

Sykli

Seth
Wichmann
-palkittu
Kaisa
Raatikainen
unelmoi
tavallisesta
elämästä
s. 6





Sykli

SISÄLTÖ 1/13

Pääkirjoitus 5

Mistä uudet leikkaajat?

Johanna Mäenpää

Kuopiolainen Kaisa Raatikainen sai vuoden 2012 Seth Wichmann -palkinnon 6

Suomalaisen gynekologin työpäivä maailmalla 10

Kati Ojala oli tutustumassa nuoreen lääketieteen opetukseen Namibiassa 20

Olavi Lempi – Syklin uusi kolumnisti kysyy, voiko tahdonvoimalla parantua syövästä 28

Gynekologisten syöpien hoitosuosituksien päivitetty 30

Hallituskolumni 32

Juba Räsänen kannustaa
talkoisiin tutkimussäätiön
kassan kartuttamiseksi

Väitelleet 33

GP jatkaa kouluttajana – luvassa myös lintubongausta Utössä 34

Raportti DPSG:n kokouksesta, raportoijana Miira Klemetti 36

Apurahat 38

Koulutusta 40

Koulutuskalenteri 46

Päätoimittajalta 50

Elimäen tarkoitus?

Merja Metsä-Heikkilä



Sykli

Suomen Gynekologiyhdistys ry

– monipuolisesti naisten terveyden hyväksi vuodesta 1928

– järjestöjäsenyydet: Duodecim, Väestöliitto, NFOG, FIGO, EBCOG, UEMS ja IFFS

Julkaisija ja kustantaja

Suomen Gynekologiyhdistys ry –
Finlands Gynekologförening rf
www.gynekologiyhdistys.fi

Päätoimittaja

Merja Metsä-Heikkilä
puh. 040 730 4283
s-posti: merja.metsa-heikkila@kolumbus.fi

Sykli verkossa: www.sykli.gyn.fi

Ilmoitusmyynti

Merja Metsä-Heikkilä
Rantakatu 3b C48
04400 Järvenpää
puh. 040 730 4283
s-posti: merja.metsa-heikkila@kolumbus.fi

Osoitteenmuutokset

SGY:n sihteeri
Kristina Veskimäe
TAYS / Naistenklinikka
PL 2000, 33521 Tampere
kristinaveskimae@yahoo.co.uk

Ulkoasu: Taitotasku Oy

Repro: A5 Plate Media Oy
Paino: PunaMusta

Sykli (Painettu) ISSN 1795-0503
Sykli (Verkkolehti) ISSN 1795-0511

Sykli julkaisee myös muiden
yhdistysten koulutusilmoituksia,
vuonna 2013 hintaan 300 e/sivu
ja 150 e/puoli sivua.

Seuraava Sykli 2/2013

ilmestyy 12.4.2013,
aineiston ja ilmoitusten
jättöpäivä on 8.3.2013

■ Kannessa esiintyvät
tänä vuonna jäsenet – nyt
Kaisa Raatikainen.

Kuva Merja Metsä-Heikkilä



Kuva Merja Metsä-Heikkilä

Mistä uudet leikkaajat?

Kaikilla asioilla on kääntöpuolensa, niin myös hysterektomioiden, erityisesti abdominaalisten, vähenemisellä. Suomessa tehtiin vielä 1990-luvulla huomattavasti enemmän kohdun poistoja kuin muissa pohjoismaissa, ja erikoistuvat lääkärit saivat erikoistumisaikanaan tehdä helposti 50 hysterektomiaa ja enemmänkin. Kohtuja poistettiin erityisesti myomien ja runsaiden vuotojen takia, joten ne olivat useimmiten teknisesti helppoja aloittelijoillekin. Hormonikierukan, endometriumablaation ja lämpöpallohoitojen myötä hysterektomialuvut ovat romahtaneet, ja jos kohtu vielä benignin taudin takia poistetaan, se poistetaan laparoskooppisesti tai vaginaalisesti. ”Sivuvaikutuksena” on ollut se, ettei enää tahdo löytyä sopivia leikkauskohteita aloitteleville erikoistujille. Kuitenkin abdominaalisen hysterektomian hallitseminen on välttämätöntä, jotta pystyisi tarvittaessa konvertoimaan tähytysleikkauksen avoleikkaukseksi. Olemme Taysissa yrittäneet ratkaista ongelmaa muun muassa siten, että olemme antaneet esimerkiksi munasarjasyöpäleikkauksissa, joissa kohtu on ollut mobiili, assistentin leikata ainakin toisen puolen parametriot.

Käsittelimme marraskuussa ylilääkärikokouksessa operatiivista koulutusta. Reita Nyberg piti erinomaisen alustuksen operatiivisen arviointilomakkeen käytöstä leikkauskoulutuksessa. Ohjaava seniori ja erikoistuja täyttävät lomakkeen yhdessä heti leikkauksen jälkeen, ja lomakkeet tallennetaan. Niiden avulla voi tehdä kullekin koulutettavalle havainnollisen oppimiskäyrän. Jos sama lomake olisi käytettävissä jo keskus- ja aluesairaaloissa, näkisimme operatiivisten valmiuksien kehittymisen koko erikoistumisajalta.

Toinen rinnakkainen lähestymistapa on leikkaussimulaattoriopetus, jossa Jyväskylä on ollut uranuurtaja. Olemme Taysissa ottaneet käyttöön

”leikkaussaliajokortin” ennen ensimmäistä operatiivista jaksoa. Ajokorttiin liittyy pakollinen simulaattoriharjoittelu. Keskussairaaloita auditoidessamme löysimme simulaattoreita useammastakin paikasta; ne pitää ottaa aktiiviseen käyttöön!

Emme ole leikkauskoulutusongelmissamme yksin. Kaikissa pohjoismaissa kannetaan suurta huolta uusien gynekologien operatiivisista taidoista. Ainakin Tanskassa on jo harkittu sitä, ettei operatiivista koulutusta enää annettaisi samanlaisena kaikille. Voi olla, että sama tulee vielä eteen meilläkin. Jos näin käy, pidän sitä erittäin valitettavana kehityksenä. Jos koulutus alkaa jakautua gynekologiasta ja obstetriikasta gynekologiaan tai obstetriikkaan, koko erikoisalan jakautuminen kirurgian ja sisätautien tavoin alkaa olla lähellä. Se muun muassa edellyttäisi keskussairaaloissakin kahden päivystäjän järjestelmää, mihin virkapohjat eivät nykyisellään varmasti riittäisi. Jotta näin ei kävisi, leikkaussimulaattorien ei saa antaa pölyttyä jossain leikkausosaston nurkassa, vaan ne täytyy ottaa aktiiviseen, ohjattuun käyttöön. Erikoistuvien tulee antaa leikata mahdollisimman paljon, ja suosittelen arviointilomakkeen käyttöönottoa koulutuksen alusta alkaen. Kaikkei ei kuitenkaan voi antaa ylhäältä, vaan erikoistujien täytyy myös itsensä olla aktiivisia leikkaustaitojensa kehittämisessä ja pyrkiä välttämään aktiivi-ym. vapaiden pitoa silloin, kun ollaan leikkausosastojak-solla – ja olemaan katsomatta kelloa kun iltpäivällä olisi mahdollisuus leikata!

Suhtaudun kaikesta huolimatta luottavaisesti siihen, että kykenemme jatkossakin antamaan kaikille riittävän leikkauskoulutuksen, vaikka se varmasti luovuutta vaatiikin. Oikein hyvää alkanutta vuotta kaikille ja tulkkaa runsaslukuisina Hämeenlinnaan 17.–19. huhtikuuta – meillä on presymposiumkin! ■

”On rohkeaa unelmoida tavallisista asioista!”

Vuoden 2012 Seth Wichmann -palkinto myönnettiin kuopiolaiselle Kaisa Raatikaiselle. Tapaan Kaisan hänen kotonaan Kuopion Särkilahdessa. On kaunis pakkaspäivä, levollinen kuten Kaisakin. Hänen puheensa on rauhallista ja punnittua, olemuksesta henkii lämpö ja ymmärrys.

Seth Wichmann -palkinto myönnetään nuorelle ansioituneelle tutkijalle. Sitä Kaisa todella on. Hän väitteli vuonna 2007 terveystieteen ja sosiaalisten tekijöiden vaikutuksesta raskausennusteeseen. Aihe ei ollut ihan tavanomainen, eikä ole Kaisan johtopäätöskään: huono-osaisuus ja raskausriskit näyttävät liittyvän yhteen ja huono-osaisuuden vaikutuksia raskauden kulkuun ei voi ratkaista vain lääketieteen keinoin, tarvitaan yhteiskunnan ja poliittikkojen tekoja.

– Kun uusi erikoistuva aloittaa klinikassa, professori Seppo Heinosaari on tapana – jos ei nyt ensimmäisenä, niin viimeistään toisena työpäivänä

– kysyä, kiinnostaisiko tutkimus. Minullekin ehdotettiin kaikenlaisia aiheita, mutta asiaa puntaroituani ilmoitin, ettei minua oikein kiinnosta pienten asioiden katselu mikroskoopilla, olen enemmän kiinnostunut laajemmista kokonaisuuksista, sairauden ja terveyden yhteiskunnallisista ulottuvuuksista, sosiaalilääketieteestä. Mil-laista on olla sairas yhteiskunnallisesti tai kunkin elämänsäkaareissa? Seppo jäi asiaa pureskelemaan ja keksi, että sairaalassamme kerättyyn synnytysrekisteriin on tallennettu myös paljon sosiaalista tausta-aineistoa, jota ei ole koskaan analysoitu. Niinpä sain jääkiekkokassillisen tietokoneajoja, jota aloin penkoa. ▶







– Jokaiselle lääkärille tekisi hyvää olla viikko kuuden hengen potilashuoneessa.

– Katsoinpa aineistoa mistä tahansa näkökulmasta, huomasin, että gynekologienkin hyvin tuntema tutkimusprofessori Elina Hemminki silloisesta Stakesista oli samaa aihetta jo tutkinut. Niinpä oli luontevaa, että pyysimme hänet vastaväittäjäkseni. Väitös osui aikaan, jolloin oli jälleen menossa yksi näistä vaihdevuosien hormonihoitoa koskevista kiistoista ja Elina Hemminki kysyikin minulta, haluaisinko vaihtaa vastaväittäjää, kun hän on gynekologien piirissä parhaillaan niin huonossa huudossa. En vaihtanut ja väitöksestä tuli lämminhenkinen tilaisuus – vaikka meillä olikin kaikenlaisia käytännön sählinkiä väitöspäivänä, muun muassa koliikkivauva, jonka hoitaja sairastui juuri parahiksi.

Väitöksen jälkeen Kaisa on jatkanut saman lähes rajattomia tutkimusmahdollisuuksia tarjoavan aineiston penkomista. Uusin tutkimushanke kos-

kee vastasyntyneen TSH-määritystä ja synnytykseen liittyviä taustatekijöitä.

– Näyttää siltä, että synnytyksenaikea stressi nostaa TSH-arvoa, vaikkei hypotyreoottiselle tasolle. Tämä on uusi löydös ja herättää monia jatkokysymyksiä. Syntyvän lapsen hypotyreoosi taas näyttää liittyvän moninkertaiseen istukan ennenaikaisen irtoamisen riskiin.

Potilaan näkeminen ihmisenä tärkeintä

Potilaan kohtaaminen on ollut keskeinen kysymys Kaisan mielessä sekä lääkäriksi opiskellessa, erikoistuesssa että nykyään, uusia lääkärisukupolvia opettaessa kliinisenä opettajana.

– Minulla oli nuorena vakavasti sairastava ystävä, joka 17-vuotiaana mietti, miksi lääkärit niin perusteellisesti koettavat häntä hoitaa, mutta kukaan ei kysy, miten minä jaksan. Kaisa päät-

ti olla lääkäri, joka kysyy.

Erikoisalakakin löytyi tämän näkökulman pohdinnoista.

– Minua kiinnosti sekä psykiatria että kirurgia. Totesin, että gynekologina voin olla näitä molempia.

Kaisalla on myös omakohtaista kokemusta potilaana olemisesta.

– Jokaiselle lääkärille tekisi hyvää olla viikko kuuden hengen potilashuoneessa, hän nauraa. Se auttaisi myös näkemään, miten kiire ja systeemin mukainen toiminta helposti sokeuttaa näkemästä potilaan kokonaistilannetta.

Kollegoista lääkäripotilaan hoitajina hänellä ei ole pahaa sanaa sanottavana.

– Kyllä potilaan roolissa näkee, miten hyvin kollegat yrittävät jokaista potilasta auttaa.

Opettaminen on unelmatyö

Kaisa on kuudetta vuotta kliinisenä opettajana. Hän on erittäin tyytyväinen työhönsä.

– En jaksaisi yksinomaisesti sairastavien edellyttämää tehokkuuslukujen vahtimista ja työajan valumista potilasvirtojen ja aikataulujen järjestelyyn; tässä työssä pääsee yhdistämään tutkimuksen, kliinisen työn ja opetuksen.

Opetus saattaa olla joillekin yliopistovirassa oleville ikävää pakkopullaa, jota on siedettävä voidakseen tehdä tutkimusta. Kaisa ei ajattele näin ja siitä kertoo myöskin se, että Kuopion kandiseura KuoLO valitsi hänet viime vuonna vuoden kliiniseksi opettajaksi. Akateeminen vapaus, mahdollisuus innostua ja vaihteleva työnkuva ovat tekijöitä, jotka saavat Kaisan viihtymään kliinisen opettajan työssä.

– Haluan välittää tuleville lääkäreille taitoa jäsentää asioita, löytää oleellisen ja ennen kaikkea kohdata potilas. Herkullisin tilanne opetuksen kannalta on potilas, joka tulee yksityislääkärin kaksisivuisella läheteellä kollegan jo vuosia yritettyä hoitaa potilaan mutkikasta tilannetta. Siinä on haastetta! Myös huonojen uutisten, vaikkapa



syöpädiagnoosin, kertominen potilaalle on haaste, jonka haluan jakaa opiskelijoiden kanssa.

Tulevaisuuden haaveita

Parhaillaan Kaisa tekee kolmen kuukauden sijaisuutta urologian klinikassa, tavoitteena on saada urogynekologian erityispätevyys. Vähän tämä hyppy kirurgian klinikkaan epäilytti, sillä puoliso on urologi. Toistaiseksi rinnakkaiselo on sujunut ongelmitta.

– Kyllä, kotona puhutaan työasioista, nauraa Kaisa. Olen tähänkin saakka hoitanut meillä klinikassa urogynekologisia potilaita ja meillä on yhteisiäkin potilaita, joten niistä tulee puhuttua, kun aina ei työpäivän aikana ehti. Yliopistoon ja opetukseenkin liittyvät asiat puhuttavat, puolisosokin toimii kliinisenä opettajana.

Kirjallisia töitä Kaisa on päättänyt olla enää tuomatta kotiin, työpöytäkin kannettiin kaksi vuotta sitten ulos. Vapaa-ajan täyttää pian koulun aloittava tytär, kuntoilu, lukeminen ja matkustelu, joka on välillä ollut pakon sanelemana tauolla. Kuvataidekin kiinnostaa, kenties tulevaisuudessa aiempaa enemmän myös tekijänä.

Kovin pitkälle meneviä urasuunnitelmia Kaisa ei ole tehnyt eikä haluaakaan tehdä. Hän luottaa siihen, että uusia ovia avautuu. Vakainainen virka toisi turvallisuutta. Ulkomaille lähtöä hän ei ole pohtinut, perheelliselle se ei ole kovin yksinkertaista. Kuopio on tuntunut savolaissyntyiselle Kaisalle sopivalta kotipaikkakunnalta.

Muutkaan haaveet eivät ole kovin pilviä hipovia.

– Kasvihuone olisi ihana, elokuussa olisi mukava tuntea siellä kypsyvien tomaattien tuoksu. Kaukoitään haluaisin matkustaa nähdäkseni siellä ilotulituskilpailun. Sauna rannalla kuuluu myös haaveisiin. Enemmän haluaisin ehtiä lukea kaunokirjallisuutta ja runoutta.

Haaveissa on siis Kaisan sanoin monipuolinen elämä, johon Kaisan motto, jutun otsikkokin viittaa. ■

Suomalaisen gynekologin työpäivä maailmalla

– Intian nuorison seksuaaliterveyttä edistämässä

Seksuaalisuus ja siitä puhuminen on Intiassa arka aihe. Varttuneempi väki ajattelee usein edelleen, että seksuaalikasvatus on vastoin kulttuuriarvoja, saa nuoret harastamaan enemmän seksiä tai johtaa jopa väkivaltaan. Yhtäläisyyksiä on helppo löytää näkemyksiin, joista väiteltiin edellisvuonna toisen suurvallan presidentin vaalikampanjassa. Seksi ja etenkin yhdyntä kun on vain lisääntymiseen kuuluva suoritus, joka kuuluu avioliittoon? Mutta kuinka sitten Harahuan terveyskeskuksen lääkäri Singh Varanasin maaseudulta kertoo vastikään hoitaneensa nuorisoklinikalla muun muassa 16-vuotiaan pojan kuppaa? Tunnetaanko Intiassakin ”hyppykupa”?



Kuva 1: Nuoret YIC:n pihalla



Viime aikojen ääriesimerkit naisiin kohdistuvasta väkivallasta ovat nostaneet Intiassa pintaan ajatuksia naisten oikeuksista ja velvollisuuksista ja saaneet kansalaiset liikkeelle mielenosoituksiin. Lehdissä uutisoidaan aiempaa selvästi useammin raiskauksista ja hyväksikäyttöpauksista. Viranomaiset ja poliitikot ovat ajautuneet yrityksiin ratkaista ongelmia lyhytnäköisillä keinoilla, esimerkiksi suunnittelemalla vain naisille suunnattuja bussivuoroja. Pahimmillaan lausunnoissa on julistettu, että naisten pitäisi itse huolehtia, että eivät tulisi raiskatuiksi ja että nuorisoon kohdistettu seksuaaliterveystiedotus olisi syynä raiskauksiin.

Ongelmat syvällä kulttuurissa

Intian maaseudun kylissä ongelman juuret ovat syvemmällä. Lapsiavioliitot ovat edelleen yleisiä, onhan avioliitto samalla ”seksilisenssi”. Samalla HIV on yleinen ongelma ja esimerkiksi eteläisen Karnatakan osavaltion maaseudun raskaana olevista naisista jopa 1 % on HIV-positiivisia. Mutta kuinka ihminen osaa suojautua sukupuolitaudeilta, jos seksuaalikasvatus on kiellettyä?

Kulttuuri ajaa sukupuolet erilleen jo

nuorena, sillä poikien ja tyttöjen välillä on vain vähän luonnollista kanssakäymistä. Mahdollisuuksia puhua seksuaalisuuteen liittyvistä asioista, fyysisistä tuntemuksista ja reaktioista – saati tunteista – ei juuri ole. Nuorten terveyden edistämistä vaikeuttavat myös puutteelliset terveydenhuollon rakenteet ja käytännöt. Vaikka nuoret muodostavat noin kolmasosan Intian väestöstä, he ovat pitkään olleet väliinputoajia maan terveydenhuoltojärjestelmässä. Samanaikaisesti paljon resursseja on toisaalta kohdistettu esimerkiksi äitien ja lasten terveydenhuoltoon.

MAMTA nuorten asialla

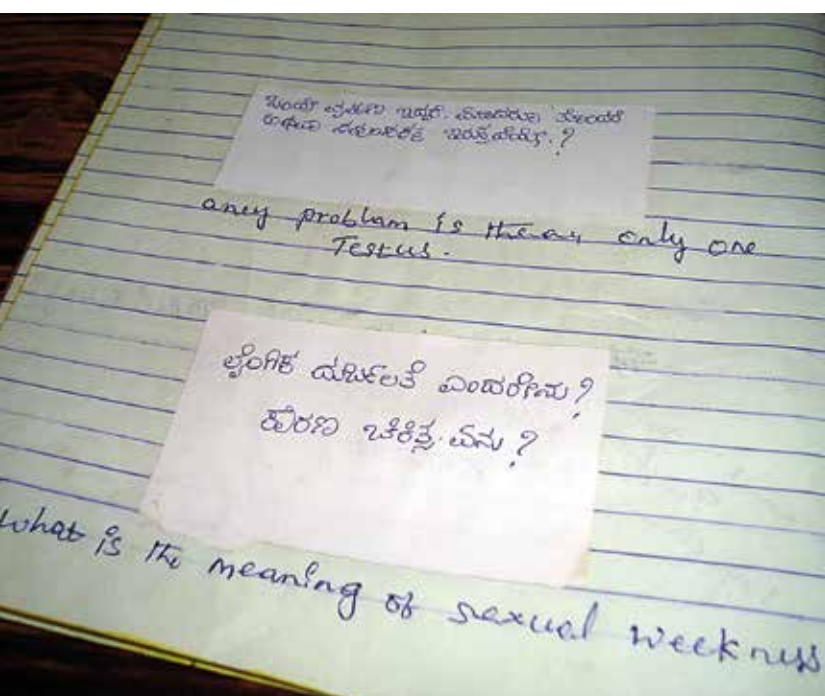
Juuri nuorten seksuaaliterveyden ja -oikeuksien puolesta puhuminen, nuorille suunnattujen terveyspalveluiden kehittäminen sekä molempien sukupuolten tasa-arvo ovat keskeisessä osassa intialaisen kansalaisjärjestö MAMTA:n (Health Institute for Mother and Child; www.mamta-himc.org) toiminnassa. MAMTA aloitti vuonna 1991 pienimuotoisesti Delhin slummeista, mutta on lastenlääkäri Sunil Mehra johdolla kasvanut 196 henkeä työllistäväksi arvostetuksi kansalliseksi vaikuttajaksi seksuaali- ja lisääntymisterveyden saralla. Järjestö toteuttaa kan-

sainvälisiä hankkeita useassa Intian osavaltiossa sekä Nepalissa ja Bangladeshissa, osallistuu terveystoimintaan keskusteluun ja tekee koulutus- ja konsulttityötä Intiassa. Suomalainen Lääkärien sosiaalinen vastuu (LSV) ry (PSR-Finland) on työskennellyt yhteistyössä MAMTA:n kanssa nuorisoystävällisten terveyspalveluiden kehittämiseksi vuodesta 2008. MAMTA on yhtenä toimijana myös LSV:n Nepalissa vuonna 2010 aloittamassa nuorten seksuaaliterveysprojektissa.

LSV ja MAMTA nuorisoystävällisten seksuaaliterveyspalvelujen kehittäjinä

Intian keskushallitus on jo vuonna 2005 ottanut tavoitteekseen nuorisoystävällisten terveyspalveluiden laadun ja saatavuuden parantamisen, mutta käytännön toteutus on jäänyt resurssien ja kokemuksen puutteessa vajavaiseksi. LSV ja MAMTA alkoivat suunnitella keväällä 2007 Suomen ulkoasiainministeriön kansalaisjärjestöjen kehitysyhteistyötuella yhteistyöhanketta, joka edistäisi näiden palveluiden käyttöönottoa.

Vuosina 2008–2010 luotiin nuorisoystävällisen vastaanoton malli, joka integroitiin julkisiin terveyskeskuksiin kahdessa piirikunnassa Uttar



Kuva 2: YIC:n kysymyslaatikon saldoa



Kuva 3: Condombox



Kuva 4: ASHA:n koulutuksessa

Pradeshin ja Karnatakan osavaltioissa. Erityisesti alkuvaiheessa vaadittiin kärsivällistä ruohonjuuritason tiedotustyötä, johon kuului muun muassa kyläyhteisöjen johtohahmojen, vanhempien ja opettajien tapaamisia sekä neuvotteluja terveystyöntekijöiden ja virkamiesten kanssa.

”Youth Information Center” ruohonjuuritasolle

Nuorisoklinikoita tukemaan kehitettiin eräänlaisia vapaaehtoisten ylläpitämiä nuorisotaloja (”Youth Information Center”, YIC, *kuva 1*). Nämä tarjoavat terveystietoa muun muassa julisteiden, pelien ja kirjojen avulla. Osassa YIC:istä järjestetään kuukausittain jokin nuorisoon vetoava aktiviteetti, jonka myötä he pääsevät oppimaan itse valitsemistaan

terveysaiheista. Monissa YIC:issa on myös kysymyslaatikko, joihin voi jättää kysymyksiä, joita ei uskalla kysyä (kuva 2). Lisäksi niissä on saatavilla kondomeja, jotka osavaltio kustantaa; kondomiboksien kerrotaan tyhjenevän nopeasti täytön jälkeen (kuva 3).

Keskeinen osa maaseudun terveydenhuoltojärjestelmää ovat ASHA-työntekijät (Accredited Social Health Activists), kylissä asuvat naiset, jotka kiertävät kodista kotiin konsultoiden terveysongelmissa ja lähettävät asukkaat tarvittaessa terveyskeskukseen. He saavat palkkion esimerkiksi löytäessään uuden tuberkuloositapauksen tai auttaessaan raskaana olevan naisen synnyttämään sairaalaan. MAMTA on kouluttanut ASHA-työntekijöitä myös seksuaaliterveyteen liittyvissä asiois-

sa, ja heidät pyritään saamaan avuksi myös YIC:iden toimintaan (*kuva 4*).

Tavoitteena kansallinen itsenäisyys palvelujen tuottamisessa

Projektin toisessa vaiheessa (2011–2012) tavoitteena oli siirtää vastuu terveyspalveluiden järjestämisestä paikallishallinnolle. Tässä onnistuttiinkin erityisesti Karnatakassa, jossa osavaltio vastaa itsenäisesti jo 51 nuorisoystävällisen klinikan toiminnasta. Suunnitelmissa on perustaa tällainen osavaltion jokaiseen noin 500:an terveyskeskukseen. Uttar Pradeshissa kehitys on ollut hitaampaa, mutta sielläkin hanke on onnistuneesti laajennettu koko Varanasin piirikunnan tasolle.

Vaikka terveyskeskusten suhteen on onnistuttu, terveystiedon saata-

Lääkärin sosiaalinen vastuu (LSV) ry

- LSV on vuonna 1982 perustettu järjestö, jonka tärkeimpiä toimintamuotoja ovat kehitysyhteistyö ja rauhantyö.
- Jäsenkuntaan kuuluu noin tuhat lääkäriä, hammas- ja eläinlääkäriä sekä näiden alojen opiskelijaa.
- LSV:llä on tällä hetkellä kehitysyhteistyöhankkeita Nigeriassa, Somaliassa, Intiassa, Nepalissa ja Perussa.
- Monet hankkeista keskittyvät perusterveydenhuollon kehittämiseen sekä seksuaali- ja äitiysterveystyöedistämiseen.
- Kohdemaiden terveydenhuoltohenkilökunnan jatkokoulutus ja väestön terveyskasvatus on keskeisessä asemassa.
- Päällekkäisiä ja uusia rakennelmia pyritään välttämään tukemalla paikallisia järjestöjä, tutkijoita ja terveysministeriötä.
- Hankeideat ovat pääsääntöisesti lähtöisin kohdemaiden kumppaneilta, jotka kantavat päävastuun toteutuksesta. LSV rahoittaa hankkeita ja tukee projektisuunnittelua, -monitorointia ja -arviointia suomalaisten lääkäreiden vapaaehtoistyönä.
- Hankkeiden menetelmät pyritään valitsemaan tutkimusnäyttöön perustuen ja uutta tutkimustietoa pyritään tuottamaan hankkeiden puitteissa.
- Hankkeet rahoitetaan pääosin Suomen ulkoasiainministeriön myöntämällä kansalaisjärjestöjen kehitysyhteistyön hanketuella (85%). Jäljelle jäävä omavastuuosuus (15 %) katetaan mm. Työpäivä Maailmalle -kampanjan tuotoilla.
- Lisätietoja www.lsv.fi ja www.lsv.fi/tyopaivamaailmalle

vuus maaseudulla on yhä puutteellista esimerkiksi pitkien välimatkojen ja seksuaalisuuden käsittelyä vaikeuttavan asenneilmapiirin vuoksi. Hallinto ei ole toistaiseksi pitänyt YIC:ita tai muita kylätason ratkaisuja tärkeinä. Hankkeen kolmannessa vaiheessa (2013–2015) yritetäänkin kehittää terveystiedon saatavuutta edelleen työskentelemällä muun muassa koulujen kanssa ja etsimällä tutkimustyön keinoin kustannustehokkain malli ylläpitää Youth Information Centereitä, jotta hallinto lopulta ottaisi nämä osaksi ohjelmaansa.

Kokemukset myönteisiä

Projektin evaluaatiomatalla tammi-kuussa 2013 arvioitiin päättyneen, vuosien 2011–12 projektin saavutuksia ja samalla suunniteltiin seuraavaa vaihetta. Ulkoisena arvioijana toimi naistentautien ja synnytysten kliininen opettaja, kokenut kehitysyhteistyölääkäri Marita Räsänen Kuopiosta, ja LSV:n sisäisestä evaluoinnista vastasivat projektin koordinaattori Topi Turunen (LK) sekä gynekologiaan erikoistuva tutkijalääkäri Mikko Anttonen, jonka haasteena oli myös arvioida mahdollisuuksia toteuttaa aka-

teemista tutkimusta hankkeen seuraavassa vaiheessa.

Projektialueilla haastattelemamme nuoret ja terveydenhuollon ammattilaiset kokivat yleisesti tilanteen parantuneen viime vuosina. Esimerkiksi Bangaloren lähistöllä sijaitsevan Muga-balan terveyskeskuksen lääkäri Savit-ha (joka vastaa yksinään noin 30 000 ihmisen väestöstä) totesi, että vasta nyt, kun alueen hallinto on alkanut panostaa nuorison terveyspalveluihin, 10–24-vuotiaita nuoria on alettu kohdella ihmisinä.

YIC:t ovat nuorison kokoontumispaikkoja, joissa luetaan aikakauslehtiä ja tietokirjallisuutta ja järjestetään erilaisia kisoja. Arasanahallin kylässä Bangaloressa tapaamamme 10–20-vuotiaat nuoret miehet kertoivat, että kylään neljä vuotta aikaisemmin perustetun YIC:n myötä heillä on nyt paikka, jossa tytöt ja pojat voivat viettää aikaa yhdessä ja saada tietoa aiemmin arkoinakin pidetyistä aiheista. Eräs Veerbhanpur-kylän YIC:ssä kohtaamistamme tytöistä kertoi ylipäätään, että saamansa tiedon perusteella hän meni naimisiin vasta 19-vuotiaana. Eri-tyisesti Varanasissa poikien ja tyttöjen tapaamiset ovat kuitenkin mahdollisia ainoastaan, kun paikalla on aikuinen.



Gangapurin opettajia; Marita, Topi, Dinesh, ja Mikko.

Pojat tarvitsivat omat palvelunsa

Koska kaikki ASHA:t ovat naisia, poikien on edelleen vaikea saada tietoa miesten asioista. Yleisiä kysymyksiä ja hämmennyksen aiheita ovat esimerkiksi seksuaaliseen kyvykkyyteen liittyvät asiat ja yölliset ejakulaatiot. Poikiakaan ei voi ohittaa – ainoastaan toisen sukupuolen kouluttaminen voisi olla jopa haitallista. YIC:iden lisäksi mahdolliseksi ratkaisuksi tarjoutuu terveystiedon tuntien aloittaminen kouluissa, naisopettajien tunnit tytöille ja miesopettajien pojille.



Opettajien koulutus on aloitettu Bangaloren maaseudulla, ja ensimmäisten koulutettujen opettajien kokemukset ovat hyvin positiivisia. He kokevat pystyvänsä kohtaamaan nyt nuorten ongelmat selvästi paremmin. Samalla vanhempien ja kyläläisten asenne on muuttumassa, ovathan vanhemmat kokeneet samat hämmennykset ja ongelmat ollessaan itse nuoria.

Asennemuokkausta tarvitaan edelleen

Kuvaava esimerkki osavaltioiden kulttuurieroista on, että Varanasin kouluis-

sa Uttar Pradeshissa seksuaaliterveydestä ei ole voitu puhua lainkaan. Pieni joukko opettajia on kuitenkin aloittanut YIC:n yhteydessä terveystiedon jakamisen kerhomaisena toimintana, jonne opettajat ja oppilaat saapuvat normaalin koulupäivän jälkeen. Toimintaa vetävä opettaja Dinesh kertoi pitävänsä oppilailleen puolivuositain systemaattisia kokeita seurataksien tiedon kasvamista Ennen kuin kerhot voitiin aloittaa, opettajien oli kierrettävä keskustelemassa vanhempien kanssa ja haettava siten hyväksyntä toiminnalle.

Yhteisön hyväksyntä onkin keskeistä koko hankkeen lopputuloksen kannalta – ennen pitkää tavoitteena on, että kaikki Intian osavaltiot voisivat ottaa nuorisoystävälliset terveyspalvelut ja asiallisen terveystiedon tarjoamisen ohjelmaansa. ■

(Kirjoittajista dosentti Mikko Anttonen on ollut evaluoimassa projektia, LK Topi Turunen on toiminut hankekoordinaattorina ja naistentauteihin ja synnytyksiin erikoistuva Miira Klemetti projektissa taustatukena.) ▶

Miira Klemetti – kehitysyhteistyöaktiivi SGY:stä

Miira Klemetti on pitkän linjan kehitysyhteistyöläinen. Hän aloitti jo opiskeluaikana opiskelijavaihdolla Nigeriassa ja tuo matka poiki monivuotisen äitiyskuolleisuusprojektin – raskauteen liittyvät sairaudet ja tapahtumat ovat maassa yksi yleisimmistä fertiiliikäisten naisten syistä kuolla ennenaikaisesti. Sen jälkeen toiminta on jatkunut Lääkärin sosiaalinen vastuu -järjestön eri projekteissa.

Miira ei ole oikein mistään kotoisin. Hän kävi syntymässä Espoossa, mutta muutti lapsuudessa ja nuoruudessa lukuisia kertoja vanhempien työn vuoksi, viimeisimmäksi Kuopiossa Montrealiin, Kanadaan. Siellä hän osallistui collegen Health Science -ohjelmaan, jonka myötä valkeni tulevaisuuden urakin: lääkäriksi.

Miira teki collegen jälkeen rohkean päätöksen, palasi yksin Suomeen, Kuopioon opiskelemaan lääketiedettä. Syynä olivat paikan tuttuus, siellä asuvat isovanhemmat ja suurin ilman suomalaista ylioppilastodistusta hakevien opiskelijoiden kiintiö.

Kuopio on Savossa, kaukana maailmalta...

– Kun tulin Kanadasta Kuopioon, iski kulttuurishokki ja kansainvälisyyskaipuu. Olin lukenut Kansainvälisen

Punaisen Ristin ja Lääkärit ilman rajoja -järjestön lääkäreistä. Sellainen työ vaikutti antoisalta ja mielenkiintoiselta. Kuopion tiedekunnassa oli valinnainen kansainvälinen englanninkielinen Public Health -ohjelma, johon haakeuduin heti. Sen kautta pääsin Nigeriaan kuukauden vaihtoon ensimmäisen opiskeluvuoden jälkeen, vuonna 2001. Siellä piti valita jokin paikallinen terveysongelma, johon paneutuu ja etsii tietoa. Minä valitsin äitiyskuolleisuuden. Tutustuin Nigeriassa Ibadanin yliopistolla paikalliseen sairaanhoitajaan, joka vei minut Adeoyo Maternity Hospitaliin, jossa marssin sinisilmäisenä ykköskurssilaisena ylilääkärin puheille ja sanoin, että haluaisin selvittää äitiyskuolemia. Jälkikäteen ajatellen tuo vähän naurattaakin.

– Sitten kuitenkin alettiin miettiä projektia, jolla voitaisiin vaikuttaa korkeaan äitiyskuolleisuuteen Ibadanissa. Kävin läpi kyseisen sairaalan tilastot ja tein myöhemmin aiheesta Master of Public Health -lopputyön tamperelaisen gynekologikollega Teija Kulmalan ohjauksessa ja syventävät opinnot kliiniselle opettajallemme Marita Räsäselle.

– Lääkärin sosiaalinen vastuu (LSV) -järjestöön tutustuin samoihin aikoihin. Minulla oli suuri tarve päästä maailmalle, menin FiMSIC:n toimintaan mukaan ja monet samat aktiivit olivat siihen aikaan myös LSV:ssä. Kun sain tietää LSV:n kehyaaktiiveilta, että ulkoministeriöstä voi hakea kansalaisjärjestöjen kehitysyhteistyötukea tällaiseen toimintaan, aloimme valmistella hakemusta yhteistyössä Adeoyon ylilääkärin ja erään ibadanilaisen kansalaisjärjestön johtajan kanssa. LSV:n kautta haettiin rahaa projektille, jossa

koulutettiin muun muassa kättilöitä ja perusterveydenhuollon henkilökuntaa toimimaan obstetrisissa hätätilanteissa. Yllättäen ollessani kolmoskurssilla saimme ison kolmen vuoden rahoituksen projektille. Koin itseni aika ”vihreäksi” pyörittämään yksin isoa projektia, joten pyysin Malawin äitiyster-





veystilanteesta väitelleen Teija Kulman seniorikseni projektin alkuvuosiksi. Siitä lähti kehitysyhteistyö-aktiivisuuteni. Projekti kesti kaikkiaan seitsemän vuotta, vuodesta 2004 alkaen. Teijaan tutustumisen myötä pääsin vuonna 2005 myös Väestöliiton kautta lyhyeen projektipestiin Malawiin.

Seksuaaliterveyttä nuorille Intiassa ja Nepalissa

Miira on tällä hetkellä mukana LSV:n Intian projektissa, missä edistetään nuorten seksuaaliterveyttä perustamalla nuorisoystävällisiä terveyspalveluita. Projektia toteuttaa päävastuullisena intialainen MAMTA (Health Institute for

Mother and Child). LSV:lla, MAMTA:lla ja kolmella nepalilaisella järjestöllä on yhteishanke myös Nepalissa, missä pyritään edistämään nuorten seksuaaliterveyttä Gender Transformative Approach -menetelmällä. Hankkeessa yritetään vaikuttaa erityisesti nuorten miesten asenteisiin ja kehittää heidän keskuudessaan tasa-arvoisempaa ajatusmaailmaa. Tämän myötä pyritään sitten vaikuttamaan nuorten seksuaaliterveyteen: lisäämään ehkäisyn käyttöä, vähentämään lähisuhdeväkivaltaa ja Nepalissa erityisesti vähentämään lapsiavioliittoja.

Luonteva tie gynelle

Jo koulussa Miira oli kiinnostunut siikion kehityksestä, embryologiasta. Kehitysyhteistyö äitiysterveyspalvelun parissa ja kandiajan positiiviset kokemukset amanuenssina gynellä vaikuttivat edelleen päätökseen erikoistua naistentauteihin ja synnytyksiin. Reumat on tehty ja varsinainen erikoistumispalvelu menossa. Äitiysloman jälkeen viime kesän Miira oli töissä Etelä-Karjalan keskussairaalassa. Juuri nyt on vuorossa tutkimusvapaapätkä sisältäen noin kerran viikossa 24 tuntia klinistä työtä EKKS:ssa.

– Tutkimuspuolellakin tieni on ollut aika monivaiheinen, olen mukana erilaisissa diabeetikkoraskauksia koskevissa projekteissa. Varsinaiseksi väitöskirja-aiheekseni on nyt muotoutunut HYKS:n tyyppin 1 diabeetikkojen raskauksien ja synnytyksien tutkiminen Kari Teramon ja Hannele Laivuoren ohjauksessa. Asumme puolison työn vuoksi tällä hetkellä Lappeenrannassa, mutta tutkimusta voi tehdä sieltäkin käsin, kunhan välillä käy pääkaupungissa, Miira kertoo.

Tulevaisuus pohdinnassa

– Haluan väitellä ja valmistua erikoislääkäriksi ensin, sitten mietin, mihin suuntaudun. Perhetilanne – lääkäripuoliso ja pieni tytär – tietenkin vaikuttavat, mutta puoliso olisi kyllä valmis lähtemään jossain vaiheessa ulkomaille, juuri nyt hänelläkin on akuuttilläketieteeseen erikoistuminen kesken.

Kaukainen tulevaisuus hyvin todennäköisesti olemaan tulevaisuudessaakin lähellä Miiran sydäntä. ■

Järjestöt ovat keskeisiä toimijoita seksuaali-terveyden edistämisessä

MAMTA, kolme nepalilaista kansalaisjärjestöä (FPAN, AMK ja SOLID Nepal) sekä LSV ry käynnistivät vuonna 2010 yhteistyössä ”Gender Transformative Approaches for Improving Sexual and Reproductive Health of Young People in Nepal”-hankkeen. Tavoitteena on parantaa Katmandun laaksossa asuvien nepalilaisten nuorten seksuaali- ja lisääntymisterveyttä ja -oikeuksia sukupuolirooleja muokkaavan lähestymistavan avulla. Pääkohderyhmä ovat 10–16-vuotiaat tytöt ja pojat, joita opettavat hiukan vanhemmat vertaiskouluttajat. Terveystienhuoltohenkilökuntaa, opettajia ja nuorisotyöntekijöitä koulutetaan kohtaamaan nuorten seksuaali- ja terveystietämystä ja -ongelmia. Tiedotuskampanjoinnin avulla pyritään lisäämään kyläyhteisöjen tietoisuutta ja muokkaamaan asenneilmapiiriä suotuisammaksi seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseksi.

Vierailin syksyllä 2012 Nepalissa ja kävin tapaamassa Kathmandussa SOLID-Nepal -järjestön johtajaa, lääkäri Khem Karkia tutustuakseni järjestön toimintaan. Sain tietopaketin sekä hänen maastaan että järjestön toiminnasta.

Nepal on noin 30 miljoonan asukkaan köyhy maa, YK:n inhimillisen kehityksen indeksillä sijalla 144, kun mukana on 177 maata. Yli puolet väestöstä elää köyhyysrajan alapuolella, alle 1,25 USD:lla päivässä. Reilu kol-



SOLIDin toimintakenttään kuuluvat myös ns. non-communicable diseases, joihin voi lukea myös monet elintapataudit. Järjestön työpaikkaruokala toimii terveellisen ruuan opetusravintolana ja seinillä on valitusjulisteita. Kollega Khem Karki esittelee alkoholin vaaroista kertovaa julistetta.

mannes väestöstä on alle 14-vuotiaita. Lapsikuolleisuus on korkea, 5 % lapsista ei saavuta viiden vuoden ikää.

Lapset joutuvat auttamaan perheiden toimeentulossa – arvioidaan, että kolmannes 5–14-vuotiaista lapsista on jonkinlaisessa työssä. Koulun kuitenkin aloitta 93 % lapsista, mutta 78 % saavuttaa 5. luokan ja vain pieni osa läpäisee valtakunnalliset päättökokeet 10. luokan jälkeen. Alkuopetukseen osallistuu yhtä paljon tyttöjä ja poikia, mutta tyttöjen koulu loppuu usein alaluokkiin. Tähän on syynä muun mu-

assa Nepalin keskeinen seksuaaliterveysongelma: lapsiavioliitot.

SOLID Nepal

SOLID (Society for Local Integrated Development Nepal) perustettiin vuonna 1997 toimimaan nuorten parissa edistämässä muun muassa heidän seksuaali- ja lisääntymisterveytensä. Myös muut terveyteen liittyvät seikat ovat olleet toiminnassa kiinteästi mukana, alkoihan toiminta kouluissa tapahtuvalla yleisellä hygieniaopetuskampanjalla.



Yli 80 % nepalilaisista on hinduja. Hindu-uskonnon kuvastossa eroottiset symbolit ovat tärkeitä ja Kama Sutra -teosta voidaan pitää hindujen seksuaalisen käytöksen oppaana. Kama Suträn käyttö Nepalissa seksuaalivalistuksen välineenä kuitenkin kiellettiin viranomaisten taholta, mikä kertonee maassa vallitsevista asenteista.

Kuten Intiassakin, yksi keskeisistä toimintamuodoista terveyskampanjoinnissa on nuorille suunnattu klubitoiminta. Klubit kokoavat nuoria ja samalla kasvatetaan ”vertaiskouluttajia” nuorten itsensä parista.

Myös opettajia opetetaan. Järjestö on kouluttanut opettajia antamaan seksuaalikasvatusta ja tuottanut sekä opettajille että nuorille suunnattua kirjallista materiaalia, sarjakuvia, korttisarjoja ja pelejä. Khem Karki itse on suosittu nuorille suunnatun radio-ohjelman vetäjä.

– Nepalín hallituksella on nuorten terveysohjelma, mutta sitä ei ole toteutettu, tehtäväkenttä on jäänyt pitkälti kansalaisjärjestöjen harteille, toteaa Khem Karki.

Lapsiavioliitot ja lähisuhdeväkivalta ongelmia Nepalissa

Etenkin tyttöjä uhkaa Nepalissa nuorena – lähes lapsena – solmittu avioliitto. Syitä on monia. Taustalla ovat vuosisataiset traditiot, perheiden köyhyys – onhan avioitunut tytär poissa perheen ruokapöydästä sekä usein myös

”rakkaus”. Vanhemmat järjestävät nämä lasten/nuorten avioliitot edelleen yli puolessa tapauksista, mutta puhutaan myös ”rakkausavioliitoista”. Seurustelu, saati seksi ei ole sallittua ilman avioliittoa ja siksi nuoret ajautuvat avioliittoon. Vain pieni osa nuorten liitoista on virallisia, mutta toteutuipa se miten hyvänsä, se usein johtaa tytön keskeytyneeseen koulunkäyntiin ja varhaiseen raskauteen ja synnytykseen. Ei ole tavatonta, että 19-vuotiaalla on jo kolme lasta.

Riskinä lapsena/nuorena solmituissa avioliitoissa on myös se, että mies jättää tytön kyllästyttyään tähän ja niinpä koulutusta vailla olevalle tytölle ei jää muuta vaihtoehtoa itsensä elättämiseen kuin prostituutio. Myös lähisuhdeväkivalta on tavallista.

Muutoksen avaimet eivät ole vain tyttöjen käsissä, tarvitaan valistusta ja asennemuokkausta poikien keskuudessa. Tämä on ollut erityisesti SOLIDin tehtäväkenttää. Järjestö on ollut mukana tuottamassa tutkimustietoa ilmiön taustatekijöistä ja rakentamassa strategiaa muutoksen aikaansaamiseksi.

Kansalaisyhteiskuntaa rakentamassa

Suomenkaan kehitys yhteistyömäärärahat eivät enää mene kokonaisuudessaan autettavien valtioiden usein pohjattomiin kassoihin, vaan on ymmärretty, että tukemalla ruohonjuuritason toimintaa kansalaisjärjestöjen kautta voidaan aktivoida avustettavan maan kansalaisia itse auttamaan itseään. Tulokset ovat pysyvämpiä ja toiminnan jatkuvuus paremmin taattu. Kun avustus lisäksi kanavoituu auttajamaan kansalaisjärjestön kautta, myös auttaja on saamapuolella: oppii erilaisista kulttuureista, kasvaa näkemään hädän omaa takapihaa kauempana ja huomaa, että ihminen on ihminen ihonväristä, kielestä tai uskonnosta riippumatta.

Monet suomalaiset järjestöt tekevät merkittävää kehitys yhteistyötä omalla sarallaan. LSV on yksi tällainen. Tukeamalla järjestöä jäsenyydelläsi tai osallistumalla Työpäivä Maailmalle -kampanjaan autat auttamaan. ■

Kati Ojala vieraili Namibian nuoressa lääketieteellisessä tiedekunnassa

Namibia on vuonna 1991 itsenäistynyt länsiafrikkalainen valtio. Kokoa sillä on pari kertaa Suomen verran, asukkaita vain reilut kaksi miljoonaa. Namibian pääkaupunkiin Windhoekiin perustettiin kolme vuotta sitten maan ensimmäinen oma lääketieteellinen tiedekunta. Opiskelijat ovat nyt saavuttaneet kandidaiheen ja ulkomaista apua tarvitaan kliinisessä opettamisessa. Suomalaisetkin ovat olleet mukana auttamassa.





Kolmannen vuoden kandeja

Oulun yliopiston mikrobiologian professori Olli Vainio on ollut alusta asti mukana Namibian lääketieteellisen tiedekunnan pystyttämisessä. Hänen toimestaan aloitettiin Oulun yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan ja Namibian yliopiston UNAMin välille yhteistyöprojekti nimeltä Medunam, jonka tarkoituksena on tarjota apua tuoreelle tiedekunnalle. Avun painopiste on pedagogisen koulutuksen järjestämisessä paikallisille opettajille. Medunam on Suomen ulkoministeriön rahoittama hanke, projektin koordinaattorina toimii oululainen anatomian opettaja Tuula Kaisto (FT), joka hoitaa projektia tällä hetkellä lähes päätoimisesti.

– Oulusta on Windhoekissa ollut Vainion ja Kaiston lisäksi ainakin keuhkotautilääkäri Essi Varkki. Lyhyemmillä vierailuilla on käynyt muun muassa urologi Teija Parpala sekä joi-takin terveystieteen opettajia ammattikorkeakoulusta, kertoo Kati. ►



Mistä sait kuulla mahdollisuudesta mennä opettamaan?

– Toimin aiemmin klinisenä opettajana Oulun naistenklinikalla, siksi olen edelleen mukana tiedekunnan sähköpostijakelussa. Viime keväällä sähköpostiin tuli ilmoitus, jossa kerrottiin Medunam -hankkeesta. Yhdelle kliniselle opettajalle tarjottiin mahdollisuutta lähteä syksyllä kuukauden mittaiselle jaksolle vierailevaksi opettajaksi, sopivimmat alat olivat lasten taudit, kirurgia ja obstetriikka. Hain paikkaa ja minut valittiin.

Mikä houkutti lähtemään?

– Päätös hakea paikkaa syntyi ennen kuin ehdin edes lukea rekrytointiviestiä loppuun! Kehitysyhteistyö ja kansainvälinen avustustyö ovat pitkään olleet haaveenani. Aiemmin toimintaan mukaan lähtemistä on rajoittanut perhe-elämä. Nyt lapset ovat kasvaneet ja tuntuu, että pystyn irrottautumaan kotoa vähän paremmin. Olin jo jonkin aikaa katsellut eri hyväntekeväisyysjärjestöjen, ulkoministeriön ja lähetysseurojen sivustoja, josko jotain sopivaa osuisi silmään. Lisäksi kaipa-

sin vaihtelua työhön – ja oli mukana myös seikkailunhalua. Onneksi esimieheni eli Juha Tapanainen ja Eila Suvanto suhtautuvat myönteisesti kehitysyhteistyöhön ja olivat heti innolla tukemassa lähtemistäni. Eli lähtemässä houkutti kaikki, sähköpostiviesti tuli kuin tilauksesta!

Miten käytännön järjestelyt lähtiessä ja paikanpäällä sujuivat?

– Opettajavierailu rahoitettiin projektin toimesta, eli viime kädessä maksaja oli ulkoministeriö. Matkat ja asuminen maksettiin, lisäksi sain pientä palkkaa. Reissun ajan olin palkattomalla virkavapaalla omasta työstäni. Lentomatka kesti 25 tuntia välillä Oulu-Helsinki-Lontoo-Johannesburg-Windhoek. Menomatalla muuten varastettiin matkalaukusta kännykkä ja kamera, tyhmyyttäni olin ne pakannut ruumaan. Onneksi tappiot jäivät pieniksi: kännykkä oli prepaid-liittymää varten juuri ostettu halpa luuri ja kamerakin oli vanha.

– Koordinaattori Tuula Kaisto oleskeli koko viime syksyn Windhoekissa ja järjesti minulle sieltä käsin asunnon.

Hotelli oli pieni, mutta siisti ja turvallinen, saksalaisten ylläpitämä guesthouse. Tuula oli muutenkin käyttämyksen apuna ja seurana koko reissun ajan: tuli vastaan lentokentälle, näytti ruokapaikat ja kaupat, tutustutti yliopiston henkilökuntaan.

Aamuisin menin kampukselle tai opetussairaalaan taksilla. Julkisia kulkuvälineitä Windhoekissa ei ole, eikä valkoinen nainen voi siellä yksin kävellä kuin aivan keskustan ostosalueella. Kampus eli lääketieteellisen tiedekunnan tilat ovat upouudet, osin vielä rakenteilla. Kampuksen rakentamisessa ei ole pihistelyä: rakennukset ovat hulpeita marmori- ja lasipalatsia. Kaikki tekniikka on uusinta uutta, paljon hienompaa kuin mitä Suomessa näkee. Mikroskoopit, tietokoneet, simulaationuket jne. saivat leuan loksahtamaan. Kontrasti opetussairaalaan oli sitten sitäkin suurempi.

Kerro UNAMin lääketieteellisestä tiedekunnasta!

– Namibian School of Medicine on perustettu kolme vuotta sitten. Opetussuunnitelma muistuttaa sikäli meikäläistä, että kaksi ensimmäistä vuotta on prekliinisiä opintoja. Anatomian opetus on erityisen perusteellista: esimerkiksi kadaavereita on käytössä dissektio-harjoituksiin runsain mitoin. Kolmas vuosi on ensimmäinen klininen vuosi, jonka aikana opiskellaan pediatriaa, kirurgiaa, sisätauteja ja obstetriikkaa. Gynekologian kurssi on erillään obstetriikasta neljäntenä vuotena. Tiedekunta on siis aivan nuori ja hakee vielä muotoaan. Opettajat on rekrytoitu enimmäkseen ulkomailta. Iso ongelma on se, että yliopisto ja sairaala ovat kaksi täysin erillistä yksikköä, jotka eivät ole missään tekemisissä toistensa kanssa. Windhoekissa ei siis ole yliopistollista sairaalaa, vaan opetuksen käytännön harjoituksiin on osoitettu Katuturan sairaala. Katutura on Namibian suurin mustien asuma-alue. Sairaalan potilaat ovat siten pääasiassa köyhiä mustaihoisia, ja sairaalan varustetaso sen mukainen. Windhoekissa on myös toinen valtion sairaala, joka on vielä nykyäänkin apartheidin poistuttua, pääsääntöisesti valkoisten sairaala; siellä en vieraillut mutta varustetaso on kuulemma toista luokkaa. Ongelma yliopiston ja sairaalan erillisyydestä tulee siinä, että yhdellä-



Sektioassistenttina.



Tuore Namibian kansalainen ja onnellinen äiti.
Sykli 1.2013

kään yliopiston opettajalla ei ole työlupaa toimia lääkärinä Namibiassa, joten opetuskierrat ovat lähinnä luentoja potilaan äärellä, opettajat eivät voi tehdä hoitopäätöksiä. Ainoa poikkeus tästä oli Ob&Gyn professori Tarek Meguid, joka työskenteli Katuturan sairaalassa. Hänen ansiostaan minulla oli pääsy sairaalaan, joskaan en voinut siellä työskennellä lääkärinä.

– Kurssilla, jota opetin, oli 46 opiskelijaa. Nämä olivat kaikkien aikojen ensimmäiset lääketieteen opiskelijat Namibiassa ja nyt siis ehtineet klinisille kursseille. Opiskelijoitten määrä eli vuosittainen sisäänotto on Namibiassa samanlainen poliittinen kiistakapula kuin Suomessakin. Poliitikot haluavat, että mahdollisimman nopeasti koulutetaan namibialaisia lääkäreitä, jotta päästään eroon ulkomaisista. Muutenkin Namibia yrittää itsenäistyä kaikin keinoin ulkomaisesta avusta ja tiukentaa koko ajan ulkomaalaisten työlupien saantia. Lääketieteen opiskelijoiden sisäänottoa siis lisätään joka vuosi, ja tämä aiheuttaa harmia opettajille: jo nyt varsinkin käytännön harjoittelun järjestäminen on hankalaa.

– Obstetriikan kurssin lukujärjes-

tys oli monipuolinen. Gynen professori Meguid on itse opiskellut lääkäriksi Maastrichtissa, Hollannissa. Siten problem based learning, OSCE-tentit ja muut modernit menetelmät olivat mukana ohjelmassa. Lukujärjestyksessä oli aamupäivät käytännön opetusta, jota varten kandidit oli jaettu pienryhmiin muun muassa synnytys saliin, äitiyspoliklinikalle ja leikkaussaliin. Iltapäivisin oli luentoja. Kaikkiaan kurssi ohjelma vaikutti ainakin paperilla korkeatasoiselta. Samaa ei välttämättä voinut sanoa kaikkien muitten kursien ohjelmista. Edelleen on kuitenkin muistettava, että opetus on aivan alussa ja hapuilu on pakko hyväksyä.

Mitä opetit?

– Etukäteen olin varautunut pitämään luentoja. Perillä selvisi, että luennoitsijoista ei ollut pulaa eikä minun tarvinnut niitä pitää. Namibiassa on – tietenkin – spesialisteja, jotka ovat joko ulkomailla koulunsa käyneitä paikallisia tai sitten ulkomailta sinne tulleita. Vanhastaan Namibialla on lämpimät suhteet muun muassa Kuubaan ja Venäjään, ja ulkomaisia lääkäreitä rekrytoidaan kernaaimmin näistä maista.



Pään mittaus menossa.



Gynen polin odotusaula Onandjokwen sairaalassa.

Nämä specialistit tuntuivat hyvin mielellään luennoivan, ja lienee ollutkin järkevää integroida heidät mukaan opetukseen. Luennoimisen sijaan laadin muun muassa kysymyksiä loppuentteihin, autoin gynekologian kurssi ohjelman suunnittelussa ja neuvoin paikallisia simulaationukkien käytössä. Sairaalan puolella pidin bed-side -opetusta lähinnä prenataaliosastolla. Vierailin myös vajaan viikon verran pohjoisessa Onandjokwen maaseutusaaralassa; opiskelijoiden käytännön harjoittelua on tulevaisuudessa tarkoitus järjestää siellä. Sairaalan perustivat suomalaiset lähetyssaarnaajat 100 vuotta sitten. Onandjokwessa on 5000–6000 synnytystä vuodessa ja yksi naistentautien erikoislääkäri! Toki lisätyövoimana on MO-lääkäreitä. MO eli medical officer on erikoistunut lääkäri, jonka toimenkuva vastaa mei-



käläisen evalin toimenkuvaa. MO voi työskennellä vaikka koko ikänsä esimerkiksi naistentaudeilla erikoistumatomana. Erikoistuminen jää helposti, sillä se pitäisi suorittaa jossain ulkomaisessa yliopistossa.

Millaisia olivat namibialaiset opiskelijat?

– Opiskelijat olivat mielestäni loppujen lopuksi samanlaisia kuin suomalaiset: kyselivät samoja kysymyksiä ja purnasivat samoista asioista. Kerran esimerkiksi opiskelijat valittivat, ettei eräästä kokonaisuudesta ole opetettu riittävästi ja sitten kun ylimääräinen opetus järjestettiin, paikalle vaivautui kaksi tyttöä. Samoin voisi tapahtua Suomessakin. Opiskelijoiden perustiedot ja pohjakoulutus ovat tasoltaan kirjavia ja opiskelijamateriaalin epätasaisuus on ongelma prekliinisil-

lä kursseilla. Opiskelijat valitaan tiedekuntaan pääsykokeen sijasta lukion päästötodistuksen, rehtorin suosituskirjeen ja haastattelun perusteella. Sisäänotossa on kiintiöt kansallisille vähemmistöille. Silmämääräisesti arvioiden noin neljäsosa opiskelijoista oli valkoihoisia; Windhoekissa asuu paljon valkoihoisia muistona entisestä Saksan ja sittemmin Etelä-Afrikan vallan ajasta.

Entä sairaalan varustetaso?

– Sairaala vastasi melko lailla odotuksiani afrikkalaisesta sairaalasta hygienian ja välineistön suhteen. Osastolla potilaita oli potilashuoneessa niin monta kuin sänkyjä saatiin mahdutettua. Lääkkeitä oli, mutta ei tietenkään lähellekään samaa valikoimaa kuin Suomessa. Esimerkiksi Cytotec tunnetaan, mutta sitä ei ole sairaaloissa.

Kysyin asiaa erään post partum -vuo-
tajan kohdalla: Cytotecin saatavuus pidetään tietoisesti hankalana koska pelätään, että vapaampi saatavuus johtaisi luvattomiin raskaudenkeskeytyksiin.

– Abortti on laitton; ainoastaan raskauden, jossa sikiöllä todetaan letaali vamma, saa keskeyttää missä raskauden vaiheessa tahansa. Tällaisen diagnoosin asettaa sonograferi, lääkärit eivät tee sikiödiagnostiikkaa. Sairaalas-
sa oli pari ultraäänilaitetta, mutta niitä ei osattu hyödyntää. Jos ultraäänitutkimus tehtiin, siinä katsottiin tarjonta, istukan paikka sekä biparietaalimita lasketun ajan määrittystä varten, ei muuta. Muutaman potilaan kohdalla pystyinkin tarjoamaan apua diagnostiikassa. Noin yleensä lääkärit vaikuttivat ainakin kirurgiselta osaamiseltaan taitavilta. Asenteissa olisi korjattavaa: esimerkiksi köyhiä mustia potilaita ei ▶

välttämättä kohdella asianmukaisella kunnioituksella.

– Lääkärit käyttivät sairaalassa pelkäänsä omia vaatteitaan, edes lääkärintakkeja ei käytetty. Hieman oudolta tuntui olla myös synnytyssalissa omista vaatteissa. Hoitajilla oli toki univormut arvomerkkeineen. Hansikkaita oli vapaasti saatavilla.

Potilaat – miten poikkesivat suomalaisista?

– Namibian väestöstä HIV-positiivisia on 22 %, niinpä se oli siellä arkipäivää. Äitiyspoliklinikalla oli kaksi käytävää: toisella käytävällä oli tavalliset vastaanottohuoneet ja toisella HIV-poli: testaukset ja ilmaisten lääkkeiden jakelu. HIV-polia ei ollut mitenkään piilotettu, vaikka tautiin liittyy edelleen paljon vääriä uskomuksia ja stigmaa. Raskausaikana äidit ovat hyvin motivoituneita testauttamaan ja hoitamaan itseään suojatakseen lapsensa tartunnalta. Sairaalassa mitään suojauksia tai eristyksiä ei ollut.

– Synnyttäjät poikkesivat suomalaisista. He olivat keskimäärin huomattavasti nuorempia ja hoikempia kuin suomalaiset; itse asiassa teiniraskaudet

ovat Namibiassa iso ongelma. Synnytyspuudutuksia ei ollut. Ainoa kivunlievitys oli avautumisvaiheessa tarjottu petidiini. Tästä huolimatta naiset synnyttivät lähestulkoon ääntä päästämättä: kulttuuriin ei kuulu valittaminen missään olosuhteissa.

– Synnytykset näyttivät sujuvan luontevasti, varmaan edellä mainituista syistä johtuen. Silti sektioprosentti oli hämmästyttävän korkea: Katuturassa peräti 36 %. Yritin kysellä syitä tähän, mutta en saanut tyydyttävää vastausta. Koko kysymystä ei kukaan oikein ymmärtänyt, eikä prosentin suuruus tuntunut kiinnostavan ketään. Aina-kin yhden syyn huomasin itse: KTG-laitteita oli pari kappaletta mutta käyriä ei osattu tulkita. Jos avautumisvaiheessa tuli pienikin hidastuma, tehtiin kiireellinen sektio. Tätä oli vaikea katsoa vierestä kommentoimatta. Pihtejä ei tunneta. Imukuppeja voidaan tehdä, mutta silikonikupit ja vakuumpöntöt ovat suurimman osan ajasta rikki. Yhtään kyykkösynnytystä en nähnyt edes maaseutusairaalassa, vaikka odotin kovasti etukäteen. Kätilöt eivät kuulemma siihen suostu, avustaminen on hankalaa ja työasento epämurkava.

Mitä itse opit?

– Opin arvostamaan suomalaista työ-moraalia! Namibian itsenäisyys on nuori, maa on vasta 22-vuotias, ja kansa on aina ollut jonkun muun alainen. Ihmiset eivät ole tottuneet ottamaan ja kantamaan vastuuta ja tämä näkyy työn tekemisessä läpi koko yhteiskunnan. Toisaalta tutustuin moneen upeaan tyyppiin – ihmisiin, joilla on syvä vakaumus ja aito palo parantaa maailmaa. Ja tietysti klisee siitä, että afrikkalaiset ovat iloisempia ja leppoisampia kuin suomalaiset tuli todettua faktaksi, tosin melkein kaikki maailman kansat taitavat olla sosiaalisempia kuin me...

– Lääketieteellisesti en näe, että meidän olisi syytä ottaa mallia juuri mistään ainakaan obstetriikan alalla: perinataalikuolleisuus on 22/1000 vastasyntynyttä (Suomessa 0.5/1000) ja äitiyskuolleisuus 180/100 000 (Suomessa 1.8/100 000). Silti katselin hieman kaihoten lääkärin työskentelyä poliklinikalla ja kierroilla: eipä mennyt aikaa kirjaamiseen tai tietokoneen näppäilyyn ja muutenkin he näyttivät saavan keskittyä tekemään lääkärin työtä ilman krumeluureja, ilman varmistuksen varmistuksia ja ilman vaatimuksia potilaiden taholta.

Lähtisitkö uudelleen – kenelle suosittelisit?

– Lähtisin – ja lähdenkin, ilman muuta, jos se vain on minusta kiinni! Tämälleen samaa keikkaa on silti vaikea suositella muille, koska tilaisuus oli ainutlaatuinen. Ennen lähtöä kaavailin perustavani jonkinlaisen sillan Oulun naistenklinikan ja Windhoekin välille; että meiltä kävisi klinikan väkeä vierailevina luennoitsijoina, vuorotellen aina parin viikon jaksoissa. Perillä ymmärsin, ettei sellaista apua siellä tarvita, päinvastoin. Lyhyen vierailun aikana, eksoottisessa ympäristössä, energia menee ihmettelemiseen ja orientoitumiseen, siinä ei ennätä olla hyödyksi vaan on enemmänkin rasitteeksi. Muutenkaan siellä ei ollut pulaa luennoitsijoista. Kipeimmin nuori tiedekunta tarvitsisi sitoutunutta, pitkäaikaista henkilökuntaa. Mutta tietysti matkailu avartaa, ja lähtijän kannalta aina huonokin reissu kotiolot voittaa. Siksi suosittelen kaikkia tarttumaan aina tilaisuuteen, jos suinkin sellainen kohdalle osuu. ■



Synnytys käynnissä, kohdunsuu 6 cm auki.



Informal Katutura.

Katutura – mustien asuinalue

Katutura perustettiin vuonna 1961 Etelä-Afrikan nykyistä Namibiaa hallinneen apartheid-hallituksen toimesta. Musta väestö Windhoekissa pakotettiin siirtymään entisiltä asuinsijoiltaan yhteen paikkaan. Paikan nimeksi muodostui Katutura, joka herero-kielillä merkitsee ”paikkaa, jossa emme halua asua”. Musta väestö protestoi pakkosiirtoja vastaan ja yhteentoisissa poliisien kanssa kuoli 11 henkilöä. Tämän tapahtuman muistoksi Namibiassa vietetään nykyisin jouluun kymmenettä päivää Ihmisoikeuksien Päivänä.

Nykyään Katuturassa asuu 2/3 Windhoekin väestöstä, edelleen pääasiassa mustia. Sitä ei voi enää ni-

mittää varsinaisesti slummiksi – alueella on asfaltoidut kadut, katuvalot, toimiva kunnallistekniikka sähköineen, vesi- ja jätehuoltoineen. Vaikka asumukset ovat vaatimattomia, aluetta leimaa siisteys ja jonkinlainen järjestyskin. Tosin maan suuri työttömyys on tuonut pääkaupunkiin runsaasti siirtoväestöä maaseudulta kokeilemaan onneaan ja he ovat majoittuneet Katuturan kuppeeseen ns. informal -alueelle. Siellä asumukset on kyhätty kaikesta, mitä käteen on ilmaiseksi tai vähällä rahalla saatu haalittua: puun kappaleista, pahvi- ja peltilevyistä, muovista.

Vaikka pakkosiirtoja Katuturaan alun alkaen vastustettiin, siitä on

muodostunut suuren ihmisjoukon omaleimainen koti. Siellä käydään koulua, harrastetaan, saadaan terveydenhuoltopalveluja ja koetetaan tulla toimeen pienellä yksityisyrityksillä. Alkoholi ja HIV/aids ovat kuitenkin ongelmia, joiden kanssa painitaan päivittäin. ■

*”If you’ve ever been to this place
Come and experience this place
’Cause not every ghetto is as bad as
people make it
Katutura... now has become the place,
where people
Will stay”*

(T.C. alias Linus Sechogele, runoilija, laulaja, graffiti-taiteilija)

Syklissä aloittaa uusi kolumnisti, Olavi Lempi. Kyseessä on kollega, jolla on sanottavaa työstä ja työntekijöistä, potilaista ja potilaille – meille kaikille, jotka pohdimme moninaisia elämän varrella esiin nousevia kysymyksiä.

”Hyvä tohtori, minä sitten olen päättänyt että minä paranen tästä syövästä, minä nujerran tämän taudin”. Näin toteavat useat syöpään, jopa levinneeseen, sairastuneet potilaat aloittaen sanat sanottuaan ankaran taistelun vihollista, tuota syöpää vastaan. Ovatko nämä sanat vain vaikeaan ja kestäättömään tilanteeseen joutuneen ihmisen toiveita vai todellisia ajatuksia? Ovatko sanat vain kätkeytyä huolta sisimmässä vellovaan kysymykseen ”Selviänkö minä tästä?” Voidaanko yleensä ajatella että potilaan voimakas tahto vaikuttaisi paranemiseen diabeteksestä, nivelreumasta, verenpainetaudista – mistään sairaudesta?



Tahdonvoimallako syöpä voitetaan?

Vuosittain Suomessa sairastuu syöpään noin 29 000 ihmistä (0.5 % väestöstä), syövän kanssa elää noin 230 000 miestä ja naista (hieman vähemmän kuin Espoon kaupungin asukasmäärä). Syöpärekisterin tietojen mukaan 62 % syöpään sairastuneista miehistä ja 65 % naisista on elossa viiden vuoden kuluttua taudin toteamisesta – tämä ei tarkoita sitä että potilaat olisivat parantuneet sairaudestaan vaan ainostaan sitä että he ovat elossa, joko taudistaan sillä hetkellä vapaina tai sen kanssa edelleen painien. Todellinen paraneminen selviää vasta kun syöpäpotilaiden

kuolinsyyt ovat tiedossa. Vuosittain syöpään kuolee noin 11 500 ihmistä. Eivätkö he siis jaksaneet taistella syöpäänsä vastaan? Eikö heidän paranemistahtonsa ollut riittävä?

Ihmisen tahdonvoima kuvautuu elin- ja hengenvoimana. Suomalaisilla ominaisuutta on kutsuttu siuksiksi, jolla tarkoitetaan sitkeää, sinnikäästä ja hellittämätöntä tahdonvoimaa. Taistelutahto (englanniksi fighting spirit) koetaan henkiseksi ryhdiksi, kyvyksi pitää yllä usko tiettyyn tavoitteeseen. Se ilmenee miehisissä kamppailu- ja joukkuelajeissa ja eritoten sodassa, mutta

myös elämän kriisitilanteissa. Taistelutahto on useille ihmisille luontainen tapa reagoida vastoinkäymisiin: sanonnat ”kutsumaton vieras nujeretaan”, ”never-ending fight”, ”kun syöpä iskee, me iskemme takaisin” kuvaavat hyvin tuota asennetta. Monet syöpään sairastuneet julkisuuden henkilöt ovat ilmaisseet voimakasta taistelutahtoaan. Tommy Taberman kertoi tuntojaan seuraavasti: ”Tehtäväni on karkottaa tunkeilija uskon ja toivon avulla. Vuodenvaihteeseen mennessä vihollinen on kadonnut, koteloitunut ja lentänyt pois”. Keuhkosyöpään kuollut Topi Sorsakoski uskoi

myös tahdonvoimaansa: ”Ei tässä kukaan usko, että tämä on lopulista”. Ilmeisesti valtaosa ihmisistä uskoo vakaasti, että taistelutahto parantaa mahdollisuuksia parantua syövästä (”Periksi ei saa antaa, oma tahto on syövän paras kaataja”), mutta mitä tutkimukset kertovat taistelutahdon vaikutuksesta syövän ennusteeseen?

Kymmenen vuotta kestäneessä Kseurantatutkimuksessa (Watson ym. 2005) 578 potilasta jaettiin psykologisiin testeihin kolmeen ryhmään: avuttomat/toivottomat, masentuneet ja taistelutahtoiset. Heidän syöpätilanteensa tarkastettiin tutkimuksen lopussa. Tulos oli selkeä: taistelutahtoisien ennuste ei ollut muita parempi, sen sijaan toivottomilla näytti olevan hieman kohonnut syöpäkuoleman riski. Tutkimus tehtiin rintasyöpäpotilailla, mutta ei ole mitään syytä epäillä, etteikö tulos olisi samanlainen muissa syöpätyypeissä: jo vuonna 1999 tehty katsausartikkeli, jossa koottiin yhteen 15 eri tutkimuksen tulokset (de Boer ym.) osoitti, että taistelutahto ei parantanut syöpäennustetta. Syöpä, tuo tauti, jossa kehon omat muuntuneet solut jakautuvat vilkkaasti ja hallitsemattomasti, ei siis näytä taipuvan ihmisen oman tahdonvallan käskyläiseksi. Syöpäsolut edustavat terroristeja tavalisten, nöyrästi kontrolliin taipuvien solujen suuressa joukossa.

Miten meidän lääkäreiden tulisi siis suhtautua näihin taistelutahtoisiin potilaisiimme? Ainakin avoimesti keskustellen, ei kuitenkaan niin että tuota potilaan omaa reagoimistapaa murennettaisiin. Uskolla ja toivolla on suuri vaikutus elämänlaatuun, sen arvokkuuteen

ja mielekkyyteen: taistelutahtoiset potilaat elävät täydempää ja valoisampaa elämää syöpänsä kanssa vaikka sen pohjana olisikin vain illuusio omista vaikutusmahdollisuuksista. He ovat ”helppoja potilaita”, uskovat paranemiseensa, ovat kiitollisia ja yleensä hyvinvituksia. Psykologi Barbara Fredriksson on sanonut, että asiallinen negativismi pitää jalat maassa ja meidät rehellisinä, mutta raivokas yltyörehellisyys ei palvele mitään tarkoituspäitä – kaikkea sitä mitä tiedämme syövästä ja siihen vaikuttavista tekijöistä ei tarvitse kertoa potilaalle, ”koko totuutta” ei pidä kaataa potilaaseen niin kuin vettä kiuluun. On kuitenkin selvää että, kun syöpä etenee hoidoista huolimatta, potilas on saatettava häntä kunnioittaen ja ymmärtäen tietoiseksi tautinsa tilasta ja sen hoidomahdollisuuksista.

Yksi näkökulma tahdon asiaan: kukaan meistä ei halua syöpää ja toisaalta kaikki haluavat ehdottomasti siitä parantua. Jos voimakas tahto vaikuttaisi merkittävästi, meillä ei siis loogisesti ottaen olisi syöpää ja toiseksi kaikki sen saatuaan paranisivat! Näin asiat eivät ole: syöpä tulee yleistymään eliniän kasvaessa ja elintapojen muuttuessa. Suurella osalla syöpäpotilaista hoidot auttavat, osalla eivät – jälkimmäistä toiseikkaa ei muuta vaikka potilas tahdonvoimaansa puhkuu seisoi loppuelämänsä päällä tai julistaisi suurilla foorumeilla voittavansa syövän voimallisella tahdolla ja peräänantamattomuudellaan. Ihmeillekään (asiantilat joita ei voida selittää normaalien luonnonlakien mukaan eikä tieteen koettimilla) ei näyttäisi jäävän tilaa niillä potilailla, joita on

hoidettu syövän vuoksi, sillä kaikki mikä on mahdollista tapahtua, tapahtuu.

Nykymaailmaan on iskostunut ajatus siitä, että kaiken voi hoitaa. Kun sairaudet kerran voidaan hoitaa, vaikean sairauden lopputulemana hämmöttävä kuolema tuntuu entistä kestävämmältä, etenkin omaisista. Ajatus elämän rajallisuudesta on hämartyntä ja kumma kyllä etenkin silloin, kun potilas on iäkäs, rikkaan elämän läpikäynyt potilas. Ilahduin kovasti Tiina Lundanin kirjoituksesta Helsingin Sanomissa joulun aikaan. Hän kirjoittaa: ”Kaikista tuoretta leskeä ärsyttävistä asioista ylivoimaisesti ärsyttävintä oli kuitenkin se, kun syövästä puhuttiin taistelulajina. Ei syöpää voiteta. Syöpä hoidetaan, ihminen parantuu. Tai sitten ei parane. Mieheni kuoli syöpään, mutta ei syöpä häntä nujertanut, ei hän hävinnyt mitään taistelua. Hän kuoli”... ”Ei surusta toivu, sitä oppii sietämään”. Kuuden vuoden kiirastuli kirvoitti kirkkaat ajatukset, niissä kulminoituu se tosiasia, että ihminen ei tahdolla ja ajatuksillaan voi hallita elämänsä. Elämä tapahtuu. Lopuksi on hyvä siteerata syöpää itsekin sairastanutta Mikeal Jungneria. ”Paranemisessa tärkeintä on onni matkassa, sillä syöpää vastaan ei voi taistella. Jos ennuste on huono, se ei johdu tsempeistä tai sen puutteesta, vaan huonosta onnesta. Elämän tarkoitus ei ole syöpä, vaan eläminen. Ei kannata tehdä sairaudesta elämän päähenkilöä”. Aamen. Ja sinä lääkäri: tunne potilaasi, ole läsnä, tue potilaan taivalta, taivalta jonka päätepisteen meistä jokainen kyllä tietää. ■

Gynekologisten syöpien hoitosuositukset päivitetty

Yhdistyksemme onkologia-pienryhmä (FINGOG) muutamilla asiantuntijoilla täydennettynä päivitti laajaan taustamateriaaliin pohjautuen gynekologisten syöpien hoito-ohjeiston. Kyseessä ei ole Käypä hoito -suosituksen tasoinen näyttöön perustuva katsaus, vaan työryhmän käsitys siitä, miten gynekologisia syöpiä tulisi hoitaa.

Hoitosuosituksen laatinut työryhmä

Maarit Anttila	KYS, dosentti, erl
Annika Auranen	TYKS, LT, erl
Sakari Hietanen	TYKS, dosentti, oyl
Riitta Koivisto-Korander	HYKS, LL (väit.), ol (sihteeri)
Marja Komulainen	KYS, LT, ayl
Arto Leminen	HYKS, dosentti, oyl (puheenjohtaja)
Mikko Loukovaara	HYKS, dosentti, erl
Reita Nyberg	TAYS, LL, ol
Ulla Puistola	OYS, vt. professori, oyl
Maarit Vuento	TAYS, LT, vt. oyl
Päivi Vuolo-Merilä	OYS, LT, erl

Hoitosuosituksessa käydään läpi kaikkien gynekologisten syöpien hoidon periaatteet operatiivisesta hoidosta säde- ja sytostaattihoidon sekä muihin liittännäishoitoihin. Työryhmä suosittelee suositusten liittämistä jokaisen näitä potilaita hoitavan sairaalan omiin hoito-ohjekansioihin.

Suositus on laaja ja yksityiskohtainen kuten pitääkin. Se on kokonaisuudessaan luettavissa yhdistyksen nettisivuilla www.gynekologiyhdistys.fi.

Gynekologisten syöpien seuranta

Pääosin suositus koskee ja hyödyttää niitä kollegoja, jotka hoitavat oman alamme syöpäpotilaita. Sairastetun syövän jälkeen potilasta myös seurataan tautiin ja hoitoihin liittyvien vaikeiden lievittämiseksi sekä mahdollisen uusiman toteamiseksi. Tämä on se osuus potilaan hoitoketjussa, joka saattaa koskea jokaista kliinistä työtä tekevää gynekologia ja on siksi paikallaan myös julkaista lehtemme sivuilla.

Seurannan tarkoitus

- Potilaan psykososiaalinen tukeminen
- Hoitohaittojen havaitseminen ja hoito; tällaisia ovat muun muassa

lymfadenectomian jälkeiset alaraajaturvotukset, vaihdevuosisoireet tai seksuaalielämän ongelmat

- Taudin uusiutumisen toteaminen

Seurantakäyntien sisältö

- Esitiedot, yleis- ja gynekologinen tutkimus
- Rutiininomaisesta irtosolunäytteen ja keuhkoröntgenkuvan ottamisesta ei ole osoitettu hyötyä kohdunkaula- tai kohdunrunkosyövän uusiutuman toteamisessa
- Merkkiainemääritys, mikäli se ennen diagnoosia oli koholla ja sen seuranta on katsottu aiheelliseksi
- Pelkän merkkiaineen nousun perusteella ei ole syytä aloittaa uusiutuman hoitoa; erityistilanteissa voidaan harkita yksittäisen uusiutuman kirurgista poistoa
- Kuvantamistutkimukset vain oireiden perusteella ja harkiten, jos merkkiaine nousee yli kaksinkertaiseksi normaaliin ylärajaan verrattuna, edellytyksenä ainakin kaksi määritystä vähintään kuukauden välein.

Riskiluokitus

- Rajalaatuisissa (RLK) munasarjakasvaimissa 70 % uusiutumista tulee yli viiden vuoden kuluttua ja

yli 5 % progredioi invasiiviseksi karsinoomaksi; säästävästi leikat-
tujen uusiutumisriski on 20 %

- Granuloosolusolunoomareissa myöhäinen uusiutuminen (keskimäärin 4–6 vuoden kuluessa) mahdollista, voi tapahtua jopa 20 vuoden kuluttua
- Endometrium- ja kervikkarsinoomissa riskiluokitus levinneisyysasteen/graduksen/histologisen tyyppin/imu- tai verisuoni-invaasion mukaisesti: matala uusiutumisriski: 10 % tai alle, korkea uusiutumisriski: yli 15 %
- Korkean riskin potilailla 4:n ja 5:n vuoden aikana käynti vain, jos kliinisesti merkittävät oireet sitä vaativat

Rypäleraskaus

– Seerumin hCG määritetään kahden vuorokauden kuluttua kohdun imutyhjennyksen jälkeen ja siten 1–2 viikon välein kunnes arvo on normaali. Sen jälkeen hCG-seurantaa jatketaan kuukauden välein 6–12 kuukauden ajan. Suositus perustuu siihen, että istukkasyöpä kehittyy useimmiten noin kuuden kuukauden sisällä kohdun imutyhjennyksen jälkeen. Seuranta-aikana tulee huolehtia luotettavasta raskaudenehkäisystä. E-pilleriehkäisyyn voi



Tyttö – welwitschia mirabilis – kasvaa vain Namibian ja Angolan autiomaissa. Voi elää 2000-vuotiaaksi.

aloittaa heti kohdun imutyhjennyksen jälkeen.

– Koska rypäleraskauden riski on suurentunut seuraavassa raskaudessa, tulee sen alussa tehdä kohdun kaikukuvaus. Synnytyksen jälkeen istukka tutkitaan histologisesti ja äidin hCG-arvo määritetään 6 viikon kuluttua.

– Istukkasyövän hoidon jälkeen seurataan seerumin hCG-pitoisuutta kahden viikon välein kolmen kuukauden ajan ja sitten kuukauden välein kunnes arvo on ollut normaali vuoden ajan. Sen jälkeen taudin uusiutumisen riski on enää alle 1 %.

Istukkasyöpä

– Raskautta ei suositella vuoteen kemoterapian päättymisestä. ■

– Raskautta ei suositella vuoteen kemoterapian päättymisestä. ■

Gynekologisten syöpien riskiluokitus

Riski	Ulkosynnytinsyöpä	Emätinsyöpä	Kohdunkaulasyöpä	Kohdunrunkosyöpä	Munanjohdin- ja munasarjasyöpä
Matala	CIS, I-II + leikkausmarginaali > 8mm	CIS I-II	IA IB1 G1-2	IA-IB G1-2 Endometrioidi	IA-B, II A, G1-2, asianmukainen levinneisyysleikkaus tehty
Korkea	I-II + liitännäishoito, I-II + niukka marginaali (5-8 mm), III-IV	III-IV	IB1 ja LVSI + tai imusolmukemetastasointi tai leikkausmarginaali positiivinen, IB1 G3, IB2-IV	Ei-endometrioidit, IA-B G1-2 ja kasvaimen koko > 2cm tai LVSI +, IA-B G3, II-IV, sarkoomat	IB-C kirkassolu, IC, II B G1-3, III-IV

Seurantakäyntien tiheys

Riskitaso	1. vuosi	2. vuosi	3. vuosi	4. vuosi	5. vuosi
RLK: optimaalinen leikkaustulos	Jälkitarkastus	Oirepoliklinikka	Oirepoliklinikka	-	-
RLK; säästävä leikkaus, optimaalinen leikkaustulos	2 käyntiä (6 kk välein)	2 käyntiä (6 kk välein)	1 (12 kk)	-	-
CIS	2 (6 kk välein)	2 (6 kk välein)	1 (12 kk)	-	-
Matala	3 (4 kk välein)	2 (6 kk välein)	1 (12 kk)	-	-
Korkea	4 (3 kk välein)	3 (4 kk välein)	2 (6 kk välein)	Oirepoliklinikka	Oirepoliklinikka

Kaikki mukaan talkoisiin!

Taloudellisen taantuman lonkerot yltävät myös omaan yhdistykseemme. Lääketeollisuuden investoima raha markkinointiin näyttää, ainakin toistaiseksi, olevan laskusuuntainen. Tämä heijastuu suoraan myös omaan lehteemme. Syklin mainostulojen suunta on laskeva. Tämä tulonlähde on ollut tärkeä, koska sen avulla on pystytty tukemaan synnytys- ja naisten tautiopin tutkimussäätiötä. Varmasti jokainen meistä tiedostaa oman alan tutkimuksen merkityksen oppiaineen kehityksen turvaamiseksi. Nykypäivänä kilpailu niukkenevista tutkimusrahoista on huomattavasti kiristynyt, ja tämä kehitys edelleen lisää oman säätiömme merkitystä ja roolia nuorten tutkijoiden tukemisessa, etenkin tutkijan uran alkutaipaleilla. Tämä vallitseva tilanne pakottaa meidät laajentamaan perspektiiviä ja suuntaamaan varainhankinnassa katseemme myös lääketeollisuuden ulkopuolelle.

Ennenaikaisuus, gynekologiset syövät, infertiliteetti ja lapsettomuushoidot sekä gynekologisen kirurgian kehittyminen ovat alueita, joilla minun mielestäni olisi mainosarvoa kansan keskuudessa. Esimerkiksi ennenaikaisuus aiheuttaa yhteiskunnalle huomattavia taloudellisia kuluja sekä lyhyellä että myös pitemmällä aikavälillä. Lastentautien tutkimussäätiö on tällä sektorilla pystynyt lyömään itseään läpi varsin hyvin, jos katsoo vaikka pelkästään vuosittaisia lahjoitusmääriä. Meidän pitäisi pystyä paremmin markkinoimaan rahvaalle omaa erikoisalaamme ja oman osaamisemme merkitystä myös yhteiskunnan kannalta.

Viime kesänä Kuopiossa Mikko Pirinen uhosi, että hän pystyy hyppäämään pituutta enemmän kuin mitä hänen lapsuudenystävänsä hyppäsi Varkauden koulujen välisissä mestaruuskilpailuissa vuonna 1979. Voittotulos tuolloin oli 3 metriä ja 10 senttiä. Miehet löivät asiasta vetoa ja Mikko Pirinen ilmoitti osoittavansa taitonsa Kuopion Väinölänniemellä elokuun lopulla. Kaverukset ilmoittivat tulevasta tapahtumasta ystävilleen Facebook-sivustojen kautta ja tapahtuma paisui kuin pullataikina, kun ystävät lähestyivät ja informoivat omia ystäviään. Mukaan ilmaantui tunnettuja suomalaisia huippu-urheilijoita, artisteja ja jopa



peliyhtiö Rovio kantoi oman kortensa kekoon. Ilmassa oli suuren urheilujuhlan tuntua, kentälle tuotuun pallogrilliin sytytettiin kisatuli ja tapahtuman alussa kuultiin myös Finlandia Sakari Kuosmasen esittämänä. Tilaisuutta paikan päällä oli todistamassa reilu 2500 ihmistä. Tällä tempauksella kerättiin yli 30 000 euroa KYS:n lasten veri- ja syöpätautien osastolle.

Allekirjoittanut edustaa sitä sukupolvea, jolle tämä moderni sosiaalinen media on vieraampi ilmiö ja siihen tutustuminen on jäänyt toistaiseksi hyvin vähäiseksi. Uskoisin, että etenkin nuorempi kollegakunta on sinut tämän sosiaalisen median kanssa. Nyt tarvitaan jäsenkunnalta ennakkuulotonta ja rohkeaa kekseliäisyyttä, kuinka voisimme tätä sosiaalista mediaa käyttää hyödyksi oman alamme tutkimuksen tukemiseen ja sen tulevaisuuden turvaamiseen. Yhdistyksessä ei onneksi ole pula nuorista terävä-älyisistä ja kyvykkäistä tutkijoista. Heidän tulevaisuutensa takaamiseksi tarvitaan entistä aktiivisempi varainkeruu synnytys- ja naistentautiopin tutkimussäätiölle. Yhdistyksen hallitus ja säätiö pohtivat uusia keinoja tutkimusrahoituksen turvaamiseksi myös tulevaisuudessa. Mielestäni tämä asia on koko yhdistyksen jäsenkunnan yhteinen tehtävä ja haluan tässä yhteydessä haastaa koko jäsenkuntamme talkoisiin miettimään keinoja varainhankinnan kohentamiseksi. Nyt tarvitaan luovaa hulluutta ja omaperäisyyttä!

Niin, voittiko Mikko Pirinen vetonsa? Hän hyppäsi pituutta 2 metriä ja 70 senttiä eli jäi tulostavoitteestaan 40 senttiä. Tästä huolimatta hänen suoritukseensa oli täydellinen menestys!

Toivottelen oikein aurinkoista ja hyvää kevättä kaikille! ■



Elämäntapaohjauksen merkitys raskausdiabeteksen riskiryhmään kuuluvilla naisilla – syö yhden, liiku kahden puolesta

Sisätautien erikoislääkäri

Eeva Korpi-Hyövälti,
Seinäjoen keskussairaala

Väitöstutkimuksessa todettiin, että äitiysneuvoloissa kannattaa kiinnittää huomiota raskausdiabeteksen riskiryhmään kuuluvien naisten alkuraskauksesta lähtien. Etelä-Pohjanmaalla tehdyn tutkimuksen mukaan elämäntapaohjausta saaneet naiset pystyivät parantamaan sekä ravitsemuksen laatua että lisäämään liikuntaa raskauden aikana. Raskausdiabetes -diagnoosi tarkoittaa sekä naisilla että heidän lapsillaan huomattavasti lisääntynyttä riskiä sairastua myöhemmin elämässä diabetekseen ja valtimonkovettumatautiin. Raskausdiabeteksen riskitekijöitä ovat äidin ylipaino, lähisukulaisen diabetes, aikaisemmin sairastettu raskausdiabetes, ikä yli 40 vuotta tai äiti on aikaisemmin synnyttänyt yli 4500 g painavan lapsen.

Raskausdiabeteksen riskiryhmään kuuluvat naiset satunnaistettiin interventoryhmään (n=27) ja kontrolliryhmään (n=27). Ravitsemusterapeutti rohkaisi naisia syömään runsaasti kasviksia, marjoja ja hedelmiä, käyttämään rasvattomia tai vähän rasvaa sisältäviä maitotuotteita, vähärasvaista lihaa ja pehmeitä margariineja sekä kasviöljyä ja suosimaan täysjyväviljaa. Ohjatut naiset saivat ruoasta energiaa noin 600 kJ (140 kcal) vähemmän kuin kontrolliryhmän naiset. Ohjausta saaneiden naisten painonnousu oli vähäisempää varsinkin keskiraskaudessa: 6,0 kg verrattuna kontrolliryhmän painonnousuun 8,4 kg. Naiset pystyivät parantamaan rasvan laatua; käytännössä naiset vaihtoivat leipärasvan voista tai voipohjaisesta tuotteesta kas-

virasvapohjaiseen margariiniin. Käytetyn rasvan laatu säilyi parempana raskauden loppuun saakka. Kuidun saanti oli suurimmillaan ja kovien rasvojen määrä pienimmillään keskiraskaudessa, mutta naiset eivät omaksuneet pysyvästi parempia ruokailutottumuksia. Ohjausta saaneidenkin naisten ruokailussa herkkujen määrä oli yllättävän suuri raskauden loppuvaiheessa.

Fysioterapeutti rohkaisi naisia jatkamaan liikuntaa raskauden aikana tai aloittamaan liikunnan. Naisille puhuttiin liikunnan merkityksestä raskauden aikana, sen vasta-aiheista, selän venytyksestä, rentoutumisesta ja rohkaisiin jatkamaan liikuntaa lapsen kanssa. Ohjatut naiset lisäsivät liikuntaa tunnin viikoittaista kävelyä vastaavan määrän (2,7 MET-tuntia) verrattuna samansuuruisen laskuun kontrolliryhmässä (3 MET-tuntia). Naiset vähensivät vapaa-ajan liikuntaa merkittävästi 30. raskausviikon jälkeen.

Terveystieteen ammattilaisten tulee aktiivisesti neuvoa raskausdiabeteksen riskiryhmään kuuluvia naisia ruokavalion parantamiseksi, painonlisäyksen kohtuullistamiseksi ja liikunnan lisäämiseksi alkuraskauksesta lähtien. Liikuntahoito on myöhässä, jos se aloitetaan vasta raskausdiabetesdiagnoosin jälkeen raskauden loppuvaiheessa. Synnytyssairaaloiden naistentautien ja sisätautien yksiköiden tulee tehostaa yhteistyötä perusterveydenhuollon kanssa, jotta riskiryhmään kuuluvat naiset saadaan paremmin osallistumaan glukoosirasituksen synnytyksen jälkeen. Ammattilaisten välinpitämättömyys ei kuitenkaan yksin selitä naisten huonoa osallistumista glukoosirasitukseen raskauden jälkeen; naiset eivät enää synnytyksen jälkeen noudata kutsua saapua glukoosirasitukseen.

Näin pienellä aineistolla ei luonnollisestikaan saatu raskausdiabetesta vähemmän ohjatuilla. Laskimme tätä varten tarvittavan aineiston koon, joka olisi 550 naista ryhmää kohti. Työ antaa hyvän pohjan suunnitella jatkotutkimuksia.

Raskausaika on suotuisa aika naisen elämässä omaksua terveellisiä elämäntapoja, joten neuvontaa kannattaa järjestää. Ylipainoisuuden estäminen on suuri terveydenhuollon haaste. Jos vanhemmat pystyvät hallitsemaan painonnousun, he voivat pienentää painonnousun riskiä ja lisääntynyttä sairastavuutta omilla jälkeläisillään seuraavassa sukupolvessa. ■

Luotettavat laitteet

tarkkaan ja laadukkaaseen
diagnostiikkaan

Ultraäänilaitteet



Tutkimuspöydät



Tarvikkeet

- Geelit • Steriiligeelit
- Tulostinpaperit • Anturinsuojat
- Anturien puhdistusaineet
- Geelityyny • Termiset tulostimet
- Harjoittelu- ja kuvanlaatu fantomit

LifeMed
Medical Systems

Billskogintie 23K, 02580 SIUNTIO
Puh. (09) 8870 720, info@lifemed.fi

www.lifemed.fi

Utössä tavataan!

Kirjoitan tätä loppiaisena. Pyhät on juhlistettu, vietetty perheen parissa ja ehkä vähän voimiakin arjen varalle on kertynyt. Jo ensi viikonloppuna on GP:n ensimmäiset tämän vuoden koulutuspäivät. Odotan jälleen niitä hyvillä mielin. Viime aikoina palaute koulutuksista on ollut kannustavaa, vaikka joulukuun kokouksen ajoitus oli monelle hankala. Koulutuspäivien suunnittelussa pyrimme ottamaan huomioon muut alan koulutukset päällekkäisyyksien välttämiseksi ja tietenkin pyrimme välttämään loma-aikoja ja sellaisten juhlapäivien läheisyyttä, jotka estäisivät monia osallistumasta. Niin kauan kuin saamme nauttia yhteistyökumppaniemme avusta, on meidän huomioitava myös heidän aikataulujaan. Niinhän se on, että lapsena pelaamme palapelejä, jotta sitten aikuisena osaisimme tehdä samaa ajan ja aikataulujen kanssa. Kompromisseja täytyy tehdä, kaikille varmasti sopivaa aikaa ei ole olemassa.

Toisaalta olen saamastamme palautteesta hyvin iloinen. Se kertoo, että päiville halutaan tulla ja niitä arvostetaan. Suora palaute auttaa hallitusta huomioimaan useampia näkökantoja. On helpompaa, kun ei tarvitse arvailla, mitä jäsenistö ehkä kenties mahtaisi toivoa.

Maaliskuussa on sitten vuosikokouksen aika, hallitukseen tulee muutoksia. Toivoisin jäsenistöltä aktiivisuutta ja jokaisen miettivän, voisiko olla mukana yhteisen järjestömmme eteenpäin viemisessä. Hallitusjakso on kaksi vuotta. Neljän vuoden jälkeen alkaa



jo ikävä kyllä toistaa itseään. Hallitustyöskentely antaa paljon. Kollegoihin tutustuu aivan eri tavalla ja aivan jokaiseen on ollut mukava tutusta. Hallitustyöskentely on tuonut uusia ihania ystäviä, joihin ei varmaankaan muuten olisi tutustunut samalla tavoin. Jos haluat olla mukana, älä jää haikailemaan, että joku kysyisi tai ehdottaisi sinua. Ota

rohkeasti itse yhteyttä johonkuhun hallituksen jäsenen! Hallituksessa on myös keskusteltu hallituksen laajentamisesta kuuteen jäseneseen. Jos näin toimitaan, se vaatii sääntömuutoksen ja asiasta keskustellaan vuosikokouksessa.

Parhaaseen lintujen kevätmuuton aikaan onnistuimme vihdoinkin varaamaan Utön linnakesaaren eli etelässä uloimman asutun kalliosaaren majoitustilat käyttöömme. Mukaan on houkuteltu lintubongareina tunnettuja luennoitsijoita, varmasti halutessamme saamme luentojen välilläkin asiantuntevaa opastusta lintujen muutosta. Pitkästä matkasta väsyneet pikkulinnut ovat kuulemma aivan unohtumaton elämys kenelle tahansa.

Utöhön matkataan yhteysaluksella Nauvosta helators-taina illansuussa ja paluu sieltä on lauantaina, jotta ehdimme äitienpäivän viettoon. Nauvoon toivon järjestävän kimpakyytejä, olen ainakin itse jo kahden kollegan kanssa sopinut matkasta lentokentältä Nauvoon.

Talvisin, mutta valoa kohti menevin terveisin
Annika ■



Tue taistelua malariaa vastaan

Suomalainen kansalaisjärjestö African Care pyörittää synnytysklinikkaa Somaliassa. Klinikassa avustetaan noin 120 synnytystä kuukaudessa. Kehitysyhteistyöhankkeeseen liittyy moskiittoverkko-kampanja, jossa lahjoittamalla 10 euroa voi ostaa yhden verkon synnyttäneelle äidille ja tämä vastasyntyneelle lapselle.

Malaria on tuhoisin infektiosairaus, jota sairastaa yli 200 miljoonaa ihmistä ja se tappaa vuosittain 660 000 ihmistä, joista valtaosa on alle 5-vuotiaita lapsia.

Malariahyttysiä tappavalla kemikaalilla käsitelty hyttysverkko on kustannustehokkain tapa malarian ehkäisyssä.

Lisätietoja kampanjasta löydät netistä osoitteesta: <http://www.africarewo.net/>

Lahjoituksen voit tehdä African Care ry:n tilille Nordeaan 101130-279405 / IBAN FI9110113000279405

obsidan®

Obsidan fe⁺⁺ 100 mg
Ferroglysiinisulfaatti

Suomen suosituin rautalääke¹⁾



- **Vatsaystävällinen²⁾**
- **Imeytyy tehokkaasti³⁾**
- **Kapseli päivässä**

Vatsaystävällisyys saavutetaan raudan kulkeutuessa päälylystettyjen rakeiden suojassa mahalaukun läpi³⁾. Näin vältetään raudan tavanomaiset mahaärsytysoireet (pahoinvointi, oksennukset ja keskiylälvatsan kivut).

Kaksiarvoinen rauta imeytyy kolmiarvoista rautaa paremmin. Obsidan sisältää C-vitamiinia, joka tehostaa raudan imeytymistä.⁴⁾

Obsidanin sisältämä rauta vapautuu päälylystetyistä rakeista pohjukais-suolen alussa, joka on raudan paras imeytymisalue⁴⁾.

Obsidan-kapselin voi tarvittaessa avata ja niellä rakeet sellaisenaan pureskelematta veden kera. Vaikeassa raudanpuutostilassa aikuiset ja yli 15-vuotiaat tai yli 50 kg painavat voivat ottaa 2-3 kapselia hoidon alussa.

www.rautainfo.fi

Obsidan Fe⁺⁺ 100 mg kapselit. Raudanpuutostilojen hoitoon. Vaikuttava aine: ferroglysiinisulfaatti. Annostus: Aikuiset ja yli 6-vuotiaat lapset: 1 kapseli päivässä. Obsidan sopii käytettäväksi myös raskauden ja imetyksen aikana. Rautaval-misteet saattavat vaikuttaa muiden lääkeainien imeytymiseen. Ruuansulatuskanavan haavaumia sairastavien tulee noudattaa varovaisuutta Obsidanin käytössä. Pakkaus: 100 mg Fe⁺⁺ 50 kapselia. Hinta 1.1.2013 (vmlh sis. alv): 15,37 €. Tutustu huolellisesti pakkausselosteeseen. Apteekista.

1) Suomen Lääkedata 1-12/2012

2) Dietzfelbinger H, 1991, Deutsches Ärzteblatt 39:30-36

3) Heinrich H: Bioverfügbarkeit und therapeutische Wirksamkeit oraler Eisen (II) und -(III) präparate Schweiz Apotheker Zeitung 124 (1986), 1231-1256

4) Koulou - Tuomisto: Farmakologia ja toksikologia (2007) 642-645



Diabetic Pregnancy Study Group kokoontui Lillessä

Neljäskymmenesneljäs Diabetic Pregnancy Study Groupin (DPSG) kokous järjestettiin tällä kertaa 18.–21.10.2012 Lillessä, Ranskassa. Kuten ennenkin, kokous oli tieteellisesti erittäin korkeatasoinen mutta samalla myös lämminhenkinen diabeetikkoraskauksia tutkivien perustutkijoiden, obstetrikkojen ja sisätautilääkärien vuosittainen jälleennäkeminen. Diabeetikkoraskauksien tutkimus on viime vuosina entisestään aktivoitunut Suomessa, mikä näkyi myös monilukuisena suomalaisedustuksena DPSG-kokouksessa. Mukana olivat lisäksi Kari Teramo, Hannele Laivuori, Marja Vääräsmäki ja Risto Kaaja.

Yksi kokouksen pääteemoista oli obesiteetti. Ensimmäisen kokouksaamun Hot Topic -sessiossa käsiteltiin tuoreiden tanskalaisten raskaudenaikaisten elämäntapainterventiotutkimusten tuloksia. Christina Vinter Odenesta kertoi Lifestyle in Pregnancy (LiP) -tutkimuksesta, jossa 360 ylipainoista

tanskalaisnaista satunnaistettiin alkuraskaudessa joko liikunta- ja ravitsemusinterventoryhmään tai kontrolliryhmään. Renault raportoi kööpenhaminalaisesta Treatment of Obese Pregnant Women (TOP) -tutkimuksesta, jossa 425 niin ikään ylipainoista äitiä satunnaistettiin 11–14 raskausviikoilla ravitsemus- ja liikuntainterventoryhmään tai pelkän liikuntaintervention ryhmään. TOP-liikuntainterventio sisälsi askelmittarin käytön, tavoitteena 11 000 askelta/päivä. Sekä LiP että TOP-tutkimuksissa raskaudenaikainen painonnousu oli interventoryhmissä vähäisempää. Raskauskomplikaatioiden ilmaantuvuuteen tai perinataalituloksiin interventioilla ei ollut vaikutusta. Lisääntymisikäiset ylipainoiset naiset pitäisi siis saada muuttamaan elämäntapojaan ja pudottamaan painoaan jo hyvissä ajoin ennen raskautta.

Ylipaino ilman raskausdiabetestäkin on riskitekijä

Posteresityksiä Lillen kokouksessa oli runsaasti, sekä perus- että kliinistä tutkimuksista. Mukana obesiteetti-temalla oli myös Marja Vääräsmäen, Sanna Koivusen, Mika Gisslerin ja Eero Kajantien tutkimus, jossa osoitettiin, että äidin obesiteetti on itsenäinen sekiosyntytyksen ja sikiön makrosomian riskitekijä. Näiden komplikaatioiden riski kasvaa entisestään, kun obeesilla odottajalla on raskausdiabetes (GDM). Toisaalta normaalipainoisen GDM-potilaan sektio- ja makrosomiariski ei ole merkittävästi kohonnut normaalipainoisiin, normaalin sokerinsiedon omaaviin odottajiin verrattuna. Sekä

äidin GDM että obesiteetti lisäsivät vastasyntyneen osastohoitoon joutumisen todennäköisyyttä.

Sokeriarvojen jatkuva monitorointikaan ei paranna sokeritasapainoa

Iltapäivän teema oli raskautta edeltävä diabetes. Hot topic -sessiossa Anna Secher Kööpenhaminan Rigshospitaletista esitti tutkimuksensa, jossa oli satunnaistettu tyypin 1 ja 2 diabeetikoiden käyttämään jaksottaisesti (ad 6 päivää kerrallaan) jatkuvaa glukosinmittausta (real-time continuous glucose monitoring) tai saamaan rutiiniprotokollan mukaista hoitoa. Tulos oli, että jaksottainen jatkuvan glukosimitauksen käyttö ei parantanut diabeetikoiden sokeritasapainoa tai vaikuttanut perinataalituloksiin.

Myöhemmin Kari Teramo kertoi HYKS:ssa tehdyistä erytropoietini-tutkimuksista, joiden tulokset viittaavat siihen, että diabeetikon sikiön kärsiessä hapenpuutteesta istukan erytropoietinisynteesi lisääntyy. Oma esitykseni samassa sessiossa koski HYKS:ssa hoidettujen tyypin 1 diabeetikoiden raskaudenaikaisten verenpaineiden ja verenpainekomplikaatioiden trendejä vuosina 1989–2010.

Raskausdiabeteksen diagnostiset kriteerit puhuttavat edelleen

Toisen kokouspäivän aamu vietettiin muun muassa GDM-aiheisten esitysten parissa. Amerikkalainen David Sacks puhui International Association of Diabetic Pregnancy Study Groups'n (IADPSG) suosittelemien raskaudenaika-



Konferenssin vapaa-ajalla osterinystävät Kari ja Hannele (kameran takana) tutustuttivat minua osterinsyönnin saloihin.

kaisten sokerirasitusviitearajojen vaikutuksesta GDM-frekvenssiin ja terveydenhuollon kuluihin. Viitearvot perustuvat kansainvälisen Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes (HAPO) -tutkimuksen tuloksiin. HAPO-keskuksissa GDM-frekvenssit vaihtelivat IADPSG-kriteerejä käytettäessä 9,3 %:sta jopa 25,5 %:iin. Sacks korosti ylipainon merkitystä GDM:n rinnalla merkittävänä esimerkiksi pre-eklampsian ja makrosomian riskitekijänä ja suositteli, että kliinisessä työssä fokuisoitaisiin erityisesti raskauden aikaisen painonnousun rajoittamiseen sekä GDM- että ylipainoisilla potilailla riskien vähentämiseksi. Sacksin esitys herätti vilkasta keskustelua maakohdaisesti paljon vaihtelevista GDM-kriteereistä, joita DPSG-kokouksissa on puitu säännöllisesti jo vuosikymmeniä. Osa tutkijoista on sitä mieltä, että sokerirasitustuloksia pitäisi arvioida enemmän jatkuvina muuttujina.

Mitä tapahtuu raskausdiabeetikoiden lapsille?

Iltopäivän teema oli diabeetikkojen vastasyntyneet ja diabeteksen pitkäaikaisvaikutukset syntyvään lapseen. Patrick Catalano Clevelandista esitteli Hot Topic -sessiossa tutkimusta, jonka mukaan GDM-potilaiden vastasyntyneillä on korkeampi insuliiniresistenssi kuin painon suhteen kaltaistettujen, normaalin sokerinsiedon omaavien naisten vastasyntyneillä. Tulokset oli vakioitu lapsen syntymäpainon, rasvamassan sekä rasvattoman massan suhteen. Kehonkoostumusmittauksissa GDM-potilaiden lasten rasvamassa ja rasvaprosentti oli myös korkeampi. Tine Dalsgaard Clausen Kööpenhaminasta puolestaan luennoi GDM-äitien lasten suuremmasta kognitiivisten vaikeiden esiintyvyydestä taustaväestöön verrattuna ja demonstroilukuisten tutkimusten yhteenvedolla erojen johtu-

van sekoittavista tekijöistä kuten vanhempien koulutustasosta.

Ostereiden makuun?

Kokouksen lopuksi oli perinteiseen tapaan sosiaalista ohjelmaa. Pääsimme kävelylle Lillen kauniiseen vanhaan keskustaan, missä ehdimme istahtaa erinomaiseen osteriravintolaan opettelemaan eri puolilta Ranskaa pyydettyjen ostereiden eroja.

Alle 40-vuotiaille tutkijoille myönnettävän Joseph Hoet Research Awardin sai tänä vuonna tanskalainen Lene Ringholm Rigshospitaletista tyypin 1 diabeetikkojen raskaudenaikaista hypoglykemiaa koskevista tutkimuksistaan. Ennen kokouksen päättäneitä perinteistä pohjoisranskalaista simppukkaillallista DPSG:n pitkäaikainen jäsen Rosa Corcoy piti Jorgen Pederesen -palkintoluennon aiheesta "Perinatal outcome in diabetic pregnancy – not only a matter of glucose". ■



Synnytys- ja naisten-tautien erikoislääkäreille tarkoitettu apuraha kliiniseen käytännön koulutukseen tai klinikkavierailuun

Apurahan suuruus: korkeintaan 1500 e. Myönnetään 4 kpl/vuosi.

Apurahan haku: Apurahat jaetaan yhdistyksen vuosi- ja kevätkokouksen yhteydessä. Apurahat ovat haettavissa kaksi kertaa vuodessa, hakemus pitää toimittaa SGY 15.2. ja 15.9. mennessä.

Apurahan myöntämisen edellytykset: voidaan hakea vain tulevaisuudessa tapahtuvaan lyhytkestoiseen (1–2 vko) klinikkavierailuun.

Apurahan käyttötarkoitus: apuraha on tarkoitettu synnytysten ja naistentautien erikoislääkäreiden toiseen koti- tai ulkomaiseen klinikkaan tapahtuvaan vierailuun, jonka tarkoituksena on ammattitaidon kehittäminen. Apuraha on tarkoitettu kattamaan matkustus- ja majoituskuluja.

Tavoitteet: Suomen Gynekologiyhdistyksen tavoitteena on apurahan avulla helpottaa yksittäisen erikoislääkärin käytännön ammattitaidon kehittämistä ja ylläpittoa sekä koti- ja ulkomaisten klinikoiden välistä yhteistyötä.

Apurahan liitteet:

- Hakijan lyhyt Curriculum Vitae
- Suunnitelma apurahan käytöstä
- Klinikkavierailun/koulutuksen tarkoitus, ajankohta ja paikka sekä vastuhenkilö

Velvoitteet:

Apurahan saaja on velvollinen raportoimaan SGY:n hallitukselle vierailun toteutumisesta.

Apuraha maksetaan tositteita vastaan.

Apurahan maksuunpanon edellytys on raportti Syklissä.

Hakemus pyydetään toimittamaan yhdistyksen sihteerille siten, että yksi allekirjoitettu kappale lähetetään postissa ja lisäksi hakemus kaikkine liitteineen sähköpostilla.

Osoite: SGY:n sihteeri Kristina Veskimäe kristinaveskimae@yahoo.co.uk TAYS / Naistenklinikka PL 2000 33521 Tampere

Erikoistuvien lääkäreiden matka-apurahat

Hakuaika: Vuosittain Suomen Gynekologiyhdistys ry. jakaa erikoistuville lääkäreille 8 matka-apuraha (enintään 1000 euroa). Apurahat jaetaan yhdistyksen vuosi- ja kevätkokouksen yhteydessä. Apurahat ovat haettavissa kaksi kertaa vuodessa, hakemus pitää toimittaa SGY:lle 15.2. ja 15.9. mennessä.

Jakoperusteet: Apuraha voidaan myöntää hakemuksesta erikoistuvalla lääkärillä kongressimatkaa varten, kuitenkin korkeintaan 2 kertaa samalle henkilölle. Apurahan saajat valitsee SGY:n hallitus. Apurahan saamisen edellytyksenä on hyväksytty esitys (suullinen tai poster) kyseisessä kongressissa ja kongressin jälkeen laadittava matkaraportti jäsenlehti Sykliin, joka pyydetään kirjoittamaan heti matkan jälkeen. Apurahan maksuunpanon edellytys on raportti Syklissä.

Hakemus: Yhdistyksen sihteerille osoitettuun vapaamuotoiseen hakemukseen tulee liittää hakijan lyhyt ansioluettelo, kongressiohjelma, arvio matkakustannuksista ja ilmoitettava muu kongressiin saatu tai anottu rahoitus. Hakemuk-

seen on liitettävä abstrakti ja tieto sen hyväksymisestä. Puutteellisia hakemuksia ei käsitellä.

Hakemus pyydetään toimittamaan yhdistyksen sihteerille siten, että yksi allekirjoitettu kappale lähetetään postissa ja lisäksi hakemus kaikkine liitteineen sähköpostilla.

Osoite: SGY:n sihteeri

Kristina Veskimäe kristinaveskimae@yahoo.co.uk TAYS / Naistenklinikka PL 2000 33521 Tampere

Synnytys- ja naisten-tautiopin tutkimussäätiön apurahat

Säätiön tarkoituksena on tukea synnytys- ja naistentautiopin tutkimusta. Säätiön apurahat on tarkoitettu väitöskirja- ja postdoc-tutkijoille.

Vuoden 2013 apurahahakemus on jätettävä viimeistään **maanantaihin 4.3.2013 klo 16.00 mennessä**, jolloin myös postitettujen hakemusten on oltava perillä Synnytys- ja naistentautiopin tutkimussäätiön sihteerillä. Myöhästyneitä hakemuksia ei käsitellä.

Hakulomake löytyy Suomen Gynekologiyhdistyksen verkkosivuilta: www.gynekologiyhdistys.fi kohdasta [apurahat](http://www.gynekologiyhdistys.fi/apurahat), [palkinnot](http://www.gynekologiyhdistys.fi/palkinnot).

Säätiön sääntöjen mukaisesti apuraha myönnetään vain kerran samalle hakijalle.

Hakemuspohja on täytettävä ja tulostettava allekirjoitusta varten. Hakemus osoitetaan Synnytys- ja naistentautiopin tutkimussäätiön hallitukselle ja lähetetään kymmenenä kappaleena säätiön sihteerille Maaria Puupposelle (osoite: HYKS, Naistenklinikka, Haartmaninkatu 2, PL 140, 00029 HUS), jolta saa lisäohjeita (e-mail: maaria.puupponen@hus.fi tai puh. 050 428 6514).

Apurahat jaetaan SGY:n kevätkokouksessa. Synnytys- ja naistentautiopin tutkimussäätiön hallitus



Suomen Menopausseura ry:n matka-apurahat

Suomen Menopausseuratuotkimusseura julistaa seuran jäsenille haettavaksi matka-apurahat (enintään 3 á 1000 e) vaihdenvuosia käsitteleviin kongressisiin. Etusijalla ovat nuoret tutkijat ja matka-apurahan saamisen edellytyksenä on kongressiin lähetettävä abstrakti.

Vapaamuotoinen hakemus, julkaisuluettelo, abstrakti sekä tiedot kongressista pyydetään lähettämään sähköpostilla 2.3.2013 mennessä Suomen Menopausseuratuotkimusseuran sihteerille: pauliina.tuomikoski@helsinki.fi

Apurahan saaja sitoutuu esittelemään tutkimustyönsä tuloksia lyhyenä raporttina seuran kotisivuilla (www.menopausseura.net) sekä pyydettyä myös seuran kokouksessa.

Eila Suvanto
Suomen Menopausseuratuotkimusseuran puheenjohtaja

TÄNÄÄN AAMUVASTAANOTTO AMAZONILLA

LAHJOITTAMALLA YHDEN TYÖPÄIVÄN KEHITYSYHTEISTYÖLLE
OSALLISTUT ALKUPERÄISKANSOJEN TERVEYDEN EDISTÄMISEEN.



Gynekologisen kirurgian seura ry

julistaa haettavaksi henkilökohtaisia 500–1000 e apurahoja klinikka- tai kongressivierailuun.

Apurahoilla tuetaan seuran jäsenien osallistumista gynekologisen kirurgian tai leikkaussalihoitoalan kansainväliseen kongressiin. Vaihtoehtoisesti apurahoja voidaan käyttää tukemaan klinikka-vierailua joko kotimaiseen tai ulkomaiseen kirurgisessa osaamisessa ansioituneeseen klinikkaan. Apurahaa ei myönnetä takautuvasti.

Suomenkieliset hakemukset tulee toimittaa sähköisesti seuran sihteerille 31.5.2013 mennessä ja hakemukseen tulee liittää hakijan henkilötiedot, lyhyt ansioluettelo ja apurahan käyttötarkoitus (kongressiosallistumisen osalta kongressin tiedot sekä kustannusarvio matka- ja majoitus suunnitelmineen, klinikkavierailun osalta kohdekliniikka, vierailuajankohta sekä matka- ja majoitus suunnitelma). Hakemuksen kokonaispituus saa olla korkeintaan viisi sivua. GKS:n hallitus päättää apurahan jakamisesta ja apurahat jaetaan GKS:n koulutuspäivillä Biomedicumissa 26.–27.9.2013.

Apuraha on käytettävä myöntämistä seuraavan kalenterivuoden loppuun mennessä. Apuraha maksetaan matkan jälkeen alkuperäistositteita vastaan. Apurahojen maksamisen edellytyksenä on apurahan saajan GKS:n hallitukselle laatima lyhyt yhteenvedo

apurahan käytöstä alkuperäistositteiden toimittamisen yhteydessä.

Helsingissä, 28.1.2013

Päivi Härkki
GKS:n puheenjohtaja
paivi.harkki@fimnet.fi
Pia Suvitie
GKS:n sihteeri
sihteeri@gks.fi



Gynekologisen kirurgian seura ja MSD

julistavat haettavaksi 3000 euron henkilökohtaisen apurahan gynekologisen syövä hoidon kehittämistutkimukseen.

Apuraha jaetaan yhtenä tai useampana osana Gynekologisen kirurgian seuran jäsenille hakemusten perusteella. Suomenkielinen hakemus tulee toimittaa sähköisesti seuran sihteerille 31.5.2013 mennessä. Hakemukseen tulee liittää hakijan CV, tutkimussuunnitelma ja apurahan käyttösuunnitelma. Hakemuksen kokonaispituus saa olla korkeintaan viisi sivua. GKS:n hallitus päättää apurahan jakamisesta ja apurahat jaetaan GKS:n koulutuspäivillä Biomedicumissa 26.–27.9.2013.

Helsingissä 28.1.2013

Päivi Härkki
GKS:n puheenjohtaja
paivi.harkki@fimnet.fi
Pia Suvitie
GKS:n sihteeri
sihteeri@gks.fi



ILMOITTAUDU MUKAAN OSOITTEESSA

WWW.LSV.FI/TYOPAIVAMAAILMALLE

Kampanjan tuotolla parannetaan myös nuorten lisääntymis- ja seksuaaliterveyttä Nepalissa ja Intiassa, kehitetään mielenterveyspalveluiden saatavuutta Nepalissa, vähennetään tuberkuloosista johtuvia kuolemia Somaliassa ja edistetään peruskouluikäisten lasten terveyttä Nigeriassa. Osallistumalla kampanjaan tuet tasapuolisesti kaikkia kehitysyhteistyöhankkeitamme.



LÄÄKÄRIN SOSIAALINEN VASTUU
PHYSICIANS FOR SOCIAL RESPONSIBILITY

Suomen Gynekologiyhdistyksen koulutuspäivät, Hämeenlinna 18.–19.4.2013, Verkatehdas



Torstai 18.4.2013

Tietoisku:

- 9.00 aihe avoin
- 10.00 Koulutuspäivien avaus SGY:n pj. Johanna Mäenpää

Teema: Hyvänlaatuiset munasarjamuutokset

Pj: Marja-Liisa Mäntymaa ja Virpi Rantanen

- 10.10 Hyvänlaatuisten munasarjamuutosten epidemiologiaa
LT Maarit Vuento, TAYS
- 10.40 Munasarjamuutosten ultraäänidiagnostiikka
Dos. Bruno Cacciatore, HYKS
- 11.25 Mitä uutta kasvainmerkkiaineista?
Prof. Johanna Mäenpää, TAYS
- 12.00 Lounas ja pyöreän pöydän keskustelu
1. pöytä: Onko rutiinimaisesta gynekologisesta kontrollista hyötyä?
Johanna Mäenpää ja Maarit Vuento
2. pöytä: Onko ultraäänelle paikkaa oireettoman potilaan tarkastuksessa?
Arto Leminen ja Bruno Cacciatore

Teema: jatkuu

Pj: Marja-Liisa Mäntymaa ja Virpi Rantanen

- 13.00 Milloin munasarjamuutosten seuranta riittää?
Dos. Maarit Anttila, KYS
- 13.45 Hyvänlaatuisten munasarjamuutosten operatiivinen hoito
EL Marjaleena Setälä, PHKS
- 14.30 Kahvitauko ja näyttely

Teema: jatkuu

Pj: Marja-Liisa Mäntymaa ja Virpi Rantanen

- 15.30 Miten suhtaudun lapsettomuuspotilaan sivuelinmuutoksiin?
LKT Päivi Härkki, HUS
- 16.15 Munasarjamuutokset ja raskaus
Dos. Arto Leminen, HUS
- 17.00 SGY:n kevätkokous
SLL:n Suomen Gynekologit alaostaston vuosikokous
- 19.30 Iltajuhla

Perjantai 19.4.2013

Teema: Nainen ja masennus

Pj. Juha Räsänen ja Outi Uimari

- 8.30 Naisen masennus – hoitoa vaativa häiriö vai normaalia naisen elämäntapaa?
LKT Anneli Larmo, Helsinki
- 9.15 Synnytyslääkärin rooli synnytyksen jälkeisessä masennuksessa
Dos. Terhi Saisto, HUS
- 9.45 Mitä uutta masennuksen hoidossa
EL Eila Sailas, HUS
- 10.15 Kahvitauko ja näyttely

Teema: jatkuu

- 11.00 Nainen ja päihteet
LT Pekka Laine, OYS
- 11.45 SGY tutkii 3 x 15 min
SGY:n varapj. Juha Räsänen
- 12.30 Lounas

Teema: Operative obstetrics

Pj. Juha Räsänen

- 13.30 What is the optimal cesarean section rate in Scandinavia?
Susanne Albrechtsen, Bergen
- 14.15 Forceps – should we re-invent the wheel?
Prof. Ganesh Acharya, UNN
- 15.00 Interactive discussion
All of the above
- 15.30 Päivien päätös SGY:n pj. Johanna Mäenpää

Anna palautetta – voit voittaa osallistumisen seuraaville koulutuspäiville!

SGY haluaa suunnitella entistä paremmin koulutusaiheet jäsenistön toiveiden mukaisiksi. Jotta tämä onnistuisi, tarvitsemme mielipidettäsi. Hämeenlinnan 2013 kevätkokouksen yhteydessä arvotaan jälleen palautekyselyyn vastanneiden kesken ilmainen osallistuminen seuraavaan SGY:n kokoukseen. SGY kustantaa voittajalle koulutuspäivien osallistumisen, matkan kotimaassa sekä majoituksen. Toivomme runsasta vastaajamäärää ja hyviä ideoita ja ennen kaikkea antoisia koulutuspäiviä.

Terveisin Johanna Mäenpää
SGY:n puheenjohtaja

Suomen Gynekologiyhdistyksen kevätkokous

Paikka: Verkatehdas, Hämeenlinna

Aika: 18.4.2013 klo 17.00.

Esityslista

1. Kokouksen avaus
2. Kokouksen laillisuus ja päätösvaltaisuus
3. Kokouksen järjestäytyminen
 - 3.1 Puheenjohtajan ja sihteerin valinta
 - 3.2 Ääntenlaskijat/pöytäkirjan tarkastajat 2 kpl
4. Esityslistan hyväksyminen
5. Vuosikokouksen 2012 pöytäkirjan hyväksyminen
6. Apurahojen jako
 - 6.1 Ulla-Maija Mäkilän muistorahastosta jaettava palkinto
 - 6.2 Synnytys- ja naistentautiopin tutkimussäätiön apurahojen jako
 - 6.3 Lounais-Suomen synnytys- ja naistentautiopin tutkimusrahaston apurahojen jako
 - 6.4 Erikoistuvien ja erikoislääkäreiden matka-apurahat
7. Jäsenasiat
 - 7.1 Uusien jäsenten jäsenkirjojen jako
 - 7.2 Muut mahdolliset jäsenasiat
8. Ilmoitusasiat
 - 8.1 Tulevat koulutuspäivät

8.1.1	13.–14.11.2013	Vuosikokous, Helsinki
8.1.2	ajankohta avoin	Kevätkokous, paikka avoin
8.1.3	20.–21.11.2014	Vuosikokous, Turku
9. Muut asiat
10. Kokouksen päättäminen

Tampereella 9.12.2012

Kristina Veskimäe
SGY:n sihteeri

Kevätkoulutuspäivät Hämeenlinnassa 18.–19.4.2013, Verkatehdas

Kevätkoulutuspäivät 2013 järjestetään jälleen keskussairaalapaikkakunnalla, tällä kertaa Hämeenlinnassa. Päivien luennot ja lääketieteellinen näyttely pidetään Verkatehtaalla.

Keskiviikkona 17.4.2013 järjestetään iltasymposium, johon jäsenet saavat erillisen kutsun ja ohjelmatiedot.

Ilmoittautuminen tapahtuu SGY ry:n kotisivujen kautta:
www.gynekologiyhdistys.fi

Ilmoittautumislomakkeessa ovat pakolliset osiot, jotka täyttämällä lomakkeen saa lähetetyksi suoraan Duodecimiin. Ilmoittautuminen on tehtävä 18.3.2013 mennessä. Ilmoittautumisia koskevat tiedustelut: koulutussihteerit@duodecim.fi. Sähköposti on tärkeä ilmoittaa, sillä halutessasi todistuksen osallistumisesta saat kokouksen jälkeen arviointilomakkeen sähköpostilla.

Pyöreän pöydän lounas on jälleen tauon jälkeen herätetty henkiin. Ilmoittautua voi sihteerille kristinaveskimae@yahoo.co.uk. Kumpaankin pöytään mahtuu 8 henkilöä (ilmoittautumiseen merkintä pöytätoiveesta), paikat jaetaan ilmoittautumisjärjestyksessä.

Osallistumismaksu: Maksu on maksettava 18.3.2013 mennessä.

Erikoislääkärit 160 €/ yksi päivä ja 260 €/ kaksi päivää. Erikoistuvat 120 €/ yksi päivä ja 200 €/ 2 päivää. Maksut maksetaan SGY ry:n tilille 217238-2380. Maksun viestikenttään tulee liittää osallistujan nimi. Eräpäivän jälkeen on maksettava 15 € kirjaamismaksu. Eräpäivän jälkeen tehtävissä peruutuksissa osallistumismaksua ei palauteta.

Perinteiset illallispidot vietämme itse HämeenLINNASSA! Hämeenlinnan kollegoiden mukaan luvassa on yllätyksellistä keskiaikaista ja hieman tuoreempaakin juhlintaa. Avecien iltajuhlamaksu on 80 €.

Majoitusta on varattu jäsenille kiintiössä Hämeenlinnan keskeisistä hotelleista.

Cumulus Hämeenlinna. Raatihuoneenkatu 16–18,
13100 Hämeenlinna tel. +358 03 64881
http://www.cumulus.fi/hotellit/hameenlinna/fi_FI/hameenlinna/

Sokos hotelli Vaakuna Hämeenlinna. Possentie 7,
13200 Hämeenlinna tel +358 20 5581600
<http://www.sokoshotels.fi/hotellit/hameenlinna/>

Kiintiöt ovat SGY tunnuksella varattavissa 18.3.2013 saakka, jonka jälkeen huoneet vapautetaan yleiseen myyntiin.

Tervetuloa!

Suomen Gynekologiyhdistyksen koulutuspäivät, Helsinki 14.–15.11.2013, Biomedicum



Torstai 14.11.2013

- 9.00 Edunvalvontasymposium
SLL, Suomen gynekologit-alaosasto
10.00 Koulutuspäivien avaus SGY:n pj. Johanna Mäenpää

Teema: Akutologia

Pj: Oskari Heikinheimo ja Merja Metsä-Heikkilä

- 10.10 Raskaana olevan akuutit trombemboliat
LT Veli-Matti Ulander, HYKS
10.45 Raskaana olevan akuutti rasvamaksa
LT Kalevi Laitinen, HUS
11.20 Peripartaalinen kardiomyopatia
LT Pasi Iehto, TAYS
12.00 Lounas ja näyttely

Teema: jatkuu

Pj: Oskari Heikinheimo ja Merja Metsä-Heikkilä

- 13.00 Gravidan akuutti päänsärky
Dos. Mikko Kallela, HUS
13.30 Kouristava nainen
Dos. Nina Forss, HUS
14.00 Puerperaalipsykoosi
LT Antti-Jussi Ämmälä, HUS
14.30 Kahvitauko ja näyttely

- 15.20 Seth Wichmann-luento

Teema: Vaivaisia vastaanotolla

Pj: Oskari Heikinheimo ja Merja Metsä-Heikkilä

- 15.50 Toiminnalliset vatsavaivat
Dos. Jari Koskenpato, HYKS
16.25 Kutina ja kirvely
Dos. Pekka Nieminen, HYKS

- 17.00 SGY:n vuosikokous

- 19.30 Iltajuhla

Perjantai 15.11.2013

- 8.30 Hot topics
9.30 Kahvitauko ja näyttely

Teema: Onkologia

Pj: Arto Leminen

- 10.00 Virushoidot gynekologisissa syövässä – status quo
LT Anna Kanerva, HYKS
10.30 Kohdunrunkosyövän levinneisyyden leikkausta
edeltävä arviointi
Dos. Arto Leminen, HYKS
11.00 Kohtusarkoomien hoito
LL (väit.) Riitta Koivisto-Korander, HYKS
11.30 Trofoblastisairaudet
Dos. Mikko Loukovaara, HYKS

- 12.00 Lounas ja näyttely

Teema: jatkuu

Pj: Arto Leminen

- 13.00 The role of ultraradical surgery in ovarian cancer
Prof. Jalid Sehouli, Berlin
13.30 Täsmälääkkeet ja munasarjasyöpä
Dos. Ulla Puustola, OYS
14.00 Gynekologisen syövän seuranta – miksi ja miten?
LT Maarit Vuento, TAYS
14.30 Syöpähoitojen laadun arviointi
Dos. Petri Bono, HUS
15.00 Päivien päätös
SGY:n pj Johanna Mäenpää



III Dan Apter-symposium 13.3.2013

Keskiviikko 13.3.2013 klo 13.30–16.30

Seth Wichmann-sali, Naistenklinikka,
Haartmaninkatu 2, Helsinki

Tutustu poikaan nimeltä Päivi – osa II

13.30 Ilmoittautuminen ja kahvi

Pj. Satu Suhonen

14.00–14.45 Transsukupuolisuuden kirurginen hoito
Sinikka Suominen, plastiikkakirurgian
erikoislääkäri, dosentti

14.45–15.30 Transihmisen tarina

15.30–15.45 Virvoketauko

Pj. Tiina Laine

15.45–16.30 Paneeli
psykiatri (LT Veronica Pimenoff),
plastiikkakirurgi (dosentti Sinikka Suominen),
gynekologi (professori Aila Tiitinen)

Suomen Lapsi- ja Nuorisogynekologisen yhdistyksen
vuosikokous klo 16.30

www.terveysportti.fi/slangy

III Dan Apter-symposium 13.3.2013

Koulutus on tarkoitettu yhdistyksen jäsenille. Ilmoittautumisen yhteydessä voi anoa jäsenyyttä. Slangyn jäsenmaksu 10 e/v peritään keskitetysti Suomen Lääkäriliiton kautta. Yhdistykseen voivat kuulua myös muut kuin lääkärit. Kts. yhdistyksen kotisivut www.terveysportti.fi/slangy.

Koulutusta anotaan erikoislääkärikoulutuksen teoreettiseksi kurssimuotoiseksi koulutukseksi naistentautien ja synnytysten, lastentautien, yleislääketieteen, psykiatrian sekä lasten- ja nuorisopsykiatrian erikosisaloille (HY).

Ilmoittautuminen sähköpostitse 4.3.2013 mennessä maarit.mentula@hus.fi. Vanhat jäsenet, ilmoittakaa samalla mahdolliset katu- ja sähköpostiosoitteen muutokset. Jäsenyyttä hakevat, ilmoittakaa ammattinne, toimipaikkanne, katu- ja sähköpostiosoitteenne ja puhelinnumeronne jäsenrekisteriä varten.

Ilmoittautumiseen maininta erityisruokavalioista!

Osallistumismaksu 30 e (sisältää luennot ja ohjelmaan sisältyvän tarjoilun) maksetaan 4.3.2013 mennessä Slangyn tilille Nordea 111230-379567, viitenro 1009. Osallistujan nimi pitää mainita laskussa.

Koulutukseen voidaan ottaa 120 ensinnä ilmoittautunutta.
Tiedustelut Slangyn sihteeri sirpa.vilksa@fimnet.fi

TERVETULOA!

Suomen Lapsi- ja Nuorisogynekologien Yhdistyksen 20-vuotisjuhlasymposium



31.10.2013 klo 10.00–17.00 Kalastajatorpalla Helsingissä

Symposiumin avaus sosiaali- ja terveysministeri Paula Risikko

Symposiumin aiheet:

Miten nuorten terveys on kehittynyt 20 vuoden aikana?

Nuorten seksuaalikäyttäytyminen – mikä on muuttunut
20 vuodessa?

Kehitysvammaisen seksuaalisuus

12.00–13.00 Lounas

Kehitysvammainen nuori – miten hoidan
kuukautishäiriöt ja ehkäisyn?

Nuoren krooninen sairaus ja seksuaalisuus

14.30–15.00 Kahvi

Lapsuus- ja nuoruusiässä syövän sairastaneiden
myöhempi terveys, hedelmällisyys, raskauden ehkäisy

Iltajuhla Kalastajatorpalla

Suomen Menopausstitutkimusseuran kevätkokous 15.3.2013 Museokeskus Vapriikki Tampellan alue, Alaverstaanraitti 5, Tampere

”AVAIMET ELÄMÄNHALLINTAAN MENOPAUSSISSA”

Perjantai 15.3.2013

12.00–13.00	Lounas ja ilmoittautuminen
13.00–13.05	Tervetulosanat Pj. Eila Suvanto
13.05–13.45	Miten pysyn päärynänä? Tiina Jääskeläinen
13.50–14.20	Nälkähormonit, niiden säätely ja häiriöt Jorma Lahtela
14.25–14.55	Juokse henkesi edestä – liikunnan endokriiniset vaikutukset menopauksissa Tiina Koskela-Koivisto
15.00–15.20	Abbottin puheenvuoro
15.20–16.00	Kahvi ja tutustuminen näyttelyyn Pj. Eija Tomás
16.00–16.30	Kannattaako ravintolisiä syödä? Marina Heinonen
16.35–17.15	Nainen prässissä – temperamentti, persoonallisuus ja työstressi Taina Hintsu
17.20–17.50	Suomen Menopausstitutkimusseuran kokous
18.00	Menopausstitutkimusseuran järjestämä sosiaalinen ohjelma: Vapriikin Muumiot -näyttely Illallinen

TERVETULOA!



Osallistumismaksu 100 e maksetaan Suomen Menopaus-
situtkimusseuran tilille: Tampereen seudun osuuspankki
FI29 5732 5720 014649.

Ilmoittautuminen kokoukseen katsotaan jäsenanomuk-
seksi Menopausstitutkimusseuralle.

Menopausstitutkimusseuran jäsenmaksu 15 e / vuosi
peritään keskitetysti Lääkäriliiton kautta.

Koulutus anotaan erikoislääkäriskoulutuksen teoreetti-
seksi kurssimuotoiseksi koulutukseksi 4 tunnin ajalta nais-
tentautien ja synnytysten, työterveyshuollon, yleislääketie-
teen, sisätautien runkokoulutuksen sekä endokrinologian
erikoisaloiille (Helsingin yliopisto).

Ilmoittautumiset 2.3.2012 mennessä sähköpostitse:
[ann-sophie.sjoblom\(at\)abbott.com](mailto:ann-sophie.sjoblom(at)abbott.com), Ilmoittautuessasi ker-
rothan nimesi, toimipaikkasi, sähköpostiosoitteesi, mat-
kapuhelnummerosi, mahdollisen erityisruokavaliosi sekä
osallistutko sosiaaliseen ohjelmaan.

Tiedustelut: Näyttelyasiat rahastonhoitaja Heli Lyytinen,
e-mail: [heli.lyytinen\(at\)hus.fi](mailto:heli.lyytinen(at)hus.fi).

Muut tiedustelut ja jäsenasiat sihteeri Pauliina Tuomi-
koski, e-mail: [pauliina.tuomikoski\(at\)helsinki.fi](mailto:pauliina.tuomikoski(at)helsinki.fi)

Kutsu Suomen Menopausstitutkimusseuran kevätkokoukseen

Suomen Menopausstitutkimusseura ry:n kevätkokous pidetään kevätkoulutuspäivän yhteydessä
Museokeskus Vapriikissa, Tampereella perjantaina 15.3.2013 klo 17.20 alkaen.
Kokouksessa käsitellään sääntöjen määräämät asiat.

Eila Suvanto
Suomen Menopausstitutkimusseuran puheenjohtaja

Tervetuloa!

2013

HELMIKUU

- 18.-21.2. Biotechnology World Congress, Dubai UAE. <http://biotechworldcongress.com>
- 18.-21.2. 5th International Conference on Drug Discovery and Therapy, Dubai UAE. <http://icddt.com>
- 27.2.-1.3. Hands-on Cardiac Morphology Course, Lontoo Englanti. www.imperial.ac.uk/nhli/training/shortcourses/hocm/

MAALISKUU

- 13.-16.3. 15th World Congress on Human Reproduction, Venetsia Italia. www.humanrep2013.com
- 15.3. Suomen Menopausitutkimus-seuran kevätkokous, Tampere. www.menopausiseura.net
- 20.-23.3. SGI Annual Scientific Meeting, Florida USA. www.sgonline.org
- 21.-22.3. Fetal Medicine Course on Placental Disease, Barcelona Espanja. www.medicinafetalbarcelona.org/

- 22.3. Vuosikokous Gynaecologi Practici, Helsinki. www.fimnet.fi/gynpract

HUHTIKUU

- 11.-12.4. Suomen Perinatologisen Seuran syyskoulutuspäivät, Jyväskylä. www.perinatologinenseura.net
- 11.-12.4. NSGO Annual Meeting, Tukholma. www.nsgo.org
- 11.-12.4. Fetal Echocardiography, Philadelphia USA. www.jefferson.edu/jurei/cme/courses/fetalecho.cfm
- 18.-19.4. SGY Kevätkokous, Hämeenlinna Verkatehdas
- 18.-20.4. FSUMB Suomen Lääketieteellis-Biologinen Ultraääniseura, Ultraäänikoulutuspäivät: sikiödiagnostiikka. Kylpylähotelli Levitunturi. www.ultraaaniseura.fi
- 25.-26.4. 16th Annual Conference BMFMS, Dublin Irlanti. www.bmfmsconference.ukevents.org

TOUKOKUU

- 9.-11.5. Gynaecologi Practici, Utö. www.fimnet.fi/gynpract

- 16.-17.5. EGO (erikoistuvien koulutuspäivät) Yleisgynekologia, Kuopio.
- 19.-24.5. 32nd Annual Meeting IFMSS, Jerusalem Israeli. www.events.ortra.com/ifmss
- 23.-25.5. IV Nordic Congress on Endometriosis, Turku. www.nce2013.fi
- 22.-25.5. First Global Conference on Contraception, Reproductive and Sexual Health, Kööpenhamina, Tanska. www.esrh.eu
- 23.-25.5. European Congress on Intrapartum Care, Amsterdam, Hollanti. www.intrapartumcareamsterdam2013.org
- 31.5.-4.6. the 2013 ASCO Annual Meeting, Chicago USA. <http://chicago2013.asco.org>

KESÄKUU

- 3.-6.6. Drug Discovery & Therapy World Congress 2013, Boston USA. <http://ddtwc.com>
- 4.-8.6. Ultrasound meets Magnetic Resonance, Wien Itävalta. www.mcaeevents.org
- 12.-14.6. ISSHP European Congress,

Taitoa

on valita oikeat välineet.

HITACHI ALOKA



Noblus, täydellisyttä hipova Laptop malli, johon sopivat sekä Hitachin että Alokkan anturit. Optiona elastografia, kontrasti ym.

stanS3I™



Stan S3I korkeatasoinen KTG-laite synnytysseleihin, johon saa optiona mm. äidin parametrit, ST-analyysin sekä STV-mikrovaihteluanalyysin.

PROTON caretec



Proton Compact II, korkealuokkainen ja turvallinen synnytysänky. Kompaktin kokoinen sänky on erittäin käyttäjä- ja potilasystävällinen.

STILLE



Sonesta 6302, gynegologinen pöytä, jossa monipuoliset säädöt ja optimaalinen työskentelyasento kaikkiin tutkimuksiin. Erinomainen mukavuus potilaalle.

Tuotteet terveydenhuollon diagnostiikkaan ja tutkimukseen. Tutustu tuotteisiimme osoitteessa www.sonar.fi

SONAR

puh. 020 7411 990 • sonar@sonar.fi

Tromssa Norja. www.isshp.org

- 19.-22.6. XI World Congress of Perinatal Medicine, Moskova Venäjä. www.mcaevents.org
- 24.-26.6. RCOG World Congress 2013, Liverpool Englanti. www.rcog2013.com/

HEINÄKUU

- 7.-10.7. 29th Annual Meeting – ES-HRE 2013, Lontoo, UK. www.eshre.eu

ELOKUU

- 26.-30.8. Annual Congress of the International Continence Society (ICS), Barcelona Espanja. www.icsoffice.org

SYYSKUU

- 5.-6.9. Summer Conference on Neonatology, Provence Ranska. www.neonatalinprovence.org
- 19.-23.9. 10th Congress of the European Society of Gynaecology, Brysseli, Belgia. www.seg2013.com
- 25.9. Gynekologisen Kirurgian Seuran Erikoistuvien simulaattorikurssi, Helsinki. www.gks.fi

- 26.-27.9. Gynekologisen Kirurgian Seuran koulutuspäivät, Helsinki. www.gks.fi
- 27.-28.9. Gynaecologi Practici, Tuohilampi Vihti. www.fimnet.fi/gynpract

LOKAKUU

- 3.-4.10. Suomen Perinatologisen Seuran syyskoulutuspäivät, Helsinki. www.perinatologinenseura.net
- 6.-9.10. ISUOG 23rd World Congress, Sydney Australia. www.isuog.org
- 9.-12.10. Euroson 2013 – Stuttgart. www.efsumb.org/euroson-con
- 9.-12.10. NAMS, 24th Annual Meeting, Dallas, Texas, USA.
- 12.-17.10. 69th Annual Meeting of the ASRM (American Society for Reproductive Medicine) and 21st World Congress on Fertility and Sterility, Boston, USA. www.asrm.org
- 17.-18.10. Endopäivät 2013
- 19.-22.10. 18th International Meeting of the European Society of Gynaecological Oncology (ESGO) Liverpool, UK. www.esgo.org

- 31.10.-1.11. EGO-päivät (erikoistuvien koulutuspäivät) Gynekologinen kirurgia, Turku.

MARRASKUU

- 14.-15.11. Fetal Echocardiography, Philadelphia USA. www.jefferson.edu/jurei/cme/courses/fetalecho.cfm
- 14.-15.11. SGY Vuosikokous, Helsinki
- 29.11. Joulukokous Gynaecologi Practici, Helsinki. www.fimnet.fi/gynpract
- 29.-30.11. Ultraääniseurain koulutus, Ultraäänikoulutus Tampere-talo 29.11. ja Hands-on Training TAYS Äitiyspoliklinikka 30.11. www.ultraääniseura.fi

2014

MAALISKUU

- 26.-29.3. SGI Annual Scientific Meeting, Florence Italia. www.sgonline.org

HUHTIKUU

- 3.-4.4. Suomen Perinatologisen Seuran syyskoulutuspäivät, Helsinki. www.perinatologinenseura.net

GYNO-LACT

YMMÄRTÄÄ NAISIA

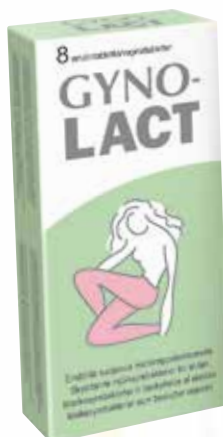
Emätintabletti, joka sisältää intiimialuetta suojaavia maitohappobakteereita.

Ylläpitämään ja palauttamaan vaginan laktobasilliflooraa bakteerivaginoosissa sekä hiivan hoidon jälkeen.

- Nopeasti liukeneva tabletti
- Siisti käyttää, ei valu eikä tahraa
- Sopii kaikenikäisille naisille

Apteekeista.

Lue lisää www.gynolact.fi



Vitabalans oy
www.vitabalans.com

TOUKOKUU

- 7.-10.5. 23rd EBCOG, Glasgow Englanti. www.ebcog2014.org
- 8.-10.5. SGY kevätkokous

KESÄKUU

- 29.6.-2.7. 30th Annual Meeting – ESHRE 2013, München Saksa. www.eshre.eu

SYYSKUU

- 3.-6.9. 12th World Congress on Endometriosis, Sao Paulo, Brasilia
- 14.-18.9. ISUOG 24th World Congress, Barcelona Espanja. www.isuog.org

LOKAKUU

- 2.-3.10. Suomen Perinatologisen Seuran syyskoulutuspäivät, Kuopio. www.perinatologinenseura.net
- 10.-15.10. ISUOG 25th World Congress, Montreal Kanada. www.isuog.org
- 27.-31.10. Annual Congress of the International Continence Society (ICS), Rio de Janeiro, Brasilia. www.icsoffice.org

2015

MAALISKUU

- 25.-28.3. SGI Annual Scientific Meeting, San Francisco USA. www.sgionline.org

LOKAKUU

- 4.-9.10. XXI FIGO World Congress, Vancouver Kanada. www.figo.org
- 10.-15.10. ISUOG 25TH World Congress, Montreal Kanada. www.isuog.org

2016

MAALISKUU

- 16.-19.3. SGI Annual Scientific Meeting, Montreal Kanada.

2017

MAALISKUU

- 15.-18.3. SGI Annual Scientific Meeting, Florida USA.

Tuorein versio kalenterista löytyy SGY:n nettisivuilta www.gynekologiyhdistys.fi kohdasta Koulutus. Jos sinulla on ehdotuksia koulutuskalenteriin, lähetä ne osoitteella outi.uimari@oulu.fi

Syklin ilmestymisaikataulu

Numero	Aineistopäivä	Ilmestyy
2013		
2. Huhtikuu	8.3.	12.4.
3. Syyskuu	16.8.	13.9.
4. Lokakuu	20.9.	25.10.

Sykli on nyt facebookissa! Syklille on perustettu suljettu ryhmä. Päästäksesi mukaan sinun on itsesi oltava fb:ssä ja lähetettävä kaveripyyntö Sykli -ryhmään. Ryhmässä on mahdollista keskustella, kommentoida, kysyä, ehdottaa – pääset mukaan tekemään lehteä.



Turun yliopiston lääketieteellinen tiedekunta 2012, TYKS, U-sairaala, NKL luentosali

Kiitos

Juha Mäkinen

SGY:n hallitus

www.gynekologiyhdistys.fi

Puheenjohtaja

Johanna Mäenpää
TAYS / Naistenklinikka
PL 2000, 33521 Tampere
p. (03) 311 65046, 040 553 3097
fax (03) 311 64360
johanna.maenpaa@pshp.fi

Varapuheenjohtaja

Juha Räsänen
KYS Naistenklinikka
PL 1777, 70211 Kuopio
juha.rasanen@kuh.fi

Sihteeri

Kristina Veskimäe
TAYS / Naistenklinikka
PL 2000, 33521 Tampere
kristinaveskimae@yahoo.co.uk

Varainhoitaja

Pauli Wirta
Kartanontie 5 A 4,
00330 Helsinki
p. 0400 423 348
pauli.wirta@pp.fimnet.fi

Klubimestari

Anna-Maija Tapper
HYKS Naistenklinikka
Haarmaninkatu 2
00290 Helsinki
050 4271199
anna-maija.tapper@hus.fi

Tiedotussihteeri

Outi Uimari
OYS / Naistenklinikka
PL 24, 90020 OYS
outi.uimari@ppshp.fi

Jäsenet

Oskari Heikinheimo
HUS Kätilöopiston sairaala
PL 610, 00029 HUS
oskari.heikinheimo@hus.fi

Marja-Liisa Mäntymaa

Kymenlaakson KS / Naistentaudit
Kotkantie 41, 48210 Kotka
p. 044 223 1418
marja-liisa.mantymaa@careia.fi

Virpi Rantanen

TYKS Naistenklinikka
PL 52, 20521 Turku
p. (02) 313 0239 fax (02) 313 2340
virpi.rantanen@tyks.fi

Tytti Raudaskoski

OYS / Naistenklinikka
PL 24, 90029 OYS
p. (08) 315 2011 fax (08) 315 4310
tytti.raudaskoski@ppshp.fi

Annika Tulenheimo-Silfvast

Fertinova
Unioninkatu 13,
00130 Helsinki
p. 050 350 7991 fax (09) 622 03220
annika.tulenheimo-silfvast@fimnet.fi

Elimäen tarkoitus?

Työ- ja perhe-elämän paineissa ihmiset yhä useammin pohtivat elämänsä suuntaa ja ratkaisuja. Miten jakaa vuorokauden tunnit työn, läheisten ja omien tarpeiden välillä oikein, kaikkia tyydyttävällä tavalla?

Työn vaatimukset ovat huomattavasti kiristyneet siitä, kun itse elin kiivainta pikkulapsiperheen arkea. Työ – ainakaan korkeampaa koulutusta edellyttävä – ei ole enää keino ansaita elantoa perheelle, vaan nykyään odotetaan työhön ja työnantajaan sitoutumista, työntekoa välittämättä aikatauluista, ammatitaidon pitämistä tuoreena usein omalla ajalla tapahtuvien ponnistuksin. Onpa jopa esitetty, että työyhteisön tulisi olla ”toinen perhe”. Lääkärin työssä tämä tarkoittaa päivystysten lisäksi usein sitä, että esitelmää ja lehtiartikkeleita tehdään lepoon tarkoitettulla päivystysvapaalla tai iltapuhteella – tutkimuksesta puhumattakaan. Jo nuoret lääkärit joutuvat pohtimaan, miten saada vuorokauden vähiltä tuntuvat tunnit riittämään kaikkeen heiltä vaadittuun. Lastenkin kanssa kun kuuluisi viettää muutakin kuin sitä surullisenkuuluisaa laatu-aikaa.

Useimmiten viisaus tulee vasta jälkikäteen, elämän kokemuksen ja elettyjen vuosien myötä. Jokainen, joka pohtii menneisyytensä saldoja, tuskin ajattelee julkaistujen artikkeleiden määrää tai yhteenlaskettuja impact factor -pisteitä. Mieleen palaa enemmänkin se, oliko työnteko mielekäästä, motivoivaa ja mieluista. Oliko aamulla mukava lähteä töihin? Toimittaja ja kirjailija Minna Lindgren toteaaakin 20. tammi-kuuta Hesarin kolumnissaan, että ”...me elämme kuollaksemme, eikä elämän tarkoitus ole tehdä jotain kuolemantonta, vaan elää hyvä elämä. Kun kuolevilta kysytään, mitä he katuva, he sanovat näin:

Eniten kaduttaa, että en toteuttanut omia haaveitani. Lisäksi kadun, että en uskaltanut osoittaa tunteita, että en ollut enemmän ystävien kanssa ja että tein liikaa töitä.” Lisäksi hän muistuttaa ”Ellet kuole nyt, voit vielä korjata tilanteen.”

Tätä lehteä tehdessäni olen todennut, että useimmilla kollegoilla on ”access” työsähköpostiin kotoa. Internet ja sähköposti ovat sinänsä loistokeksintöjä, mutta ne ovat tehneet meistä konkreettisesti työn orjia. Eikä tilannetta helpota pian joka kodista löytyvät älypuhelimet ja tabletit. Koneen äärelle ei tarvitse enää edes raahautua, netin tai meilin vilkuilu sujuu muiden puuhien ohessa. Kun työmeileistä kuitenkin joskus löytyy ikäviä viestejä, harmistuksen ja kiukun saavat osakseen syyttömät, yleensä perhe ja lapset. Potilaamme vastaanotolla osaavat jo moittia meitä koneen tuijottelusta, koskahan perhe tai ystävät?

Paljon puhutaan lasten netin käytön rajoittamisesta. Olisiko aika rajoittaa myös aikuisten nettiaikaa? Itse kukin meistä voisi miettiä, miten onnistuisi, jos työpäivän jälkeen olisi koneella vain puoli tuntia tai tunnin, viihdekäyttö mukaan lukien? Entä yksi tietokoneeton päivä viikossa, vaikkapa lauantai?

Elimäen tarkoitus on vitsi, Ei minun keksimäni. Elämän tarkoitus on – elämä itse! ■

Jälkikirjoitus Monet jo tietävätkin, että tämä on toiseksi viimeinen toimittamani Sykli. Minulta on kysely, mitä aion tehdä jatkossa. En tiedä! Ainakin toivon, että ehtisin harrastaa liikuntaa myös arksin. Toivon, että minulla olisi enemmän aikaa harrastuksille. Ja ennen kaikkea aion olla enemmän lastenlasten kanssa – niiden, joiden vanhemmat ovat tässä nykyisen työelämän oravanpyörässä.



Tauno©

Turku, Finland, 23 - 25 May 2013

IV Nordic Congress on Endometriosis

www.nce2013.fi



Topics

Pre-congress: Live surgery of endometriosis
Life quality for women with endometriosis
Economic burden of endometriosis
Epidemiology of endometriosis
The new ESHRE guidelines
Do teenagers have endometriosis?
Endometriosis-associated infertility
Endometriosis and the associated risks in pregnancy and labour
Medical treatment of endometriosis
Robotic surgery in endometriosis
Epidemiological aspects of malignant transformation in endometriosis
Pathogenesis of endometriosis
Debate: Endometriosis and risk of malignancy?
Pelvic pain and nerve fibers
Imaging of endometriosis
One disease or several types?
Nordic research in endometriosis
Centralisation of endometriosis treatment in Nordic countries

Important deadlines

Abstract submission starts: 1 December 2012
Abstract submission ends: 15 February 2013
Registration form opens: 15 January 2013
Early registration deadline: 15 March 2013

Website

www.nce2013.fi

Contact

Congress Office / NCE 2013
University of Turku
congress-office@utu.fi
Tel. +358 2 333 5021

Organizers



Turun yliopisto
University of Turku



TURUN
YLIOPISTOLLINEN
KESKUSSAIRAALA
TURKU
UNIVERSITY
HOSPITAL