

Potilas Vakuutus keskus

Tieto lisää turvallisuutta: Vahingoista oppia toimintaan

Lääkäri 2018
12.1.2018



Esimerkkitapauksia vältettävistä vahingoista

Potilasvakuutuskeskuksen asiantuntijalääkärit esittelevät potilasvahinkotapauksia



Minna Halinen, LL

Potilas
Vakuutus
keskus

Potilastapaus päivystyksestä

Esitiedot:

- 65-vuotias mies. HTA, DM II dyslipidemia (ei lääkitystä), divertikuliitteja, obesiteettia. Ei ole koskaan tupakoinut. Valtimotautien osalta sukuanamneesi ei tiedossa.
- Tapahtumat:
 - 6.8. iltapäivästä potilaalle tullut huimausta
 - 7.8. hakeutunut päivystykseen tulosityillä "Huimaus, näön sumentuminen, puhehäiriö ja puutuminen kädessä oikealla".
 - Ambulanssi ei todennut selvää poikkeavaa neurologiassa
 - Päivystävän akuuttilääkärin pohdinta: "Anamneesin ja kliinisen kuvan perusteella ei voi sulkea pois aivoverenkiertohäiriötä vertebrobasillaarialueella. Päivystyksessä tehdään pään TT."

Potilastapaus päivystyksestä (2)

- Tapahtumat jatkuvat:
 - Päivystyksessä tehtiin pään TT, jossa radiologin lausunnon mukaan oikealla okkipitaalisesti todettu tuore aivoinfarkti. Ei verenvuotoa. Ei ekspansiivista eikä likvor-kierron häiriötä.
 - Neurologia ei konsultoitu.
 - Potilas siirretty jatkohoitoon Stroke-osastolle aivoinfarktipotilaalle kuuluvin lääkityksin.
 - Seuraavalle päivälle suunniteltiin kontrollilaboratoriokokeita ja kaulasuonten ultraäänitutkimusta.
- **Olisitko tähän mennessä toiminut samoin?**
 - **Kyllä**
 - **Ei**

Potilastapaus päivystyksestä (3)

- Tapahtumat jatkuvat:
 - Hoitajan kirjaus päivystyksessä Klo 21:25 Potilas hyvävointinen, hivenen pahoinvointia, ei oksenna. Puhe selkeää, näköhäiriö edelleen.
 - Klo 0:36 Osastolle tullessa asiallisesti keskustelee.
 - Klo 3:19 Heräteltävissä on ja puhutteluun vastaa.
 - Klo 3:32 Kehotukselle avaa silmät, vastaa mumisemalla. Oikea käsi ja jalka voimattomat. Vasen käsi toimii hyvin. Hengitys kuorsaavaa, pieniä apneapätkiä.
 - Klo 6.35 vaikeasti heräteltävissä. Reilulle ravistelulle avaa silmät ja hieman jotain murahtaa vastaukseksi.
 - Klo 7:44 Potilas ei heräteltävissä, kunnon kipureaktiota ei saa. Hieman vapinaa ilmaantuu. Ei avaa silmiä. Pupillat pistemäiset. Hengitys kuorsaavaa.
 - klo 8:05 Puhelu päivystävälle lääkärille, että potilas on tajuton ja jäykistelevä.

Potilastapaus päivystyksestä (4)

- **Minkä tutkimuksen päivystävä lääkäri pyytää, joka selittää potilaan tilan?**
 - **Aivovaltimoiden CT-angiografia**
 - **Kaulavaltimoiden UÄ-tutkimus**

Potilastapaus päivystyksestä (4)

- Aivovaltimoiden CT-angiografiassa A-basilaris oli täysin tukossa.
- Potilas sai liuotushoidon ja lähetettiin yliopistosairaalaan toimenpidettä varten. MRI-kuvassa todettiin jo laajat aivovauriot ja toimenpiteestä pidättäydyttiin huonon ennusteen takia. Potilas menehtyi muutama päivä myöhemmin.

Potilastapaus päivystyksestä (5)

- Akuuttihoiossa 7.2. ei täysin saavutettu kokeneen ammattilaisen osaamistasoa.
- Ammattistandardin mukaista olisi ollut konsultoida neurologia tai pyytää oikea tutkimus eli aivovaltimoiden TT-angiografia.
- Oirekuva viittasi takaverenkierron laaja-alaisempaan häiriöön yhdessä jo näkyvän okkipitaali-infarktin kanssa ja olisi ollut aihe nopeaan suonikuvantamiseen.
- Viivettä oli myös reagoinnissa oireiston edetessä, jolloin valvontaosaston hoitajan ammattistandardi alittui.
- Äkillinen vaikeaoireinen kallonpohjan valtimon tukos on erittäin huonoennusteinen sairaus; kuolleisuus 85-95%, mikäli suoni ei aukea.
- Kyseessä oli korvattava potilasvahinko.
- **Takaverenkierron häiriön epäily on tärkeä herätä jokaisella päivystyspotilaita hoitavalla lääkrillä tietyllä tavalla oireilevalla potilaalla. Neurologin konsultaatio auttaa ratkaisemaan tilanteen.**

Potilas
Vakuutus
keskus



Jarkko Suomela Yleislääketieteen el

Potilas
Vakuutus
keskus

”Selkä kipeä”

48-vuotias nainen hakeutui keskussairaalan yhteispäivystykseen selkävun takia.

Hoitajan kirjaus:

- Hoidon syy: Selkäkipu
- Esitiedot: Crohnin tauti, Asa-allergia
- Nykytila: Tänä aamuna selkä mennyt jumiin, kipu alaselässä. Jalat kantavat. Ei virtsaamis- tai ulostamisongelmaa. Ei puutumisoireita. Ottanut kipuun aamulla Norflex 50mg ja Panadolia.
- Suunnitelma: Kons. lääkäriä; kipulääkittää paremmin. Annetaan nyt Panacod 2tbl ja aamuksi mukaan sama satsi.
- Kotona ottaa Norflex 100mg ja aamulla kanssa. Käyty hälyttävät oireet läpi, tietää palata ppkl:lle, jos oireita tulee tai kipu ei helpota.

Potilas
Vakuutus
keskus

Potilaan vahinkoilmoitus

- Tuskanhiki valui norona jääkylmänä pitkin vartaloa ja iho oli *harmaa*.
- Ensiavussa en saanut edes nähdä lääkäriä vaan hoitaja konsultoi ja he näkemättä päättivät että en tarvitse hoitoa / tutkimusta.
- PYY SIN, rukoilin, kerjäsin kivussani lattialla, että ottakaa verikokeet, verenpaineet!
- En saa edes hengitettyä enää.
- Vastaus oli, että ei ole tarvetta sellaiseen

Kysymys (kyllä / ei)

Onko potilaan kertomassa ja sairaanhoitajan kirjauksessa ristiriitaa?

Olisiko lääkärin tutkimus muuttanut hoitoa?

”Selkäkipu jatkuu”

- 4 päivän päästä terveystieteiden keskuksen lääkäriin
- Potilaan kertomaa: Vanhat oireet ennallaan ja vatsakipua uutena oireena

Lääkärin kirjaus:

- Itsekseen alkoi koko selän särky, kipua oikealla lavassa, vas. lannealueella. Todetaan oik. lantiopuoliskon olevan korkeammalla, skolioosia on lanne-thorakaali-alueella ja siihen liittyvät lihastensiot.
- Diagnoosi: M41.8 Muu skolioosi ja M79.1 Lihassärky
- Hoitona: lihasrelaksantti, panadol ja rentoutusohjeita

Kysymys (kyllä / ei)

Ovatko sairaskertomusmerkinnät asianmukaiset?

Onko tutkimus, diagnoosi ja hoito ollut asianmukainen?

Potilas
Vakuutus
keskus

Tarinan loppu

- 4 päivää myöhemmin hakeutui keskussairaalaan oireiden jatkuessa.
- Kipu omasta mielestä selvästi erilaista kuin aiemmin Crohnin taudin yhteydessä
- Tehdyssä vatsan TT-kuvauksessa oireiston syyksi varmistui vasemman munuaisen iskeemiset muutokset
- Taustalla laaja-alainen ateroskleroosi (tupakka katsottu tärkeimmäksi syyksi), joka on johtanut käytännössä koko vasemman munuaisen kuolioon.

Potilasvakuutuskeskuksen ratkaisu

- Hakeutunut toistuvasti hoitoon todennäköisesti hyvin voimakkaan kipuoireiston vuoksi.
- Viimeistään 2. käynnillä olisi pitänyt epäillä vakavaa päivystyksellistä sairaalahoitoa vaatinutta sairautta oireiston taustalla, vaikka kyseessä harvinainen sairaus.
 - Tutkiminen ja kirjaamiset puutteellisia ja skolioosin ei voida katsoa selittävän oireistoa.
 - Kipu omasta mielestä selvästi erilaista kuin aiemmin Crohnin taudin yhteydessä.
- Korvattavaksi katsottiin 4 päivän hoidon viive. Munuaisen menetystä ei olisi tässä tapauksessa voitu todennäköisesti välttää.

Pohdittavaa

- Toimiiko hoitajien (ja fyysiterapeuttien) ja lääkäreiden työnjako (ml. tsekkauslistat)?
- Hoitajat eivät voi tehdä diagnoosia ja vastuu on aina lopuksi lääkärillä
 - Saumattoman yhteistyön, perehdytyksen ja matalan konsultaation merkitys
- Toistuvat käynnit voimakkaan (tai etenevän) oireiston vuoksi pitää herättää hälytyskellot



Liisa-Maria Voipio-Pulkki
Sisät. dos.

Potilas
Vakuutus
keskus

Pitkittynyt pneumonia terveyskeskuksen päivystyksessä

- Parikymppinen, aikaisemmin terve mies sairastui korkeaan kuumeeseen ja yskään. Hakeutui viikon kuluttua opiskeluterveydenhuoltoon, todettiin selvä oikean keskilohkon pneumonia ja aloitettiin adekvaatti antibioottihoito 14 vrk per os.
- Kuukautta myöhemmin potilas oli kuumeeton, mutta poikkeavan väsynyt ja herkästi rasituksessa hengästynyt. Erittäin kokenut yleislääkäri arvioi tilanteen kliinisesti kahdesti viikon välein: thorax-kuva lähes siistiytyi ja CRP 44 => 18. Mykoplasmaplasta-aineet +, aloitettiin doksisykliini 150 mg x 10. Potilasasiakirjoissa ei ole statusmerkintöjä. Kontrolliaikaa ei varattu.
- **Kysymys: oliko kokeneen yleislääketieteen erikoislääkärin toiminta asianmukaista?**

KYLLÄ, miksi?

EI, miksi ei?

Potilas
Vakuutus
keskus

Pitkittynyt pneumonia terveyskeskuksen päivystyksessä (2)

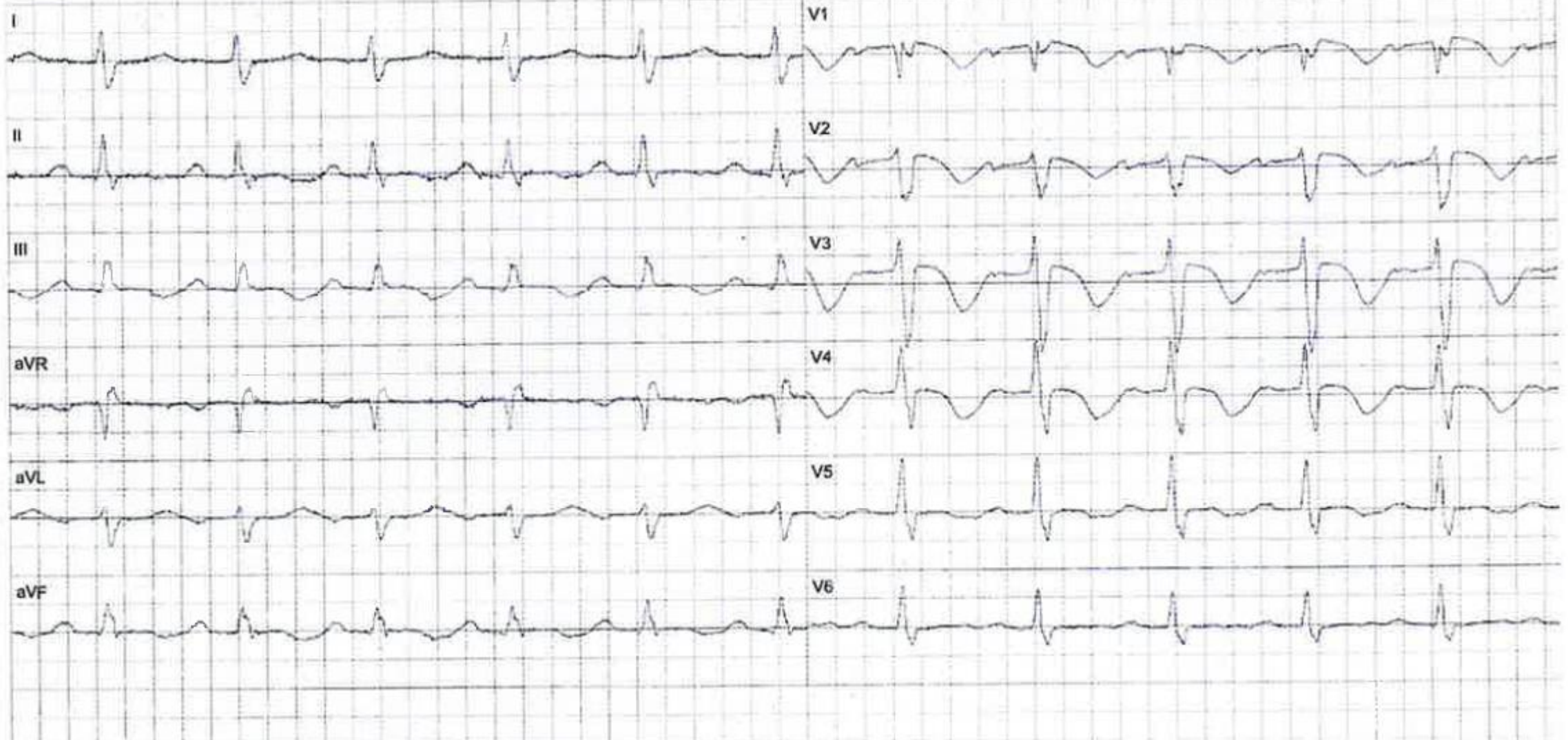
- 10 päivää myöhemmin potilaan äiti toi nuorukaisen terveyskeskuksen sunnuntaivastaanotolle jatkuvan lämpöilyn, väsymyksen ja pienessäkin fyysisessä rasituksessa ilmaantuvan pulssitason nousun takia. Rintakipua tai hengenhahdistusta ei varsinaisesti ollut.
- Vt. terveyskeskuslääkäri tutki potilaan huolellisesti ja teki tarkat statusmerkinnät: levossa vointi hyvä, ei erityisen sairaan oloinen. Auskultoiden sydäimestä tai keuhkoista ei erityistä. Pulssi rauhoittui levossa 125=>85/min. RR 110/90, TnT negatiivinen, CRP noussut 84. Rtg oli kiinni.
- Jatkettiin doksisykliiniä ja aloitettiin keftriaksoni 2 g x 1 i.v., sai heti ensimmäisen annoksen. Kotiin, missä omaisia paikalla. Ohjelmoitiin seuraavaksi aamuksi lab + rtg + EKG.
- **Kysymys: oliko vt. terveyskeskuslääkärin toiminta asianmukaista?**
 - KYLLÄ, miksi?**
 - Ei, miksi ei?**

Potilas
Vakuutus
keskus

Heart rate: 127 bpm Operator: ETEISPERÄINEN RYTM
PR interval: 116 ms L4110 POSITION TYPE NORMAALI
18.12.2016 - 12:56 QRS time: 84 ms NORMAALI AKSELI IKÄ HUOMIOIDEN
Id: [REDACTED] QT/QTcB int.: 340 / 495 ms MATALA JÄNNITE
Male QTcF int.: 437 ms T-POIKKEAVUUS ALASEINÄ KYTKENNÄT
P-R-T axes: -104 / 82 / 26° RI6.01 Vahvistamaton raportti

**Potilaasta olikin otettu myös EKG,
tehdään sama kysymys uudestaan.**

Traditional 50.0 mm/s 10 mm/mV 0.05-150 Hz



Pitkittynyt pneumonia terveyskeskuksen päivystyksessä (4)

- Seuraavana aamuna voimakas hengenahdistuskohtaus, soitto 112, suunta keskussairaalaan. Ambulanssissa elottomaksi, asystole, elvytys. Massiivinen keuhkoembolia hoidettiin lege artis.
- **Kysymys: olisiko potilaan kunnon romahtaminen ollut estettävissä toisin toimimalla?**
 - KYLLÄ, miten?**
 - EI, miksi ei?**
- **Pohdittavaksi: oliko terveyskeskuksen kiirevastaanotto asianmukaisesti varusteltu?**
- Voit pohtia tapausta myös viestiseinällä.

Huimaus, joka katosi - vai katosiko?

- Kuusikymppinen kaivoksen trukinkuljettaja tuotiin terveyskeskukseen arkipäivänä työnantajan tilaamalla ambulanssilla huimauksen ja pahoinvoinnin vuoksi. Aiemmin oli ajoittain ollut niska-hartiasärkyjä ja huimausta etenkin asennon muutosten yhteydessä; pidetty työperäisinä. Kolme vuotta aiemmin mies oli tehnyt elämäntaparemontin päänsäryn selvittelyjen yhteydessä huomattun verenpainetaudin takia. ACE-estäjä, diureetti ja statiini käytössä.
- Potilas tutkittiin noin 6 tuntia kohtauksen jälkeen tk:ssa. Huimausta eri ilmennyt pään kierrossa, jkv. niska-hartiaseudun kireyttä, ei nystagmusta. RR 150/100, EKG normaali. Potilas kotiutettiin huilaamaan päivän, pari.
- **Kysymys: oliko terveyskeskuslääkärin hoito asianmukaista?**

KYLLÄ

Ei, mitä olisit tehnyt toisin?

Potilas
Vakuutus
keskus

Huimaus, joka katosi - vai katosiko? (2)

- Potilas aloitti uudestaan tupakoinnin. Kaksi vuotta myöhemmin hän sairastui vasemmanpuoleiseen halvaukseen. TT-tutkimuksessa havaittiin lisäksi vanhan pikkuaivoinfarktin jäljet.
- Vahinkoilmoituksen tapahtumatiedot poikkesivat huomattavasti niukoista potilasasiakirjamerkinnöistä. Ilmoituksen mukaan potilas ei ollut pysynyt kaivoksella jaloillaan huimauksen takia, ja voimakas pahoinvointi oli ollut aivan uusi oire. Potilas oli tutkittu huonosti. Neurologien mukaan pikkuaivoinfarktin oli täytynyt olla kohtausoireiden syynä.
- **Kysymys: olisiko toisin toimimalla voitu estää potilaan myöhempi toinen aivoinfarkti?**
 - KYLLÄ, miten?**
 - EI**
- **Pohdittavaksi viestiseinällä:** terveyskeskus sijaitsi kaukana keskussairaala. Mitä nostaisit esille henkilöstön viikkopalaverissa tämän tapauksen johdosta?

Potilas
Vakuutus
keskus

Tuttu monisairas rouva päivystyspoliklinikalla

- 70-vuotias nainen, DM II, FA, ylipainoa, useita erysipelas -infektioita vuosien varrella. Hakeutui yhteispäivystykseen, koska kotiuduttuaan viimeisimmän erysipelaksen ja diureettihoidon tehostamisen jälkeen oli kärsinyt ainakin 2 viikkoa hyppivistä nivelkivuista ja raajaturvotuk-sista. Vasemmassa ranteessa oli laaja-alaista punoitusta, turvotusta ja kuumotusta, CRP 40. Iho oli kauttaaltaan ehjä. Aiemmin oli todettu kohonnut S-uraatti. Sisätautipäivystäjä aloitti kliinisen kuvan perusteella akuutin kihtikohtauksen hoidon prednisolonilla 5 vrk, 3 vrk kuluttua aloitettiin allopurinoli. Potilas kotiutui omasta toiveestaan.
- Kontrollissa 2 vrk kuluttua käsi oli rauhoittunut, CRP 13. Turvotukset jatkuivat ja pro-BNP oli edelleen koholla. Kotisairaanhoido toteutti iv-furosemidihoidon. Kontrollia ei varattu, jatkohoido terveyskeskuksessa ja tarvittaessa taas tutussa keskussairaalassa.
- **Kysymys: oliko hoito sisätautien päivystyksessä asianmukaista?**

KYLLÄ

EI

Potilas
Vakuutus
keskus

Tuttu monisairas rouva päivystyspoliklinikalla (2)

- Kolme vrk myöhemmin potilas tuotiin päivystykseen yleistilan laskun, kuumeen 38.4, niskahartiasäryn, pään kääntämisvaikeuden ja oikean nilkan kivun takia. Huolellisessa statuksessa ei ollut huomionarvoisia löydöksiä, mutta CRP oli 190 ja B-leuk 17.7. Siisti iv-kanyyli.
- Potilas otettiin osastolle iv-antibioottihoitoon. Useiden allergioiden takia aloitettiin kefuroksiimi 1,5 g x 3, myöhemmin lisättiin siprofloksasiini. Veriviljelyssä kasvoi herkkä staf. aureus. Epiduraaliabskessi vaati leikkaushoidon ja pitkän kuntoutuksen.
- Vahinkoilmoituksessa moitittiin erityisesti kihtihoidon aloittamista ja kotiuttamista, koska ilmoituksen mukaan potilaalla on jo silloin täytynyt olla vakava bakteeri-infektio.
- **Kysymys: oliko moite oikeutettu?**
 - KYLLÄ, potilas olisi pitänyt ottaa sairaalaan**
 - Ei, empiirinen kihtihoidon aloitus oli perusteltua**

Potilas
Vakuutus
keskus

Tuttu monisairas rouva päivystyspoliklinikalla (3)

- Asiantuntijalääkärikokous pohti tapausta ja katsoi, että tapahtunut ei olisi ollut estettävissä toisin toimimalla.
- Oliko kihdidiagnoosi oikeutettu?
 - miksi ei otettu kidenäytettä?
 - S-uraatti katsottiin viikon allopurinolihoidon jälkeen: 475 umol/l (krea normaali)
- Mistä stafylokokki-infektio olisi saattanut olla lähtöisin? Kuka olisi siitä vastuussa?
- Mikä merkitys oli potilaan ja omaisten voimakkaalla tahdolla hoitaa sairaalakierteessä ollutta potilasta mahdollisimman paljon kotioloissa?



Jarkko Pajarinen
LT, dos.

Potilas
Vakuutus
keskus

Tapaus 1: Kyynärpään vamma

- 53v. Nainen
- **27.9.:** Työtaturmainen kaatuminen
 - Anamneesi: *"Satuttanut kyynärpänsä"*
 - Status: *"5 cm runsaasti vuotanut ruhjahaava dorsaalisesti ja toinen pienempi. Luut kliinisesti ehjät ja distaalinen neurologia ja verenkierto kunnossa."*
- Suunnitelma: Haava suturoidaan, tarkistetaan tetanus ja aloitetaan AB

Tapaus 1: Kyynärpään vamma

- **7.10. / 10pv.** : *"Poistetaan ompeleet. Haava siisti. Tukiteippi päälle 3 päiväksi"*

Tapaus 1: Kyynärpään vamma

- **28.11. / 2kk.** : *"Kyynärpäässä liikerajoitusta, ojennus ei täysin onnistu, lisäksi kireyden tunnetta. Alkuvaiheessa koko kyynärvarsi oli turvonnut ja laajat hematoomat"*
- Status: *"Kyynärpäässä palp. ei arkuutta, jonkin verran turpeutta, arpi siisti, kyynärnivelen koukistus sujuu hyvin, ojennus jää vajaaksi"*

Tapaus 1: Kyynärpään vamma

- **29.11.:** Tarkka diagnoosi
- **9.12.:** Ortopedin arvio ja leikkauspäätös
- **21.12.:** Leikkaushoito
- Toipuminen ja kuntoutuminen tapahtuvat ilman komplikaatioita
- Toiminta palautuu lähelle primaarivamman akuuttihoiton odotusarvoa



Potilas
Vakuutus
keskus

Tapaus 1: Kyynärpään vamma

- Käsittely ja ratkaisu PVK:ssa.
- *"Diagnoosi ja asianmukaisen hoidon aloitus ovat viivästyneet noin kaksi kuukautta"*
- *"...leikkaushoitoon olisi todennäköisesti päädytty päivystyksellisesti, eikä leikkaus olisi ollut yhtä laaja kuin nyt toteutuessaan"*
- Tässä vaiheessa korvataan tilapäistä haittaa. Mahdollinen pysyvä haitta arvioidaan tilan etenemisen myötä.

Tapaus 1: Kyynärpään vamma

- Kommentteja ja opittavaa
 - Murtumadiagnoosi / "kliinisesti ei murtumaa"
 - Vamman paikalliset ja ulkoiset löydökset sekä oireet
 - Seuranta

Tapaus 2: Olkapään vamma

- 55v. Mies
- **13.2.:** Kaatunut oikean käden päälle
 - **15.2.**
 - Anamneesi: *"kaatunut oikean käden päälle ja tullut lievästi kipua kyynärnivelen seutuun"*
 - Status:
 - *"Palpoiden ei saada tarkkaa kipupaikkaa tunnusteltua"*
 - *"Oikean käden sivunosto hieman haastava, kuitenkin onnistuu aktiivisesti nostamaan ylös asti"*
 - *"Vastustettu voima olkapäässä hyvä"*
- Suunnitelma: *"oireenmukaisena hoitona Voltaren, kylmää paikallisesti kipualueelle ja lepoa. Kivun mukaan mobilisointi"*

Tapaus 2: Olkapään vamma

- **18.2. / 5pv.** : *"etuelevaatio jää 140-asteeseen, abduktio 160-asteeseen kivuliaasti, sisä- ja ulkorotaatiot symmetriset ja hyvävoimaiset, anteriorisesti mustelmaa ja posteriorisesti nyrkkiä suurempi patti. Voimia kuitenkin löytyy hyvin"*

Tapaus 2: Olkapään vamma

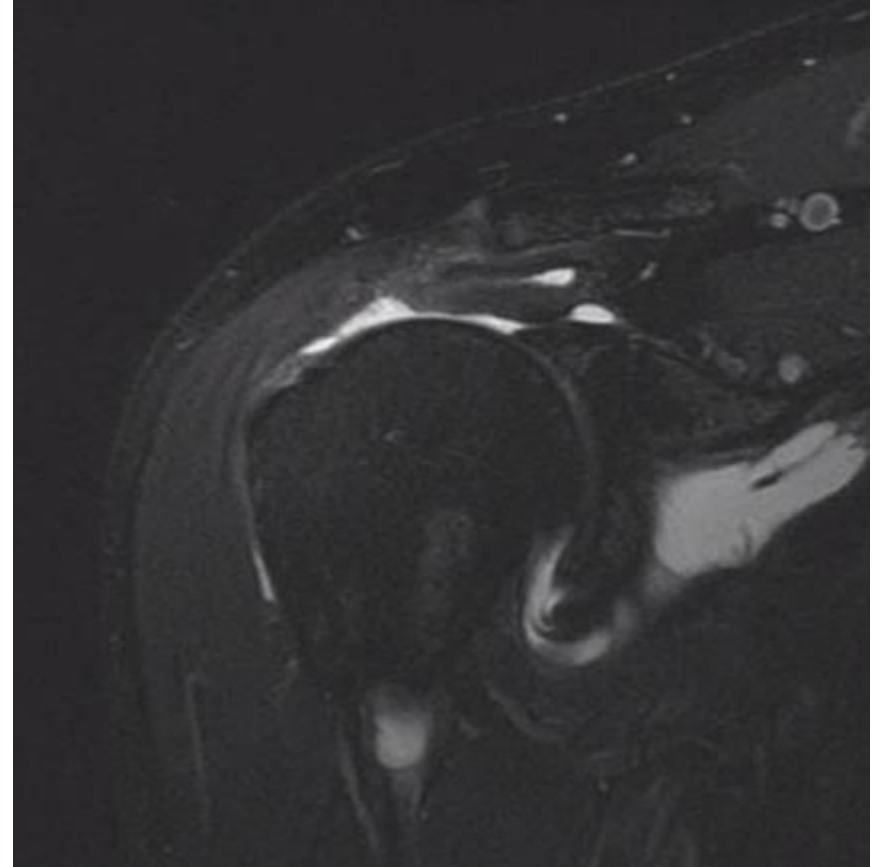
- **2.3. / 2,5vko. :** *"Tällä hetkellä jäätynyt olkapää oireyhtymä, aktiiviliikkeet etuelevaatioissa 120 astetta ja abduktiossa 110 astetta. Voimat ja lihaksisto vielä hyvät"*
- *"Annetaan fysioterapialähete aktiivisen jumppaharjoituksen opettelemista varten"*

Tapaus 2: Olkapään vamma

- **13.6. / 4kk.** : *"olkapää kivulias, liikelaajuudet eivät ole parantuneet kuin fleksio 120 astetta, abduktio 100 astetta, passiivisesti menee 110. Edelleenkin voimat ovat heikkoja kaikissa suunnissa"*
- Suunnitellaan MRI-tutkimusta

Tapaus 2: Olkapään vamma

- **12.7. / 5kk.:** Tarkka diagnoosi
- **22.8. / >6kk.:**
 - *"Kuukausia hankalat leposäryt"*
 - *"Abduktio pysähtyy jo vaakatason kohdalle. Passiivisesti liike täysi ja vastustettuna voima alentunut"*
 - *"Ulkokierto voima aika lailla symmetrinen ja liikealaltaankin lähes symmetrinen"*
- **29.8 / >6kk.:** Leikkaushoito
 - Repeämän kiinnitys ei enää mahdollinen
- Toimintakyky jää vajaaksi mutta kipu on rauhoittunut
- Cuff-artropatiaa havaittu



Potilas
Vakuutus
keskus

Tapaus 2: Olkapään vamma

- Käsittely ja ratkaisu PVK:ssa.
- *"olkapäävamman tutkimukset sekä hoito ovat olleet lääketieteellisesti perusteltuja terveyskeskuksessa ja alkuvaiheessa ensimmäisten viikkojen aikana toteutettu seuranta on arviomme mukaan ollut asianmukaista"*
- *"ammatillisen osaamisen taso alittui, kun selkeän tapaturmaisen olkapään loukkaantumisen taustalla ei epäilty jännevauriota ennen kuin noin 4 kuukauden kuluttua tapaturmasta"*
- *"2.3. käynnin jälkeen tilannetta olisi tullut seurata tiheämmin esimerkiksi noin kuukauden kuluttua, jolloin olisi todennäköisesti havaittu, ettei tilanne kuntoutuksella etene"*
- *"kiertäjäkalvosimen repeämän toteamisen viivästyminen on todennäköisesti vaikuttanut hoidon lopputulokseen"*
- Tässä vaiheessa korvataan tilapäistä ja pysyvää haittaa. Mahdollinen haitan lisääntyminen arvioidaan tilan etenemisen myötä.

Tapaus 2: Olkapään vamma

- Kommentteja ja opittavaa
 - Vammautuneen nivelen tutkimus ja seuranta
 - "Jäätynyt olkapää"

Tapaus 3: Olkapään kipu

- >40v. Nainen
- V. 2007 oik. radiusmurtuma
- Pitkällistä yläraajojen laaja-alaista kipua, painottuen hartioiden alueelle
 - M75.1 Syndroma rotator cuff l.a.,
 - M79.9 Määrittelemätön yläraajojen kiputila, lievästi koholla oleva tumavasta-aine
 - R52.1 Krooninen pitkäaikainen kipu
 - S52.6 Malunion fractura radii l.dx, (Smith) 2007
 - M77.0 Mediaalinen epikondyliitti
 - F41.9 Ahdistus GAD-piirtein
 - F81.0 Lukihäiriö
 - K90.0 Keliakia
- Työkyvyn alenemaa

Tapaus 3: Olkapään kipu

- Oikean olkapään kipua *ainakin* v. 2011 alkaen
 - Leposärkyä
 - Yösärkyä
 - Liikekipua
 - Liikeradat rajoittuneet n. 150° (ABD / FLEX)
 - Kipukaari
- UÄ-tutk. Tendinopatia v. 2011

Tapaus 3: Olkapään kipu

- V. 2012 vasen olkapää kipeytyy enemmän: kalkkitendiniitti
- Tähystysleikkaus, jossa rappeumalöydökset. Tehtiin puhdistus ja avarrus - hyöty marginaalinen

Tapaus 3: Olkapään kipu

- Oikean olkapään kipuoireeseen pitkäaikainen fysioterapia – ei vastetta
- Uusi UÄ 2013: tendinopatia / tendiniitti
- Oireet ja työkyvyttömyys jatkuvat
- MRI 2016: SSP:ssa epähomogeenisuutta, ei selvää repeämää
- Leikkaus 12/16:
 - Bicepsjänne degeneroitunut – tenotomia
 - Cuffissa degeneratiivinen repeämä
- 4kk kontrollissa edelleen kipeä ja liikerajoitteinen (epäspesifit statusmerkinnät)

Tapaus 3: Olkapään kipu

- PVK:n asiantuntijalääkärin ratkaisusuositus: ei korvattavaa vahinkoa
 - Kyseessä degeneratiivinen tila
 - Hoidettu aktiivisesti kuntouttamalla ja lääkityksellä

Tapaus 3: Olkapään kipu

- Kommentteja ja pohdittavaa
 - Kipeään olkapään ei-leikkauksellinen hoito – aikajänne?
 - Leikkaushoito – ajankohta ja aiheellisuus: menikö juna jo...?