studiedeltagarna medvetna om. Några studiedeltagare förnekade sambandet mellan claudicatio och de sjukliga förändringar i hjärt-kärlsystemet de själva haft medan andra ignorerade det faktum att de var i riskzonen för andra hjärt- och kärlsjukdomar (Lokin et al, 2015). Författarna till föreliggande litteraturöversikt har blivit medvetna om att denna patientgrupp upplever att de fått dålig information om orsaker och risker vid sin sjukdom trots att det i samhället pratas mycket om hjärt- och kärlsjukdomar. Kanske är det så att fokus oftast hamnar på hjärtat. Detta är anmärkningsvärt då det finns evidens för att claudicatio är förenat med ökad dödlighet i både stroke och hjärtinfarkt (Bergqvist et al., 2011; Tomson & Lip, 2005). Samtidigt som en större del av studiedeltagarna förstod sambandet mellan rökning och claudicatio visade det sig att nästan hälften av studiedeltagarna inte förstod att till exempel ohälsosam kost eller bristande motion kunde ha ett samband. Att livsstilen kunde bidra till eller förvärra deras symtom fanns det lite förståelse för (Lokin et al, 2015). En intressant iakttagelse författarna till föreliggande studie gjort var att studiedeltagarna hade förståelse för att rökning påverkar sjukdomsförloppet negativt men inte har någon vetskap om sambandet mellan kost och motion och utvecklingen av symtom. Kanske kan det vara så att information om rökstopp oftare är i fokus än samtal om kost och motion när personen kommer i kontakt med hälso- och sjukvården.

När studiedeltagarna skulle beskriva sjukdomsprocessen och symtom vid claudicatio framkom det att det finns många olika sätt att beskriva det på. Kommentarer som att blodet rann sakta eller att det var en blockad i artären och att det var en allvarlig sjukdom förekom men kommentarer men också enklare beskrivningar som dåligt och hjälplöst. Några trodde

claudicatio symtomen var någon annan åkomma som exempelvis muskelsträckning eller nageltrång (Tomczyk & Treat-Jacobson, 2009).

Då studiedeltagarna skulle beskriva symtomen vid claudicatio var det en beskrivning som författarna till föreliggande studie kände igen med erfarenheten de har med att arbeta på en kärlkirurgisk vårdavdelning. Beskrivningarna stämde också överens med andra studier som författarna läst (Bergqvist, 2013; Sutton, 2008). Ord som användes var smärta, trötthet, ont, kramp samt ömhet i benen. Även beskrivningar som nedsatt känsel i benen, heta fötter (Tomczyk & Treat-Jacobson, 2009). En bensmärta som klämde åt vaden riktigt hårt när promenaden ökade eller personerna gick i uppforsbackar (Gorely et al., 2015), eller som om ett rep som drogs åt (Egberg et al., 2012). Andra sätt att beskriva symtomen var bortdomnade ben eller kalla fötter (Gorely et al., 2015; Tomczyk & Treat-Jacobson, 2009). Män beskrev sina symtom mer klassiska som kramp och smärta i benen medan kvinnor mer beskrev symtom som trötthet, ostadighet, domningar och sorg (Sigvant et al., 2011). Att män och kvinnor beskrev symtomen olika var något som författarna upplevde som förvånande och inget som de reflekterat över tidigare. Vid noggrannare eftertanke borde det inte vara konstigt då det vid flera olika åkommor finns skillnader mellan hur män och kvinnor upplever sin sjukdom. Bland annat är det känt att kvinnor kan visa andra symtom än män vid hjärtinfarkt. Då borde även skillnader finnas hos män och kvinnor med claudicatio då grundorsaken är den samma vid hjärtsjukdom.

Det visade sig också att en brist på kunskap om vinster med fysisk aktivitet var ett hinder för att studiedeltagarna skulle komma igång att aktivera sig (Cavalcante et al. 2015; Gorely et al., 2015). Det framkom också olika tolkningar om vilken effekt promenader hade. Några ansåg inte att promenader skulle vara något som hjälpte dem i förbättring i sjukdomen medan en minoritet förstod att promenader kunde förbättra deras cirkulation och symtom. Andra tyckte promenader var generellt bra för hälsan men var skeptiska till att det skulle förbättra deras claudicatio. Endast ett fåtal trodde promenader var en överlägsen träningsform vid claudicatio (Galea Holmes et al., 2015).

Det var många som var medvetna om att det fanns saker de kunde göra själv för att förbättra sitt tillstånd men var inte övertygade om att det skulle ha någon effekt eller saknade motivation för att komma igång med fysisk aktivitet. En minoritet uttryckte rädsla för att fysisk aktivitet skulle förvärra tillståndet (Gorely et al., 2015). Efter endovaskulära åtgärder ansåg en minoritet sig botade eftersom smärtan avtagit och de därför inte behövde börja motionera eller ändra sin livsstil (Lokin et al., 2015).

Åter igen framkommer denna brist på kunskap om sjukdomens bakomliggande orsaker och att det finns mycket som personerna kan göra själva vad gäller gångträning för att inte symtomen ska förvärras eller återkomma efter till exempel genomgången kirurgi. Brist på motivation och kunskap visar på behov av stöd, uppmuntran men också återkommande information från vårdpersonal. Troligtvis leder en brist på kunskap till dålig förståelse för sjukdomen och kan leda till rädsla för förvärring av tillståndet.

Ett tydligt samband på hur personer med claudicatio hanterar sin situation och vilken förståelse de har för sin sjukdom kan ses. Precis som Antonovsky (1987) beskriver vikten av en bra förståelse för sin sjukdom för att kunna hantera sin vardag visar detta resultat att det handlar om en dålig förståelse som leder till nedsatt livskvalité och en dålig livssituation.

### Hanterbarhet

I föreliggande studie framkom att personer med claudicatio upplevde många negativa känslor över sin situation som till exempel ilska, frustration, förödmjukelse, rädsla, depression och ensamhet. Även identitetskänslan påverkades och gjorde att de kände sig gamla (Galea Holmes et al., 2015). Andra känslor som framkom var sårbarhet, att vara till besvär och att känna sig beroende av andra (Egberg et al., 2012). Flera uppgav att de inte kände samma livsglädje längre (Egberg et al., 2012; Gorely et al., 2015). Det framkom att denna patientgrupp kände sig övergivna av vårdpersonal och att de inte fick lika mycket uppmärksamhet som andra patientgrupper. Personer med claudicatio upplevde att vårdpersonalen visade brist på empati och tyckte inte att de blev behandlade som individer (Gorely et al., 2015). Att personer med claudicatio var så känslomässigt påverkade var en ny kunskap för författarna till föreliggande studie. Denna kunskap är värd att reflektera över då sjuksköterskan möter denna patientgrupp. Känslan av övergivenhet och upplevelsen av brist på empati är anmärkningsvärd och viktig att belysa då vi som sjukvårdspersonal är skyldiga att visa empati och arbeta efter en personcentrerad vård. Enligt patientlagen (SFS 2014:821) är hälso- och sjukvården skyldiga att få patienten delaktig i sin vård och ska också gynna patientens självbestämmande. De visar också att vårdpersonalen är dåligt insatt i denna patientgrupp. Om bättre kunskap fanns skulle förståelse för vikten av bemötande, stöttning och information visa sig.

Studien visade ändå att denna grupp hittade sätt att hantera sin vardag, både stödjande och icke stödjande strategier förekom (Egberg et al., 2012; Tomczyk & Treat-Jacobson, 2009). Studiedeltagarna planerade sina aktiviteter, att hitta ställen att vila på där det inte kändes genant att bara stå och titta. Att ta hiss istället för trappor och att åka bil istället för att gå var några. Andra strategier var att stanna hemma i stället för att ge sig ut och bjuda hem folk i stället för att själva åka till vänner eller släktingar. Många kände att de hade hjälp och fick stöd av sina familjemedlemmar både med praktiska göromål och känslomässiga ting (Egberg et al., 2012). Trots påverkan i gångförmåga var personer med claudicatio funktionellt oberoende och klarade sin vardag utan hjälpinsats från samhället (Assis et al., 2015). Mer negativa copingmetoder var till exempel att sitta hemma och gråta (Tomczyk & Treat-Jacobson, 2009). Förekomst av både stödjande och icke stödjande strategier och att man hittar sätt att hantera sin vardag kan nog förklaras med att man har olika starkt KASAM och hanterar situationer på olika sätt. De flesta hittade ändå ett sätt att hantera sin vardag trots att de upplevde att de hade dålig livskvalité.

### Meningsfullhet

Att kärlikirurgi ökade livskvalité hos personer med claudicatio framkom i flera studier (Hedeager Momsen et al., 2011; Keeling et al., 2008; Nordanstig et al., 2014; Wann-Hansson et al., 2008). Förbättring i både fysisk aktivitet och minskad smärta upplevdes. Även psykiska och emotionella områden så väl som den allmänna hälsan förbättrades.

Man bör här ha en medvetenhet om att tidigare studier visat att operationer kan vara riskabla och ska erbjudas efter noga övervägande hos denna patientgrupp då det har visat sig att många bypasser ockluderar inom fem år och att patienterna då kan få en försämring i sitt tillstånd i stället. Det kan till och med leda till att man behöver amputeras om det inte finns fler kärlikirurgiska åtgärder att erbjuda (Flörensen et al., 2009).

Vad författarna till föreliggande studie sett är dock att dessa patienter upplever en markant förbättring i sin livskvalité efter kirurgi. I de studier som författarna tittat på var

uppföljningen av patientgruppen som längst två och ett halvt år efter kirurgi vilket kanske inte ger hela sanningen.

Ett intressant perspektiv att titta på var patienter som tidigare haft kritisk ischemi men genomgått kirurgi och därefter blivit förbättrade vad gäller sårhäkning och vilovärk, men hade kvar symtom som claudicatio eller förändrad känsel i benen. Denna grupp tyckte att de hade ett bra liv och kunde acceptera en nedsatt gångförmåga. De visste att det kunde vara värre och att de troligtvis inte skulle bli bättre. De var då mer fokuserade på att åtminstone inte bli sämre och var mer motiverade till livsstilsförändringar (Wann-Hansson et al., 2008). Antonovsky (1987) menar att meningsfullheten är viljan att möta motgång och svårigheter, att finna mening och innebörd i de situationer som uppstår. Det kan nog förklara den ökade motivationen till livsstilsförändring och en acceptans för tillvaron när man såg en mening att kämpa för att inte återkomma till den tidigare sämre situationen som man varit i.

All gångträning gav ökad livskvalité. Dock visade det sig att det krävs ordentlig instruktion och kontinuerlig uppföljning för att detta ska uppnås. Bäst resultat sågs vid handledd träning där man fick komma tre gånger i veckan och träna på gångband under övervakning av exempelvis en fysioterapeut (Fakhry et al., 2011). Det är dock inte överallt inom hälso- och sjukvården som det finns dessa resurser eller alla som har möjlighet till detta. Det positiva var då att resultatet visade att träning i hemmet kunde ge nästan lika goda förbättringar som handledd träning men krävde mindre resurser. Viktigt var dock att det krävs att regelbunden uppföljning görs och undervisning ges.

Sammanfattningsvis med utgångspunkt från KASAM är att denna patientgrupp troligtvis har ett lågt KASAM framförallt på grund av dålig begriplighet. Alltså dålig kunskap i orsaker till sjukdomen men också bristfällig förståelse för att det finns åtgärder de kan göra själva. Även om personerna hittade sätt att hantera sjukdomen så visade det sig att många mådde psykiskt dåligt och kände sig begränsade i sin vardag. De som såg en meningsfullhet var de som fått stöd med exempelvis gångträning och livsstilsförändringar vilket ställer krav på vårdpersonalen att tillgodose detta stöd.

## **Slutsats**

Föreliggande uppsats belyser att personer med claudicatio har en kronisk sjukdom och är påverkade i sitt vardagsliv på många sätt. Det finns ett behov av kunskap om orsakerna till sjukdomen och om vad personerna själva kan göra för att bromsa sjukdomen. Vidare behövs stöd från vårdpersonalen för att öka förståelsen för livsstilsförändringar hos personer med claudicatio. Det är även önskvärt med utbildningsinsatser som är riktade emot sjukvårdspersonal för att öka förståelsen för faktorer som framkommit som stödjande emot en ökning av livskvalité hos personer med claudicatio.

## REFERENSER

- Antonovsky, A. (1987). *Hälsans mysterium*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Assis, C. S., Batista, L., Wolosker, N., Zerati, A. E., & Genfo e Sliva, R. (2015). Functional independence measure in patients with intermittent claudication. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(5), 753-758. doi: 10.1590/S0080-623420150000500007
- Bergqvist, D. (2013). *Artärsjukdomar*. Lund: Studentlitteratur.
- Bergqvist, D., & Ståhle, A. (2015) *Fysisk aktivitet vid benartärsjukdom*. Hämtad 15 december, 2015, från [http://fyss.se/wp-content/uploads/2015/02/FYSS-kapitel\\_Benart\\_färsjukdom.pdf](http://fyss.se/wp-content/uploads/2015/02/FYSS-kapitel_Benart_färsjukdom.pdf)
- Bergqvist, D., Säwe, J., & Wahlberg, E. (2011). Benartärsjukdom – Inget nytt sedan SBU-rapporten. *Läkartidningen*, 108(8), 403-405.
- Cavalcante, B. R., Farah, B. Q., Barbosa, J. A., Cucato, G. G., Da Rocha Chehuen, M., da Silva Santana, F.,... Ritti-Dias, R. M. (2015). Are the barriers for physical activity practice equal for all peripheral artery disease patients?. *Archives Of Physical Medicine & Rehabilitation*, 96(2), 248-252. doi: 10.1016/j.apmr.2014.09.009
- Cunningham, M. A., Swanson, V., O'Carroll, R. E., & Holdsworth, R. J. (2010). Increasing walking in patients with intermittent claudication: protocol for a randomised controlled trial. *BMC Cardiovascular Disorders*, (10)49. doi: 10.1186/1471-2261-10-49
- Duffy, R. P., Adams, J. E., Callas, P. W., Schanzer, A., Goodney, P. P., Ricci, M. A.,... Bertges, D. J. (2014). The influence of gender on functional outcomes of lower extremity bypass. *Journal Of Vascular Surgery*, 60(5), 1282. doi: 10.1016/j.jvs.2014.05.008
- Edvardsson, D. (Red.). (2010). *Personcentrerad omvårdnad i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Egberg, L., Andreassen, S., & Mattiasson, A. (2012). Experiences of living with intermittent claudication. *Journal Of Vascular Nursing*, 30(1), 5-10. doi: 10.1016/j.jvn.2011.11.001
- Fakhry, F., Spronk, S., de Ridder, M., den Hoed, P. T., & Hunink, M. M. (2011). Long-term effects of structured home-based exercise program on functional capacity and quality of life in patients with intermittent claudication. *Archives Of Physical Medicine & Rehabilitation*, 92(7), 1066-1073. doi: 10.1016/j.apmr.2011.02.007
- Fletcher, L. (2006). Management of patients with intermittent claudication. *Nursing Standard*, 20(31), 59-65.
- Flörenes, T., Sandbaek, G., Strandén, E., & Jörgensen, J. J. (2009). Kirurgisk behandling av aterosklerose i underekstremitetene. *Tidsskrift for den Norske Laegeforening*, 120(21), 2252-2255. doi: 10.4045/tidsskr.09.0181
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2013). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning* (3. uppl.). Stockholm: Natur och kultur.



- Galea Holmes, M. N., Weinman, J. A., & Bearne, L. M. (2015). '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*. doi: 10.1177/1359105315600238
- Gommans, L. N., Scheltinga, M. R., van Sambeek, M. R., Maas, A. H., Bendermacher, B. L. & Teijink, J. A. (2015). Gender differences following supervised exercise therapy in patients with intermittent claudication. *Journal of vascular surgery*, 62(3), 681-688. doi: 10.1016/j.jvs.2015.03.076.
- 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*, 33(1), 4-9. doi: 10.1016/j.jvn.2014.12.001
- Hedeager Momsen, A., Bach Jensen, M., Norager, C. B., Roerbæk Madsen, M., Vestergaard- Andersen, T., & Lindholt, J. S. (2011). Quality of life and functional status after revascularization or conservative treatment in patients with intermittent claudication. *Vascular & Endovascular Surgery*, 45(2), 122-129. doi: 10.1177/1538574410376602
- Hjärt-Lungfonden. (2011). *Tobak En skrift om tobak och hur man slutar röka*. Stockholm: Hjärt-Lungfonden. Hämtad 1 december, 2015, från [https://www.hjart-lungfonden.se/Documents/Skrifter/Skrift\\_tobak\\_2011.pdf](https://www.hjart-lungfonden.se/Documents/Skrifter/Skrift_tobak_2011.pdf)
- Izquierdo-Porrera, A. M., Gardner, A. W., Bradham, D. D., Montgomery, P. S., Sorkin, J. D., Powell C. C., & Katzel, L.I. (2005). Relationship between objective measures of peripheral arterial disease severity to self-reported quality of life in older adults with intermittent claudication. *Journal of Vascular Surgery*. 41(4), 625-630. doi: 10.1016/j.jvs.2005.01.012
- Keeling, A., Naughton, P., O'Connell, A., & Lee, M. (2008). Does percutaneous transluminal angioplasty improve quality of life?. *Journal Of Vascular & Interventional Radiology*, 19(2), 169-176. doi: 10.1016/j.jvir.2007.09.003.
- Khan, S., Cleanthis, M., Smout, J., Flather, M., & Stansby, G. (2005). Life-style modification in peripheral arterial disease. *European Journal of Vascular and Endovascular Surgery*, 29(1), 2-9. doi: 10.1016/j.ejvs.2004.09.020
- Koraen, L., & Wahlberg, E. (2010). ABC om Claudicatio intermittens. *Läkartidningen*, 107(29-31), 1774-1779.
- Lane, R. A., Mazari, F., Mockford, K. A., Vanicek, N., Chetter, I. C., & Coughlin, P. A. (2014). Fear of falling in claudicants and its relationship to physical ability, balance, and quality of life. *Vascular & Endovascular Surgery*, 48(4), 297-304. doi: 10.1177/1538574413519711
- Lokin, J. L., Hengeveld, P. J., Conijn, A. P., Nieuwkerk, P. T., & Koelemay, M. J. (2015). Disease understanding in patients with intermittent claudication: A qualitative study. *Journal Of Vascular Nursing*, 33(3), 112-118. doi: 10.1016/j.jvn.2015.02.002
- Lozano, F. S., González-Porrás, J. R., March, J. R., Carrasco, E., Lobos, J. M. (2014). Differences between women and men with intermittent claudication: A cross-sectional study. *Journal of Women's Health*, 23(10), 834-841. doi: 10.1089/jwh.2013.4653

- Nordanstig, J., Karlsson, J., Pettersson, M., & Wann-Hansson, C. (2012). Psychometric properties of the disease-specific health-related quality of life instrument VascuQoL in a Swedish setting. *Health & Quality Of Life Outcomes*, 10(1), 45-45. doi: 10.1186/1477-7525-10-45
- Nordanstig, J., Taft, C., Hensäter, M., Perlander, A., Osterberg, K., & Jivegård, L. (2014). Improved quality of life after 1 year with an invasive versus a noninvasive treatment strategy in claudicants: one-year results of the invasive revascularization or not in intermittent claudication (IRONIC) Trial. *Circulation*, 130(12), 939-947. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.114.009867
- Palfeyman, S., Fenwick, N., & Trender, H. (2011). Intermittent claudication. *Independent Nurse*, 25-27. doi: org/10.12968/indn.2011.21.11.87839
- Pedersen, G., Laxdal, E., Jonung, T., & Aune, S. (2007). Claudicatio intermittens - diagnostikk og behandling. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 127(2), 167-170.
- Rowen, D., Brazier, J., & Roberts, J. (2009). Mapping SF-36 onto the EQ-5D index: how reliable is the relationship? *Health and Quality of Life Outcomes*, 7(27), 727-727. doi: 10.1186/1477-7525-7-27
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (2007). *Benartärsjukdom – diagnostik och behandling: En systematisk litteraturöversikt*. Hämtad 14 december, 2015, från Statens beredning för medicinsk utvärdering, <http://www.sbu.se/upload/Publikationer/Content0/1/Benartarrapporten.pdf>
- Statens beredning för medicinsk utvärdering (2012). *Viktigt men svårt mäta livskvalitet*. Hämtad 28 december, 2015, från Statens beredning för medicinsk utvärdering, <http://www.sbu.se/sv/Vetenskap--Praxis/Vetenskap-och-praxis/Viktigt-men-svart-mata-livskvalitet/>
- SFS 2014:821. *Patientlag*. Hämtad 14 december, 2015, från [http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs\\_sfs-2014-821/](http://www.riksdagen.se/sv/Dokument-Lagar/Lagar/Svenskforfattningssamling/sfs_sfs-2014-821/)
- Sigvant, B., Lundin, F., Nilsson, B., Bergqvist, D., & Wahlberg, E. (2011). Differences in presentation of symptoms between women and men with intermittent claudication. *BMC Cardiovascular Disorders*, 11(1), 39-39. doi: 10.1186/1471-2261-11-39
- Sutton, D. (2008). Nurses have an important role in managing intermittent claudication. *Kai Tiaki Nursing New Zealand*, 14(4), 22-23.
- Swedvasc. (2015). *Swedvasc Vascular Registry in Sweden*. Hämtad 17 november, 2015, från <http://www.ucr.uu.se/swedvasc/>
- Tomczyk, S., & Treat-Jacobson, D. (2009). Claudication symptom experience in men and women: is there a difference?. *Journal Of Vascular Nursing*, 27(4), 92-97. doi: 10.1016/j.jvn.2009.09.003
- Tomson, J., & Lip, G. H. (2005). Peripheral arterial disease: a high risk - but neglected - disease population. *BMC Cardiovascular Disorders*, 5(1), 15. doi: 10.1186/1471-2261-5-15

Vetenskapsrådet (2011). God forskningssed. Hämtad 20 december, 2015, från <http://www.vr.se/etik.4.3840dc7d108b8d5ad5280004294.html>

Vodnala, D., Rajagopalan, S., & Brook, R. (2011). Medical management of the patient with intermittent claudication. *Cardiology Clinics*, 29(3), 363-379. doi: 10.1016/j.ccl.2011.04.003

Wann-Hansson, C., Hallberg, I., 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*, 45(4), 552-561. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.11.006

Världshälsoorganisationen (WHO).(1997). *WHOQOL Measuring Quality of life*. Hämtat från WHO, [http://www.who.int/mental\\_health/media/68.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/68.pdf)

Willman, A., & Stoltz, P., & Bahtsevani, C. (2011). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk verksamhet*. (3. uppl.). Lund: Studentlitteratur.

## BILAGA I

Tabell 1. Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Stoltz och Bahtsevani (2011).

| KOD OCH KLASSIFICERING   | VETENSKAPLIG KVALITET   |            |   |
|--|---|------------|---|
|  | I = Hög kvalitet  | II = Medel | III = Låg kvalitet  |
| <b>Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT)</b> är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.   | Större välplanerad och välgenomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.  | *          | Randomiserad studie med få patienter/deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter/deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall. |
| <b>Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT)</b> är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.   | Välplanerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.                    | *          | Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.  |
| <b>Icke- kontrollerad studie (P)</b> är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.  | Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter/deltagare och adekvata statistiska metoder.  | *          | Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.  |
| <b>Retrospektiv studie (R)</b> är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.   | Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.   | *          | Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.  |
| <b>Kvalitativ studie (K)</b> är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller). | Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvalsprocess; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik. | *          | Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.  |

\* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.

## BILAGA II

| Författare<br>År<br>Land   | Titel   | Syfte   | Metod   | Deltagare<br>(bortfall) | Resultat  | Kvalitet<br>Typ |
|--|---|---|---|-------------------------|---|-----------------|
| Assis,<br>Batista,<br>Wolosker,<br>Zerati, Silva<br>(2015).<br>Brasilien.  | Functional independence measure in patients with intermittent claudication.                       | Att utvärdera funktionellt oberoende hos patienter med claudicatio och att kontrollera sambandet med sociodemografiska faktorer, kliniska variabler, gångförmåga och fysisk aktivitetsnivå. | Beskrivande, utforskande tvärsnittsstudie med en kvantitativ ansats. Mätte WIQ, basicskala, fysisk aktivitet via frågeformulär. Det funktionella oberoendet mättes med ett frågeformulär kallad FIM (functional independence measure). Kliniska och demografiska fakta hämtades från journaler och via patientintervjuer. | n=50<br>(0)             | Patienten med claudicatio är helt eller så gott som oberoende när det gäller sin ADL. Har dock låg fysisk aktivitet och försämrad gångförmåga. De resultaten hittades i gånghastigheten.  | P 1             |
| Cavalcante,<br>Farah,<br>Barbosa, C<br>cato, da<br>Rocha<br>Chehuen, da<br>Silva<br>Santana,<br>Wolosker, de<br>Moraes<br>Forjaz ,<br>Ritti-Dias<br>(2015)<br>Brasilien. | Are the barriers for physical activity practice equal for all peripheral artery disease patients? | Syftet var att undersöka hinder för fysisk aktivitet relaterat till sociodemografiska sjukdomstillstånd och kliniska variabler hos patienter med claudicatio.                               | Tvärsnittsstudie. Fakta som kön, ålder, utbildning, andra sjukdomar hämtades från journaler och vid en fysisk undersökning där även gångsträckan mättes. Personliga och miljömässiga barriärer till fysisk aktivitet togs fram via intervjuer och två frågeformulär.  | n= 145<br>(0)           | Brist på kunskap och osäkerhet på vinster med träningen samt rädsla för att falla var några barriärer till att inte träna. Ingen skillnad mellan könen. Miljömässiga barriärer var bl.a hinder som förväntas vara smärtsamt som trappor och backar. Även brist på viloställen. Svårigheter att ta sig till platser att gå till. Resultatet visade samband mellan låg inkomst, låg utbildning, diabetes, lågt ABI och flera barriärer till fysisk aktivitet hos patienter med claudicatio. | P 1             |

BILAGA II

|   |  |   |  |                   |   |              |
|---|--|---|--|-------------------|---|--------------|
| <p>Egberg, Andreassen, Mattiasson (2012). Sverige</p>                     | <p>Experiences of living with intermittent claudication.</p>   | <p>Att beskriva individers upplevelse/erfarenhet av att leva med claudicatio.</p>   | <p>En intervjustudie med kvalitativ beskrivande design. Intervjuerna startade med en öppen fråga, där de ombads att berätta om sin erfarenhet att leva med nedsatt cirkulation i benen. En intervjuguide användes så att speciella ämnen täcktes in. Resultatet tolkades flera gånger.</p>               | <p>n= 17 (2)</p>  | <p>Claudicatio har en stor inverkan på det dagliga livet. Deltagarna kände obehag i benen och behövde ändra sina gångrutiner. De kände sig bland annat obekväma med att behöva stanna och vila. De saknade sitt liv och att behöva anpassa sig till ett begränsat liv. Utflykter och andra dagliga aktiviteter måste planeras förväg.</p> | <p>K 1</p>   |
| <p>Fakhry, Spronk, de Ridder, den Hoed, Hunink (2011). Nederländerna.</p> | <p>Long-term effects of structured home-based exercise program on functional capacity and quality of life inpatients with intermittent claudication.</p> | <p>Syftet var att utvärdera effekten av strukturerade hembaserade träningsprogram vad gäller funktionsförmåga och livskvalité hos patienter med claudicatio efter ett års uppföljning, jämfört med kontrollgrupp som fått handledd träning.</p> | <p>En jämförande longitudinell studie. ABI, MWD (maximum walking distans), MPWD (maximum walking pain distans), SF-36, VascuQol och EQ-5D mättes vid studiestart. Deltagarna instruerades att träna dagligen efter instruktioner. Efter 6 och 12 månader utvärderades resultat med samma mätmetoder.</p> | <p>n=142 (47)</p> | <p>Genomsnittlig förbättring i MWD med 364 % efter 12 månader och kvarstod efter 12 månader. Förbättring i livskvalité var signifikant i vascuQol/ SF-36. Förbättring i de fysiska funktionerna. Kontrollgruppen visade signifikant bättre resultat i funktionsförmågan och livskvalitén.</p>   | <p>RCT 1</p> |
| <p>Galea Holmes, Weinman, Bearne (2015).</p>                              | <p>'You can't walk with cramp!' A qualitative exploration of individuals' beliefs</p>  | <p>Denna studie undersökte deltagarnas upplevelser av och föreställningar om sin sjukdom och erfarenhet av</p>  | <p>Semi-strukturerade djupintervjuer. Man började med att intervjua 12 personer men hade som kriterie</p>  | <p>n=19 (0)</p>   | <p>2 huvudteman.<br/>1. Nästan alla deltagare hade pratat med vårdpersonal om gångträning. Få tyckte det var en behandling bara ett råd de fått. Andra hoppades att de skulle avvärja operation genom gångträning.</p>  | <p>K 1</p>   |

**BILAGA II**

|  |   |  |  |           |  |       |
|--|---|--|--|-----------|--|-------|
| United Kingdom.  | and experiences of walking as treatment for intermittent claudication.  | promenader som behandling för claudicatio.   | att fortsätta tills ingen ny information framkom. Ytterligare sju personer inkluderades därför.  |           | 2. Alla engagemang att promenera men saknade riktlinjer hur mycket eller hur ofta de skulle gå.  |       |
| Gorely, Crank, Humphreys, Nawaz, & Tew (2015). United Kingdom.   | "Standing still in the street": Experiences, knowledge and beliefs of patients with intermittent claudication- A qualitative study    | Studien strävade efter att fastställa individers erfarenhet att leva med PAD, deras kunskap om tillståndet och deras tankar om fysisk aktivitet och interventionsprogram, speciellt strukturerad utbildning. | Kvalitativ studie där man använde en fokusgruppmetod för att förklara deltagarnas uppfattning. Gruppdiskussionerna spelades in. Inspelningarna transkriberades sedan och sammanställdes i teman. | n=24 (0)  | En av de tydligaste punkterna som framkom var deltagarnas starka uppfattning om att inte få så mycket uppmärksamhet eller behandling från vårdpersonalen eller andra tillstånd. De tyckte också att patienter med andra tillstånd. De tyckte också att vårdpersonalen visade brist på empati och inte behandlade dem som individer. Okunskap om sjukdomen och brister i kunskaper om riskfaktorer. | K 1   |
| Hedeager Momsen, Bach Jensen, Norager, Roerbæk Madsen, Vestersgaard - Andersen & Lindholt (2011). Danmark. | Quality of life and functional status after revascularization or conservative treatment in patients with intermittent claudication.   | Utvärdera effekten av revaskularisering och konservativ behandling vad gäller livskvalité, gångsträcka och funktionsstatus.  | Icke randomiserad prospektiv kontrollerad studie. Deltagarna togs ut ur en annan studie. Mätte SF-36, WIQ, MPWD och ABI.   | n= 88 (0) | Efter kirurgi ökade poäng för fysisk aktivitet i SF-36 med 29 %. WIQ ökade med 64 %. MPWD ökade med 313 %. MWD ökade med 135 %. I den konservativa gruppen som fått samma information om riskfaktorer och träning hade ingen signifikant förändring i SF-36 eller WIQ och endast en liten ökning MPWD m  | CCT 1 |
| Izquierdo-Porrera, Gardner, Bradham, Montgomery, Sorkin, Powell & Katzel                                   | Relationship between objective measures of peripheral arterial disease severity to self-reported quality of life in older adults with | Syftet med denna studie var att fastställa sambandet mellan funktion hos deltagare med claudicatio och hälsorelaterade livskvalité.  | Tvärsnittstudie. Deltagarna togs ut med hjälp av Fontaines skala och ABI. Deltagarna fick sedan själva fylla i SF-36 och WIQ för att mäta livskvalité.   | n=80 (0)  | Deltagarna identifierade sig med lägre livskvalité och uppfattade sig som funktionshindrade och att de hade en sämre fysik och upplevde sämre hälsorelaterad livskvalité jämfört med kontrollgruppen som inte hade intermittent claudicatio.   | CCT 1 |

BILAGA II

|  |  |   |  |              |   |       |
|--|--|---|--|--------------|---|-------|
| (2005). USA  | intermittent claudication.   |   |  |              |   |       |
| Keeling, Naughton, O'Connell, Lee (2008). Ireland.                         | Does percutaneous transluminal angioplasty improve quality of life?                                    | Studien hade två syften.<br>1. Syftet undersöka om PTA har inverkan på livskvalité hos pat. med claudicatio /kritisk ischemi.<br>2. Syftet var att avgöra om medicinering förändrar pat. Livskvalité. | Alla patienter som genomgick PTA under ett år och som hade förmåga att fylla i ett frågeformulär inkluderades                                    | n=72 (16)    | Patienter med claudicatio hade en signifikant förbättring jämfört med patienter med kritisk ischemi. De med claudicatio visade förbättringar i sju av områdena i SF-36 formuläret efter en månad. Dessa områden var fysisk funktion, fysiska rollfunktioner, sociala funktioner, psykiskt välbefinnande, energi/vitalitet, smärta och förändrad hälsa. Förbättringen kvarstod efter sex månader då även förbättringar i de två sista områdena också skett | CCT 1 |
| Lane, Mazari, Mockford, Vanicek, Chetter & Coughlin (2014). United Kingdom | Fear of falling in claudicants and its relationship to physical ability, balance, and quality of life. | Syftet var att undersöka om det fanns en rädsla för att falla hos personer med claudicatio och om det fanns ett samband mellan fysisk funktion balans och livskvalité.                                | Prospektiv observerande studie. Mätte SF-36, VasculQoL, ABI, MWD, balanstest och fick sista svaret på en fråga: Är du rädd för att falla/ ramla. | n=161 (78)   | Tjugosex komma fem procent att de var rädda för att falla. Kvinnor var mer rädda än män att falla. Mer än 74 procent ansåg rädslan för att falla hörde ihop med dålig balans dålig, fysisk förmåga och sämre livskvalité.   | P1    |
| Lokin, Hengeveld, Conijn, Nieuwkerk & Koelemav (2015). Nederländerna       | Disease understanding in patients with intermittent claudication: A quality study.                     | Syftet var att undersöka vad deltagarna hade för förståelse för sin claudicatio, etiologi och symtom.   | Semi-strukturerade djupintervjuer som transkriberades och kategoriserades. Togs ut från en större studie.  | n=20 (1)     | Studien visar att deltagarna mestadels hade felaktig tolkning om claudicatio. Sjuttionio procent förstärkning var en riskfaktor. Nästan 50 procent underskattade effekten av att äta dåligt och inte. Sjuttionio procent var ovetande om att claudicatio innebär en systematisk kärlsjukdom.  | K 1   |
| Lozano, González-Porras, March, Carrasco &                                 | Differences Between Women and Men with Intermittent Claudication: A                                    | Syftet var att undersöka om det förekom skillnader i funktion och livskvalité mellan kvinnor och män med  | Tvårsnittsstudie. Icke randomiserad. Deltagarna togs ut med hjälp av bland annat Fontaines skala.  | n=2127 (486) | Kvinnor upplevde sju procenten sämre livskvalité trots att ABI var detsamma som hos män. Kvinnor hade även lite mer än fyra procent sämre gångkapacitet än män med samma ABI. Kvinnorna hade en lägre förmåga   | CCT 1 |



**BILAGA II**

|   |  |   |   |                        |  |          |
|---|--|---|---|------------------------|--|----------|
| Lobos (2014). Spanien   | Cross –Sectional Study.  | claudicatio.  | Mätmetoder som användes ABI, EQ-5D,WIQ.   |                        | att motionera.   |          |
| Nordanstig, Taft, Hensäter, Perlander, Österberg & Jivegård (2014). Sverige | Improved quality of life after 1 year with an invasive versus a noninvasive treatment strategy in claudicants. | Att testa teorin om kirurgisk behandling kontra en konservativ behandling förbättrar hälsorelaterad livskvalité efter 1 år hos patienter med claudicatio. | Randomiserad kontrollerad studie<br>Prospektiv<br>Patienter delades in i två grupper efter vissa kriterier för att vara så likartade som möjligt.<br>Därefter lottades vilka som skulle få kirurgisk respektive konservativ behandling. Alla patienter informerades noga om bakgrund, riskfaktorer, symtom, hur man hanterar sjukdomen och behandlingsalternativ SF-36 och Vascuqol, ABI, MWD, MPWD mättes. | n= 158<br>( 10)        | Vid ettårs kontrollen var 90 procent i den kirurg gruppen och 96 procent i den konservativa gruppen kvar. Signifikant större förbättring hittades i den kirurgiska gruppen vad gäller fysiska delen och SF-36. Detsamma gällde VascuQI i områdena av symtom och känslomässiga faktorer. ABI och tåtryck var högre i den kirurgiska gruppen efter ett år och hade förbättrats signifikant mer än i den konservativa gruppen. Det var fler som hade slutat röka i den kirurgiska gruppen än i den konservativa, åtta procent mot en procent. | RCT<br>1 |
| Sigvant, Lundin, Nilsson, Bergqvist & Wahlberg (2011). Sverige.             | Differences in presentation of symptoms between women and men with intermittent claudication.                  | Syftet med del B var att utvärdera skillnader i sjukdomskaraktäristika drag mellan män och kvinnor med claudicatio.                                       | Del A Kohort studie.<br>Togs ut med hjälp av bland annat Fontaines skala, WIQ, journalgranskning.<br>Del B halvstrukturerade interjuver öppna svarsalternativ. Mätte ABI, SF-36, EQ-5D, 6-minuterstest/promenad.  | Del B<br>N=333<br>(19) | Del B: Bägge könen hade minskat sin ABI ifrån studie A för 4 år tidigare. Män beskrev mer klassiska symtom som kramp och smärta i benen medan kvinnor beskrev mer symtombeskrivning som trötthet, ostadighet, domningar och sorg. Kvinnor tänkte mer på sin bensmärta medan män uppgav mer smärta. Av männen var det 63 procent och av kvinnorna 52 procent som behövde hjälp i sitt dagliga liv. Oftast fick de hjälp av sin livspartner. Kvinnor var mer villiga att använda sig av hemhjälp eller friska anhöriga.                      | K2       |

**BILAGA II**

|   |   |   |   |             |  |    |
|---|---|---|---|-------------|--|----|
| Tomczyk & Treat-Jacobson (2009). USA                          | Claudication symptom experience in men and women: Is there a difference?  | Syftet var att se om det var någon skillnad mellan män och kvinnors beskrivning av upplevelse av claudicatio.                       | Deltagarna valdes ut från en större studie. Kvalitativ analys. Intervju med två öppna frågor. Hur det är att leva med claudicatio och hur sjukdomen påverkat deltagarnas liv. | n=20<br>(2) | Okunskap om sjukdomen framkom hos både män och kvinnor. Det var ingen större skillnad i hur könen beskrev symtom av claudicatio.         | K1 |
| Wann-Hansson, Hallberg, Klevsgård & Andersson (2008). Sverige | The long-term experience of living with peripheral arterial disease and the recovery following revascularisation: A qualitative study | Syftet med studien var att belysa den långsiktiga erfarenheten att leva med perifer artärsjukdom och tillfrisknandet efter kirurgi. | Intervju sex månader och 2,5 år efter kirurgisk åtgärd.   | n=14<br>(0) | Att leva länge med PAD innebär att man gradvis medveten om att man har en kronisk sjukdom. Att kunna gå självständigt var högt värderat. | K1 |

Figur 2. Exempel på del av matris för redovisning av sortering, granskning och kvalitetsbedömning av vetenskapliga studier utarbetad efter Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006).

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög, II = Medel, III = Låg