

Anafylaxi ur ett sjuksköterskeperspektiv

Kunskap, erfarenhet och riktlinjer påverkar
identifiering och behandling

FÖRFATTARE	Annelie Knutsson Camilla Josefsson
PROGRAM/KURS	Examensarbete inom omvårdnad, Fristående kurs, OM5250 HT 2012
OMFATTNING HANDLEDARE	15 hp May Bazzi
EXAMINATOR	Lars-Olof Persson

Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Sahlgrenska akademien



Titel (svensk):	Anafylaxi ur ett sjuksköterskeperspektiv. Kunskap, erfarenhet och riktlinjer påverkar identifiering och behandling.
Titel (engelsk):	Anaphylaxis from a nursing perspective. Knowledge, experience and guidelines affects identification and management.
Arbetets art:	Självständigt arbete
Program/kurs/kurskod/ kursbeteckning:	Fristående kurs Examensarbete inom omvårdnad, OM5250
Arbetets omfattning:	15 Högskolepoäng
Sidantal:	22 sidor
Författare:	Annelie Knutsson Camilla Josefsson
Handledare:	May Bazzi
Examinator:	Lars-Olof Persson

SAMMANFATTNING

Anafylaxi är en akut, oförutsedd, allergisk reaktion som kan uppkomma när som helst. Alla sjuksköterskor skall ha kunskap om anafylaxi, samt beredskap att ta hand om denna reaktion på ett korrekt sätt. I bakgrunden beskrivs den immunologiska mekanismen vid anafylaxi och allergi, symtom och behandling, samt det omvårdnadsvetenskapliga perspektivet. Syftet med denna litteraturöversikt var att identifiera och beskriva bidragande orsaker som ligger bakom osäkerheten kring anafylaxi och därmed ge en ökad kunskap om anafylaxi i sjuksköterskans professionella omhändertagande. Metoden som vi har använt oss av har varit litteraturstudie och sökning har skett via databaserna Pubmed, Cinahl och Scopus. De sökord vi har använt är: anaphylaxis, nursing, education, emergency och management. Resultatet redovisas utifrån tre teman; sjuksköterskans kunskap och tidigare erfarenheter vid bedömning, underanvändning av adrenalin, samt kliniska riktlinjer och protokoll. Resultatet visar på en underanvändning av adrenalin samt att det finns en osäkerhet bland vårdpersonal att bedöma om/när anafylaxi föreligger och svårigheter att beräkna exakt data på antal fall då diagnosen inte alltid dokumenteras korrekt. Alla enheter skall ha en beredskap för och en handlingsplan att följa då det finns risk för anafylaxi. PM och riktlinjer skall finnas dokumenterade och lättåtkomliga för all personal.

Nyckelord: anafylaxi, omvårdnad, utbildning, oförutsedd händelse, omhändertagande

Keyword: anaphylaxis, nursing, education, emergency, management

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

SID

INLEDNING	1
Fallbeskrivning	1
BAKGRUND	1
SJUKSKÖTERSANS PROFESSION	1
Mötet med patienten	2
Kunskap och erfarenhet	3
ANAFYLAXI	4
Epidemiologi	4
Orsaker	4
Symtom	5
Förlopp	6
Riskindivider och riskfaktorer	6
BEHANDLING AV ANAFYLAXI	6
Adrenalin	7
Behandling med kortikosteroider och antihistamin	7
Behandling av astmatisk reaktion och chock	7
PROFYLAX	8
UTREDNING AV ANAFYLAXI	8
PROBLEMFÖRMULERING	9
SYFTE	9
METOD	9
DATAINSAMLING	10
DATAANALYS	11
RESULTAT	12
Sjuksköterskans kunskap och tidigare erfarenheter	12
Underanvändning av adrenalin	13
Kliniska riktlinjer och protokoll	14
DISKUSSION	15
METODDISKUSSION	15
RESULTATDISKUSSION	16
Sjuksköterskans kunskap och tidigare erfarenheter	16
Underanvändning av adrenalin	18
Kliniska riktlinjer och protokoll	19
Klinisk implikation	20
Slutord	20
REFERENSER	21
BILAGOR	
ÖVERSIKT AV ANALYSERAD LITTERATUR	

INLEDNING

Fallbeskrivning

En 15-årig pojke får hyposens (allergivaccination) regelbundet på en mottagning inom öppenvården. Han får en spruta med pollenallergen i vardera arm och får därefter gå ut i väntrummet. Inom ett par minuter kommer han tillbaka och säger att han inte mår bra, ” känns som om huvudet skall sprängas”. Han tas omedelbart om hand och får lägga sig på en brits. Ögonen har börjat svullna och han upplever ett inre obehag och klåda över hela kroppen. Små utslag börjar uppträda på mage, armar och ben. Han får adrenalin (Epipen) intramuskulärt i låret, blodtryck kontrolleras, man sätter en venös infart och ger Ringer-Acetat i snabb infusion. Han får syrgas. Ambulans larmas. Han känner sig illamående och tycker att han tappar känslan i ben och armar. Han får injektion med Solu-Cortef intramuskulärt. Blodtryck kontrolleras regelbundet, men håller sig stabilt. Han informeras om vad som händer och att ambulans är på väg. Efter ytterligare en stund upplever han att tungan svullnar. Är hela tiden vid medvetande, men uppfattas som dåsig. Darrar och fryser, vilket kan bero på rädsla, men även på adrenalininjektionen...

Som medarbetare på en barnmedicinmottagning respektive en röntgenavdelning möter vi många patienter. Oavsett inom vilken del av sjukvården man arbetar kommer man som sjuksköterska i kontakt med olika ämnen som tillförs patienten. Läkemedel, kontrastvätska, transfusioner, vaccinationer eller vanliga födoämnen kan ibland utlösa en allergisk reaktion som kan vara av olika allvarlighetsgrad. Anafylaxi är en sällsynt men mycket allvarlig reaktion som kräver ett omedelbart omhändertagande. Vad är då egentligen anafylaxi? Behöver man vara allergisk för att drabbas? Hur snabbt behöver man agera och vad förväntas av mig som sjuksköterska? Hur ser man skillnad på en överkänslighets- respektive en anafylaktisk reaktion, hur kan förloppet se ut och hur förberedd kan man vara på något som man kanske aldrig tidigare varit med om? Vi har sett att det föreligger en osäkerhet och bristande kunskap inom ämnet och har därför valt att fördjupa oss i ämnet för att ta reda på vad denna osäkerhet beror på.

BAKGRUND

SJUKSKÖTERSANS PROFESSION

Sjuksköterskan ansvarar för omvårdnaden vars syfte är att främja hälsa, förebygga sjukdom, återuppbygga hälsa och lindra lidande. Att bli sjuk, skadad eller försvagad, fysiskt eller psykiskt innebär alltid ett hot och en känslomässig belastning, både för patient och anhöriga. Vårdpersonalens uppgift är att bidra till att patienten och de anhöriga bemästrar situationen och krisens olika faser så bra som möjligt (Eide & Eide, 1997).

Enligt Socialstyrelsens kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska (2005) skall en sjuksköterska bland annat ha förmåga att tillämpa kunskap inom omvårdnad och medicin. Man skall tillgodose patientens basala och specifika omvårdnadsbehov såväl fysiska, psykiska som sociala, kulturella och andliga. Man skall kunna hantera läkemedel på ett adekvat sätt, samt observera, värdera, prioritera, dokumentera och vid behov åtgärda och hantera förändringar i patientens fysiska och psykiska tillstånd. Oavsett verksamhetsområde och vårdform ska sjuksköterskans arbete präglas av ett etiskt förhållningssätt och bygga på vetenskap och beprövad erfarenhet samt utföras i enlighet med gällande författningar (lagar, förordningar, föreskrifter) och andra riktlinjer.

Mötet med patienten

Ordet patient kommer från latinet och betyder "den som lider". En patient är en person som vänder sig till sjukvården för att få hjälp med sitt hälsotillstånd. Omvårdnad kräver baskunskaper om människans grundläggande behov, och om förhållanden som under livets gång påverkar dessa behov. Omvårdnad kräver också kunskap om hur patienten upplever ohälsa, vilket innebär att sjuksköterskan måste ha både förmåga och vilja att leva sig in i patientens situation. Sjuksköterskans praktiska kompetens visar sig konkret som ett kunnigt och säkert handlag i olika omvårdnadssituationer. Oavsett bakgrunden till kontakten med sjukvården befinner sig patienten i en situation som ofta kännetecknas av lidande, till exempel i form av osäkerhet och oro. Varje enskild patient är en unik och oersättlig människa som har sina egna speciella erfarenheter och upplevelser, och som kräver obetingad respekt för den person som han eller hon är (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2006). Enligt International Council of Nurses, ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (2007) ska omvårdnaden vara respektfull och inte begränsas av till exempel ålder, hudfärg, trosuppfattning, kultur, funktionsnedsättning, sjukdom, kön, sexuell läggning, nationalitet, politisk åsikt, etnisk tillhörighet eller social status.

I en vårdrelation krävs ömsesidig respekt men patienten befinner sig i underläge. När kommunikationen, information om vad som skall hända och respekten förloras kan det leda till vårdlidande. Att vara patient ökar behovet av beröring, information, tröst och bekräftelse. Överlevnaden ökar när sjuksköterskan som har ansvar för patienten har goda kunskaper om mänskliga behov, medicinska behandlingar och åtgärder. Att ha ett vårdvetenskapligt perspektiv innebär att ha en vetenskaplig utgångspunkt med patienten i fokus och kännedom i vetenskapliga teorier samt kunskap om medicinska behandlingar och ingrepp. Vid livräddande handlingar finns det inte någon uppdelning mellan medicinska och existentiella behov eller medicinsk vetenskap och vårdvetenskap. Dessa är sammanfogade till en helhet ur patientens perspektiv och det är vårdaren som har ansvar för den helheten. Om patienten känner sig bekväm i situationen har den medicinska behandlingen bättre effekt, vilket innebär att det finns en ömsesidig relation mellan den medicinska vården och vårdandet (Almerud & Nordgren, 2012).

Kunskap och erfarenhet

Kliniska beslut ligger alltid till grund för den vård och omvårdnad som ges och sjuksköterskan behöver vara en kritisk tänkande praktiker. De kliniska beslut som en sjuksköterska fattar är direkt avgörande för vilka omvårdnadsåtgärder som används och med vilket syfte det görs, och som en konsekvens av det även avgörande för vårdens resultat och kvalitet (Florin, 2009).

Grundutbildning till läkare och sjuksköterska ger tillräckligt med teoretiska kunskaper för att utöva yrket, men själva yrket lärs genom den kliniska erfarenheten. Det är först när den verkliga patienten finns i närheten som den teoretiska kunskapen får ett värde och börjar hamna på plats (Svensk sjuksköterskeförening, 2006). Nyutbildade och även nyanställda personer behöver mötas av förståelse för att dagens högskoleutbildningar inte är rena yrkesutbildningar utan yrkesförberedande utbildningar och få en inskolningsperiod och ett mottagande som möjliggör lärande av de specifika färdigheter som förekommer på den aktuella arbetsplatsen (Mogensen, Ekstrand & Löfmark, 2010). Benner (1993) beskriver hur utveckling från novis till expert främst sker genom den erfarenhet som man skaffar sig genom att vara verksam inom ett fält under en längre tid. Erfarenhet i sig leder inte alltid automatiskt till inläring och ett ökat kunnande, utan det är när teoretisk kunskap kombineras med reflektiv förmåga och möjlighet att integrera innebörden av denna kombination med den egna personligheten som expertkunnande kan uppnås.

Den kunskap som erhålls genom erfarenhet av vårdarbete kallas erfarenhetsbaserad kunskap. Denna typ av kunskap utvecklas i praktiska situationer, genom möte med patienter och genom diskussioner med kollegor där händelser och upplevelser utsätts för reflektion och kritisk granskning. Den erfarenhetsbaserade kunskapen beskrivs som en kombination av teoretisk kunskap, tyst kunskap, praktisk visdom, intuition, erfarenhet och personlig mognad (Svensk sjuksköterskeförening, 2006).

Vårdpersonal möter ofta patienter med akuta sjukdomstillstånd av en typ som hon/han sällan eller inte alls tidigare mött i sin yrkesverksamhet. I vissa fall rör det sig om patienter som blir svårt akut sjuka och där omedelbara åtgärder kan vara avgörande för patientens överlevnad eller för att bestående men inte ska uppstå. När det gäller akuta och brådskande, men inte så vanliga situationer är det viktigt att rutinerna på enheten fungerar och att all inblandad personal är medveten om sin uppgift. Vid en anafylaktisk reaktion kan allergisk chock och cirkulationssvikt snabbt utvecklas och vara lika dramatiskt som vid akut hjärtstillestånd (Läkemedelsverket 2011–2012).

Verksamhetschefen ansvarar för att det på mottagningar, avdelningar och på annan plats där behandlingar med risk för överkänslighetsreaktion utförs finns personal med kompetens att behandla överkänslighetsreaktioner, och akutbricka eller akutväska. Verksamhetschefen ska även ansvara för att det i den lokala instruktionen för läkemedelshantering anges vilka läkemedel för behandling av överkänslighetsreaktioner som en läkare får ordinera enligt generella direktiv (SOSFS 2009:16).

ANAFYLAXI

Termen anafylaxi används som beteckning på allergologins mest dramatiska och farliga reaktion som engagerar flera organ i kroppen framförallt hud, luftvägar, hjärta, kärl och mag-tarmkanal. Vid blodtrycksfall och medvetanderubbning talar man om anafylaktisk chock, medan det vid lindrigare symtombild uttrycks som anafylaktisk reaktion. Oberoende av utlösande orsak och mekanism är den kliniska bilden och akutbehandling densamma (Eriksson & Hedlin, 1999).

Enligt Svenska Föreningen För Allergologi, SFFA (2009), kan en klinisk definition av anafylaxi vara *”en akut, svår, snabbt insättande systemisk överkänslighetsreaktion från flera organsystem och potentiellt livshotande”*.

Epidemiologi

Bedömningen av epidemiologiska data försvåras på grund av en betydande osäkerhet vid tolkningen av publicerade undersökningar, bland annat orsakad av skilda definitioner av anafylaxi. Incidensen av anafylaxi hos hela befolkningen har i en nyligen publicerad amerikansk retrospektiv studie uppskattats till 50/100 000 personer och år. I åldersgruppen 0-19 år återfanns den högsta förekomsten 70/100 000 personer och år. De vanligaste orsakerna var födoämnen och insektsstick. Mortalitetsrisken har i publicerade undersökningar angetts till 0,65-2 procent av fall med fullt utvecklad anafylaxi, vilket skulle motsvara 1-3 dödsfall/ miljon personer och år (SFFA, 2009). Varje år dör 1-2 svenskar av bi- eller getingstick och sannolikt lika många av något de äter. Många lindriga anafylaktiska reaktioner kommer sannolikt aldrig till sjukvårdens kännedom (Eriksson & Hedlin, 1999).

Orsaker

En allergisk anafylaxi orsakas vanligen av substanser som man förtär eller som kommer in i kroppen via stick/injektion. En annan orsak är latexkontakt som kan orsaka anafylaxi hos latexsensibiliserade individer, inte minst i samband med kirurgiska ingrepp. Ickeallergisk anafylaxi kan orsakas av exempelvis läkemedel, ansträngning, kontrastmedel eller transfusioner (SFFA, 2009).

Allergi innebär en immunologisk reaktion mot ett *allergen* (oskyldigt antigen). Allergi kan utlösas antingen genom en allergen-antikroppsreaktion eller via cellförmedlad immunreaktion (Ericson & Ericson, 2009). Reaktionen förmedlas av immunsystemet och indelas i IgE-förmedlad allergi, typ I, och icke IgE-medierad, typ II-IV. Vanligast bland de sistnämnda är kontaktallergiskt eksem (typ IV). IgE-förmedlad allergi yttrar sig oftast som allergisk rinit, astma, atopiskt eksem, urtikaria eller anafylaxi. Den IgE-förmedlade allergiska reaktionen kan utvecklas snabbt med symptom inom några minuter efter exponering (Läkemedelsverket 2011-2012).

Överkänslighet (intolerans, hyperreaktivitet) är en reaktion som inte klassas som allergisk eftersom den inte utlöses immunologiskt. Dock orsakar den samma typ av

inflammatorisk reaktion i vävnaderna som en allergisk reaktion (Ericson & Ericson, 2009).

En vanlig inträdesväg för allergener in i kroppsvävnaderna är inhalation med direkt kontakt mot luftvägsslemhinnan eller näslemhinnan (allergisk rinit). Direkt kontakt sker även via ögats bindehinna (konjunktivit) samt via huden (kontakteksem). För födoämnesallergener är inträdesvägen mag-tarmkanalen. Allergener kan även nå kroppsvävnaderna via insektsstick och djurbett samt direkt in i blodbanan via inokulation (Ericson & Ericson, 2009).

Födoämnen är den klart vanligaste orsaken till anafylaxi hos barn och svarar för långt mer än hälften av alla fall. De vanligaste födoämnen som orsakar anafylaxi hos små barn är ägg och mjölk, medan jordnötter och trädnötter är vanligare hos äldre barn och vuxna. Bland peroralt tillförda läkemedel, som dock sällan är orsak till anafylaxi i Sverige, är framförallt acetylsalicylsyra (ASA) och antiinflammatoriska läkemedel (NSAID) och antibiotika de vanligaste. Risken för reaktion är avsevärt större vid parenteral tillförsel som till exempel vid allergenspecifik immunterapi (ASIT, hyposensibilisering), vaccination och antibiotikabehandling. Anafylaxi på grund av insektsbett ses i Sverige endast vid bi- och getingstick, där dödsfall finns beskrivna framförallt hos äldre personer (SFFA, 2009).

Vissa individer som är överkänsliga mot födoämnen eller läkemedel och som vanligtvis inte reagerar med kraftiga allergiska symtom kan då samverkande faktorer föreligger reagera med anafylaxi. Samverkande faktorer kan exempelvis vara samtidig infektion, ansträngning eller kraftig avkylning, intag av alkoholhaltiga drycker, menstruation och höga pollennivåer (SFFA, 2009).

Födoämnesberoende ansträngningsutlöst anafylaxi kan vara orsak till oklara fall av anafylaxi. I upp till 10 procent av alla anafylaxifall kan ingen säker orsak identifieras, så kallad idiopatisk anafylaxi (SFFA, 2009).

Symtom

De första symtomen kan utvecklas efter sekunder eller minuter och mer sällan upp till några timmar efter intag av allergena födoämnen, medan reaktion efter injektion och stick oftast kommer snabbt och ytterst sällan inträffar efter mer än 45 minuter. Allmänt gäller att risken för svår reaktion är större om symtomen kommer snabbt (SFFA, 2009). Dödsfall orsakas av larynxödem med kvävning, svår astma eller av cirkulatorisk chock (Eriksson & Hedlin, 1999).

De vanligaste initiala symtomen är urtikaria (nässelutslag), angioödem (ansiktssvullnad) och klåda som förekommer i mer än 90 % av fallen. Ofta känner personen till en början en metallisk/stickande/pirrande känsla i munnen, klåda och ”myrkrypningar” i handflator/ fotsulor/ hörselgångar/hårbotten, svullnad av läppar, munslemhinna, gom och hals. Rodnad och värmekänsla i ansiktet och på halsen är andra tidiga symtom på anafylaxi. Därefter tillkommer ofta rikligt flödande snuva och nästäppa

samt tecken på svullnad vid struphuvudet med heshet och hackande, skällande hosta. Många utvecklar andningssvårigheter. Hos en del förekommer även symtom från mag-tarmkanalen såsom illamående, kräkning, diarré och magkramp som då kan dominera symtombilden. Cirkulationspåverkan med blodtrycksfall kan följa, men kan i mycket svåra fall även utgöra initiala symtom och kan då försvåra diagnosen. Allmänna symtom som tecken på cerebral påverkan som till exempel rastlöshet, oro, uttalad trötthet, svimnings- och katastrofkänsla, förvirring och medvetlöshet kan ses vid anafylaxi. Anafylaxi karakteriseras av att flera organsystem är involverade. Det inkluderar alltid en objektiv respiratorisk, kardiovaskulär och/eller kraftig allmänpåverkan (SFFA, 2009).

Förlopp

Olika typer av förlopp kan ses vid anafylaxi. Vanligtvis kommer symtomen efter minuter upp till en timme (maximalt några timmar) efter allergenkontakt och tilltar med varierande hastighet, för att sedan successivt klinga av inom några timmar upp till ett dygn. Efter en initial reaktion kan svåra symtom åter uppträda, en så kallad bifasisk reaktion. Den kommer vanligen inom 4-8 timmar men i sällsynta fall ända upp till ett dygn senare. Bifasiska reaktioner är vanligare ju svårare den initiala reaktionen har varit och ju senare behandling har getts. I vissa fall kan senreaktionen vara svårare än den initiala reaktionen och till och med ha dödlig utgång. Bifasiska reaktioner har rapporterats i upp till 20 % vid anafylaxi. Vid ansträngningsutlöst födoämnesrelaterad anafylaxi kan symtomen starta vid fysisk ansträngning ända upp till fyra timmar efter intag av det orsakande födoämnet och kan sedan följa något av ovan beskrivna förlopp (SFFA, 2009).

Riskindivider och riskfaktorer

Vuxna är i regel mer benägna att reagera med svår anafylaxi än barn. Anamnes på tidigare anafylaxi är en riskfaktor. Hjärtkärlsjukdom ökar risken att inte överleva den belastning på cirkulationen som en anafylaxi kan innebära. Höga specifika antikroppar i blodet mot födoämnen, särskilt mot jordnötter och trädnötter (t.ex. hasselnötter), innebär ökad risk för anafylaxi. Ett tecken på hög känslighet kan vara allergisk reaktion mot luftburet födoämnesallergen, till exempel när jordnötter finns i rummet. Underbehandlad astma hos individer med svår födoämnesallergi ökar risken för att en svår astmaattack kan uppträda som en del av anafylaxin. Medicinering med blodtrycksmedicin som betablockare hämmar effekten av adrenalin och ökar därför risken för att en måttlig reaktion kan bli svår (SFFA, 2009).

BEHANDLING AV ANAFYLAXI

Tidigare svåra allergiska symtom eller anafylaxi i sjukhistorien är viktiga att beakta och bör vara en signal till att ta tidiga lindriga symtom på allvar. Dessa patienter behöver snabbt insatt behandling då de har ökad risk för anafylaxi. Barn har större förmåga än äldre personer att kompensera kardiovaskulära effekter, vilket kan förklara

den lägre dödligheten hos barn och ungdomar vid anafylaxi. Vid svår födoämnesallergisk reaktion hos barn och ungdomar är astma ett vanligt och ibland svårbehandlat symptom och är en betydligt vanligare dödsorsak än cirkulationssvikt (SFFA, 2009).

Adrenalin

Tidig adekvat tillförsel av adrenalin kan hindra att en anafylaktisk reaktion utvecklas till en livshotande cirkulations- och respirationssvikt. Likaså är fortsatt adrenalin-tillförsel av central betydelse för att häva en etablerad cirkulations- och respirations-svikt, som tillägg till annan behandling (Läkemedelsverket 2011–2012).

Adrenalin är ett så kallat stresshormon som insöndras till blodet vid hårt fysiskt arbete, psykisk stress, ilska och lågt blodsocker. Adrenalin bildas i binjuremärgen när det sympatiska nervsystemet aktiveras. Adrenalin gör att hjärtats slagfrekvens och kontraktionskraft ökar, blodflödet till skelettmuskulaturen och hjärtat ökar, andningen blir häftigare och luftrören vidgas, samtidigt som man får stegrade nivåer av socker och fettsyror, det vill säga kroppen gör sig redo för att kunna fly snabbt. Adrenalin som läkemedel används vid hjärtstillestånd, svår astma och allvarliga allergiska reaktioner (<http://www.FASS.se>).

Adrenalin 0,3–0,5 mg (0,3–0,5 ml av lösning 1 mg/ml) ges intramuskulärt i lårets utsida på liberala indikationer vid misstänkt anafylaktisk reaktion. Om upprepade intramuskulära injektioner av adrenalin inte gett effekt kan långsamt utspädd lösning av adrenalin (0,1 mg/ml) ges intravenöst under arytmiövervakning med EKG (Läkemedelsverket 2011–2012).

Behandling med kortikosteroider och antihistamin

Kortison har inte effekt i den ”urakuta” situationen men ska ges så snart som möjligt. Utanför sjukhus och vid mindre uttalad reaktion kan tabletter Betapred eller Prednisolon ges peroralt. Antihistaminer har inte någon effekt i den ”urakuta” situationen men ges vid anafylaktisk reaktion som en engångsdos. Peroralt ges munlösliga preparat. För intramuskulär och intravenös tillförsel finns Tavegyl (Läkemedelsverket 2011–2012).

Behandling av astmatisk reaktion och chock

Astmatisk reaktion behandlas med inhalation av luftrörsvidgande läkemedel till exempel Ventoline och syrgas. Vid sviktande astmabehandling kan Teofyllamin försöksvis ges långsamt intravenöst. Chock vid anafylaxi behandlas, förutom med upprepade långsamma intravenösa adrenalininjektioner med syrgas samt volymexpansion med infusion Ringer-Acetat. Vid sviktande chockbehandling hos en betablockerad patient kan glukagon ges intravenöst (Läkemedelsverket 2011–2012).

PROFYLAX

Det är viktigt att i den mån det är möjligt förhindra en anafylaxi. I oklara fall av utlösande orsak bör utredning ske i samråd med allergolog för att identifiera orsak och i framtiden kunna undvikas. I fall då det inte är möjligt att undvika exposition kan hyposensibilisering bli aktuell, till exempel hos patienter som tidigare har varit med om allvarliga reaktioner efter geting- eller bistick. Dessa patienter bör också vara väl förtrogna med användning av förfylld adrenalinpenna (EpiPen eller Anapen) samt ha tillgång till perorala kortisonpreparat och antihistamin för egen behandling. Det är viktigt att rutiner upprätthålls med notering av överkänslighet i journalhandlingar (Läkemedelsverket 2011–2012). De sjuksköterskor som arbetar med patienter som blir utrustade med autoinjektor skall ha kunskapen som krävs för att kunna utbilda, allt från det tekniska utförandet med att ge en adrenalinpenna till vilka symtom man skall vara observant på och hur man undviker det man inte tål (Dunbar & Luyt, 2011).

Det gäller att förebygga och ha beredskap för att behandla anafylaktiska reaktioner, till exempel vid röntgenundersökning, vaccination och hyposensibilisering (SOSFS 1999:26). Läkare och i förekommande fall sjuksköterskor och biomedicinska analytiker skall, innan behandling med läkemedel ges eller undersökning med radiokontrastmedel eller andra medel påbörjas, ta reda på om patienten tidigare haft symtom på överkänslighet och i så fall mot vilka ämnen (SOSFS 2009:16).

Patienter med kraftig allergisk disposition kan före undersökningen få ett läkemedel som dämpar tendensen till allergiska reaktioner. Vanligen används antihistaminer eller glukokortikoider (kortison). Patienter med nedsatt allmäntillstånd, diabetes, nedsatt njur- eller leverfunktion eller allvarlig hjärtsvikt tål inte särskilt stora påfrestningar. En allvarlig kontrastmedelsreaktion kan därför få mycket svåra konsekvenser för sådana patienter (Stremme-Johannesen, Almås och Hauge, 2002).

UTREDNING AV ANAFYLAXI

Diagnostiken baseras huvudsakligen på anamnes, testning och eventuell provokation. Anamnesen ger oftast besked om vad det är som har utlöst reaktionerna, som i allmänhet kommer i omedelbar anslutning till exponering. Vid överkänslighet mot födoämnen måste även tillsatser och eventuell kontamination beaktas och när det gäller läkemedel även hjälpsubstanser. Vikten av en ytterst noggrann anamnes kan inte överskattas. Genom kartläggning av tidsförlopp och symtombild kan ofta allergi eller annan överkänslighet misstänkas eller uteslutas som orsak till en anafylaxi (SFFA, 2009).

PROBLEMFORMULERING

Allergisjukdomarna har ökat kraftigt de senaste årtiondena där cirka 30-40 % av befolkningen har någon form av allergi. Orsaken till ökningen är inte helt fastställd men miljöfaktorer såsom allergenförekomst och luftföroreningar spelar en roll. Anafylaxi är en akut allergisk reaktion som kan drabba vem som helst när som helst, och möjligheten att man någon gång stöter på detta inom hälso- och sjukvården finns framförallt om man arbetar på en akutmottagning och tar emot patienten, men även varje gång man ger ett läkemedel, en transfusion eller kontrastmedel inför en röntgenundersökning. Sjuksköterskan skall ha kunskap om tecken och symtom som kan vara avgörande för det fortsatta omhändertagandet av patienten. Även om det trots allt är en sällsynt reaktion skall det finnas beredskap och en handlingsplan om hur man går tillväga i en akut situation. Det råder en osäkerhet kring anafylaxi och orsaken till denna osäkerhet behöver identifieras och klargöras som ett led i att öka kunskapen och därmed också patientsäkerheten och det professionella omhändertagandet.

SYFTE

Syftet med litteraturoversikten är att identifiera bidragande orsaker som ligger bakom osäkerheten kring anafylaxi och därmed ge ökad kunskap om anafylaxi i sjuksköterskans professionella omhändertagande.

- Finns det kunskapsbrister?
- Hur används adrenalin?
- Finns tillräckliga riktlinjer vid anafylaxi?

METOD

Metoden är litteraturstudie. Studiens design är en litteraturoversikt med kvalitativ, induktiv ansats där begreppet anafylaxi analyseras och förklaras utifrån ett allmänt och specifikt omvårdnadsperspektiv. Kvalitativ ansats inom omvårdnadsforskning strävar efter att beskriva, förstå, förklara, samt tolka. Den induktiva ansatsen innebär att forskaren förutsättningslöst samlar in fakta från ett problemområde och därefter försöker utveckla nya begrepp eller teorier. Observationerna sammanförs till allmänna principer eller teorier och kan leda till att nya modeller för omvårdnad utvecklas (Forsberg & Wengström, 2008).

Litteraturoversikt handlar om att skapa översikt över kunskapsläget inom ett omvårdnadsrelaterat område, eller om ett problem inom sjuksköterskans verksamhets- och kompetensområde. Genom ett brett sökande efter vetenskapliga artiklar, en bred analys och sammanställning kan kunskapsläget beskrivas och ge kunskap som kan påverka vårdarbetet, men visar också på vad som saknas. Sökljuset riktas på de fält där man får förlita sig till beprövad erfarenhet eller personlig kunskap (Friberg, 2012).

DATAINSAMLING

Vetenskapliga artiklar har sökts i databaserna Pubmed, Cinahl och Scopus (Tabell 1).

I Pubmed användes till en början sökordet "anaphylaxis" för att få en bild av hur mycket som finns skrivet om anafylaxi. Detta sökord resulterade i 22 756 träffar. Genom att lägga till sökordet "nursing" blev antalet träffar 263 stycken. Med begränsning till urval om "abstract available", språk engelska och fem år tillbaka i tiden fick vi 35 träffar av vilka 10 abstract lästes och 6 artiklar valdes ut för vidare analys. Vi hade kvar dessa begränsningar i urval i fortsatta sökningar. Vi lade till sökordet "education" och fick 13 träffar vilka bedömdes efter titeln på artiklar. De som var för inriktande på specifika områden t.ex. skolsköterskans information till elever, utrustning med adrenalinpenna, information till specifika målgrupper exkluderades. Vi läste 4 artiklar varav 2 redan fanns med i den förra sökningen.

"Anaphylaxis, management och emergency" var den kombination av sökord som gav mest information; vi fick 114 resultat vilka skrollades genom och bedömdes efter titel och relevans. 10 abstract lästes, 8 artiklar i sin helhet, varav 2 redan fanns med från föregående sökning. Sökorden "nurses response" och "emergency situations" gav 19 träffar varav 5 abstract lästes och 1 artikel är med i resultatet.

Databasen Cinahl gav 37 träffar med sökorden "anaphylaxis", "nurs*", "education" med urval om engelska, peer review, fem år tillbaka. Vi läste 5 abstract, 3 artiklar fanns med sedan tidigare sökningar.

Sökorden: "Anaphylaxis", "nursing", and "management" i databasen Scopus, med urval om 5 år tillbaka i tiden, språkurval på engelska, samt med "abstract available" resulterade i 27 träffar, och bedömdes utifrån titel. Denna sökning gav dock inga nya artiklar, 1 artikel fanns med sedan tidigare sökning. Sökorden "anaphylaxis", "nursing" och "education" i Scopus gav 21 träffar men inga nya artiklar.

Manuella sökningar gjordes via referenser utifrån ett par av de utvalda artiklarna.

Databaser	Sökord	Antal träffar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Utvalda artiklar
Pubmed	Anaphylaxis	22756	0	0	0
Pubmed	Anaphylaxis AND nursing	35	10	6	4 (1,3,6,8)
Pubmed	Anaphylaxis AND nursing AND education	13	8	4	(2) (1,6)
Pubmed	Anaphylaxis AND management AND emergency	114	10	6	5 (2,5,7,9,10)
Pubmed	Nurses response AND emergency situations	19	5	2	1 (4)
Cinahl	Anaphylaxis AND nurs* AND education	22	5	(3)	(2) (2,6)
Scopus	Anaphylaxis AND nursing AND management	27	10	(1)	(1)

DATAANALYS

Tio utvalda artiklar lästes igenom för att få en helhetsbild utifrån olika perspektiv (bilaga 1). Ett flertal var review-artiklar och därmed ej aktuella för resultatet, förutom två stycken; De Bisschop & Bellou (2012) och Tait (2010). De utvalda artiklarna granskades och kvalitetsbedömdes enligt Friberg (2012). Vi exkluderade de artiklar som inte hade någon av de infallsvinklar vi var intresserade av i innehållet, till exempel de som enbart var inriktade på den bakomliggande immunologiska mekanismen, eller de som hade ett rent utbildande syfte med studiefrågor.

Fyra stycken av de utvalda artiklarna var kvalitativa (Jacobsen & Gratton, 2010; Tait, 2010; Tsang 2008; Parsonage, 2010) och fyra stycken var kvantitativa (Arrobarren et al, 2011; De Bisschop & Bellou, 2012; Dunbar & Luyt, 2011; Morris, Belot & Edwards, 2011; Worth, Nurmatov & Sheikh, 2010). En var både kvalitativ och kvantitativ (Simons & Camargo, 2009).

RESULTAT

Efter att ha läst de utvalda artiklarna flera gånger framkom ett mönster där gemensamma perspektiv som stämde överens med syftet kunde identifieras. Dessa handlade om utövarnas kunskap om anafylaxi; hur bedömningar görs; vad som avgör omhändertagandet samt hur kliniska riktlinjer och protokoll följs. Utifrån detta blev resultatet uppdelat i olika teman som är av avgörande betydelse för omhändertagandet:

- Sjuksköterskans kunskap och tidigare erfarenheter
- Underanvändning av adrenalin
- Kliniska riktlinjer och protokoll

Sjuksköterskans kunskap och tidigare erfarenheter

Diagnosen vid anafylaxi kan vara svår att ställa och en fördröjning av korrekt behandling kan leda till ökad dödlighet (De Bisschop & Bellou, 2012). När sjuksköterskan möter patienten sker en insamling av data genom att titta efter synliga tecken och symtom på sjukdom eller skada samt via samtal med patienten. Utifrån det kan sjuksköterskan erhålla viktig information om patientens tillstånd och hur informationshanteringen sker är ofta relaterad till sjuksköterskans erfarenhet (Parsonage, 2010).

Beslutsfattande är en komplex process som innefattar kunskap, intuition och tidigare erfarenhet menar Parsonage (2010), som beskriver olika typer av inre resonemang vid beslutsfattandet. Han beskriver en fallstudie där han kritiskt reflekterar över sitt eget agerande i en akut situation med misstänkt anafylaxi där han inte gav adrenalin baserat på sin kunskap och tidigare erfarenhet. Han använde sig av hypotetiskt-deduktivt resonemang och kom fram till att patienten (i detta fall ett barn med nässelutslag efter att ha ätit nötter) utifrån föräldrarnas anamnes och de kliniska iakttagelser han gjorde gav en hypotes om anafylaxi eller allvarlig överkänslighetsreaktion. Han använde också en intuitiv modell där han genom tidigare erfarenheter varit med om ”äkta” anafylaxi och vet hur det kan te sig och gjorde därefter bedömningen att detta var en allvarlig överkänslighetsreaktion. Han följde de rekommenderade riktlinjerna för detta och gav enbart antihistamin. När ambulansen anlände gav de ändå barnet adrenalin inför transporten.

Parsonage (2010) skriver också om intuitivt resonemang, vilket innebär att i klinisk bedömning och beslutsfattande ingår ”den omedelbara vetskapen” om något utöver medveten tanke, vilket baseras på tidigare erfarenhet. När sjuksköterskan känner igen ett mönster i sina iakttagelser jämför hon dem med liknande erfarenheter som hon varit med om tidigare. Detta bör man ha i åtanke då ens kollegor agerar annorlunda.

Sjuksköterskan är ofta den som är involverad i bedömning och omvårdnad av patienten och är ofta den första att se och reagera på förändringar i patientens tillstånd. Till hjälp finns kriterier som kan vara vägledande då det är dags att kalla på läkare.

Till skillnad från nyutbildade sjuksköterskor uttryckte ibland erfarna sjuksköterskor en känsla av ”oro för patienten”. Erfarna sjuksköterskor kunde uppfatta att något var avvikande eller fel innan det märktes på de kriterier, det vill säga de kontroller och mätningar av vitala funktioner man använde sig av vid bedömning av klinisk försämring. En del nya sjuksköterskor var rädda att känna sig dumma om de hade gjort felaktiga bedömningar. Sambandet mellan kunskap, erfarenhet och sjuksköterskans känsla för att ha kontroll över situationen har stark koppling (Tait, 2010).

Underanvändning av adrenalin

Adrenalin är det viktigaste läkemedlet vid behandling av anafylaxi och skall ges tidigt. Genom sin effekt på adrenerga receptorer i det sympatiska nervsystemet stimuleras till en sammandragning av kärlen, ökat blodtryck, ökad hjärtverksamhet, samt vidgning av luftrören (De Bisschop & Bellou, 2012). Det finns en allmän osäkerhet inför att ge adrenalin. Osäkerhet på när man skall ge adrenalin tycks vara ett större bekymmer än hur man skall ge det (Arroabarren et al, 2011; Morris, Belot & Edwards, 2011; Parsonage, 2010; Tait, 2010; Tsang 2008). Eftersom anafylaxi kan uppträda på olika sätt är det konstaterat att anafylaxi både är underdiagnostiserad och underbehandlad (Jacobsen & Gratton, 2010).

Behandlingsfördröjning kan bero på att man inte känner igen symtomen vid en anafylaxi, spontan förbättring efter en tidigare episod, man utgår från att reaktionen är mild, förlitar sig på antihistamin, rädsla för nålar och sprutor, oro för biverkning av adrenalin, samt en felaktig administration av adrenalin (Morris, Belot & Edwards, 2011).

Jacobsen & Gratton (2010) visade i en studie att en patient inte nödvändigtvis har de typiska symtomen eller någon känd allergi och det är då risk att man missar en anafylaxi. I ett fall hade patienten buksmärter, illamående och kräkningar samt lågt blodtryck och patienten var i chock vid ankomst till sjukhus. Jacobsen & Gratton (2010) vill poängtera utmaningen hos vårdpersonal att snabbt känna igen och inleda behandling även hos dessa patienter med så kallad atypisk anafylaxi.

Även då det finns autoinjektor utskrivet tycks det föreligga en underanvändning av adrenalin beroende på att en del personer trots förskrivning inte har den med sig samt att det föreligger en osäkerhet gällande när man skall ge den vid en reaktion (Morris, Belot & Edwards, 2011; Tsang, 2008). Att det råder en underanvändning av autoinjektorer styrker även Simons, Clark, och Camargo (2009) som i en studie med 1885 deltagare som upplevt en anafylaktisk reaktion ville titta på deras erfarenhet av att använda eller inte använda en adrenalinpenna vid akutbehandling. Studien visade att 27 % använde sitt adrenalin vid behov medan 73 % inte hade använt det på sig själva eller den person de hade ansvar för. Orsaken till att majoriteten inte hade använt sig av adrenalinpenna berodde på osäkerhet kring beslutet att använda pennan. Av de som inte använt sin adrenalinpenna lämnades flera förklaringar bland annat att de tagit

antihistamin, utgången recept på adrenalin och/eller att reaktionen uppfattades som lindrig.

De biverkningar som har setts vid användning av adrenalin är arytmi, hypertension och lungödem som framförallt har setts vid överdosering eller vid intravenös administrering (De Bisschop & Bellou, 2012). Arroabarren et al, (2011) tittade på säkerhet och effekt av användning av adrenalin hos barn. Adrenalinanvändningen i sig visade ingen negativ effekt förutom att ett av barnen upplevde palpitationer som dock var övergående. Man påpekade att detta gällde för friska barn utan hjärtkärlsjukdomar eller andra riskfaktorer och att ingen slutsats kan dras generellt då det inte innefattar vuxna med cirkulations- eller andra kroniska sjukdomar.

Kliniska riktlinjer och protokoll

Worth, Nurmatov och Sheikh (2010) gjorde en multidisciplinär studie med syfte att skapa konsensus utifrån nyckelkomponenter i riktlinjer för anafylaxi. 25 personer inom olika discipliner fick värdera vad de ansåg var det viktigaste i fråga om anafylaxi. Studien visade att de flesta var överens om att akuta riktlinjer måste vara enkla, tydliga och allmängiltiga och därmed enkla att använda i en akutsituation. I kontrast till detta bör långtidsplaner vara en överenskommelse mellan patient/vårdnadshavare och vårdgivare och skraddarsydd efter individuella behov.

En studie av Arroabarren et al (2011), som pågick under en fyraårsperiod visar på skillnaden av omhändertagandet före och efter införandet av kliniska riktlinjer. Man utvärderade effekten av kliniska riktlinjer vid behandling av barn med anafylaxi. Efter införandet av kliniska riktlinjer såg man en markant skillnad i ökad adrenalinanvändning vid anafylaxi, en ökad förskrivning av adrenalinpennor, inläggning för observation på korttidsavdelning, samt en minskning av administrering av kortisonpreparat som enda läkemedel. Slutsatsen av studien var att införandet av protokoll ökade läkarnas kunskap vid hantering av denna akuta situation på en pediatrik akutmottagning.

I en studie av Morris, Belot & Edwards (2011) där 171 skolsköterskor deltog, konstaterades att trots att skolhälsovårdspersonalen är ansvariga för omhändertagandet av livshotande reaktioner av elever och personal fanns det inte alltid adrenalin att tillgå. Skolorna i Kalifornien, där studien ägde rum, har enligt lag möjlighet att förvara adrenalinpennor och att träna annan personal i hur dessa används. Det fanns dock inga riktlinjer för vilken akutmedicin som skulle vara tillgängliga på skolorna. Majoriteten av skolsköterskorna visste att de åtminstone hade en elev med svår allergi som skulle kunna behöva behandling. Drygt hälften av skolsköterskorna rapporterade att de hade studenter med förskrivna adrenalinpennor (autoinjektor) som hade tillåtelse att bära dessa själva. Studien visade att cirka en fjärdedel av skolsköterskor någon gång använt sig av en students akutmedicin för att ge till någon annan som behövde den, varav 14 skolsköterskor gett adrenalin med en annans autoinjektor. Inte ens efter sådana incidenser blev det upprättat några riktlinjer och skolorna saknade behandlingsplaner för enskilda studenter. Studien visade att genom att endast öppna för möjlighet till

behandlingsrekommendationer inte är tillräckligt. Utan standardiserade riktlinjer blev utbildning och förberedelser inte konsekventa. Man påtalade att skolsköterskorna skulle vinna på utbildning om anafylaxi och hur de skulle kunna utveckla effektiva riktlinjer som vägledning inom skolhälsovården (Morris, Belot & Edwards, 2011).

Kliniska riktlinjer kan leda till en tro att svåra tillstånd kräver enkla lösningar påpekar Parsonage (2010). Anafylaxi kan manifesteras på många olika sätt och om utövare förlitar sig till dåligt skrivna riktlinjer kan det leda till att de tar fel beslut. Då diagnosen inte alltid är självklar måste utövare genom en systematisk genomgång värdera de symtom som finns (Parsonage (2010). Detta överensstämmer med vad Tait (2010) kommit fram till vid en litteraturstudie där hon genom att jämföra litteratur försökte utvärdera hur sjuksköterskor identifierar och reagerar på patienter som visar tecken på försämring. Den optimala värderingen av patientens tecken till försämring och handläggandet av detta har lett till utvecklandet av nationella riktlinjer och verktyg för att spåra och bemöta dessa situationer.

Verktygen är vägledande men i slutändan är det den kliniska kunskapen, beslutsfattandet och samarbetet med övrig vårdpersonal som ger det optimala omhändertagandet (Tait, 2010).

DISKUSSION

METODDISKUSSION

Författarna har valt att göra en litteraturöversikt för att skapa en översikt över kunskapsläget och av vad som finns beskrivet vid omvårdnad av anafylaxi. Denna modell valdes med anledning av det breda sökfältet inom ett visst problemområde/forskningsområde inom omvårdnad för att kunna fastställa det nuvarande forskningsläget. De övriga modellerna av litteraturbaserade examensarbeten har andra infallsvinklar och mynnar ut i ett annat perspektiv vilket författarna inte ansåg var tillämpliga utifrån det speciella forskningsområde som valts. Inledningsvis var tanken med arbetet att se hur förberedda sjuksköterskor är på en oplanerad reaktion som anafylaxi. Sjuksköterskan skall ha kunskap om tecken och symtom som kan vara avgörande för det fortsatta omhändertagandet av patienten. Anafylaxi är en sällsynt reaktion, men det skall alltid finnas beredskap och handlingsplan. Hur förberedd är vårdpersonalen inom olika discipliner, samt är omhändertagandet beroende på sjuksköterskans kunskaper och erfarenheter? En misstanke var att sjuksköterskor i denna akuta situation själva kan drabbas av en panikkänsla, vad gör man? Vet alla sjuksköterskor den grundläggande behandlingen vid anafylaxi, vet alla om/när man skall larma och till vem? Vad ska man göra tills hjälpen kommer, finns det genomgång på detta där man arbetar?

Allt eftersom arbetet fortskred och det inte fanns något i artiklarna som beskrev just detta perspektiv förändrades syftet och blev mer övergripande till att innefatta möjliga

orsaker till osäkerheten kring anafylaxi. Många artiklar var review-artiklar och de som var några år gamla var till viss del inaktuella och visar på att forskning är färskvara.

Artikelsökningen begränsades till fem år tillbaka i tiden på grund av att det sker en del inom forskningen och ny kunskap tas fram och därav exkluderades de äldre artiklarna. De artiklar som valdes ut var från USA, Canada, England, Frankrike och Spanien. Författarna hittade ingen forskning från Sverige. Det är oklart om studier från andra länder skulle påverka resultatet, men troligen inte i någon större utsträckning då underlaget, det vill säga omhändertagandet av patienter med anafylaxi, deras symtom och behandling är lika oavsett från vilket land studien är gjord. Sökningarna begränsades till enbart artiklar skrivna på engelska, med abstract tillgängliga. Ett flertal av artiklarna var helt inriktade på de immunologiska faktorerna, vad som händer på cellnivå, behandling och förebyggande åtgärder. Författarna fann att det till största delen var mer inriktning på den medicinska kunskapen än på omvårdnaden vid anafylaxi, detta oavsett om artikeln var skriven av läkare eller sjuksköterskor. Det var svårt att hitta något som kunde beskriva patientens upplevelse vid den akuta situationen. Det man fann om upplevelser var till största delen studier om föräldrars upplevelse då barnet fått en födoämnesutlöst reaktion, men medvetet har inte detta perspektiv tagits med då författarna försökt inrikta sig på sjuksköterskans kunskap, agerande och förhållningssätt.

Författarna kunde inte se några etiska konflikter i de utvalda artiklarna förutom i en där det fanns en möjlig intressekonflikt då forskarna fått viss ersättning från olika läkemedelsföretag (Simons, Clark, och Camargo, 2009). Etisk fråga har endast berörts i tre av artiklarna, men har inte heller alltid varit aktuellt utifrån frågeställningarna och metoden i utvalda artiklar. I ett fall fick patienten ett annat namn, i en studie fick svarande via e-mail intervju vara helt anonyma och i den tredje blev frågor och svar omvandlade till bokstav och siffra och svaranden kunde därmed vara anonym.

RESULTATDISKUSSION

Syftet med litteraturoversikten var att identifiera bidragande orsaker som ligger bakom osäkerheten kring anafylaxi och därmed ge en ökad kunskap. I bakgrunden och även i resultatet där bland annat Parsonage (2010) beskriver processen vid beslutsfattande och bedömning återkommer det faktum att kliniska beslut alltid ligger till grund för den vård och omvårdnad som ges. Detta innebär att sjuksköterskor har ett eget ansvar och skyldighet att hålla sig uppdaterade vad gäller kunskap, ny rön och behandlingsplaner, man skall vara påläst och veta vad man skall göra i en akut situation. Men faktum kvarstår; hur skall man kunna lära något man aldrig varit med om?

Sjuksköterskans kunskap och tidigare erfarenheter

Resultatet visar att det föreligger en okunskap om anafylaxi. Orsaker till detta kan vara att det inte är så vanligt förekommande, samt att flera olika symtom kan uppträda samtidigt (De Bisschop & Bellou, 2012; Jacobsen & Gratton, 2010). Enligt Benner

(1993) är den erfarenhetsbaserade kunskapen central i utvecklingen av yrkeskompetens och för att kunna nå expertkunnande krävs en förmåga att kunna reflektera och ett kritiskt resonemang. Handledning kan vara ett utmärkt forum att prata om sina känslor och upplevelser och få diskutera med andra. I en akut situation påverkas man som sjuksköterska och det är nödvändigt att reflektera över händelser utöver det vanliga. Att få ta del av andras erfarenheter av liknande situationer, deras känslor och upplevelser och hur det gick är en stor del av det som kallas erfarenhetskunskap. Att ha förmåga att kunna sätta sig in i olika situationer kan göra att man har mer att relatera till i ”skarpt läge”.

I vårdssituationer och i mötet med den enskilde vårdtagaren är det ofta så att olika kunskapsformer integreras på ett oreflekterat sätt. Det praktiska handlandet baseras på inslag av såväl vetenskaplig kunskap som färdighetskunskaper som utvecklas genom erfarenheter. Genom att reflektera över och diskutera rutiner i en arbetsgrupp kan medvetenheten öka, samtidigt som kunskap formuleras och ett kunskapsutbyte sker inom gruppen (Nilsson-Kajermo och Wallin, 2009).

Att förstå de underliggande mekanismerna, symtomen och vad som händer i kroppen minskar oron av att inte veta och kan underlätta en korrekt bedömning enligt Tsang (2008), som beskriver symtomen utifrån vad som händer i kroppen och hur det i sin tur påverkar patienten utifrån den kliniska bilden som vi ser. Ju mer man vet desto mindre osäker är man. När man är nyfärdig sjuksköterska är man fokuserad på en sak i taget och har svårt att se helheten. Har man ansvar för en patient som till exempel har opererat benet tittar man på blödning, svullnad, smärta och så vidare. Han får antibiotika intravenöst och klagar efter en stund på att det känns tungt med andningen och visar att han har fått små, fina röda utslag på bröstet som sprider sig. Jaha? Vad gör man nu? Ska man ringa kirurgen som är ansvarig för patienten, eller ge adrenalininjektion och kontakta narkospersonal ifall det är en allergisk reaktion? Avvakta? Det är sjuksköterskans bedömning som skall avgöra svaret på dessa frågor och svaret är inte givet.

Författarna skulle önska att det fanns en mer allmän information och en större kunskap i samhället, en diskussion om allergier och vad man gör vid en misstänkt anafylaxi hos en vän eller kollega. Det finns många i samhället som går runt med en adrenalinpenna, i vissa fall kan de behöva hjälp med att använda den. Att man även i samhället tittar på och förklarar symptom och vad man kan göra exempelvis om någon blir akut sjuk på en restaurang borde vara en självklarhet. Man skulle kunna diskutera detta i samband med till exempel hjärt-lungräddning som de flesta går igenom i skolor och på arbetsplatser. En tanke är att man i utbildningssyfte skulle kunna visa en film om hur förloppet kan se ut, samt införa övningar av samma kategori som vid hjärt-lungräddning. Att träna praktiskt precis som vid hjärt-lungräddning med dockor, fiktiva patientfall och tid för frågor och reflektion kan öka vår handlingsberedskap. Det borde även ge en ökad trygghet för den enskilde individen om man kan lita på att omgivningen vet hur vad en anafylaxi är och hur en adrenalinpenna fungerar, att personer vågar och faktiskt kan hjälpa till vid en eventuell akut situation.

Underanvändning av adrenalin

Att det är en betydande osäkerhet vid tolkning och bedömning av epidemiologiska data beroende på skilda definitioner av anafylaxi (SSFA, 2009) gör att många patienter kanske fått en annan diagnos än just anafylaxi som till exempel astma, urtikaria eller allergisk reaktion. Hur det gick med dessa individer i det senare förloppet får lämnas öppet. Jacobsen och Gratton (2010) konstaterar att anafylaxi både är underdiagnostiserad och underbehandlad med förklaringen att anafylaxi kan uppträda på olika sätt och menar att en utmaning hos vårdpersonal är att snabbt känna igen och inleda behandling även hos dessa patienter med så kallad atypisk anafylaxi.

I resultatet har det framkommit att det kan vara svårt att veta när man skall ge adrenalin samt att riktlinjer har saknats (Arroabarren et al, 2011; Morris, Belot & Edwards, 2011; Parsonage, 2010; Tait, 2010; Tsang 2008). Skolsköterskorna i Kalifornien upplevde att de behövde mer information och kunskap om och när och hur de skall agera för barnens och föräldrars trygghet samt även information för annan personal (Morris, Belot & Edwards, 2011).

Om man är på sjukhuset och en patient på avdelningen blir akut dålig trycker man på larmknappen och litar på att det kommer narkospersonal och tar över omhändertagandet av patienten oavsett om man gett adrenalin eller inte. Det kan vara lätt att överlåta ansvaret till någon annan. På en vårdcentral eller mottagning kan det vara annorlunda och då larmas ambulans om en patient blir akut dålig för vidare transport till sjukhus och ansvaret över patienten överlämnas till ambulansvårdarna. Personalen är utlämnad till sig själva och sina egna beslut och åtgärder då det inte finns någon larmknapp eller narkospersonal i den omedelbara närheten.

Det är alltid situationen som avgör när man skall ge adrenalin. Befinner man sig i en situation där man har en person framför sig med en känd allergi och en svår allergisk reaktion, om det finns en autoinjektor till hands och man ens funderar på att ge adrenalin säger en del att man skall ge det! Det är inte farligt att ge adrenalin till en person utan hjärtkärlsjukdom, på en del mottagningar låter man patienter och i vissa fall anhöriga till barn prova att ge sig själva en Epipen/Anapen för att de skall veta hur det känns både att få sprutan och att uppleva dess effekter. I en akut situation, på ett sjukhus eller en vårdinrättning med en läkare närvarande, är det i första hand en läkarordination, i andra hand en akutbehandling utifrån generella ordinationer.

Resultatet visade dock även på en underanvändning av adrenalin hos de personer som på grund av en tidigare reaktion fått en adrenalinpenna utskrivet. Osäkerhet när den skulle användas, tidigare reaktioner som gått över av annan medicinering, utgången recept var en del av de skäl som angavs (Simons, Clark, och Camargo, 2009). Att ha fått förskrivet en adrenalinpenna är inte samma sak som att personen har den med sig vid alla tillfällen. En del väljer att inte hämta ut en ny då den gamla har passerat ”bäst före” datum. Skälen till detta kan vara många anledningar; ekonomi, att den inte har behövts användas och så vidare. Eller också ligger ansvaret på vårdpersonalen som kanske inte varit tydlig i sin information om varför, när eller hur den skall användas.

Kliniska riktlinjer och protokoll

Enligt socialstyrelsens riktlinjer (SOSFS 2009:16) så skall man som sjuksköterska följa direktiven och fråga om bland annat kända allergier innan man ger någon injektion med läkemedel, vaccination eller kontrastvätska. Detta moment gör sjuksköterskor dagligen. Man är väl medveten om att reaktioner kan uppkomma. Om man i förväg känner till att en patient är allergisk vid till exempel en röntgenundersökning så kan man ändå ge kontrastvätska, men man försöker förebygga en reaktion genom att ge antihistamin och kortison innan undersökningen.

Riktlinjer bör vara enkla och tydliga och allmängiltiga, vilket även studien utförd av Worth, Nurmatov och Sheikh (2010) visade på och därmed enkla att använda i en akutsituation, detta torde ju även gälla för förebyggande riktlinjer.

I praktisk tillämpning i vårdsituationer handlar evidensbaserad vård om att integrera klinisk erfarenhet, lokala förutsättningar och vårdtagarens önskemål med bästa tillgängliga vetenskapliga bevis. Att veta vad som är bästa tillgängliga bevis ställer krav på tillgång till väl underbyggda kliniska riktlinjer eller systematiska forskningsöversikter. (Nilsson-Kajermo och Wallin, 2009).

Standardiserade riktlinjer och protokoll finns numer på var arbetsplats. Det verkar så enkelt och självklart att om bara man följer dessa riktlinjer så blir det bra. Kan det vara så att det är lätt att förlita sig på dessa? Men faktum kvarstår; i en akut situation är det sjuksköterskan som bedömer när det är dags att börja följa dessa riktlinjer oavsett om det gäller att ge läkemedel eller larva, naturligtvis beroende på vilka generella ordinationer som finns på enheten. Parsonage (2010) påpekar att kliniska riktlinjer kan leda till en tro det finns enkla lösningar till svåra tillstånd och om utövare förlitar sig till dåligt skrivna riktlinjer kan det leda till att de tar fel beslut. Det är viktigt att värdera de symtom som finns.

Den vetenskapliga kunskapen måste identifieras, kritiskt värderas och sammanställas så att den kan ligga till grund för dels det kliniska arbetet, dels för fortsatt forskning (Forsberg & Wengström, 2008). Att det finns utarbetade nationella riktlinjer vid omhändertagandet av anafylaxi är dock ingen garanti för att dessa följs. Det finns ingen studie gjord som beskriver hur väl vi följer dessa i Sverige. När man talar med kollegor inom vården så är verkligheten sådan att riktlinjerna är ett ledande verktyg, det är alltid symtomen och den kliniska bilden som avgör när det är dags att ge adrenalin. Om det till exempel är en patient med en känd allergi, med urtikaria och svullnad kring ögon och läppar men ingen andningspåverkan kanske någon väljer att avvakta med adrenalin och istället ger antihistamin och kortisonpreparat. Beslutet är komplext och kanske till och med olika från fall till fall, dels utifrån patientens nuvarande symtom och eventuella tidigare, kända reaktioner.

Klinisk implikation

Under arbetet med att söka artiklar fanns en önskan om att någonstans se hur man som sjuksköterska upplever att ha en patient med anafylaxi. Det fanns ingenting som nämnde sjuksköterskors upplevelse förutom en artikel (Parsonage, 2010), där denne sjuksköterska ansåg sig ha god kunskap om just anafylaxi, men efter händelseanalys insåg att det kunde behövas än mer kunskap och kände att det kunde vara behövligt med arbetslivserfarenhet från andra enheter där det var mer vanligt förekommande. En tanke kring detta är att man som sjuksköterska inte talar så mycket om den personliga stress man kan uppleva vid de tillfällen en akut situation plötsligt uppstår.

En annan intressant iakttagelse är att all forskning är överens om att allergier ökar och man kan inte låta bli att fundera på varför det är så. Troligtvis är detta ett resultat av vår miljö, vi utsätts för alltför många ämnen i vårt ekosystem, bland annat färgämnen, bekämpningsmedel, kemiska rengöringsmedel, läkemedel som kommer ut i kretsloppet antingen genom felaktig kassering eller via avloppsvatten. Hur ska man tänka kring detta? Det finns troligtvis mycket mer att arbeta inom denna miljöaspekt för en hållbar utveckling i framtiden.

Det pågår flera stora studier, bland annat BAMSE-studien som startade 1994 och sedan dess har följt drygt 4000 barn födda 1994-1996. Studien har gett värdefull kunskap om hur miljön påverkar barns astma och allergi och pågår fortfarande (www.folkhalsoguiden.se). Andra pågående studier är Florastudien, Immunoflorastudien och Bondgårdsflora-studien som omfattar sammanlagt >300 barn som följts upp till 8 års ålder. En unikt detaljerad kartläggning avseende livsstilsfaktorer, exponering för mikrober och immunologiska parametrar har utförts och forskargrupper studerar orsakerna till allergi och andra immunregleringssjukdomar som blir allt vanligare bland unga som växer upp i västerländska samhällen (www.gothiaforum.com).

Slutord

Som sjuksköterska i en akut situation måste man komma ihåg att tänka att patienten är sin kropp med tankar och känslor. Anafylaxi uppkommer snabbt och man kan vara helt oförberedd. Detta gäller inte bara den drabbade patienten utan även sjuksköterskan. Om man går tillbaka till pojken som fick allergivaccination så mådde han bra efter injektionen och fick gå ut i väntrummet. Ganska snart blev han snabbt dålig och här måste sjuksköterskan förhålla sig till en oväntad händelse och bemöta detta genom att behålla sitt lugn. Bemötande, bekräftelse och agerande är de viktigaste aspekterna. Att uppträda lugnt inger trygghet för patienten. Man bekräftar patienten genom att se och bedöma hur han mår, samt agerar genom att låta patienten lägga sig ned, ge adrenalin, larma, sätta en venös infart med snabb infusion av vätska, ge syrgas och kontrollera puls och blodtryck. Man måste också veta hur riktlinjerna ser ut på sin arbetsplats så att man är förberedd. Om och när det inträffar en reaktion är vår förhoppning att sjuksköterskan är lugn, trygg och vet vad hon gör, oavsett om det gäller dig, mig eller en kollega...

REFERENSER

Almerud Östberg, S. & Nordgren, L. (red). (2012). *Akutvård ur ett patient perspektiv*. Lund: Studentlitteratur.

Stremme-Johannesen, T., Almås, H. & Hauge, M. Sjuksköterskans ansvar vid några undersökningar och behandlingar på röntgenavdelningen. I Almås, H. (red). (2002). *Klinisk omvårdnad del 1*. (s.170). Stockholm: Liber AB.

Arroabarren E., Lasa EM., Olaciregui I., Sarasqueta C., Muñoz JA. & Pérez-Yarza EG. (2011). Improving anaphylaxis management in a pediatric emergency department. *Pediatric Allergy and Immunology*. 22(7): 708–714.

Benner, P.(1993). *Från novis till expert – mästerskap och talang i omvårdnadsarbetet*. Lund: Studentlitteratur.

De Bisschop, M-B. & Bellou, A. (2012). Anaphylaxis. *Current Opinion in Critical Care*; 18:308-317.

Dunbar, H. & Luyt, D. (2011). Triggers, clinical features and management of anaphylaxis in children. *Nursing Children And Young People*. 23(5), 29-35.

Eide, H. & Eide, T. (1997). *Omvårdnadsorienterad kommunikation. Relationsetik, samarbete och konfliktlösning*. Lund: Studentlitteratur.

Ericson, E. & Ericson, T. (2009). *Klinisk mikrobiologi*. (4:e uppl). Stockholm: Liber.

Eriksson, N E. & Hedlin, G. (1999). *Allergi och annan överkänslighet i praktisk sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Florin, J. (2009). Omvårdnadsprocessen. I A. Ehrenberg & L. Wallin. (red.) *Omvårdnadens grunder: ansvar och utveckling*. (s. 70). (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier*. Stockholm: Författarna och Bokförlaget Natur och Kultur.

Friberg, F. (2006). Att göra en litteraturoversikt. I F. Friberg (red.). *Dags för uppsats: Vägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (s.133-143). Lund: Studentlitteratur.

Jacobsen, R. C. & Gratton, M. C. (2011). Case conference. A case of unrecognized prehospital anaphylactic shock. *Prehospital Emergency Care*. 15 (1). 61-66.

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F. & Skaug, E. (red.) (2006). *Grundläggande omvårdnad*. 4. (1. uppl.) Stockholm: Liber.

Läkemedelsboken (2011-2012). Läkemedelsverket.
<http://www.lakemedelsboken.se/pdf/LB2011-2012-interaktiv.pdf>.

- Mogensen, E., Ekstrand, I. & Löfmark, A. (2010). *Klinisk utbildning i högskolan: perspektiv och utveckling inom verksamhetsförlagd utbildning*. (2. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Morris, P., Baker, D., Belot, C. & Edwards, A. (2011). Preparedness for students and staff with anaphylaxis. *Journal of School Health*. 81(8), 471-476.
- Nilsson-Kajermo, K. & Wallin, L. (2009). Kunskap och kunskapsanvändning i omvårdnadsarbete. I A. Ehrenberg & L. Wallin. (red.) *Omvårdnadens grunder: ansvar och utveckling*. (s.310-322). (1. uppl.) Lund: Studentlitteratur.
- Parsonage, I. (2010). Making clinical decisions in emergency situations. *Emergency Nurse*, 18(4), 18-21.
- Simons, F. E. R., Clark, S. & Camargo, C. A. (2009). Anaphylaxis in the community: Learning from the survivors. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 124(2), 301-306.
- Socialstyrelsen. (2005). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*, Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2005/2005-105-1>.
- SOSFS 1999:26. Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd om att förebygga och ha beredskap för att behandla vissa överkänslighetsreaktioner. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs>.
- SOSFS 2009:16. Socialstyrelsens föreskrifter om ändring i föreskrifterna och allmänna råden (SOSFS 1999:26) om att förebygga och ha beredskap för att behandla vissa överkänslighetsreaktioner. Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/sosfs>.
- Svenska Föreningen För Allergologi [SFFA]. (2009). Anafylaxi. Arbetsdokument. Rekommendationer för omhändertagande och behandling.
- Svensk sjuksköterskeförening, Stockholm. (2006). *Erfarenhetsbaserad kunskap - vad är det och hur värderar vi den?* Red: Östlinder G. Norberg A. Pilhammar Andersson E. Öhlen J.
- Svensk sjuksköterskeförening [SSF]. (2007). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening.
- Tait, D. (2010). Nursing recognition and response to signs of clinical deterioration. *Nursing Management*. 17(6), 31-35.
- Tsang, K. (2008). Anaphylaxis: assessing patients with allergies. *Emergency Nurse*. 16(5), 24-29.
- Worth, A., Nurmatov, U. & Sheikh, A. (2010). Key components of anaphylaxis management plans: consensus findings from a national electronic Delphi study. *Journal of the Royal Society of Medicine*. 1(42). 1-9.

BILAGA. ÖVERSIKT AV ANALYSERAD LITTERATUR

Titel, författare, land	Problem/Syfte	Metod, urval	Resultat
<p>1. Titel: Making clinical decisions in emergency situations.</p> <p>Författare: Parsonage, I.</p> <p>Tidskrift: Emergency Nurse</p> <p>Årtal: 2010</p> <p>Land: England</p> <p>Ref: 29</p>	<p>Ökad förståelse för beslutsfattande-processen är viktigt för sjuksköterskan och organisationen.</p>	<p>Kvalitativ metod</p> <p>Teoretisk analys Fallstudie; kritisk granskning och reflektion kring beslutsfattande-processen i en akut situation</p>	<p>Eget resonemang påverkar hur man agerar utifrån en specifik situation, samt hur man tolkar och följer riktlinjer</p> <p>Intuition Kunskap Erfarenhet påverkar</p>
<p>2. Titel: Triggers, clinical features and management of anaphylaxis in children</p> <p>Författare: Dunbar, H. & Luyt, D.</p> <p>Tidskrift: Nursing Children And Young People.</p> <p>Årtal: 2011</p> <p>Land: England</p> <p>Ref: 32</p>	<p>Syftet med artikeln är att förmedla en översikt av kliniska kännetecken och behandling av anafylaxi hos barn och ungdomar</p>	<p>Kvantitativ metod</p> <p>Deskriptiv/beskrivande (teoretisk) utbildande artikel</p>	<p>Efter att ha läst artikeln ska läsaren kunna: identifiera symtom vid anafylaxi, uppge olika orsaker hos barn och unga och diskutera tillgängliga behandlingsformer. Demonstrera autoinjector, diskutera förebyggande strategier, och utveckla, samt använda sig av individuella behandlingsplaner inom den egna verksamheten.</p>
<p>3. Titel: Anaphylaxis: assessing patients with allergies.</p> <p>Författare: Tsang, Katherine</p> <p>Tidskrift: Emergency Nurse</p> <p>Årtal: 2008</p> <p>Land: England</p> <p>Ref: 21</p>	<p>Beskriva det initiala omhändertagandet av patient med andningsbesvär vid anafylaxi pga. födoämnesallergi.</p>	<p>Kvalitativ metod Deskriptiv/beskrivande analys (teoretisk)</p> <p>Fallstudie Beskriver vad som exakt händer i kroppen och hur symtom hänger ihop med objektiva data och anatomi</p>	<p>Att förstå den bakomliggande mekanismen; vad händer vid en anafylaxi minskar oron av att inte veta och underlättar för korrekt omhändertagande. Utgör även en grund för information och utbildning till andra, såsom barn, föräldrar och medarbetare.</p>
<p>4. Titel: Nursing recognition and response to signs of clinical deterioration.</p> <p>Författare: Tait, D.</p> <p>Tidskrift: Nursing Management.</p> <p>Årtal: 2010</p> <p>Land: England</p> <p>Ref: 45</p>	<p>En litteraturöversyn för att utvärdera hur sjuksköterskan identifierar och reagerar på patienter som visar tecken på klinisk försämring</p>	<p>Kvalitativ metod</p> <p>Review</p>	<p>Flertalet undersökningar visar att sjuksköterskor använder ledverktyg ”track and trigger -tools” sekundärt och i första hand fokuserar på patienten; vad man ser, känner igen och anar.</p>

<p>5. Titel: Anaphylaxis</p> <p>Författare: De Bisschop, M-B. & Bellou, A.</p> <p>Tidskrift: Current Opinion in Critical Care</p> <p>Årtal: 2012</p> <p>Land: Frankrike</p> <p>Ref: 62</p>	<p>Syftet med artikeln är att skapa en översikt av den senaste kunskapen inom anafylaxi och visa de senaste rönen inom patofysiologi, diagnos och behandling.</p>	<p>Kvantitativ metod</p> <p>Review</p>	<p>Nya data visar på en ökad förekomst och man betonar immunopatologiska mekanismer. Anafylaxi är fortfarande underdiagnostiserad och man följer inte de riktlinjer som finns. Förbättring av snabb diagnos och behandling, samt utbildning av hela populationen skulle minska sjuklighet och dödlighet.</p>
<p>6. Titel: Preparedness for students and staff with anaphylaxis.</p> <p>Författare: Morris,P., Baker, D., Belot, C. & Edwards, A.</p> <p>Tidskrift: Journal of School Health.</p> <p>Årtal: 2011</p> <p>Land: USA, California</p> <p>Ref: 16</p>	<p>En utvärdering av skolsköterskors erfarenhet av livshotande anafylaxi, autoinjektor tillgängligt på skolan och hinder för genomförandet av det.</p>	<p>Kvantitativ metod</p> <p>171 personer inom skolhälsovård deltog I studien som innehöll 41 frågor avseende kunskap, attityder och beredskap på skolan för ev anafylaxi</p>	<p>30 % rapporterade att de använt annan persons epipen, trots möjlighet att förvara autoinjektor var det bara 13% som unyttjat denna möjlighet p g a bristande resurser inom SHV, brist på riktlinjer,brist på utbildning.</p>
<p>7. Titel: Anaphylaxis in the community: Learning from the survivors.</p> <p>Författare: Simons, F. E. R., Clark, S. & Camargo, C. A.</p> <p>Tidskrift: Journal of Allergy and Clinical Immunology</p> <p>Årtal: 2009</p> <p>Land: USA</p> <p>Ref: 30</p>	<p>Med fokus på de som varit med om en anafylaxi var syftet att ta del av deras erfarenhet av att använda eller inte använda adrenalin/ autoinjektor i en akut situation.</p>	<p>Kvantitativ/kvalitativ metod.</p> <p>Via en e-mail undersökning fick 1885 deltagare anonymt svara på frågor.</p> <p>Etisk konflikt: möjlig då forskarna har erhållit ersättning från läkemedelsföretag</p>	<p>Adrenalinanvändare (27 %) uppgav problem med att bestämma när man skulle ge injektionen, upprepa dosen och/eller söka akutvård. De övriga (73 %) som inte använt sitt adrenalin uppgav varierande anledningar; tagit antihistamin istället(38 %); inget recept (28 %); ansåg att det varit en mild reaktion (13 %).</p>
<p>8. Titel: Key components of anaphylaxis management plans: consensus findings from a national electronic Delphi study.</p> <p>Författare: Worth, A., Nurmatov, U. & Sheikh, A.</p> <p>Tidskrift: Journal of the Royal Society of Medicine Short Reports.</p> <p>Årtal: 2010</p> <p>Land: England</p> <p>Ref: 30</p>	<p>Det saknades ett gemensamt, internationellt konsensus för innehållet i riktlinjer för behandling av anafylaxi. Syfte var att få fram de nyckelkomponenter som ansågs mest väsentliga.</p>	<p>Kvantitativ metod</p> <p>25 personer inom en multidisciplinär expert-panel fick i en 2-stegs undersökning svara och gradera viktighetsgraden utifrån en mängd påståenden om anafylaxi för att på så sätt kunna få fram det väsentliga och utforma konsensus.</p>	<p>Alla var enade om att akuta riktlinjer skall vara enkla, tydliga och lätta att använda i en krissituation. Dock bör långtidsplaner vara skraddarsydda utifrån individen och i samarbete patient/vårdare</p>

<p>9. Titel: Improving anaphylaxis management in a pediatric emergency department.</p> <p>Författare: Arroabarren E., Lasa EM., Olaciregui I., Sarasqueta C., Muñoz JA. & Pérez-Yarza EG.</p> <p>Tidskrift: Pediatric Allergy and Immunology.</p> <p>Årtal: 2011</p> <p>Land: Spanien</p> <p>Ref: 29</p>	<p>Omhändertagandet av anafylaxi inom pediatriken är ibland bristfällig vad det gäller diagnos, behandling och uppföljning. Syftet var att utvärdera effekten av riktlinjer, beskrivning av incidens och att beskriva säkerhet och effekt av adrenalinanvändning på en akutmott för barn.</p>	<p>Kvantitativ metod En jämförande studie före och efter införandet av riktlinjer genom urval och genomgång av journaler utifrån speciella kriterier under en fyraårs period. Man utvärderade förekomst av anafylaxi, adrenalin- och annan medicinsk behandling antal inläggningsfall och vårdtid, samt förskrivning av autoinjektor och remiss för uppföljning. Säkerhet vid adrenalinanvändning bedömdes.</p>	<p>Klar skillnad i omhändertagandet före och efter införandet av riktlinjer; läkarnas kunskaper att ta hand om dessa patienter på akutmott förbättrades. Adrenalinanvändning ökade, uppföljningen blev bättre.</p> <p>Inga signifikanta biverkningar av adrenalin kunde ses.</p> <p>Ett barn upplevde palpitationer vid adrenalin, övergående effekt.</p>
<p>10. Titel: Case conference. A case of unrecognized prehospital anaphylactic shock.</p> <p>Författare: Jacobsen, R. C. & Gratton, M. C.</p> <p>Tidskrift: Prehospital Emergency Care</p> <p>Årtal: 2011</p> <p>Land: USA</p> <p>Ref: 31</p>	<p>Vid atypisk anafylaxi kan det vara lätt att missta sig på diagnos med följderna av utebliven korrekt behandling vilket i sin tur kan leda till dödlig utgång.</p>	<p>Kvalitativ metod Ett patientfall med så kallad atypisk anafylaxi diskuteras och utsätts för kritisk granskning. Genomgång av diagnos och behandling, samt de hinder som personal kan möta vid diagnosticering.</p>	<p>Snabb diagnos och rätt behandling är av största betydelse för patienten och man påtalar vikten av utbildning för att täcka eventuella kunskapsluckor hos personal.</p>