

Til Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin (DASAIM),
Fagligt Selskab for Anæstesi-, Intensiv- og Opvågnings-sygeplejersker
(FSAIO) cc. Tovholdergruppen for patientsikkerhed på det regionale om-
råde

Dato: 04. marts 2025

Deling af læring om tranexamsyre

I Region Hovedstaden har vi haft et patientforløb, der desværre endte fatalt. Med dette brev ønskes læringen delt med jer og jeres medlemmer med håb om, at det kan være med til at forhindre, at lignende sker igen.

Forløbet omhandler en patient, der skulle have foretaget en elektiv operation. Patienten var oprindeligt planlagt til bedøvelse i generel anæstesi. Dette konverteres på dagen for operationen til spinalanæstesi. Under spinalanæstesi gives, som følge af forvekslingsfejl, fejlagtigt dosis af tranexamsyre intraspinalt i stedet for bupivacain. Tranexamsyren vurderes at have medvirket til, at patienten fik kramper og efterfølgende hjertestop.

Administration af tranexamsyre intraspinalt kan være farligt

Medicinforveksling er en hyppig årsag til utilsigtede hændelser og nærhændelser. I det efterfølgende kontaktede afdelingen flere eksperter i det anæstesiologiske speciale. Det viser sig, at det ikke var almindelig kendt i specialet, at tranexamsyre administreret intraspinalt kan medføre så alvorlige komplikationer som kramper og kredsløbskollaps. Der var på tidspunktet for hændelsen enkelte internationale artikler publiceret med case rapporter om lignende hændelser. Tranexamsyre bliver hyppigt anvendt til mange forskellige indgreb både elektive og akutte. Derfor vurderer vi, at viden om farlighed bør udbredes.

Handleplaner og tiltag til inspiration

I forbindelse med hændelsen blev der gennemført en patientsikkerhedsanalyse og iværksat handleplaner på det involverede hospital. Disse konkrete tiltag kan anvendes som inspiration til arbejdet med at mindske medicinforveksling og deles derfor.

- Der er etableret særlige borde til hhv. generel anæstesi og spinalanlæggelse, så de forskellige medikamenter holdes adskilt.
- Der er kontinuerligt fokus på gennemgang af plan /"stop op" ved ændringer af anæstesiform.

- Anæstesiaafdelingen er overgået til brug af sterilt pakkede ampuller, så den optrækkende læge selv kan sidde med medicinen.
- Der er fortsat fokus på, at ubrugte ampuller og hætteglas aldrig må lægges tilbage i æskerne.
- Der er vedvarende fokus på ansvar og kvalitet ved medicinhåndtering herunder fokus på dispensering og administration. I Region Hovedstaden fremgår det af vores regionale vejledning, at dispensering og administration som udgangspunkt skal udføres af en og samme person. Hvis dispensering og administration foretages tidsmæssigt forskudt af to forskellige personer skal det ophældte kontrolleres af den administrerende person før lægemidlerne indgives.
- Der er fortsat fokus på kognitive færdigheder i forbindelse med situationsbevidsthed herunder hurtig ændring af planlagte arbejdsopgaver som led i programmet for uddannelse af speciallæger i anæstesi, men det vil også være hensigtsmæssigt at inddrages i den kontinuerlige læring for speciallæger.

Vi har et stort ønske om at I vil bidrage til vidensdeling nationalt om risici ved fejladministration af tranexamsyre og evt. konkrete tiltag.

I er velkomne til at kontakte mig ved spørgsmål eller kommentarer.

Med venlig hilsen

Perle Darsø

Overlæge i samfundsmedicin

Direkte: 24 47 56 68

E-mail: perle.darsoe.01@regionh.dk

Region Hovedstaden

Center for Sundhed

Enhed for Kvalitet, Forskning og Patientsikkerhed

Kongens Vænge 2

3400 Hillerød

Web: www.regionh.dk