1.2017 Maaliskuu 33. vuosikerta Suomen Gynekologiyhdistys ry. / Finlands Gynekologförening rf.

Sykli

Syksyn SGY-päivillä kävijäennätys s. 8

Lääkärit ilman rajoja hakee gynekologeja s. 44

Gynekologi Erkki Kujansuu lääkintöneuvokseksi s. 30

Tiedote keskussairaala-auditoinnista s. 28

Gynekologitarve tulevaisuudessa s. 21

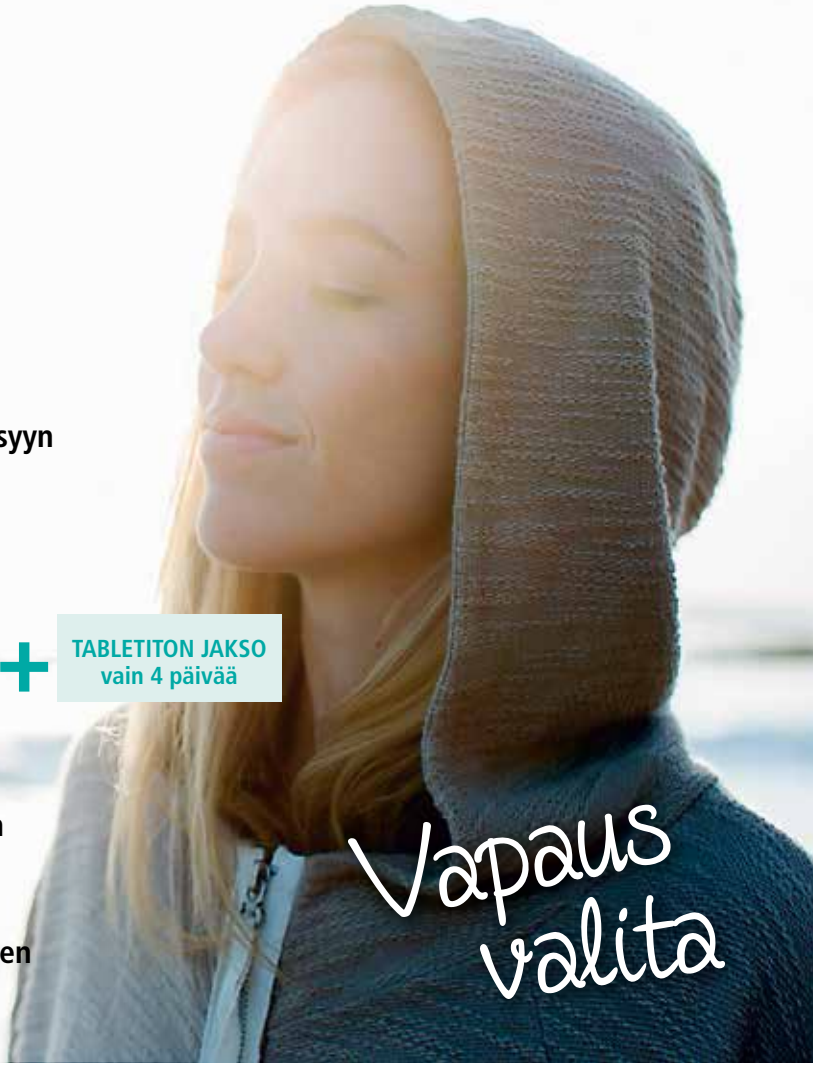


02/2017

Diza®

etinyyliestradioli 0,02 mg/drospirenoni 3 mg

Raskauden ehkäisyyn



- **Suunniteltu ja hyväksytty pitkän syklin ehkäisyyn – joustavasti jopa 120 vuodotonta päivää**



Jopa 120 vuodotonta päivää

- **Mahdollistaa vuotovapaan ajanjakson keston yksilöllisen säätelyn**
- **Joustava käyttöaika mahdollisimman pitkillä vuotovapailla jaksoilla pienentää vuotopäivien kokonaismäärää**[1]



Diza 0,02 mg/3 mg (etinyyliestradioli/drospirenoni) kalvopäällysteiset tabletit raskauden ehkäisyyn. **Annostus:** Tabletit otetaan joka päivä samaan aikaan ilman taukoja vähintään 24 peräkkäisen päivän ajan (pakollinen vaihe). Sen jälkeen voidaan joko pitää neljän päivän tabletiton jakso tai jatkaa tablettien ottamista enintään 120 päivän ajan (joustava vaihe). Joustavan vaiheen aikana nainen itse päättää pitää neljän päivän tablettittoman jakson haluamassaan kohdassa, kuitenkin viimeistään 120 päivän jälkeen. Jos joustavan vaiheen aikana ilmenee jatkuvaa vuotoa (kolme peräkkäistä päivää), on suositeltavaa pitää neljän päivän tabletiton jakso, joka käynnistää tyhjennysvuodon. Tabletiton jakso saa kestää enintää neljä päivää. Tablettittoman jakson jälkeen aloitetaan uusi tablettikierros, joka kestää vähintään 24 päivää ja enintään 120 päivää. *Tabletin unohtaminen*: Tabletin unohtamisesta *alle 24 tuntia*, tablettien raskautta ehkäisevä vaikutus ei ole heikentynyt. Unohtunut tabletti otetaan heti muistettaessa ja seuraavat tabletit tavanomaiseen aikaan. Tabletin unohtamisesta *yli 24 tuntia*, tablettien raskautta ehkäisevä vaikutus saattaa olla heikentynyt. Viimeinen unohtunut tabletti otetaan heti muistettaessa, vaikka tällöin olisikin otettava kaksi tablettia samalla kertaa. Seuraavat tabletit otetaan normaaliin aikaan, kunnes vähintään seitsemän tablettia on käytetty peräkkäisinä päivinä. Nainen voi myös päättää pitää neljän päivän tablettittoman jakson tyhjennysvuodon käynnistämiseksi, mukaan lukien päivät, joina hän unohti tabletin. **Vasta-aiheet: Laskimo- tai valtimotromboembolia (VTE) tai sen riski, perinnöllinen tai hankittu laskimo- tai valtimotromboembolia-alttius**, suuri leikkaus ja siihen liittyvä pitkittynyt immobilisaatio, aivoverisuonisairaus, migreeni (jossa fokaalisia neurologisia oireita), vaikea-asteinen maksasairaus, hyvän- tai pahanlaatuinen maksakasvain,munuaisten vajaatoiminta, sukupuolihormoniriippuvaiset maligniteetit tai niiden epäily, emätinverenvuoto, yliherkkyys vaikuttaville aineille tai apuaineille. **Varoitukset:** Yhdistelmäehkäisyvalmisteiden käyttö tulee keskeyttää tromboosilöydöksen tai sen epäilyn yhteydessä. Jos antikoagulanttihoito aloitetaan, potilasta tulee neuvoa käyttämään asianmukaista vaihtoehtoista ehkäisymenetelmää. *Laskimotromboembolian (VTE) riski:* Yhdistelmäehkäisyvalmisteen käyttö lisää laskimotromboembolian (VTE) riskiä. Yhdistelmäehkäisyvalmisteita määrättäessä on varmistettava, että käyttäjä ymmärtää Diza-valmisteen käyttöön liittyvän VTE:n riskin, miten hänen nykyiset riskitekijänsä vaikuttavat riskiin ja että VTE:n riski on suurimmillaan ensimmäisen käyttövuoden aikana. Myyntuiluvanhaltijalta on saatavissa erillinen yhdistelmävalmisteita ja veritulppariskiä koskeva tarkistuslista potilaan ja lääkärin keskustelun tueksi. *Valtimotromboembolian (ATE) riski:* Yhdistelmäehkäisyvalmisteiden käyttöön liittyy suurentunut valtimotromboembolian (sydäninfarkti) tai aivoverisuonitapahtuman (esim. aivojen ohimenevä verenkiertohäiriö (TIA), aivohalvaus) riski. Ks. tarkemmat ohjeistukset erillisestä yhdistelmäehkäisyvalmisteita ja veritulppariskiä koskevasta esitteestä. *Tehon heikkeneminen:* Tablettien unohtaminen, oksentelu ja ripuli tai muu samanaikainen lääkitys voivat heikentää yhdistelmäehkäisytablettien tehoa. *Syklikontrollin heikentyminen*: yhdistelmäehkäisytabletit voivat aiheuttaa epäsäännöllistä verenvuotoa emättimestä (tiputtelu- tai läpäisyvuotoa) etenkin ensimmäisten käyttökuukausien aikana. **Yhteisvaikutukset:** Yhteisvaikutuksia saattaa ilmetä maksaentsyymejä indusoivien lääkkeiden kanssa. Ehkäisytehon pettämistä on raportoitu myös antibioottien, kuten penisilliinien ja tetrasykliinien käytön yhteydessä. Samanaikaisen käytön aikana on käytettävä tilapäisesti estemenetelmää yhdistelmäehkäisytablettien lisäksi (samanaikaisen lääkityksen ajan ja seitsemän päivää sen lopettamisen jälkeen). **Raskaus ja imetys:** Diza-tabletteja ei saa käyttää raskauden aikana. Yhdistelmäehkäisytabletit saattavat vaikuttaa imetykseen. **Haittavaikutukset: Yhdistelmäehkäisyvalmisteita käyttävillä naisilla on havaittu valtimoiden ja laskimoiden tromboottisten ja tromboembolisten tapahtumien lisääntynyt riski.** Näitä ovat mm. sydäninfarkti, aivohalvaus, ohimenevät aivoverenkiertohäiriöt (TIA), laskimoveritulppa ja keuhkoembolia. Yleiset haittavaikutukset: Mielialan ailahtelu, päänsärky, pahoinvointi, rintojen kipu, metrorragia, amenorrea. Muut haittavikutukset ks. valmisteyhteenveto. **Pakkaukset ja hinnat (vmh sis. alv)**: 5x24 tablettia 37€. **Myyntiluvanhaltija:** Exeltis Healthcare S.L, Madrid, Espanja. **Markkinoija:** Exeltis Sverige Ab., Ruotsi www.exeltis.com. **Valmisteyhteenveto:** www.fimea.fi.

1. Diza SmPC, 19.1.2016

Exeltis Nordic Region | www.exeltis.com | www.exeltis.se | www.exeltis.fi

Exeltis
Rethinking healthcare

Suomen Gynekologiyhdistyksen jäsenlehti 33. vuosikerta **Numero 1 Maaliskuu 2017**

Sykli

SISÄLTÖ 1/17

Pääkirjoitus 5
Pj. *Seija Grénman*

Hallituskolumni 7
Mervi Halttunen-Nieminen

Syksyn SGY-päivillä kävijäennätys 8
Riina Katainen

Seth Wichmann-palkinnon saaja esittäytyy 14
Hanna Savolainen-Peltonen

Kuulumisia Turun ylilääkärikokouksesta 17
Seija Grénman ja *Riina Katainen*

Gynekologitarve tulevaisuudessa 21
Johanna Rellman

Erikoistuvien gynekologien suurimpana huolenaiheena työllistyminen 23
Lara Lehtoranta

Leikkauskouluttajien pienryhmän päämääränä gynekologisen leikkaus-koulutuksen harmonisointi 24
Reita Nyberg ja *Ewa Jokinen*

Seuraavaksi auditoidaan keskussairaalat 28
Jukka Uotila

Kannanotto luovutettujen sukusolujen käyttöön – hoito-takuu on avattava ja perusteet määritettävä uudelleen 29
Seppo Heinonen ja *Aila Tiitinen*

Lääkintöneuvos Erkki Kujansuu 30
Mari Kalamo, Erkki Kujansuu

Yhteisiä tilaisuuksia, taidetta ja markkinointia Elämälle-hankkeelle 34
Juha Mäkinen

Kansainvälinen naistenpäivä 8.3.2017 37
Seija Grénman

Äitiyshuollon haasteet Ghanassa 38
Hanna Halkosaari

Lääkärit ilman rajoja Suomeen – gynekologeja tarvitaan 44
Merja Metsä-Heikkilä

Obstetriikkaa Singaporessa 46
Jaana Nevalainen

PCOS-tutkijat kohtasivat Tukholmassa 48
Pekka Pinola

Olisitko tullut ajatelleeksi? 49

Olavi Lempi 50

Väitelleet 52
Outi Äyräs
Pekka Pinola
Reeta Törmälä

Jäsenistöltä 54

Koulutusta 55

Koulutuskalenteri 60

Gynaecologi Practici 62
Sirpa Eviö

Apurahat 62

Korpeimme Kuiskintaa – keskussairaalakolumni 63
Marja-Liisa Mäntymaa

SGY tiedottaa 64

Hieno Nainen 65

Päätoimittajalta 66

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
Riina Katainen
riina.katainen @ utu.fi

Sykli verkossa:
www.gynekologiyhdistys.fi/lehdet

Ilmoitusmyynti
Riina Katainen
riina.katainen @ utu.fi

Osoitteenmuutokset
SGY:n sihteeri Katja Kero
TYKS Naistenklinikka
Kiinamyllynkatu 4–8
PL 52, 20521 Turku
Katja.kero@utu.fi

Ulkoasu: Taitotasku Oy
Repro / Paino: PunaMusta

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

Sykli julkaisee myös muiden yhdistysten koulutusilmoituksia, vuonna 2017 hintaan 300 e/sivu ja 150 e/puoli sivua.

Seuraava Sykli 2/2017 ilmestyy 2.6.2017, aineiston ja ilmoitusten jättöpäivä on 5.5.2017

■ Tänä vuonna kansikuvien teemana on Suomi 100.
Kuva Heta Lähdesmäki

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

SE FIILIS
KUN TIEDÄN, ETTÄ MENKAT ON MYÖHÄSSÄ

HALUAN EHKÄISYN, JOTA EI TARVITSE MUISTAA JOKA PÄIVÄ.



UUSI KYLEENA® -HORMONIKIERUKKA

EI PÄIVITTÄISTÄ MUISTAMISTA

5

vuoden ehkäisy

TEHOKAS EHKÄISY

0,29

Pearlin indeksi

MATALA-HORMONINEN

12

µg vuorokaudessa*



64 % e-pillereiden käyttäjistä raportoi käyttövirheitä kuten unohduksia**

Vaikuttavat aineet ja niiden määrät: Levonorgestreelia 19,5 mg depotlääkevalmiste kohtuun. **Käyttöaihe:** Raskauden ehkäisy. **Annostus ja antotapa:** Kyleena asetetaan kohtuonteloon ja sen teho säilyy enintään viisi vuotta. Kyleena asetetaan kohtuonteloon seitsemän päivän kuluessa kuukautisten alkamisesta. Kyleena voidaan erottaa Mirena-valmisteesta ultraäänikuvissa näkyvästä hopearenkaasta ja Jaydess-valmisteesta eriväristä poistolangoista: Kyleena-valmisteessa siniset ja Jaydess-valmisteessa ruskeat. Vaihtaminen uuteen sekä muut asettamiseen liittyvät tiedot katso valmisteyhteenvedosta. **Vasta-aiheet:** Raskaus, akuutti tai toistuva sisäsynnytintulehdus tai tila, joka lisää sisäsynnytintulehdusten riskiä, akuutti kohdunkaulan tulehdus tai emätintulehdus, synnytyksen jälkeinen kohtutulehdus tai tulehduksellinen keskenmeno viimeisen kolmen kuukauden kuluessa, hoitamaton kohdunkaulan epiteelisoluatypia, pahanlaatuinen kohdun tai kohdunkaulan kasvain, progestiiniriippuvaiset kasvaimet, kuten rintasyöpä, epänormaali kohtuverenvuoto, jonka syytä ei ole selvitetty, synnynnäinen tai hankittu kohdun anomalia, mukaan lukien myoomat, jotka voivat haitata hormonikierukan asetusta ja/tai paikallaan pysymistä, akuutti maksasairaus tai maksakasvain, yliherkkyys vaikuttavalle aineelle tai apuaineille. **Varoitukset ja käyttöön liittyvät varotoimet:** Valmisteen käyttöä voidaan jatkaa varovaisuutta noudattaen erikoislääkärikonsultaation perusteella, tai sen poistoa on harkittava, jos potilaalla ilmenee ensimmäistä kertaa jokin seuraavista tiloista: migreeni, aurallinen migreeni, johon liittyy epäsymmetristä näön menetystä, tai muita ohimenevää aivoverenkiertohäiriöön viittaavia oireita, poikkeuksellisen voimakas päänsärky, keltaisuus, voimakas verenpaineen nousu, vakava valtimoperäinen sairaus, kuten aivohalvaus tai sydäninfarkti. Naisille, jotka harkitsevat valmisteen käyttöä, tulee kertoa kohdunulkoisen raskauden merkeistä, oireista ja riskeistä. Jos nainen tulee raskaaksi valmistetta käyttäessään, kohdunulkoisen raskauden mahdollisuus täytyy ottaa huomioon ja poissulkea. Noin puolet valmisteen käytön aikana alkaneista raskauksista on todennäköisesti kohdunulkoisia. Kyleena-valmisteen turvallisuusprofiili ja teho ovat oletettavasti samat sekä alle 18-vuotiailla että sitä vanhemmilla käyttäjillä. Muut, katso valmisteyhteenveto. **Haittavaikutukset:** Hyvin yleisiä ovat kuukautismuutokset, päänsärky, kipu vatsan tai lantion alueella, akne, seborrea, munasarjakysta ja vulvovaginiitti. Yleisiä ovat masennus, migreeni, pahoinvointi, alopesia, sisäsynnytintulehdus, rintojen kipu/arkuus, ekspulsio ja valkovuoto. Katso harvinaiset haittavaikutukset valmisteyhteenvedosta. **Pakkaus ja hinta:** 1 kpl 153,02 € (vmh + alv 1.3.2017). Reseptilääke. Ei SV-korvattava. Lisätietoja valmisteyhteenvedossa ja Bayer Oy, puh. 020 785 21, www.bayer.fi.

* keskimääräinen in vivo LNG vapautuminen vuorokaudessa ensimmäisen vuoden aikana
** Raskauden ehkäisytutkimus 18–29-vuotiailla, Taloustutkimus 11/2016.

Kyleena®
19.5 MG INTRAUTERINE DELIVERY SYSTEM
LEVONORGESTREL

5 years. Low dose.

L.FI.MKT.01.2017.4805

■ SEIJA GRÉNMAN



Mistä on Suomen Gynekologiyhdistys tehty?

Ei omenista, kanelista, inkivääristä kukkasista tai etanoista, sammakoista, koiran häntätupsukoista, vaan aktiivisista, vakavasti työhönsä suhtautuvista lääkäreistä, jotka osaavat myös vaihtaa vapaalle. Erikoistuvista lääkäreistä, jotka ovat huolissaan työtilanteestaan, ylilääkäreistä, jotka joutuvat vastaamaan useisiin merkittäviin haasteisiin uudistettaessa terveydenhuoltoa ja meistä kaikista, jotka pyrimme oppimaan uutta ja hoitamaan potilaitamme mahdollisimman hyvin. Edellä mainitut asiat käyvät ilmi artikkeleissa, jotka on kirjoitettu tähän Syklin numeroon EGO:n ja ylilääkäreiden kokouksista sekä SGY:n syyskoulutuspäiviltä.

SGY:n jäseniä on yhteensä lähes 1200 eläkeläisten osuuden ollessa noin 10 %. Yli puolet on täyttänyt 50 vuotta ja alle 60 vuotiaiden ikäryhmissä naisia on enemmän kuin miehiä (kts. Kuva). Kolmasosa työskentelee päätoimisesti yksityissektorilla, ja monet julkisella sektorilla työuransa tehneet jatkavat yksityissektorilla eläkkeelle siirtymisen jälkeen. Siten eläkeiän ylittäneiden erikoislääkäreiden osuus on suurempi yksityisellä kuin julkisella puolella. Erikoislääkärikoulutustarpeen arvioinnin raportti (http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/handle/10024/75535) on mielenkiintoista luettavaa. Suomessa valmistuu vuosittain keskimäärin 24 alamme erikoislääkäriä. Raportissa päädyttiin siihen, että määrää tulisi lisätä kahdella per vuosi. Tarpeeseen vaikuttavat monet, osin vaikeasti ennakoivat tekijät: työurien pituus, osa-aikatyön määrä, synnytysyksiköiden väheneminen ja lääkäreiden liikkuvuus/paikkakuntasidonnaisuus. Aiheeseen paneutuvat tässä Syklin numerossa sekä raportin laatinut Johanna Rellman että EGO:n hallituksen jäsen Lara Lehtoranta.

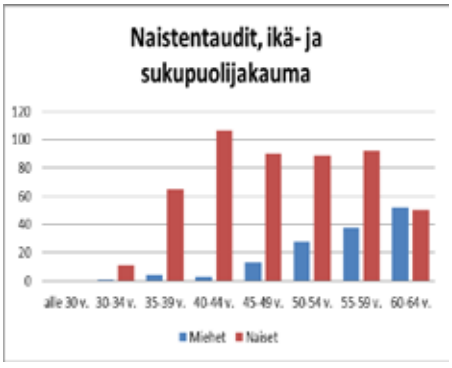
Äitien ja lasten hyvinvointi on Suomessa maailman toiseksi parasta (Save the Children, State of the Mothers 2015, 16th Annual Report). SGY:n jäsenten korkealla ammattitaidolla on siihen oma merkittävä osuutensa. Siksi on ilahduttavaa, että yhdistyksemme voi hyvin ja sillä on edellytykset kehittää ja ylläpitää jäsentensä ammattitaitoa. Taloudellinen tulos on kääntynyt positiiviseksi ja syyskoulutuspäivien osallistujamäärä oli ennätyksellisen suuri – 305! Koulutussairaaloiden auditointi on käynnistymässä ja pienryhmät toimivat aktiivisesti osallistuen myös SGY:n antamien lausuntojen laatimiseen. Myös yksityissektorilla työskentelevät osallistuvat aktiivisesti koulutustapahtumiin. Tämä huomioidaan laadittaessa koulutusohjelmia ja on nyt huomioitu myös koulutuspäivien evaluaatiokaavakkeessa. SGY:n toiminta mukaan lukien pienryhmien raportit on koottu vuosikertomukseen, joka löytyy yhdistyksemme kotisivuilta. Kannattaa tutustua!

Seuraavat SGY:n koulutuspäivät ovat Seinäjoella 27–28.4. ja kolposkopia-presymposium on 26.4. Ohjelmassa on useita koulutusevaluaatioissa toivottuja aiheita ja matka Seinäjoelle taittuu junalla muutamassa tunnissa useista kaupungeista. Syksyisin koulutuspäivämme ovat Helsingissä ja keväisin sen ulkopuolella. Tervetuloa tekemään out of Helsinki ennätystä!

Hyviä ulkoilukelejä kaikille! ■



Nykyinen erikoislääkärikunta on iäkästä eli eläköityminen ja mahdollisesti yksityispuolelle siirtyminen kiihtyy lähivuosina.



Alan naisvaltaistuminen vaikuttaa työpanokseen.



Dalacin®
klindamysiini

UUSI 3 päivän helppo ja tehokas hoito

Nyt bakteerivaginoosin hoito helpottuu

DALACIN KOLMEN EMÄTINPUIKON KUURI on tehokas ja hyvin siedetty vaihtoehto bakteerivaginoosin hoitoon[1]. Kolmen emätinpuikon kuuri vastaa teholtaan 7 päivän metronidatsoli-kuuria suun kautta tai 7 päivän hoitoa Dalacin emätinvoiteella[1,2].

VALITSE POTILAALLESI HELPPO VAIHTOEHTO, yksi Dalacin emätin-puikko emättimeen nukkumaan mentäessä kolmen vuorokauden ajan[3]. Dalacin-emätinpuikkopakkaus sisältään asettimen, joka auttaa asettamaan emätinpuikon oikein emättimeen.



Viitteet
1. Paavonen J et al: Vaginal clindamycin and oral metronidazole for bacterial vaginosis: A randomised trial. Obstetrics and Gynecology 2000;96:256–60.
2. Sobel et al: Efficacy of clindamycin vaginal ovule (3-day treatment) vs. clindamycin vaginal cream (7-day treatment) in bacterial vaginosis, Infect Dis Obstet Gynecol 2001;9:9–15
3. Dalacim emätinpuikot valmisteyhteenveto 20.11.2015

DALACIN 100 mg emätinpuikot
Valmisteyhteenvedon lyhennelmä, perustuu 20.11.2015 valmisteyhteenvetoon. **Vaikuttava-aine ja määrä:** Klindamysiinifosfaatti vastaten 100 mg klindamysiiniä. **Käyttöaihe:** bakteerivaginoosin hoito. **Annostus:** yksi emätin-puikko emättimeen nukkumaan mentäessä kolmen vuorokauden ajan. **Vasta-aiheet:** Yliherkkyys vaikuttavalle aineelle, linkomysiinille tai apuaineille. Aikaisemmin antibioottihoitoon liittynyt koliitti. **Varoitukset ja käyttöön liittyvät varotoimet:** Klindamysiinihoito on lopetettava, jos potilaalla ilmenee pseudomembranoottinen ripuli. Varovaisuutta on noudatettava määrättäessä Dalacin 100 mg emätinpuikkoja potilaalle, jolla on tulehduksellinen suolistosairaus, kuten Crohnin tauti tai haavainen koliitti. Yhdyntää ei suositella Dalacin-emätinpuikkohoidon aikana, kuten ei minkään emätininfektion aikana.Muiden emättimessä käytettävien valmisteiden (kuten tamponien ja emätinhuuhtelunes-teiden) käyttöä ei suositella Dalacin-emätinpuikkohoidon aikana. **Yhteisvaikutukset:** Tietoja Dalacin-emätinpuikkojen ja muiden emätinlääkkeiden samanaikaisesta käytöstä ei ole saatavana. **Hedelmällisyys, raskaus ja imetys:** Dalacin-valmisteen käyttöä ei suositella ensimmäisen raskauskolmanneksen aikana. Dalacin-valmistetta voidaan käyttää raskaana olevien naisten hoidossa toisen ja kolmannen raskauskolmanneksen aikana, jos se on selkeästi tarpeen. Raskauden aikana emätinpuikko suositellaan asetettavan paikalleen sormin. Emättimeen annostellun Dalacin-valmisteen erittymisestä äidinmaitoon ei ole tietoa. Suun kautta ja parenteraalisesti annetun klindamysiinin on kuitenkin raportoitu kulkeutuvan äidinmaitoon. Päätös siitä, lopetetaanko rintaruokinta vai keskeytetäänkö/lopetetaanko Dalacin-hoito, on tehtävä ottaen huomioon rintaruokinnasta aiheutuvat hyödyt lapselle ja hoidosta koituvat hyödyt äidille. **Haittavaikutukset:** Sieni-infektio, kandidiaasi-infektio, päänsärky, vatsakipu, ripuli, pahoinvointi, kutina (muualla kuin käyttökohdassa), vulvovaginaalinen kandidaasi, vulvovaginaalinen kipu, vulvovaginaa-liset häiriöt. **Pakkaustyyppi ja pakkauskoko:** 3 emätinpuikkoa. **Hinta ja korvattavuus:** 32,95 €, ei korvattava. **Lisätiedot:** Pharmaca Fennica. Teksti perustuu 20.11.2015 hyväksyttyyn valmisteyhteenvetoon. Pfizer, Tietokuja 4, 00330 Helsinki, puh. (09) 430 040, www.pfizer.fi

■ MERVI HALTTUNEN-NIEMINEN



Tämä on elämää!

Uusi vuosi on alkanut. Uteliaana odotan, mitä kaikkea se tuokaan mukanaan. Toivottavasti koko maailman kannalta tämä alkanut vuosi on edellistä seesteisempi. Valtakunnan terveydenhuollossa on tapahtumassa suuria uudistuksia, joihin kannattanee suhtautua avoimesti. Omassa työyhteisössäni remontit ehkä valmistuvat ja ns. paluumuutto alkaa. Nämä seikat aiheuttavat muutoksia aikatauluissa ja sijoituksissa ja luonnollisesti vaativat erityistä joustavuutta henkilökunnalta. Täällä hieman jännitetään miten potilaat, työntekijät ja eri alojen opiskelijat löytävät oikean poliklinikan, osaston tai toimipisteen.

Kirjoitan tämän kolumnin positiivisista tunteista. Oletteko nähneet elokuvan Kuolleiden runoilijoiden seura? Siinä opettaja, jota esittää huikea Robin Williams, kertoo oppilailleen, että ihmiskuntaa ajaa eteenpäin ja sen voimavarana toimii intohimo. Intohimoiset ihmiset ovat innovatiivisia. Omalla erikoisalallamme tämä pitää hyvin paikkansa ja intohimoa riittää. Tietenkin näköalani on suppea, mutta näen ympärilläni lukuisia kollegoja, jotka suhtautuvat hyvin intohimoisesti omaan työhönsä, kehittävät itseään jatkuvasti ja heittävät itsensä likoon potilaidensa ja työnsä hyväksi. Tyytyväinen hoidettu potilas ja hyvä, toimiva työyhteisö ovat palkkaakin paremmat kannustimet työssä viihtymistä arvioitaessa.

Minulta kysytään usein, miten jaksan olla niin innoissani esimerkiksi uuden kandikurssin alkaessa. Miten jaksan opettaa, uudistaa opetustani ja pysyä ns. tuoreena? Viime kesän lopulla, uuden kurssin alkaessa jo vähän säälinkin kurssin kandeja, tällainen mymmeli heitä opastamassa gynekologian saloihin. Kurssi kuitenkin alkoi mainiosti, kandit jälleen kerran olivat nuoria, älykkäitä, opinhaluisia ja oppivaisia. Lisää virettä, ja intohimoa sain siitä kun edellinen vuosikurssi valitsi minut koko kuuden vuoden lääkiskautensa parhaaksi opettajaksi, nyt neljättä kertaa urani aikana. Sain joulun alla pitää kurssin juhlaluennon, jonka aiheeksi toivottiin mm. elämänohjeita. Luentosali oli täynnä kauniita, juhla-asuihin pukeutuneita nuoria lääkäreitä. Voitte arvata, että esityksen valmistaminen oli erilaista kuin omaan erikoisalaani liittyvät tieteelliset ja tiedolliset luennot kuten esimerkiksi Käypä Hoito -suosituksen tietoisku. Tällainen myönteinen huomio on omalla kohdallani palkkaa merkittävästi parempi kannustin. Ja innoissani edelleen totean, että virtaa riittää, uudet erikoistuvat, kandit ja muut opiskelijat: tervetuloa! Työskennellessäni nuorten kollegojen kanssa uskon, että huolimatta monesta epävarmuustekijästä, tulevaisuus on valoisa, täynnä lupauksia ja mahdollisuuksia.

Varsinainen salaisuuteni on rakkaus. Rakkaus sekä työhön että yksityiselämässä saamani ja antamani rakkaus. Ja itserakkaus positiivisesti ymmärrettynä, siinä ei ole mitään ylimielistä. Ymmärrän sen niin, että tulee pitää huolta ensin itsestään, sitten läheisistään ja elää terveellisesti. Liikun itse pyörällä talven liukkaita kelejä lukuun ottamatta lähes kaikki työ-, huvi- ja kauppamatkat, viime vuonna maaliskuun lopun pääsiäisestä marraskuun loppuun, ja kaikkiaan pyöräilykilometrejä kertyi yli 3600. Lisäksi käyn aktiivisesti eri ryhmäliikuntatunneilla, joista suosikkini ovat Pump, Combat, Step, Attack, Spinning... ok, ehkä ne kaikki sopivasti vaihdellen kehonhuoltoa unohtamatta! Talvella rakastan laskettelua ja retkiluistelua. Ja jos en ehdi muualle, niin kotona pyörittelen viiden kilon hulavannetta tai teen 100 kyykkyä. Joku tekisi jo varmaan diagnoosin: ADHD tai levoton sielu… Mutta kunnollinen määrä liikuntaa viikoittain auttaa minua jaksamaan ja poistaa erittäin hyvin stressiä.

Oma mottoni ja moraalini tiiviisti ilmaistuna on: Tee työsi ja elä elämäsi niin, että olet itse siihen tyytyväinen. Omat intohimoni ja rakkauteni, aakkosjärjestyksessä, ovat parisuhde, perhe, purjehdus ja pyöräily/liikunta. Niitä kaikkia harrastan ja ne kaikki otan vakavasti ja rakkaudella, ja tietty myös huumorilla. Mitkä ovat sinun intohimosi ja rakkautesi? ■

■ RIINA KATAINEN



Koulutuspäivillä tehtiin kaikkienaikojen kävijäennätys, 305 osallistujaa.

Obstetriikkaa ja onkologiaa

Helsingissä puhutti erityisesti synnytyksen käynnistäminen

SGY koulutuspäivät ja kokous 24.–25.11.2016 Helsingissä

SGY:n syyskoulutuspäivät järjestettiin marraskuun lopussa Helsingissä Biomedicumissa. Päivillä tehtiin kaikkien aikojen yleisöennätys, 305 kävijää (luennoitsijat mukaan laskettuna). Torstaina käsiteltiin synnytyksen käynnistämistä, perjantaina muun muassa kohonneen syöpäriskin taustoja sekä kohonneen syöpäriskin omaavan ja hoidetun syöpäpotilaan seurantaa.

Käynnistänkö synnytyksen?

Dosentti Jukka Uotila Taysista aloitti koulutuspäivien kliinisen osuuden esittelemällä Suomen yliopistosairaaloiden synnytystilastoja. Suurikokoisia vastasyntyneitä syntyy nykyään vähemmän kuin aikaisemmin, mikä selittynee raskausdiabeteksen tehokkaammalla toteamisella ja aktiivisemmalla hoidolla. Taysin vuoden 2015 tilastojen valossa, synnytys viikolla 42+0 tai sen jälkeen liittyi kohonneeseen toimenpidesynnytyksen riskiin, synnytyksen pitkittymiseen, infektioihin, suurempaan synnytysverenvuotoon ja vastasyntyneen matalampiin apgar-pis-



Niels Uldbjerg Aarhusin yliopistosta esitteli kohdunsuun kypsyyden arvioimisen keinoja.



Laura Seikku, Tuomas Kauppinen ja Jukka Uotila pohtivat yliaikaisen synnytyksen käynnistämistä.

teisiin (yhden minuutin iässä). Synnytys oli myös huomattavasti useammin käynnistetty. Kun verrattiin h41+5 alkaen käynnistettyjen riskejä vastaavilla raskausviikoilla spontaanisti käynnistyneiden riskeihin, eivät ryhmät juuri eronneet toisistaan. Spontaanisti alkaneet synnytykset tosin kestivät käynnistettyjä kauemmin, niin avautumisvaiheen kuin ponnistusvaiheen keston osalta. Lasketuissa ajoissa käynnistäminen lisäsi sektioon päätymisen riskiä, mutta h 41+5 täyttymisen jälkeen vastaavaa riskin lisääntymistä ei havaittu. Raskausviikon 42 lähestyessä synnytyksen käynnistäminen ei näyttänyt lisäävän riskejä verrattuna synnytyksen spontaanin käynnistymisen odottamiseen.

GA/ wk	Births	Inductions now
39	14 298	18 %
40	15 513	16 %
41	10 329	21 %
42	2 205	77 %

Synnytysten määrä ja käynnistettyjen synnytysten osuus raskausviikoittain Suomessa 2015.

SGY koulutuspäivät ja kokous 24.–25.11.2016 Helsingissä





Tutkimussäätiön väitöskirjatutkimuksen Bayer-apuraha myönnettiin Laura Lampiolle ja Laura Seikulle. Apurahan olivat jakamassa Bayerin edustaja Arja-Leena Leppänen ja Tutkimussäätiön puheenjohtaja Juha Mäkinen.

LL Tuomas Kauppinen Oysista ja LL Laura Seikku Hyksistä esittelivät tutkimuksia yliaikaisen raskauden käynnistämisen puolesta ja vastaan. Useat tutkimukset antavat viitteitä siihen, että riskit voisivat olla matalammat, mikäli synnytys käynnistettäisiin jo viikon 41 täytyttyä. Tutkimukset ovat kuitenkin laadultaan kirjavia, eikä niiden tuloksia voi välttämättä suoraa rinnastaa Suomen olosuhteisin. Mikäli synnytykset ruvettaisiin rutiininomaisesti käynnistämään jo viikolla 41, vaatisi tämä huomattavia resursseja. Ei myöskään tiedetä milloin lasketun ajan täyttymisen jälkeen pitäisi aloittaa poliklinikkaseuranta, eikä mitä seurantakäynneillä tulisi tutkia. Tutkimusten valossa ei nimittäin ole olemassa menetelmää, josta olisi osoitettu olevan hyötyä yliaikaisten raskauksien seurannassa. Tulevaisuudessa uusista biomarkkereista saattaa olla hyötyä sikiön ennusteen arvioinnissa.

Myös sikiön makrosomian ehkäisemiseksi tehtyihin käynnistyksiin liittyvät tutkimukset ovat laadultaan vaihtelevia ja tuloksiltaan ristiriitaisia. Tutkimuksia aiheesta esitteli LL Anu Nieminen Lahdesta. Tutkimusten valossa käynnistäminen sikiön makrosomian ehkäisemiseksi ei näyttäisi olevan perusteltua, mikäli äidillä ei ole diabetesta. Nieminen painotti myös sitä seikkaa, että tutkimusten valossa ultraääni ja ulkotutkimuksella tehtävä kliininen painoarvio soveltuvat lähinnä makrosomian poissulkuun.

Torstain päätteeksi käytiin käynnistämiseen liittyen paneelikeskustelu, jossa puheenjohtajana toimi dosentti Kaarin Mäkikallio Tyksistä, ja paneelikeskustelijoina olivat dosentti Jukka Uotila Taysista, LT Leena Rahkonen HUS:ista, LT Susanna Timonen Tyksistä, LT Heli Saarelainen KYSistä ja LL Katja Hämeenoja LKS:stä. Myös yleisö osallistui keskusteluun aktiivisesti. Yksimielisiä oltiin siitä, että tavoitteena on hyvinvoiva äiti ja vastasyntynyt. Optimaaliseen kustannus/hyötysuhteeseen liittyen tarvitaan tutkimusnäyttöä, turhia käynnistyksiä olisi jatkossakin vältettävä ja lisää tietoa tarvitaan sopivan käynnistysajankohdan ja -menetelmän suhteen. Suomen sairaaloihin olisi saatava yhtenäinen käynnistyskäytäntö, mikä varmastikin vähentäisi niin lääkäreiden kuin synnyttäjien ahdistusta. Tutkimustiedon puutteessa ei yleistä konsensusta käynnistämisen ajankohdasta voida toistaiseksi antaa. Suomeen on suunnitteilla satunnaistettu verrokkikontrolloitu tutkimus, jonka avulla on tarkoitus selvittää pitäisikö yliaikaisten raskauksien hoito/seurantalinjaa muuttaa.

Kohdunsuun kypsyyden arviointi

Vierailevana tähtenä koulutuspäivillä esiintyi professori Niels Uldbjerg Aarhusin yliopistosta Tanskasta. Hän kertoi erilaisista mahdollisuuksista arvioida kohdunsuun kypsyyttä. Uldbjergin mukaan kohdunsuun palpaatio on liian tekijäriippuvainen, minkä vuoksi kohdunsuun tutkimiseen olisi kehitettävä muita keinoja. Uldbjerg on itse kehittänyt vaginaaliseen ultraäänianturiin liitettävän pään, jonka avulla voidaan arvioida kohdunsuun kiinteyttä (elastografia). Laite ei ole vielä kliinisessä käytössä. Tutkimusten mukaan oleellisinta olisi pystyä arvioimaan kohdunsuun pituus ja konsistenssi, sitä vastoin kohdunsuun sijainnin ja avautumisen arvioinnilla nykykeinoin ei ole juurikaan ennusteellista arvoa. Uldbjerg esitteli tutkimuksen, jonka mukaan käynnistyspotilaan, niin ensi- kuin uudelleensynnyttäjän, riski päätyä sektioon on yli 50 %, mikäli kohdunsuun pituus on yli 3 cm. Hänen mielestään näitä potilaita ei kannattaisi yrittää käynnistää montaa päivää, ja heille pitäisi mahdollisesti jopa tarjota mahdollisuutta



Iltajuhlassa yleisön viihdyttämisestä vastasi Disharmony Sisters. Kuvassa vasemmalta pianisti Elias Miettinen, Leena Setälä, Anna-Kaisa Poranen ja Päivi Polo.

elektiiviseen sektioon.

Palkintojen jakoa

Kokouksen yhteydessä jaettiin kolme kappaletta Tutkimussäätiön Bayer-apurahoja. Väitöskirjatutkimukseen apurahan saivat Laura Lampio sekä Laura Seikku ja post doc-tutkimuksen apurahan Hanna Kahila. Seth Wichmann-palkinto myönnettiin Hanna Savolainen-Peltoselle. Seth Wichmann-palkinto jaetaan vuosittain alle 40-vuotiaalle suomalaiselle gynekologille tai gynekologiksi erikoistuvalle, gynekologian ja/tai obstetriikan alalla suoritetusta tutkimus- ja kehitystyöstä. Savolainen-Peltosen tutkimuskohteena ovat olleet eri kudosten estrogeenireseptorit. Kudosten erilaisilla estrogeenireseptoriprofiileilla on merkitystä esimerkiksi ihanteellisen selektiivisen estrogeenireseptorin muuntelijan (SERM) kehitystyössä. Savolainen-Peltonen tutkii tällä hetkellä muun muassa rasvakudoksen estrogeeniaineenvaihdunnan merkitystä rintasyövän kannalta. Jatkossa tavoitteena on tutkia estrogeeni (ja androgeeni) -metaboliaa pre- ja postmenopausaalisilla naisilla sekä eri rasvakudosdepoteissa, hormonikorvaushoidon ja erityisesti eri progestiinien merkitystä estrogeeni (ja androgeeni) -metabolian kannalta, hormonikorvaushoidon terveysvaikutuksia sydän- ja verisuonisisairauksien sekä muiden kroonisten sairauksien kannalta ja hormonikorvaushoidon lopettamisen terveysvaikutuksia. Savolainen-Peltonen kertoo tutkijanurastaan ja tutkimuslöydöksistään toisaalla tässä lehdessä.

Iltajuhla vietettiin Crowne plaza hotellin juhlatilassa. Iltaohjelmasta vastasivat turkulaiset kollegat. Aluksi koettiin trio Disharmony Sistersin nostalginen lauluesitys. Trion muodostavat Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin tuore johtaja, LT Leena Setälä, Turun Väestöliiton Lapsettomuusklinikalla työskentelevä gynekologi, LT Anna-Kaisa Poranen sekä dosentti Päivi Polo Tyksistä. Lisäksi nähtiin Tyksin erikoistuvien lääkärien kokoama hulvaton sketsivideo.

Seth Wichmann-palkinnonsaaja Hanna Savolainen-Peltonen

Savolainen-Peltonen on valmistunut lääkäriksi 2001, väitellyt 2005 ja valmistunut erikoislääkäriksi 2014. Hän on pitänyt dosenttiluennon keväällä 2016, paperit ovat asiantuntijoilla ja hän saanee dosenttuurin muutaman kuukauden sisällä. Hän toimii tällä hetkellä vs. kliinisenä opettajana ja tekee tutkimusta Jane ja Aatos Erkon säätiön apurahan turvin (2014–2019, 250 000 €).

Savolainen-Peltonen on julkaissut 20 kansainvälistä artikkelia, joista noin puolessa hän on keskeinen tutkija. Lisäksi yksi julkaisu on lähetetty arvioitavaksi ja hänellä on seitsemän muuta artikkelia sekä lukuisia kokousabstrakteja. Hän on ollut ohjaajana yhdessä väitöskirjassa ja hänellä on tällä hetkellä neljä ohjattavaa. Lisäksi hän on ohjannut kolme syventävää opintoa.

Muun muassa edellä mainituin perustein SGY:n hallitus suositteli Seth Wichmann Nuoren tutkijan palkintoa LT, erikoislääkäri Hanna Savolainen-Peltoselle (39 v). Savolainen-Peltonen on yksi nuorista kärkitason tutkijoista erikoisalallamme.



Annika Auranen kertoi seurannan merkityksestä potilaille, joilla on perinnöllisesti kohonnut syöpäriski.



Marja Komulainen kertoi mahdollisuuksista alentaa syöpäriskiä.



Ulla Puistolan aiheena oli gynekologisen syövän liitännäishoitojen uudet tuulet.

Kohonneen syöpäriskin omaavan potilaan seuranta

Perjantaina aamupäivällä käytiin läpi kohonneen syöpäriskin taustoja. Tämän jälkeen dosentti Annika Auranen Taysista kertoi perinnöllisen kohonneen syöpäriskin omaavan potilaan seurannasta. Yleisesti ottaen kohonneen syöpäriskin omaavan henkilön seurannan tarkoituksena on tautiin sairastumisen ehkäisy, varhainen sairauden toteaminen ja siten ennusteen parantaminen, sairastumisriskiä pienentävistä asioista informoiminen ja henkisen tuen tarjoaminen. BRCA-mutaationkantajan riski sairastua rintasyöpään 50 vuoden ikään mennessä on 51 % (vs. muu väestö 2 %) ja 70 vuoden ikään mennessä 87 % (muu väestö 8 %). Riski sairastua munasarjasyöpään 70 vuoden ikään mennessä on 64 % (muu väestö < 1 %). Suomen Rintasyöpäryhmä käsittelee Kelpo Hoito -suosituksessaan BRCA-mutaationkantajien seurantaa. Seurantaa suositellaan vuosittain 25 vuoden iästä alkaen. Seurantakäynnin yhteydessä suositellaan tehtäväksi rintojen magneettikuvaus ja kannustetaan kuukausittaiseen rintojen tutkimiseen. Kelpo Hoito -ohjeistuksessa gynekologista seurantaa suositellaan 30–35 -vuoden iästä lähtien. Käyntien yhteydessä tulisi tehdä vaginaalinen UÄ ja Ca12-5 -määritys 6-12 kuukauden välein. Gynekologisen seurannan suhteen Suomen Gynekologisen Onkologian pienryhmä (FIN-GOG) suosittaa kuitenkin noudattamaan FIN-GOG -ryhmän laatimaa seurantasuositusta, joka noudattaa kansainvälisiä näyttöön perustuvia suosituksia. Potilaita tulisi kannustaa imettämiseen, liikunnan harrastamiseen, normaalipainoisuuteen ja alkoholin käytön välttämiseen. Yhdistelmäehkäisyn käyttö vähentää munasarjasyövän riskiä. Lynch syndrooma-mutaationkantajien syöpäriski 70 vuoden ikään mennessä on 82 % paksusuolisyövän suhteen (muu väestö 2 %), 71 % kohtusyövän suhteen (muu väestö 1.5 %) ja 12 % munasarjasyövän suhteen (muu väestö < 1 %). Syöpäriski ylittää 10 % jo 45 ikävuoden täytyttyä ja nousee tämän jälkeen nopeasti. Satunnaistettuja tutkimuksia Lynch syndrooma-mutaationkantajien seurannasta ei ole olemassa. Kohtusyövän yleinen hyvä ennuste sekä varhaisvaiheen oire (postmenopausaalinen vuoto tai vuotohäiriöt) kyseenalaistavat seurannan hyödyn kohtusyövän ennusteen parantamisessa. FIN-GOG on syksyllä 2016 päivittänyt BRCA- ja Lynch syndrooma -mutaationkantajien seurantasuositukset. Rutiininomaista seurantaa alle 40-vuotiaille BRCA- tai Lynch syndrooma -mutaationkantajille ei suositella, koska näyttö seurannan vaikutuksesta sairastuvuuteen ja kuolleisuuteen puuttuu. Neuvontakäynti asiantuntijalääkärillä (gynekologi) on tärkeä mutaation toteamisen jälkeen, tällä käynnillä on syytä käydä läpi sairastumisriskiä pienentävät asiat, sen hetkinen näyttö seurannan hyödyllisyydestä sekä ikä, jolloin suositellaan sairastumisriskiä pienentävää kirurgiaa. Lynch -syndroomamutaatiokantajien vuotohäiriöt on tutkittava herkästi. BRCA1 mutaationkantajille suositellaan riskiä vähentävää kirurgiaa 40 vuoden iässä ja BRCA2 mutaationkantajille 45 vuoden iässä. Salpingektomia suositellaan tehtäväksi heti kun lapsiluku on täynnä. Lynch syndrooma -mutaationkantajille suositellaan riskiä vähentävää kirurgiaa 45 vuoden iässä. Mikäli riskiä vähentävää kirurgiaa ei tehdä 40 vuoden ikään mennessä, uusi käynti asiantuntijalääkärillä on tarpeen, sillä yli 40-vuotiaan mutaatiokantajan seuranta tulee suunnitella yksilöllisesti ajankohtaiseen tietoon perustuen.

Dosentti Marja Komulainen KYSistä puhui mahdollisuuksista vähentää syöpäriskiä. BRCA2 mutaationkantajilla adnexien poisto on tehokkain syöpäriskiä vähentävä menetelmä. Se vähentää rintasyöpäriskiä jopa 50–60 % ja parantaa ennustetta jo sairastuneilla premenopausaalisilla naisilla. Munasarjasyövän riskiä adnexien poisto vähentää jopa 90 %. Premenopausaalisille potilaille voi adnexien poiston jälkeen tarvittaessa aloittaa hormonikorvaushoidon ja jatkaa sitä 45–50 ikävuoteen asti. On huomioitava, että potilas kuitenkin itse tekee



Reita Nyberg ja Maarit Vuento luennoivat perjantaina onkologisista aiheista.

päätöksen, haluaako profylaktista kirurgiaa. Vaihtoehtona leikkaukselle voidaan tarjota intensiivistä seurantaa ja lääkkeellistä profylaksiaa (e-pillerit (kohtu- ja munasarjasyövän ehkäisy), progestiinit (kohdun hyperplasian ehkäisy), SERM ja aromataasi-inhibiittorit (rintasyövänehkäisy)). Lynch syndrooma -mutaationkantajille on syytä tarjota mahdollisuutta profylaktiseen kohdun ja adnexien poistoon colorectaalisyöpäleikkauksen yhteydessä. Mikäli potilas ei halua leikkausta, suositeltiin seurantaa jatkettavan loppuiän. Kirurgian jälkeen vuosittaisia kontrolleja ei tarvita.

Mitä uutta gynekologisen syövän liitännäishoidoissa?

Professori Ulla Puistola Oysista esitteli gynekologisten syöpien liitännäishoitojen uusia ja tulevaisuuden tuulia. Vaikka lääketiede muutoin on mennyt viime vuosikymmeninä vauhdilla eteenpäin, on munasarjasyövän ennuste parantunut viimeisten 50 vuoden aikana vain 20 %. Munasarjasyöpien kirjo on laaja, joten lääkehoitoa tulisi pyrkiä kohdentamaan. Vilkkaan tutkimuksen alla ovat angiogeeniset lääkkeet (esim. bevasitsumabi), jotka estävät kasvaimen verisuonimuodostuksen, PARP-inhibiittorit (esim. olaparibi), jotka korjaavat dna-vaurioita ja immunologiset hoidot, joiden avulla syöpäsolut pyritään tuhoamaan vaikuttamalla eri tavoin elimistön omaan puolustusjärjestelmään. PARP-inhibiittorit ovat tarkoitettu erityisesti BRCA-positiivisille, mutta myös muut potilaat ovat hyötyneet hoidosta. Puistola vetosi yleisöön, jotta PARP-inhibiittorit saataisiin Suomessa korvattaviksi. Olaparibi korvataan Euroopassa jo



Kohdunkaulan, emättimen ja ulkosynnytinten solumuutosten Käypä hoito- suositus on vastikään päivitetty. Muutoksia esitteli Pekka Nieminen.

Ruotsissa, Norjassa, Tanskassa, Belgiassa, Iso-Britanniassa, Espanjassa, Sloveniassa, Slovakiassa, Romaniassa, Puolassa, Hollannissa, Luxemburgissa, Italiassa, Unkarissa, Kreikassa, Saksassa ja Itävallassa, mutta ei Suomessa. Suuri kysymys liitännäishoitojen suhteen on, mitä hoidosta ollaan valmiita maksamaan.

Yhä suurempi osa hoidetuista syöpäpotilaista elää aiempaa pidempään, minkä seurauksena gynekologisen syövän sairastaneita on koko ajan enemmän. Hoidettujen syöpäpotilaiden seuranta on siis jossain vaiheessa hoidon jälkeen tarpeellista siirtää avosektorille. Aiheesta puhui dosentti Maarit Vuento Taysista. Seurannan tarkoitus avosektorilla on potilaan psykososiaalinen tukeminen (mm. vertaistuki, potilasjärjestöt, kuntoutus, lausunnot, sosiaaliturva), taudin uusiutumisen ja muiden syöpien toteaminen (rintasyövän riski 1.3-4-kertainen, paksu- ja peräsuolisyövän riski 1.2-5.9-kertainen, sekundaarisyövät voivat ilmetä jopa vuosikymmeniä sädehoidon jälkeen), hoidon pitkäaikaishaittojen havaitseminen ja hoito sekä yleisvoinnin ja terveyden tukeminen. Uusiutumat ovat yleensä oireisia. Tulevaisuudessa virtuaalipoliklinikka saattaa auttaa potilaiden seurannassa/tukemisessa.

Kohdunkaulan Käypä hoito -suositus päivitetty

Kohdunkaulan, emättimen ja ulkosynnytinten solumuutosten Käypä hoito -suosituksen päivitetty versio julkaistiin päivää ennen SGY-päivien alkua. Dosentti Pekka Nieminen Hyksistä esitteli muutoksia. Suosituksessa on muutoksia melko paljon, joten jokaisen olisi suositeltavaa perehtyä itse päivitettyyn versioon. WHO:n histologinen luokitus on muuttunut: histologinen HSIL = syövän esiaste (entinen CIN 2 ja CIN 3), histologinen LSIL = HPV-infektio, ei esiaste. Määritelmä sisältää: CIN1, VAIN 1 ja VIN 1, dysplasia levis, atypia condylomatosa, HPV atypia, kondylooma, condyloma plana jne). Kyseessä on siis kuitenkin kohonneen riskin aiheuttava muutos. Työryhmä suosittaa, että seulonta aloitettaisiin valtakunnallisesti jo 25 vuoden iässä, ja että seulontaa jatkettaisiin 65 ikävuoteen saakka. Yli 30-vuotiailla papan sijaan seulonnassa voidaan käyttää ensisijaisena testinä hrHPV- testiä. Ohjelman ulkopuolista seulontaa tulisi tarjota ainoastaan, mikäli nainen ei ole käynyt seulontaohjelman testauksessa viimeiseen viiteen vuoteen tai ei halua osallistua ohjelmaan. Testausväli on tuolloin sama kuin ohjelmassa. Seulontaiän ylittäneille on syytä tehdä hrHPV-testi tai papakoe korkeintaan viiden vuoden välein, jos seulontahistorian aikana on hoidettu esiastemuutos. Diagnostinen testi tulee ottaa kun siihen on kliininen aihe: toistuvat yhdyntäverenvuodot, välivuodot tai jatkuva valkovuoto, kohdunnapukan makroskooppiset kondyloomat tai muut muutokset, tai emättimen ja ulkosynnyttimien pitkittyneet vaivat. ■

■ HANNA SAVOLAINEN-PELTONEN

Seth Wichmann -palkinnonsaaja 2016

Estrogeenitutkijan elämänkaari preklinikasta klinikkaan

Orastava kiinnostukseni tutkimukseen heräsi jo ensimmäisenä opiskeluvuonna. Lääketieteen maailma oli avautunut uutena ja ihmeellisenä, ja halusin syventää ymmärrystäni perustutkimuksen keinoin. Niinpä päätin hakea tutkijalääkärikoulutusohjelmaan, ja onnekseni tulin valituksi. Koulutusohjelma oli perustettu Helsingin yliopiston lääketieteelliseen tiedekuntaan muutamaa vuotta aiemmin, sillä opiskelijoille haluttiin tarjota aiempaa paremmin strukturoitua tutkijakoulutusta, joka mahdollisesti johtaisi nopeammin valmistuviin väitöskirjatöihin. Kahden ensimmäisen kesän aikana opiskelijoille tarjoutui mahdollisuus tutustua 3–4 tutkimusryhmän työhön, erilaisiin menetelmiin ja tutkimusasetelmiin sekä siihen, mitä tutkimus tai tutkijana toimiminen todella pitävät sisällään. Tämän jälkeen oli tarkoitus aloittaa oma väitöskirjaprojekti tutkimusryhmässä. Koulutusohjelman tarjoama rahoitus kesäisin tarjosi mahdollisuuden keskittyä tutkimustyöhön päätoimisesti.

Tutkimusmaailma avautuu

Tein kierroksen patologian, genetiikan ja lastentautien alojen tutkimusta tekevissä ryhmissä ja päädyin lopulta aloittamaan väitöskirjaprojektin Helsingin yliopiston Transplantaatiolaboratoriossa. Päätökseen vaikuttivat todennäköisesti niin dynaaminen, innostava ja mukava tutkimusryhmä kuin sopivasti kohdalle osunut mielenkiintoinen tutkimusasetelma. Kiinnostustani operatiivisiin aloihin tuki mahdollisuus perehtyä verisuonikirurgiaan koe-eläimillä. Professori Pekka Häyryn johtamalla Transplantaatiolaboratoriolla oli pitkä kokemus erityisesti elinsiirtojen jälkeisen ongelman, kroonisen hyljinnän tutkimisesta. Kroonisen hyljinnän tärkein ilmentymä on siirteen verisuonten seinämän paksuuntuminen eli arteriosklerosi. Sen tunnuspiirteitä ovat verisuonen seinämän tulehdusreaktio, endoteelisolujen toimintahäiriö sekä sileälihassolujen kertyminen suonen sisäkerrokseen eli intimaan ja tämän paksuuntuminen. Myös sepelvaltimoiden pallolaajennuksen aiheuttama endoteelisoluvaurio johtaa osalla potilaista verisuonen uudelleen ahtautumiseen, restenoosiin. Näihin ongelmiin ei ollut toimivaa täsmähoitoa.

Enteilikö tulevaa erikoisalavalintaani se, että tutkimustyöni lähti käyntiin estrogeenin parissa? Muutama vuosi aiemmin oli tehty mielenkiintoinen uusi löytö: klassisen estrogeenireseptorin lisäksi oli kloonattu uusi estrogeenireseptori (ER), joka nimettiin ER betaksi. Uuden reseptorin löytäminen auttoi ymmärtämään estrogeenin vaikutusmekanismeja entistä paremmin – erityisesti sitä, miten on mahdollista, että estrogeenillä on antiproliferatiivisia vaikutuksia tietyissä kudoksissa (kuten verisuonissa) ja proliferatiivisia vaikutuksia toisaalla (kuten rintarauhasessa tai endometriumissa). Toki nykyisin ymmärretään, että estrogeenien signalointi on vieläkin monimutkaisempaa: estrogeenireseptorit voivat tuman lisäksi sijaita solukalvoilla, ja estrogeenien hormonivaikutuksia välittävät myös esimerkiksi G-proteiiniin kytketyt reseptorit.

Tuolloin elettiin aikaa ennen Women's Health Initiative (WHI) -tutkimusta. Tutkimusnäyttö estrogeenin hyödyllisistä verisuonia suojaavista vaikutuksista oli melko yhtenäistä, ja estrogeenihoitoa käytettiin joskus myös sepelvaltimotaudin primaaripreventiona. Heräsi kysymys, olisiko mahdollista erottaa estrogeenin vaikutukset eri kudoksissa vaikuttamalla vain toiseen estrogeenireseptoreista. Olisiko mahdollista kehittää lääke verisuonivaurion täsmähoitoon?

Ensimmäinen osajulkaisuni tehtiin yhteistyössä Turun yliopiston ja Karoliinisen instituutin tutkijoiden kanssa. Osoitimme, että pallolaajennuskatetrilla aiheutetun rotan kaulavaltimon verisuonivaurion jälkeen ER beta on vallitseva estrogeenireseptori sekä verisuonen sisä- että keskikerroksessa. Hoidimme rottia verisuonivaurion jälkeen joko luonnollisella estrogeenilla tai fytoestrogeeni genisteiinillä, joka sitoutuu voimakkaasti ER betaan. Osoitimme, että kummallakin lääkeaineella ehkäistiin yhtä tehokkaasti verisuonen umpeutumista, mutta vain estradiolin käyttö johti kohdun endometriumin paksuuntumiseen. Osoitimme ensimmäisen kerran, että estrogeenin hyödylliset verisuonivaikutukset voidaan erottaa sen haitallisista kohtuvaikutuksista kohdistamalla hoito ER betaan. Myöhemmin selvitimme estrogeenireseptoreiden ilmenemistä sydänsiirteissä, ja myös niissä verisuonivaurioon liittyi ER betan lähetti-RNA- ja proteiinipitoisuuksien lisääntyminen. Osoitimme myös, että estrogeenin antiproliferatiiviset vaikutukset välittyivät ainakin osittain kasvutekijäsynteesin estymisen kautta.

Tutkimustyön haasteet

WHI-tutkimuksen ensimmäiset tulokset julkaistiin vuonna 2002. Tutkimuksen aiheuttama kohu vähensi hormonihoidon käyttöä lukuisissa maissa,



Seth Wichmann -palkinto myönnettiin syksyn SGY-päiven yhteydessä Hanna Savolainen-Peltoselle.

myös Suomessa. Aloittelevaa estrogeenitutkijaakin tulokset hetkellisesti masensivat, sillä maailmalla ei tuntunut olevan uskoa estrogeenin verisuonivaikutuksiin. Takaiskusta kuitenkin päästiin yli, ja tutkimus jatkui selektiivisten estrogeenireseptorin muuntelijoiden (SERM) verisuoni- ja kohtuvaikutusten selvittämisellä. Väitöskirja olikin paketissa! Myös väitöskirjatyön jälkeen on ollut mielenkiintoista seurata SERM:en kehittelyä. Täysin ideaalista valmistetta ei edelleenkään ole olemassa – sellaista joka hoitaisi tehokkaasti vaihdevuosioireet, limakalvot ja verisuonet ilman pelkoa rintasyövän tai laskimotukoksen riskin lisääntymisestä. Yhdysvalloissa ja joissakin Euroopan maissa markkinoilla oleva konjugoitujen estrogeenien ja basedoksifeenin yhdistelmä tavoittelee kudosselektiivisyyttä. Sen pitkäaikaisista vaikutuksista verisuonien terveyteen ei toistaiseksi ole tietoa.

Tutkijan identiteetti oli muotoutunut, ja ajokortti tutkimusmaailmaan oli suoritettu. Oli siis selvää, että tutkimustyö jatkuisi. Jatkoin aluksi Transplantaatiolaboratoriossa nuoremman kollegan väitöskirjatyön ohjaajana samalla, kun paneuduin entistä enemmän kliinisen työn pariin ja tein gynekologian reunakoulutusta. Lääketieteen opintojen myötä erikoisalatoive oli muuttunut kirurgiasta gynekologiaan. Aloin myös pohtia tutkimustyön jatkamista oman erikoisalan parissa. Ulkomaille lähtökin kävi mielessä, mutta siinä vaiheessa alle 1- ja 3-vuotiaat lapset sekä aviomiehen erikoistumis- ja tutkimustyö pitivät perheen Suomessa. Onnekas yhteensattuma oli, että professori Olavi Ylikorkala lähestyi Helsingin yliopistoon naistentaudeille ja synnytyksiin erikoistumaan ilmoittautuneita sähköpostitse ja tiedusteli kiinnostusta tutkimustyön tekemiseen. Vastasin tähän viestiin, ja pian olinkin tutustumassa dosentti Tomi Mikkolan tutkimusryhmään Biomedicumissa. ▶

Seth Wichmann -palkinnonsaaja 2016

Uusi suunta

Kardiovaskulaariasioiden sijaan tutkimustyöni dosentti Mikkolan ryhmässä suuntautui rasvakudoksen hormoniaineenvaihduntaan. Rasvakudos on mielenkiintoinen endokriininen elin, ja sen merkitys elimistön eri prosessien säätelijänä on viime vuosikymmeninä käynyt ilmeiseksi. Vaihdevuosissa munasarjojen estrogeenituotanto hiipuu, ja menopaussin jälkeen hormoneja tuotetaan perifeerisissä kudoksissa, erityisesti rasvakudoksessa. Liialliseen rasvakudoksen määrään, lihavuuteen, liittyy monia terveysongelmia. Vyötärölihavuus lisää muun muassa kardiovaskulaarisairauksien sekä postmenopausaalisen rintasyövän riskiä. Rintasyövän etiologiaan liitetään myös pitkäaikainen estrogeenialtistus. Vaikka rintatuumorin estrogeenimetaboliaa on tutkittu melko paljon, sitä ympäröivän rasvakudoksen roolia estrogeenipitoisuuksien säätelijänä ei tunneta tarkasti. Varsin vähän on myös tietoa siitä, miten elimistön erilaiset rasvakudokset – ihonalais-, viskeraali-, tai vaikkapa rinnan rasva – eroavat toisistaan.

Niinpä aloimme kerätä rinnan rasvanäytteitä mastektomia- ja reduktioplastiapotilailta sekä ihonalais- ja viskeraalirasvanäytteitä gynekologisilta leikkauspotilailta. Yhteistyössä professori Matti Tikkasen tutkimusryhmän kanssa aloimme myös kehittää entistä parempia massaspektrometrisia menetelmiä postmenopausaalisten naisten rasvakudoksen estrogeenipitoisuuksien määrittämiseen. Perinteinen immunologinen määritysmenetelmä ei nimittäin ole luotettava silloin, kun estrogeenipitoisuudet ovat matalia. Hyvä yhteistyö HUSLAB:n asiantuntijoiden kanssa on ollut ensiarvoisen tärkeää.

Olemme osoittaneet, että postmenopausaalisten naisten rinnan rasvakudoksen estradiolipitoisuus sekä estradiolia syntetisoivan entsyymin lähetti-RNA:n pitoisuus ovat rintasyöpää sairastavilla merkittävästi matalammat kuin terveillä kontrolleilla. Toistaiseksi ei tiedetä, säätelevätkö esimerkiksi tuumorin erittämät tulehduksenvälittäjäaineet estrogeenituotantoa, mutta joissakin tutkimuksissa syöpäsolujen on todettu muuttavan rasvasolujen toimintaa. Toisaalta on mahdollista, että estrogeenireseptoripositiivinen syöpäkasvain sitoo rasvakudoksen tuottamaa ja varastoimaa estradiolia. Käynnissä olevat tutkimukset selvittävät, mitä eroja on pre- ja postmenopausaalisten naisten ja toisaalta ihonalais- ja viskeraalirasvan välillä. Soluviljelmien avulla pyrimme jatkossa selvittämään tarkemmin niitä tekijöitä, jotka vaikuttavat estrogeenituotannon säätelyyn rasvakudoksessa, muun muassa hormonihoidon tai inflammatoristen välittäjäaineiden vaikutusta.

Estrogeeni sittenkin sydäntä suojaava tekijä?

Projekteissa työskentelee tällä hetkellä kaksi väitöskirjatutkijaa. Estrogeenin kardiovaskulaarivaikutukset ovat edelleen lähellä sydäntäni. KELA:n lääkekorvaus- ja kuolinsyyrekistereitä hyödyntäen tutkimusryhmämme on selvittänyt vaihdevuosien hormonihoidon käytön yhteyttä muun muassa kardiovaskulaari-, rintasyöpä- ja dementiakuolleisuuteen. Osoitimme vastikään, että vaihdevuosien hormonihoito pienensi sydänkuolleisuutta sitä enemmän mitä aikaisemmin hormonihoito oli aloitettu. Tutkimuslöydös sopii hyvin arterioskleroosin luonnolliseen kulkuun, joka on sidoksissa ikään: estrogeeni suojaa sydäntä ja verisuonia heti vaihdevuosien jälkeen, mutta ei enää tilanteessa, jossa valtimotauti on edennyt pitkälle. Myös tuoreet kansainvälisten tutkimusten tulokset tukevat tätä niin sanottua ”timing hypoteesia”. Selvitimme myös hormonihoidon keltarauhaskomponentin merkitystä estradiolin verisuonia suojaavan vaikutuksen kannalta, sillä esimerkiksi medroksiprogesteroniasetaatin (MPA) on epäilty vaimentavan estrogeenin hyödyllisiä verisuonivaikutuksia. Omassa tutkimuksessamme keltarauhashormoni ei merkittävästi vaikuttanut estradiolin verisuonia suojaavaan vaikutukseen. Pitkäaikaiseen hormonihoitoon liittyy suurentunut rintasyöpäriski, mutta hormonihoito ei näytä lisäävän rintasyöpäkuolleisuutta. Päinvastoin, hormonihoitoa käyttäneillä naisilla rintasyöpäkuolleisuus oli suomalaisessa aineistossa keskimäärin 50 % pienempi kuin taustaväestössä.

Milloin hormonikorvaushoito pitäisi lopettaa?

Vaihdevuosien hormonihoidon lopettamiseen näyttää liittyvän suurentunut sydänkuoleman riski, erityisesti alle 60-vuotiailla naisilla. Taustalla olevia mekanismeja ei vielä tunneta, mutta löydös voisi liittyä verisuonten reaktiivisuuteen tai lisääntyneeseen rytmihäiriötaipumukseen estrogeenipitoisuuksien laskiessa. Tutkimusryhmämme tavoite jatkossa on tutkia tarkemmin estrogeenihoidon lopettamiseen liittyviä terveysvaikutuksia sekä sitä, miten hormonihoito on turvallisinta lopettaa. Työ jatkuu myös suomalaisten hormonihoitoa saavien naisten sydäninfarkti- ja aivohalvaussairastuvuuden sekä muihin kroonisiin sairauksiin sairastuvuuden parissa. Näissä projekteissa työskentelee tällä hetkellä kaksi väitöskirjatyöntekijää.

Vaihdevuosi-ikäisten naisten joukko on suuri; Suomessa on tällä hetkellä noin 1,2 miljoonaa yli 50-vuotiasta naista. Vaihdevuosiin liittyy monia fysiologisia ja endokrinologisia muutoksia, joihin liittyy lisääntynyt riski sairastua muun muassa sydän- ja verisuonitauteihin, osteoporoosiin ja rintasyöpään. Toivon, että omassa tutkimuksessamme vastaamme kliinisesti relevantteihin kysymyksiin siitä, mitä rasvakudoksen hormonituotannossa tapahtuu vaihdevuosissa sekä kysymyksiin siitä, miten nämä muutokset tai ulkoiset tekijät mahdollisesti vaikuttavat naisen riskeihin sairastua sydän- ja verisuonitauteihin tai rintasyöpään. Toisaalta toivon tutkimuksemme vastaavan siihen, miten vaihdevuosien hormonihoito vaikuttaa naisen pitkäaikaisterveyteen, jotta hoitoa voidaan jatkossa entistä paremmin yksilöllisesti optimoida.

Tutkimuksen yhdistäminen kliiniseen työhön ja muuhun elämään vaatii aikaa, logistisia taitoja ja ymmärrystä etenkin perheeltä – mutta antaa paljon. Koen tutkimuksen tekemisen hyvänä vastapainona kliiniselle työlle ja toivon, että tutkimustyön arvostus säilyy sairaalatyön tehokkuusvaatimusten lisääntyessä ja näkyy sote-uudistuksen toteutuksessa. Tutkimuksen avulla meillä on mahdollisuus kriittisesti arvioida ja kehittää osaamistamme ja hoitokäytäntöjämme. Minulla on ollut ilo työskennellä lukuisten innostavien ja lahjakkaiden ihmisten parissa, ja olen kiitollinen kaikesta saamastani tuesta tutkijan tiellä. Kiitän Suomen Gynekologiyhdistystä Seth Wichmann -palkinnosta ja tutkimustyöni tukemisesta. ■



Valtakunnallinen Ylilääkärikokous Turussa 10.–11.11.2016

■ SEIJA GRÉNMAN ja RIINA KATAINEN

Olipa taas mukavaa tavata!

Alamme valtakunnalliseen Ylilääkärikokoukseen osallistuvat kaikki, jotka kynnelle kykenevät! Niin oli nytkin, kun yli 30 hengen joukko keskus- ja yliopistosairaaloiden ylilääkäreitä kokoontui marraskuussa Turussa.

Kokous järjestetään vuosittain ja vetovastuu on viiden vuoden välein kullakin yliopistosairaalalla. Ohjelmassa käsitellään ajankohtaisia valtakunnallisia ja paikallisia asioita ja esitellään paikallista osaamista. Osa teemoista tuntuu aina ajankohtaiselta ja toistuu usein ohjelmassa. Tällaisia ovat mm. hoidon porrastus ja erikoislääkärikoulutus. Ne olivat esillä Turussa 2011, ja olivat ohjelmassa tälläkin kertaa.

Kokouksen ensimmäisenä päivänä puhuttiin muun muassa kirurgisen hoidon keskittämisestä, leikkauskoulutuksesta ja erikoislääkäreiden tarpeesta tulevaisuudessa. Kahdesta viimeksi mainitusta aiheesta on Syklin tässä numerossa erilliset artikkelit. Uusina, ajankohtaisina teemoina kokouksessa olivat Virtuaalisairaala ja Auria Biopankki. Professori Aila Tiitinen on luvannut antaa haastattelun Virtuaalisairaalaan liittyen lehden seuraavaan numeroon.

Lotussynnytys ja swabbaus

Perjantaina päivän avasi neonatologi Kalle Korhonen Tyksistä kertomalla lotussynnytyksestä (lotus birth) ja äidin emättimen mikrobiston siirtämisestä vauvan iholle ja limakalvoille sektion jälkeen (vaginal seeding, swabbaus). Lotussynnytyksessä napanuoraa ei katkaista lainkaan vaan sen annetaan olla paikoillaan niin kauan, että se irtoaa luonnollisesti, 3–10 päivän kuluttua syntymästä. Kirjallisuuden mukaan tämä saattaa lisätä vauvan infektioriskiä. Muita riskejä napanuoran katkaisematta jättämiseen ei ole yhdistetty, mutta ei siitä ole kuvattu olevan hyötyjäkään. Tapausselostuksia vakavista infektioista ei ole julkaistu. Swabbauksen hyötyjä tutkineissa julkaisuissa potilasaineistot ovat olleet hyvin pieniä (alle kymmenen potilasta). Kuukauden iässä vauvojen floora on muistuttanut hieman enemmän alateitse syntyneiden vauvojen flooraa kuin muilla sektiovauvoilla. Tyksissä vanhemmat saavat itse suorittaa swabbauksen sitä toivoessaan. Streptococcus agalactiae (GBS) -positiivisuus on vasta-aihe. Vanhempia informoidaan lapselle mahdollisesti aiheutuvasta infektioriskistä. Myöskään swabbaukseen liittyen ei ole julkaistu tapausselostuksia vakavista vastasyntyneen infektioista. ▶

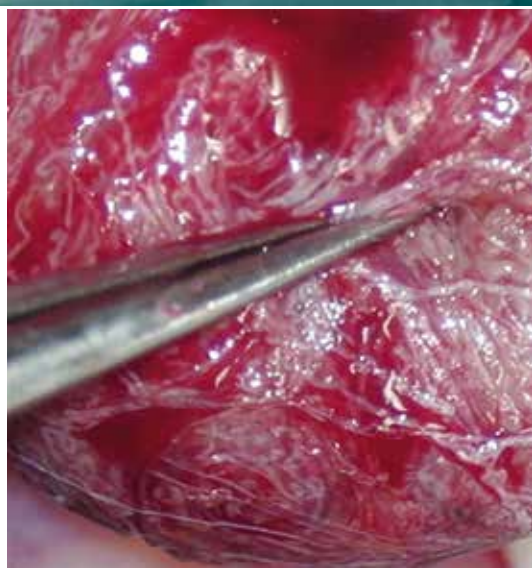
Seija Grénman kirjoitti vuonna 2011 kokousmuistion loppuun: ”Tulevissa kokouksissa on syytä varata aikaa päätösten ja yhteisten näkemysten muokkaamiselle ja kirjaamiselle”. Realistinen tavoite lienee se, että nostetaan/nousee esiin asioita, joista tarvitaan yhteinen konsensus. Näin kävi tällä kertaa ainakin Kalle Korhosen esityksen jälkeen. Vastasyntyneen mahdollinen infektioriski kirvoitti keskustelun siitä, mikä GBS-määritysmenetelmä on luotettavin ja kokonaistaloudellisesti edullisin. Käytäntö eri sairaaloissa on vielä kirjava – osa käyttää neuvolassa tai synnytysosastolla tehtävää viljelyä, osa PCR-tekniikkaa. Ylilääkärikokouksessa asia ei vielä ratkennut, mutta tarve yhteiselle linjalle heräsi. Synnytyksen aikainen GBS-määritys on ajankohtainen muissakin Pohjoismaissa. NFOG:n Guideline komitean puheenjohtaja Niels Uldberg lähetti aiheeseen liittyen joulukuussa kyselyn, minkä jälkeen Suomen Perinatologiseuran ja SGY:n edustajat ovat käyneet vilkasta sähköpostikeskustelua aiheesta ja yhteisen näkemyksen laatiminen tuntuu tarpeelliselta.

Siittiöitä on mahdollista löytää jopa azoospermia-tilanteessa

Andrologiaan syventynyt erikoislääkäri Rauni Klami Tyksistä kertoi miehen lapsettomuuden hoidosta. Lapsettomuustutkimuksiin tulevista miehistä 30–50 %:lla on poikkeava siemenneste; atsoospermian esiintyvyys on noin 1 %. Mikäli atsoospermian syy on non-obstruktiivinen, voidaan kiveksestä etsiä siittiöitä MD-TESE -toimenpiteessä (Microdissection Testicular Sperm Extraction). Suomessa kyseisiä toimenpiteitä tehdään vain Turussa; toimenpiteitä tekevät Rauni Klami ja osastonylilääkäri, andrologi Antti Perheentupa. Toimenpiteessä tehdään kiveksen keskiviivaan parin senttimetrin mittainen viilto, jonka kautta pyritään mikroskoopin avulla löytämään alueita, joissa on siittiöitä. Kyseessä on siis kiveksen avobiopsia. Toimenpide yhdistetään aina mikrohedelmöityshoitoon. Potilaita voidaan lähettää toimenpiteeseen mistä tahansa Suomesta. Lähete suunnataan Tyksin naistentautien poliklinikalle. Kahdensadan kilometrin säteellä Turusta asuvat potilaat saavat ensikäyntiajan poliklinikalle, sitä kauempana asuvat käynnin korvaavan puhelun. Potilaat saapuvat sairaalaan toimenpideaamuna, jolloin kerrataan vielä leikkausasiat. Kotiin potilaat pääsevät samana iltana. Potilas ottaa itse yhteyttä jatkohoitoyksikköön, jonne Tyksin Naistenklinikan laboratorio lähettää siittiöt yksikön pyynnöstä. Koeputkihoito voidaan useimmiten toteuttaa potilasta lähinnä olevassa lapsettomuusklinikassa. Noin puolelle miehistä aloitetaan ennen MD-TESEä hormonihoito. Hormonihoidon tehosta ei ole varmaa tietoa, mutta hoidon onnistumiseksi halutaan tehdä kaikki mahdollinen. Tyksissä MD-TESEt aloitettiin vuonna 2008. Vuoden 2016 marraskuun alkuun mennessä toimenpiteitä oli tehty 145 (vuonna 2016 toimenpiteitä on tehty jo 40 marraskuun alkuun mennessä), potilaiden ikä on ollut keskimäärin 33 vuotta. Yli puolelle potilaista on tehty aiemmin neulabiopsia. Kun potilaalta on löytynyt siittiöitä, ja potilaan puoliso on ehtinyt jo saada vähintään yhden hedelmöityshoidon, 58 % hoidetuista naisista on synnyttänyt tai raskaana hoidon tuloksena. Miehistä kaksi on saanut hankalan infektion. Tämän vuoksi otettiin käyttöön antibioottiprofylaksia, eikä vaikeita infektiota ole sen jälkeen esiintynyt. Osa toimenpiteistä ei ole johtanut raskauteen päättyneen parisuhteen tai puolison korkean iän vuoksi, osalla toimenpiteen syynä on ollut hedel-



Antti Perheentupa ja Rauni Klami tekemässä MD-TESE-toimenpidettä Tyksissä.



MD-TESE-toimenpiteen yhteydessä otettu mikroskooppikuva kiveksestä. Pinsettien välissä näkyy paksumpia siementiehyitä, joista löytyikin siittiöitä (mikrohedelmöitystä varten).

Siittiöiden löytyminen TESE-toimenpiteessä

Yhteensä	145 potilasta
Sperm recovery rate	42 %
Klinefelter	44 %
NAS	35 %
Y-deleetio	50 %
Syöpähoidot	3/6
Operoitu (esim. torsion vuoksi)	9/10
Pieni kives	46 %
Normaali kives	36 %





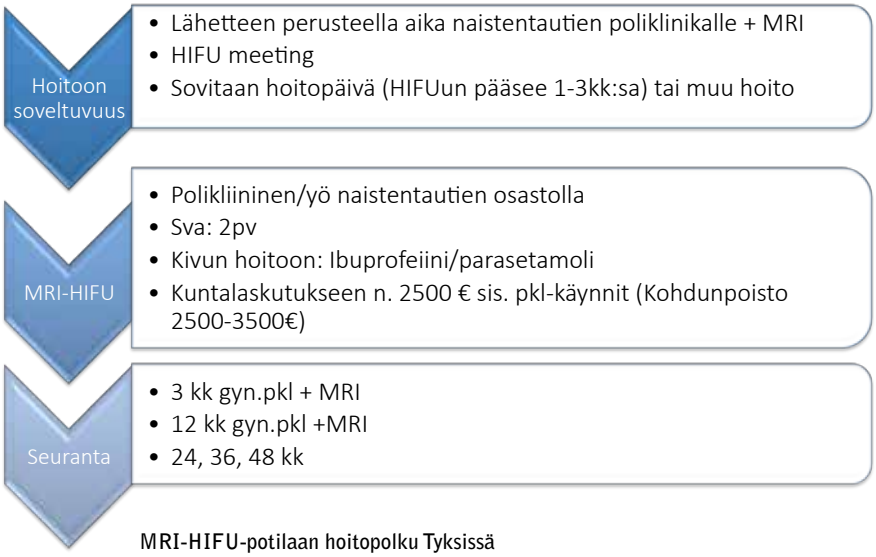
Suurin osa TESE-potilaista on vielä turkulaisia. Kartassa myös muut potilaita toimenpiteeseen lähettäneet sairaalat.



Hoito otettiin Tyksissä käyttöön helatorstaina 5.5.2016. Kirsi Joronen esitteli hoitoa Ylilääkärikokouksessa. Toimenpide perustuu kohdennetun ultraäänen lämpövaikutukseen. MRI:tä käytetään sekä ennen toimenpidettä hoitoon soveltuvuuden arviointiin, toimenpiteen aikana ultraäänen kohdentamiseen että hoidon jälkeen hoidon tehon arviointiin. Ennen toimenpidettä tutkitaan kohteen sijainti, koko, etäisyys ja ympäröivät rakenteet. Toimenpiteen aikana termometriaa hyväksi käyttäen nähdään reaaliaikaisesti kohteen ja vieruskudosten lämpiäminen. Täten voidaan todeta, saavutetaanko tarvittava ablaatiolämpötila ja toisaalta havaitaan ajoissa, mikäli vieruskudokset lämpiävät liikaa. Kyseessä on kajoamaton polikliininen toimenpide, johon ei liity säderasitusta. Hoitoa antaa yli sata keskusta ympäri maailmaa. Hoidolla tähdätään oireiden lievittymiseen. Myoomat pienenevät ja niiden rakenne muuttuu. Hoitoa tarjotaan fertiili-ikäisille potilaille, joilla on alle 4 cm subkutaanirasvaa ja yhteensä 1–3 kooltaan 2–8 cm olevaa myoomaa. Potilaan on kyettävä makaamaan noin kolme tuntia liikkumatta MRI-laitteessa. Myooman suuri koko (yli 10 cm tai yli 500 ml), myooman runsas perfuusio (todetaan MRI:ssä), alavatsan runsas arpisuus, hankala perussairaus ja klaustrofobia ovat esteitä toimenpiteelle. Hoidossa tähdätään myooman mahdollisimman täydelliseen tuhoamiseen. Aikaisemmissa tutkimuksissa hoitotulokset ovat olleet lupaavia (hyvä hoitotulos yli 80 %:lla potilaista, oireiden merkittävä väheneminen yli 80 %:lla). Yleisin haittavaikutus on ollut ihon pinnallinen palovamma (< 5 %), vuosina 2004–2014 vakavia komplikaatioita on raportoitu 0.35 % hoidoista (II/III asteen palovamma, hermovaurio, suomällisyyden säilyttäminen. Mikäli raskaudella on kiire, esim. jos puoliso on lähemmäs 40-vuotias, on pariskuntaa syytä informoida myös mahdollisuudesta yksityissektorilla tehtävään lahjasiittiöhoitoon vaihtoehtona MD-TESE-toimenpiteelle. Toistaiseksi tarkatkaan etukäteisselvittelyt eivät pysty erottelemaan potilaita, joilta siittiöt löytyvät.

MRI-HIFU

Varsinais-Suomen kuvantamiskeskus ja TYKSin naistenklinikka ovat tuoneet myoomien MRI-HIFU-hoidon (MRI-ohjattu korkeataajuksinen fokusoitu ultraääni, käytetään myös nimeä MrgFUS) ensimmäisenä Suomeen.

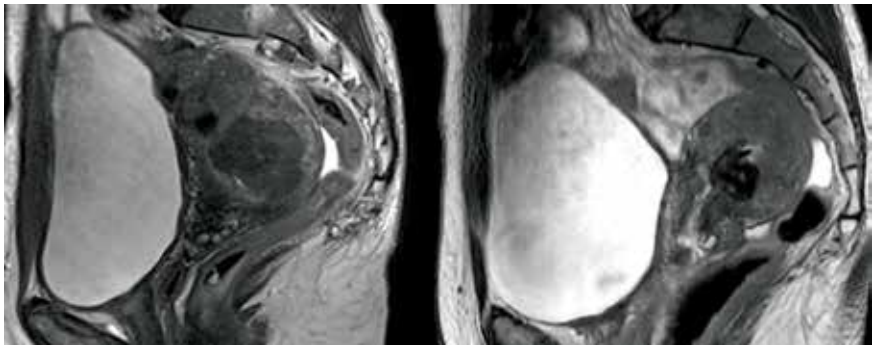


MRI-HIFU-potilaan hoitopolku Tyksissä

livaurio tai rakkovaurio). Muita mahdollisia haittavaikutuksia ovat kuumeilu, alavatsakipu ja pitkittynyt verinen emätinvuoto. MRI-HIFUa on käytetty maailmalla lupaavin tuloksin myös adenomyoosin hoitoon (oireiden lievittyminen kolmen vuoden seurannassa yli 80 %:lla). Hoidon jälkeen on raportoitu reilu 150 raskautta. Obstetrisia komplikaatioita tai lisääntynyttä keskenmenoriskiä ei ole raportoitu. Raskaustoivetta ei pidetä esteenä toimenpiteelle ja HIFUlla on hoidettu myös lapsettomuuspotilaita, mutta lisätutkimuksia aiheesta kaivataan. Ylilääkärikokoukseen mennessä Tyksissä oli hoidettu 15 potilasta, joista kymmenen oli ehtinyt käymään kolmen kuukauden seurantakäynnillä. Potilaista 9/10 oli tyytyväisiä hoitotulokseen. Tyks ottaa mielellään vastaan potilaita oman piirinsä ulkopuoleltakin.

Virallisen ohjelman lisäksi Ylilääkärikokouksen puitteissa oli mahdollisuus vaihtaa ajatuksia monista muista yhteisistä asioista. Illallisella nähtiin turkulaisten erikoistuvien tekemä video innovatiivisista väistöratkaisuista remonttien yhteydessä. Kiitos Tyksin Naistenklinikan erikoistuville makeat naurut kirvoittaneesta videosta! Kiitos myös erinomaisista kokousjärjestelyistä yhteistyökumppanillemme MSD:lle.

Seuraava Ylilääkärikokous on Tampereella 9.–10.2017. On mielenkiintoista nähdä, mitkä aiheet ovat silloin ajankohtaisia. ■



T2 MRI sagittaalikuva HIFU- hoidetusta potilaasta; lähtötilanne ja seuranta kolme kuukautta myöhemmin



JOHANNA RELLMAN

Erikoislääkärikoulutus uudistuu – tarvitaanko gynekologeja tulevaisuudessa enemmän vai vähemmän?

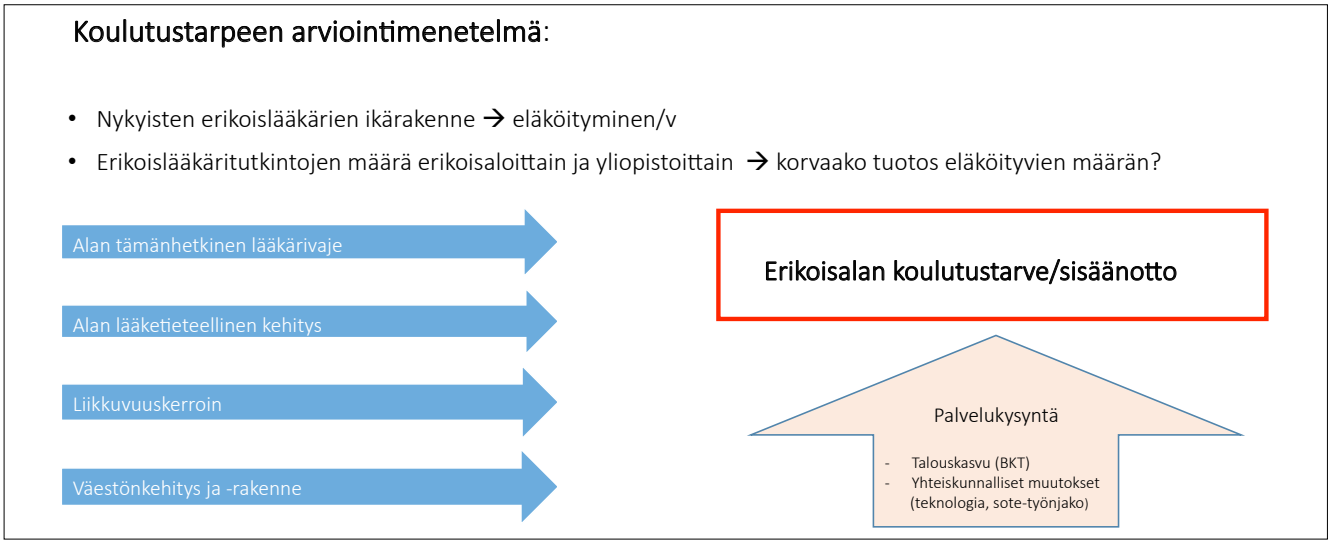


Suomalaisessa erikoislääkärikoulutuksessa on käynnissä merkittävä muutosvaihe. STM:n alaisuuteen perustettu erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen koordinaatiojaosto on juuri saanut valmiiksi erikoislääkärikoulutuksen toimenpideohjelman v. 2017–2019 *(1)*. Toimenpideohjelman tavoitteena on laadukas ja suunnitelmallinen erikoistumiskoulutus, joka turvaa oikean määrän erikoislääkäreitä kaikille aloille ja koko Suomeen. Erikoistumiskoulutukseen luodaan uusi avoin valintamenettely ja samalla omaa erikoisalaansa pohtiville tarjotaan ajantasaista tietoa eri erikoisalojen koulutuksesta ja työtilanteesta. Koulutuspaikat pitää auditoida ja valtakunnallinen lokikirja halutaan käyttöön kaikille erikoisaloille.

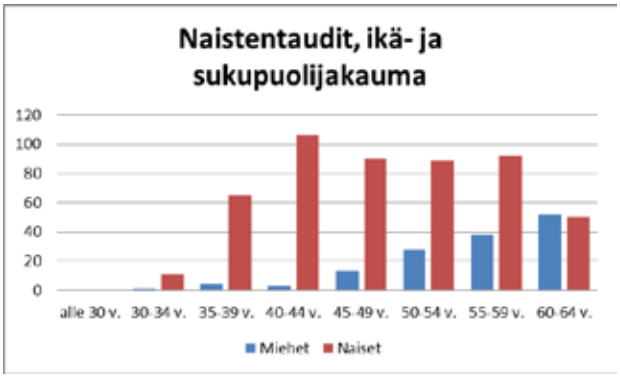
Toimenpideohjelmaa varten STM pyysi allekirjoittaneelta selvityksen valtakunnallisesta, erikoisalakohtaisesta erikoislääkärien- ja erikoishammaslääkärien koulutustarpeesta vuoteen 2030 *(2)*. Selvityksessä todetaan: lääkärien peruskoulutuksen voimakas vähentäminen 90-luvun puolivälissä aiheutti sen, että 2000-luvun alussa uusia lääkäreitä valmistui alle 400 vuodessa. Viime vuosina LL-tutkintomäärä on ollut n. 600/vuosi ja v. 2020 alkaen uusia lääkäreitä saadaan jo n. 700 vuodessa, kun nyt opiskelemaan otetut suuret kurssit alkavat valmistua.

Lääkäriliiton pitkäaikaisen seurannan perusteella n. 80 % lääkäreistä erikoistuu työuransa aikana ja vuosina 2000–2015 erikoislääkärimäärä kasvoi yli 25 %. Tämä kasvu tulee 2020-luvulla kuitenkin selvästi hidastumaan, koska suuret lääkäri-ikäluokat (n. 500 lääkäriä/v) alkavat eläköityä. Huolena siis on, kuka kouluttaa erikoistumaan tulevat nuoret kollegat? Erikoislääkärien riittävyyden suomalaisessa terveydenhuollossa seuraavan 10 vuoden aikana ratkaisee ikääntyvien lääkärien pysyminen työelämässä.

Aiempien alueellisten erikoislääkäritilanneselvitysten perusteella tiedetään, että nykyisillä koulutusmäärillä osa erikoisaloista kasvaa voimakkaas-



ti ja osan lääkärimäärä vähenee tulevaisuudessa, jos koulutusta ei ohjata. Nyt tehdyssä selvityksessä erikoisalojen koulutustarve on arvioitu oheisen kaavion mukaisesti. Nykyisen erikoislääkärikunnan (kaikki alan työikäiset lääkärit työpaikasta riippumatta) eläköitymisen lisäksi arviossa on huomioitu mm. alueellinen väestönkasvu ja -rakenne, lääkärien liikkuvuus sekä erikoislääkäriyhdistysten näkemys alansa lääketieteellisestä kehityksestä.



Miltä näyttää selvityksen perusteella naistentautien erikoislääkäritilanne? Naistentaudit on perinteisesti ollut yksi suosituimmista aloista nuorten lääkärien uravalinnoissa. Gynekologien määrä on 2000-luvulla kasvanut n. 1 % vuosivauhtia. Nykyinen erikoislääkärikunta on kuitenkin varsin iäkästä erityisesti yksityissektorilla ja lääkärien työpanosta vähentää alan voimakas naisvaltaistuminen ja osa-aikatyön lisääntyminen.

Vuoden 2015 alussa Suomessa työskenteli 675 naistentautien ja synnytysten erikoislääkäriä. Heistä n. 240 asui pääkaupunkiseudulla. Vuoteen 2030 mennessä n. 370 lääkäriä (54 %) saavuttaa eläkeiän. Erikoisalayhdistyksen näkemyksen mukaan lääkärimäärä vastaa kokonaisuutena palvelutarvetta. Alan palvelukysyntää olisi tarjontaa enemmän gynekologiassa, missä kaivataan erikoislääkärien jalkautumista perusterveydenhuoltoon.

Uusia naistentautien ja synnytysten erikoislääkäreitä on viimeisen 10 vuoden aikana valmistunut keskimäärin 24/vuosi. Kun edellä kuvattu eläköityminen, Suomen ennustettu väestönkasvu (0,4 %/v) ja osa-aikatyön lisääntyminen huomioidaan, pitää alalle kouluttaa n. 400 uutta erikoislääkäriä vuoteen 2030 mennessä. Tämä tarkoittaa 26–27 lääkäriä/vuosi eli nykykoulutusta pitäisi hiukan lisätä, lähinnä Tyksin alueella.

Taulukon 1 mukaisesti siis esim. Hyks-alueella vuosittain erikoistumisputken päästä putkahtaa ulos 9–10 uutta erikoislääkäriä. Koska Helsingin seudulle siirtyy merkittävä osa muilla alueilla koulutuksensa saaneista, on lääkärimäärä/100 000 asukasta asetettu arviossa muita alueita alemmaksi.

Koulutustarveselvityksen perusteella erikoislääkärien kokonaiskoulutustarve vuoteen 2030 mennessä on n. 600 erikoislääkäriä/vuosi. Erikoisalakohtaiset luvut voidaan tulkita suuntaa antavina myös koulutuksen aloituspaikoiksi; vuosittain valmistuvista n. 700 lisensiaatista n. 30 saisi siis naistentautien ja synnytysten erikoistumispaikan ja ehkä viran yhteistoiminta-alueen erikoistuvien virkapoolista. Kymmenen onnekasta pääsisi erikoistumaan keuhkosairauksiin, 15 neurologiaan, 45 psykiatriaan ja 100 yleislääketieteeseen.

Naistentautien erikoislääkäritarpeen arviointia vaikeuttavat käynnissä oleva synnytysten keskittäminen ja siihen liittyvät sairaaloiden päivystystarpeen muutokset sekä toisaalta mahdolliset työaikadirektiivien vaikutukset. Palvelukysyntä yksityissektorilla on vähentynyt ja monet lääkärit jatkavat työtä eläkeiän jälkeenkin.

Sote-uudistuksen ja teknologian kehityksen vaikutukset lääkäritarpeeseen ovat vielä suuria kysymysmerkkejä. Varmaa on kuitenkin, että lapsia syntytetään myös tulevaisuudessa. Erikoislääkärien koulutustarvetta tuleekin jatkossa arvioida riittävän usein ja edellä kuvattua arviointimenetelmää kehittäen. Nykyisillä 750 opiskelijan sisäänottomäärillä lääkärien määrän kasvu kiihtyy 2030-luvulle tultaessa selvästi ja lisäksi suomalaisten, ulkomailla lääketiedettä opiskelevien paluu Suomeen voi vaikuttaa koulutustarpeeseen. Ylikoulutuksen välttämiseksi tulisi lääkärien peruskoulutusta lähivuosina maltillisesti vähentää. ■

Taulukko 1. Erikoislääkäreiden koulutustarpeen arvio

Selvityshenkilön arvio Naistentaudit ja synnytykset	Koulutustarve	Koulutus /vuosi	Lääkäreitä 2030	Lääkäreitä 2030 /100 000 asukasta
Hyks	142	9,5	243	11,5
Tyks	65	4,3	115	12,4
Tays	78	5,2	143	12,4
Kys	58	3,9	100	12,3
Oys	50	3,3	99	13,0
Yhteensä	393	26,2	700	12,1

Johanna Rellman
Erikoislääkäri, vs. toimialajohtaja
Tays/Lääkäriliitto

1. STM: Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen valtakunnallinen toimenpideohjelma http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3844-1
2. Johanna Rellman: Erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutustarpeen arviointi vuoteen 2030 http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3839-7

■ LARA LEHTORANTA

Yksiselitteisesti suurin huolenaihe: työllistyminen

Naistentaudit ja synnytykset on erikoisala, joka houkuttelee vastavalmistuneita lääkäreitä. Lääkärikunta naisistuu ja se näkyy meidänkin alallamme. Yliopistovaihetta suorittamassa olevista naistentautien erikoislääkärin tutkintoon tähtäävistä kollegoista vain alle 7 % on miehiä.

Vastuu erikoislääkärikoulutuksesta on nykyään Sosiaali- ja terveysministeriöllä (STM). STM:n alainen jaosto selvitti erikoislääkärikoulutuksen tarpeita vuoteen 2030 tavoitteenaan huomioida alueellinen erikoisalakohtainen koulutustarve. Selvityksessä gynekologien koulutusmäärät ovat jo vuosia olleet melko tasaisia. Siinä päädyttiin suosittamaan naistentautien ja synnytysten erikoislääkärimäärän hienoista kasvattamista (24–25 el/vuosi -> 26–27 el/vuosi), kohdealueina Itä-Suomen ja TYKS:n vastuualueet.

Päivystystoimintaa koskevat asetukset muuttuivat ja sen seurauksena alue- ja keskussairaaloiden toiminta entisellään jatkuu harvassa paikassa. Jo ennen tätä, oman alueeni TYKS:n erityisvastuualueella on tasaisesti lopetettu synnytystoimintaa pienemmistä yksiköistä. Kokemuksemme mukaan synnytysten lopettaminen johtaa vääjäämättä muunkin toiminnan vähenemiseen naistenklinikoissa. Tällä saavutetaan mahdollisia säästöjä, joista osa kertyy ehkä gynekologinvirkojen vähentämisestä? Koemme, että tämä on jätetty huomioimatta STM:n selvityksessä, joka perustui siihen, että näiden pienempien yksiköiden toimintaa ei olla ajamassa alas.

Gynekologikunta on erikoisalakohtaisessa vertailussa iäkkäämpää kuin moni muu. Noin vuoden 2030 paikkeille mennessä naistentautien erikoislääkärien tarve kasvaa merkittävästi. Siihen mennessä ikärakenteen mukainen eläköityminen on aika tasaista. Toki kokonaisuutta arvioitaessa täysin arvaamaton muuttuja on lähellä eläkeikää (jota sitäkin ehkä nostetaan) olevien työssä viihtyminen – haluavatko terveet 70-vuotiaat jatkaa työntekoa pidempään kuin luullaan? 70 is the new 60? Myös suomalaiset vanhenevat ja syntyvyyden ennustetaan laskevan. Varmaa on, että valmistuvien lääketieteen lisensiaattien määrä lisääntyy koulutusmäärien lisäyksestä johtuen ja se tulee näkymään halukkaina kouluttautujina meidänkin alallamme.

Kritisoitu naisvaltaistuminen taas saattaa vaikuttaa työllisyyttä parantavasti. Lääkäriliiton selvityksen mukaan (http://www.laakarilehti.fi/tieteessa/terveydenhuoltoartikkelit/sukupuolten-palkkaerot-pysyneet-pienina-kuntasektorin-laakareilla/) Suomen sairaaloiden erikoislääkäreistä naistentautien ja synnytysten erikoislääkäreillä oli matalampi palkka kuin kirurgisia aloja edustavien, neurologian, radiologian, sisätautien, syöpätautien, lastentautien, psykiatrian ja korva-, nenä- ja kurkkutautien erikoislääkärien palkat. Oma ovensuukyselyni esimieheltäni kuitenkin kertoi, että erikoislääkärimme kuuluvat omassa sairaalassani korkeimpaan palkkaluokkaan. Johtuuko ero siitä, että pidämme naisvaltaisena alana enemmän vapaita? Tätä Tilastokeskus ei tilastoi, mutta tämä saattaa lisätä tarvittavien toimijoiden määrää. ▶

	HUS	KYS	OYS	TAYS	TYKS
virat (gyn)	33	8	6	11	7
erikoistuvia	56	8	9	11	10
vapaavko /kk	1		0,7	0,9	1
äitiyslomalla	13	1	2	3	3
päivystyksiä /kk	4,8	2,7	4,2	3	4
naiset–miehet	51–5	8–0	9–0	10–1	10–0
keski-ikä	36	35	34	34	35
perheellinen	76 %	66 %	92 %	82 %	60 %
talon sisäinen koulutus h/vko	8–14	2–3	3–4	3–5	3–7
ulkopuolinen koulutus /v	2	4–5	2	2	2
jonottamassa sairaalapaikkaa	36		30?	46	30

Yliopistosairaalojen erikoistuvat. HUS:n luvut sisältävät Naistenklinikan lisäksi Jorvin ja Kätilöopiston erikoistuvat lääkärit.



EGOn hallitus ja SGY:n puheenjohtaja. Vasemmalta oikealle: Saara Bryk, Kirsti Hänninen, Elina Keikkala, Dimitrios Scordas, Elina Silvan, Lara Lehtoranta, Seija Grénman (SGY:n pj), Maria Rajecki, Seppo Virtanen ja Linda Linke (EGOn pj).

Ruotsalaismallinen fika-pappa-malli on leviämässä Suomeenkin huolestuttavaa tahtia ja saattaa lisätä myös miesten painetta pitää enemmän vapaata perheen hyväksi.

Erikoistumisvaiheessa palkoissa ei näy vastaavaa eroa. Minkälaisia me naistentauteihin erikoistuvat sitten olemme? Keräsimme EGOn hallituksen voimalla taulukon yliopistovaiheen erikoistuvista. Perheestä huolimatta päivystämme 3-4 kertaa kuukaudessa. Kouluttaudumme ahkerasti. Noin 100 paikkaamme yliopistosairaalassa on kuitenkin kärkkymässä yhteensä noin 250 uutta tulijaa. HUS:n erikoistuvien määrä tosin sisältää kaikki HUS:n alueen sairaaloiden erikoistuvat, joten mukana on keskussairaalavaiheessa olevia kouluttautujia. Suurin huolemme on yksinkertaisesti: mistä töitä valmistumisen jälkeen? Koulutuspaikoistamme on vaikea löytää töitä aloittelevalle yleistaitajalle. Lisäkoulutusohjelmiin vapautuu paikkoja vain harvoin ja niihinkin riittää hakijoita yliopistosairaalakaupungeissa. Aluesairaalat eivät laajenna tai ylläpidä vaan pikemminkin supistavat toimintaansa. Synnytystoimintaa uhataan lakkauttaa monissa keskussairaaloissakin. Ainakaan yliopistopaikkakunnilla yksityispuolikaan ei työllistä riittävästi. Odottelemmeko vain vuotta 2030 perheen kanssa aikaamme viettäen?

Meidän erikoistuvien tilanne ei kuitenkaan ole surkea. Emme elä lamaaikaa ja töitä toivottavasti järjestyy jollain tavalla meille jokaiselle. Kannattaa aina muistaa suurempi kuva. Se tuli meille selväksi, kun Seija Grénman kävi tuomassa SGY:n hallituksen puheenjohtajan terveiset EGO-pienryhmälle. Seija on myös FIGO:n varapuheenjohtaja ja kertoi meille järjestön tavoitteista naisten terveyden ja oikeuksien parantamiseksi. Kansainvälisellä mittakaavalla meillä on asiat aika hyvin: Donald Trumpin ja muiden äärikonservatiivien jyrätessä muualla, meillä Suomessa edelleenkin ehkäisy, turvallinen raskaudenkeskeytys, synnytys, kohdunkaulan syövän ehkäisy ja fistelien hoito ovat jokaisen naisen, myös erikoistuvan gynekologin ja läheistensä etuoikeus. ■

Eval **Lara Lehtoranta**, TYKS
Erikoistuvat gynekologit ja obstetrikot -pienryhmän hallituksen jäsen

■ REITA NYBERG ja EWA JOKINEN

Leikkauskouluttajien harmonisoimaan gyn leikkauskoulutuksen

Vuosi sitten tammikuussa järjestettiin Tampereella ensimmäinen kansallinen leikkauskouluttajien tapaaminen. Tapahtumassa nousi esiin leikkauskoulutusta antavien gynekologien tarve verkostoitua muiden kouluttajien kanssa ja myös itse kouluttautua ohjaustaidoissa. Tämän innoittamana tapaamisessa olleet päättivät perustaa leikkauskouluttajien pienryhmän, jolle Gynekologisen Kirurgian Seura tarjosi suojaa ja verkkosivutilaa siipiensä alta. Ryhmään nimettiin 10 aktiiviedustajaa, yksi jokaisesta yliopistollisesta sairaalasta ja viisi muiden opetussairaaloiden edustajaa. Tämän hetkinen ryhmän kokoonpano on taulukossa 1. Kyseessä ei ole mikään salaseura; kokousten pöytäkirjoihin ja ryhmän keräämiin materiaaleihin voi tutustua GKS:n verkkosivuilla http://gks.fi/koulutuskalenteri-2/leikkauskouluttajat/.

Leikkauskouluttajien pienryhmän ensimmäisessä kokouksessa Jyväskylän SGY-päivien presymposiumin yhteydessä muotoiltiin pienryhmän tavoitteet. Ryhmä pyrkii parantamaan leikkauskoulutusta, lisäämään kouluttajien välistä yhteistyötä sekä tekemään kansallisia suosituksia leikkauskoulutuksesta. Tähän mennessä ryhmä on ehtinyt järjestämään jo yhden pedagogisia taitoja koskeneen ”Kehity leikkauskouluttajana” -koulutuksen. Se järjestettiin Helsingissä joulukuun 2016 alussa ja se keräsi noin kolmekymmentä osallistujaa, kaukaisimmat Suomenlahden eteläpuolelta. Tämänkin koulutuksen luennot löytyvät GKS:n sivuilta.

Millaista leikkauskoulutusta Suomessa saa?

Pienryhmä aloitti työnsä kartoittamalla leikkauskoulutuksen tilaa Suomessa. Jo tammikuun 2016 tapaamista varten

Taulukko 1.

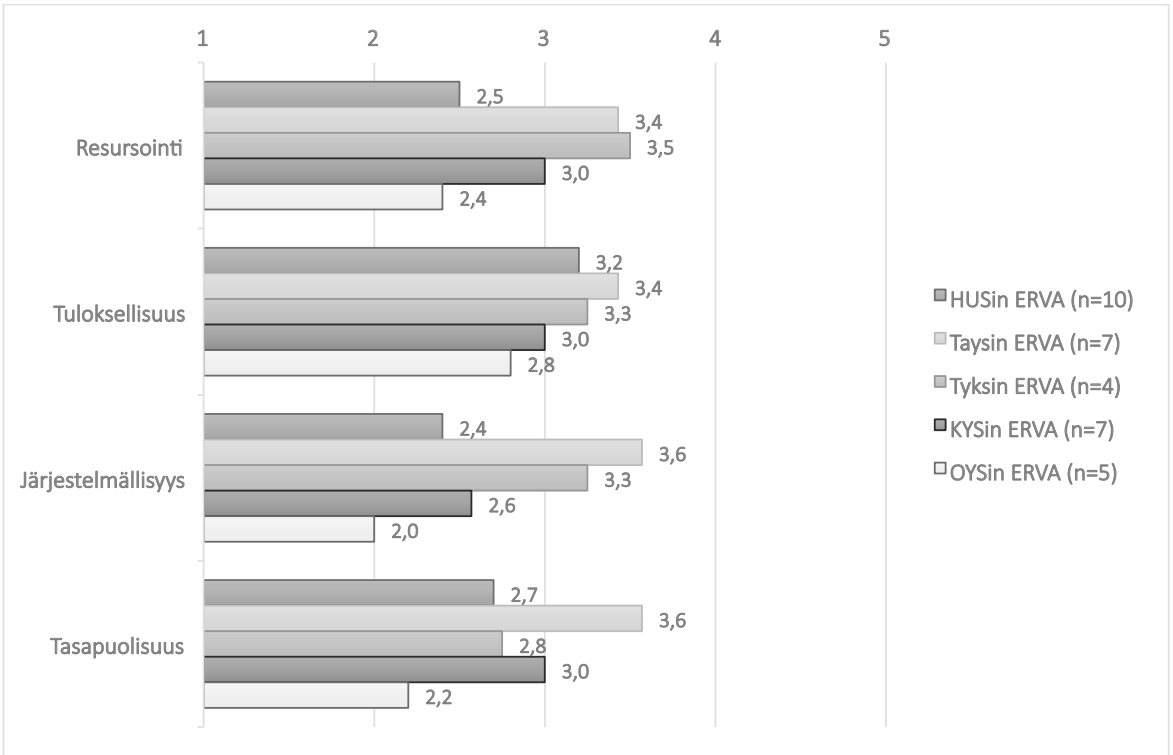
Pienryhmän jäsenet	Toimipaikka
Reita Nyberg, puheenjohtaja	TAYS
Ewa Jokinen, sihteeri	Hyvinkään sairaala
Pauliina Aukee	Keski-Suomen keskussairaala
Marja-Liisa Eloranta	KYS
Päivi Härkki	HYKS
Eija Lampela	Lapin keskussairaala
Nina Mattsson	Kanta-Hämeen keskussairaala
Sari Silventoinen	Päijät-Hämeen keskussairaala
Pia Suvitie	TYKS
Marja Simojoki	OYS

pienryhmä pyrkii ekologisen laatua Suomessa

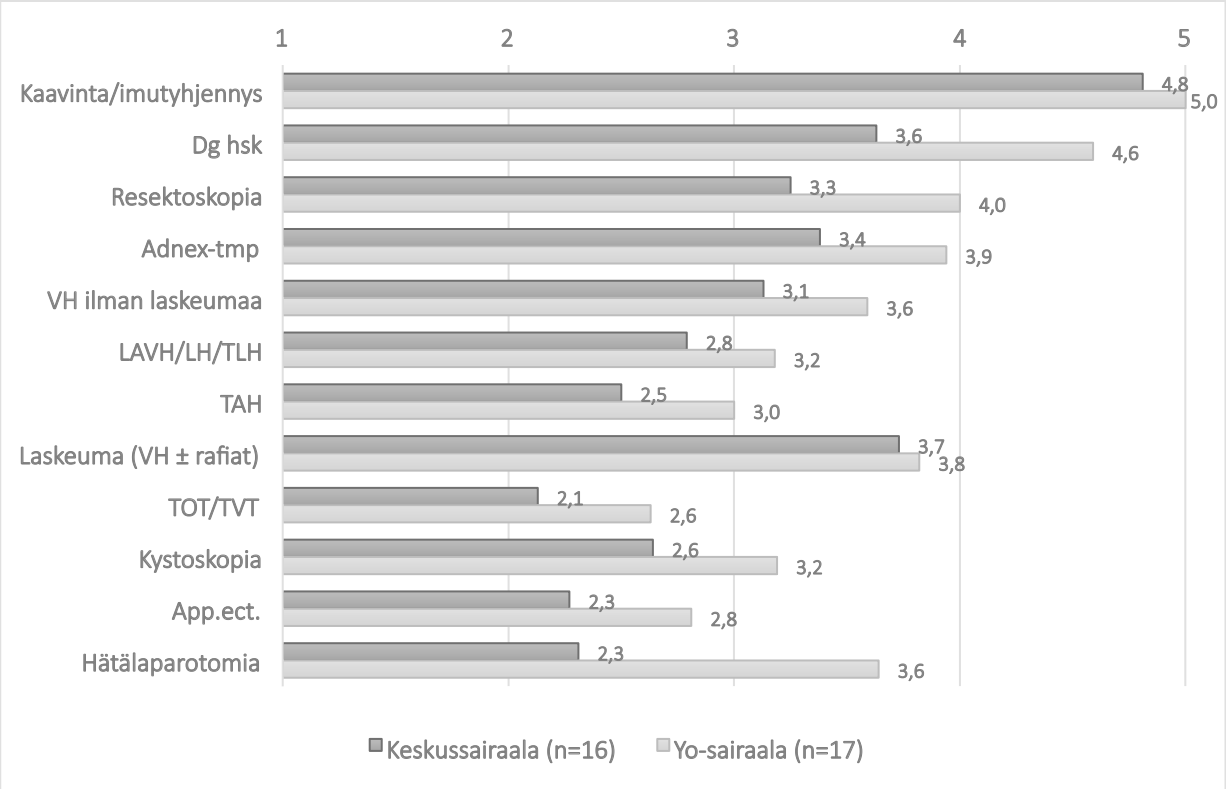
tehtiin ylilääkäreille ja leikkauskoulutuksesta vastaaville tai sitä antaville lääkäreille webropol-kysely, jossa muun muassa kartoitettiin eri klinikoiden käytäntöjä ja resursointia leikkauskoulutuksen suhteen sekä koettuja ongelmia. Tähän kyselyyn vastasi 19 ylilääkäriä ja 19 leikkauskouluttajaa. Samansisältöinen kysely toteutettiin EGOn kautta erikoistuville lääkäreille myöhemmin keväällä, ja siihen vastasi 33 koulutuksen eri vaiheessa olevaa erikoistuvaa lääkäriä ympäri Suomea.

Kyselyiden antama kuva leikkauskoulutuksen tilasta Suomessa oli melko karu. Yleisimmiksi ongelmiksi mainittiin systemaattisen koulutusohjelman puute (74 % ylilääkäreistä, 63 % kouluttajista ja 61 % erikoistuvista) ja leikkauskoulutukseen varatun ajan puute (63 % ylilääkäreistä, 74 % kouluttajista ja 68 % erikoistuvista). 58 % kouluttajista ja 55 % erikoistuvista koki tavoitteiden puuttumisen tai epäselvyyden ongelmaksi. Sopivien potilaiden puute haittasi 74 % ylilääkäreistä, 47 % kouluttajista ja 38 % erikoistuvista. Leikkauskouluttajista 58 % koki, etteivät he saaneet riittävästi pedagogista ohjausta. Se, ettei kukaan seurannut omaehtoista harjoittelua, haittasi 58 % erikoistuvista lääkäreistä. 48 % heistä myös ilmoitti, että aikaa omatoimiseen harjoitteluun jäi liian vähän. Rahan tai välineistön puute ei sen sijaan noussut yleiseksi ongelmaksi. Vain muutama vastaaja oli sitä mieltä, ettei mitään ongelmia ollut. Avoimissa kysymyksissä leikkauskoulutuksen parantamista koskien nousivat esiin muun muassa yhtenäiset tavoitteet leikkauskoulutuksen suhteen, yliopisto- ja keskussairaaloiden työnjako sekä yhteistyö koulutusten järjestämisen suhteen.

Erikoistuvien lääkärien käsitykset oman koulutuspaikkansa leikkauskoulutuksen tilasta vaihtelivat alueittain *(kuva 1)*. Kyselyssä pyydettiin arvioimaan koulutukseen varattuja resursseja kuten aikaa, henkilöstöä ja rahaa, tuloksellisuutta (miten hyvin erikoistuvat oppivat leikkaamaan koulutuspaikassa), järjestelmällisyyttä kuten lokikirjan käyttöä, ohjattuja harjoituksia ja tulosten seurantaa sekä tasapuolisuutta (leikkausmäärät/erikoistuva, pääsy ulkopuolisiin koulutuksiin ym.). Erikoistuvat saivat kyselyssä arvioida omia senhetkisiä kykyjään suoriutua eri toimenpiteistä; etenkin urogynekologiset toimenpiteet, appendicectomia, hätälaparoto-



Kuva 1. Erikoistuvien lääkärien arviot oman koulutuspaikkansa leikkauskoulutuksen sen hetkisestä tilasta erva-alueittain asteikolla 1 – 5 (1 = erittäin huono, 2 = huono, 3 = kohtalainen, 4 = hyvä, 5 = erittäin hyvä).



Kuva 2. Erikoistuvien (n=33) arviot omista leikkaustaidoista toimenpiteiden mukaan asteikolla 1–5 (1 = minulla ei ole toimenpiteestä mitään kokemusta, 2 = pystyn lähinnä avustamaan erikoislääkäriä, 3 = pystyn tekemään toimenpiteen erikoislääkärin avustamana, 4 = pystyn yleensä tekemään toimenpiteen itsenäisesti ilman erikoislääkäriä, 5 = selviän itsenäisesti lähes aina ja pystyn ohjaamaan toista erikoistuvaa toimenpiteen suorittamisessa).

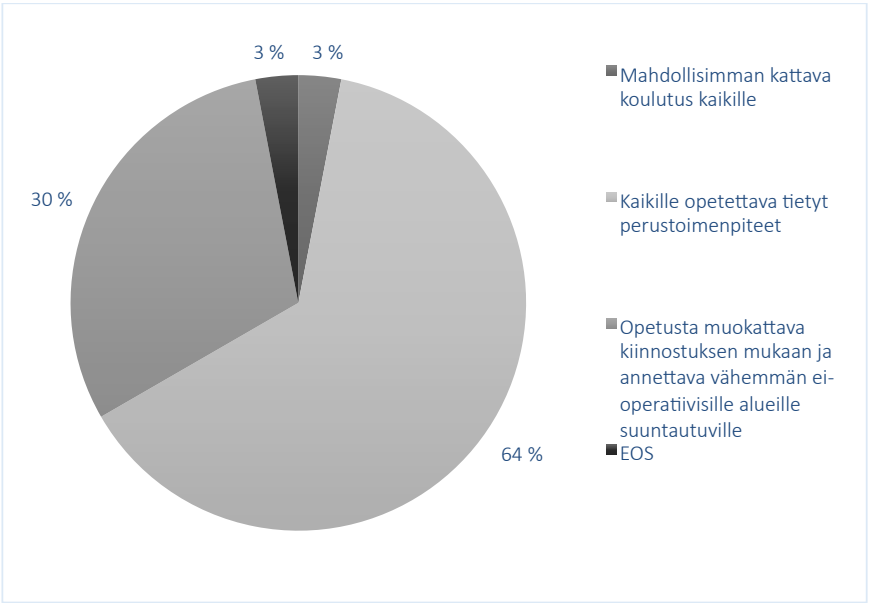
mia sekä kohdunpoisto niin tähystyksellä kuin avoimesti saivat kaikkein huonoimmat arviot *(kuva 2)*.

Erikoistuvien lääkärien kyselyssä kysyttiin myös, minkä verran leikkauskoulutusta naistentauteihin erikoistumisen pitäisi Suomessa sisältää. Ajatusta siitä, että kaikille opetettaisiin tietyt perustoimenpiteet, mutta ei välttämättä kaikkea, kannatti 64 % vastanneista *(kuva 3)*. Vastauksia tulkittaessa on huomioitava, että vastaajien määrä oli vähäinen verrattuna tällä hetkellä koulutuksessa olevien erikoistuvien määrään, joten on mahdollista, että kyselyyn vastasivat nimenomaan muutosta kaipaavat ja leikkaustaitoja itselleen tärkeänä pitävät erikoistuvat lääkärit.

Vastauksista kävi selväksi, että koulutus vaihtelee hyvin paljon sen mukaan, missä erikoistuva sattuu palvelustaan suorittamaan. Puolet keskussairaalassa ja 35 % yliopistosairaalaklinikoissa työskentelevistä erikoistuvista kertoi klinikassa järjestettävän omia kädentaitoharjoituksia. Vaikka suurimmassa osassa koulutuspaikoista onkin jotain harjoitteluvälineistöä, ilmeisesti ajanpuutteen takia vain noin 10 %:lla vastaajista omatoimista harjoittelua oli seurattu. On selvää, että harjoittelumotivaatio ja myös tulokset ovat heikommat, jos koulutettava jätetään tekemään harjoituksia ilman senioritukea.

Toimenpidelistasta tiekartaksi

Leikkauskouluttajien pienryhmä sai toukokuussa 2016 pidetyltä synnyty- ja naistentautiopin valtakunnalliselta opetuskokoukselta valtuutuksen tehdä ehdotus seuraavaan kokoukseen 5/2017 valtakunnalliseksi lokikirjaksi koskien gynekologista kirurgiaa. Ryhmä tarttui työstä toimeen, ja aloitti tutustumisen erilaisiin koulutusohjelmiin, myös joka yliopiston vaati-



Kuva 3. Erikoistuvien lääkärien (n=33) mielipiteet siitä, mitä leikkauskoulutuksen pitäisi sisältää.

mukset käytiin läpi leikkauskoulutusta silmällä pitäen. Mm. yleiseurooppalainen EBCOG, kanadalainen CBME ja hollantilainen BOEG on käyty läpi. EBCOG:ssa viehättävät vuotuiset säännölliset arvioinnit sekä kompetenssin ja suoriutumisen arviointi. CBME antaa virstanpylväitä, jotka pitää saavuttaa ja ohittaa saavuttaakseen spesialiteetin. BOEG jakaa koko erikoisalan systemaattisiksi osakokonaisuuksiksi ja korostaa koulutettavan vastuun asteittaista lisääntymistä, jolloin kouluttaja muuttuu vähitellen ohjaajasta mentoriksi.

Matkan varrella ryhmässä on vahvistunut ajatus siitä, että lokikirjan tulisi olla eräänlainen tiekartta, joka ei pelkästään nimeä määränpäätä, vaan kertoo reitin, välietapit ja keinot millä määränpää saavutetaan. Siksi yhtenäisiä valtakunnallisia tavoitteita tulisi asettaa, ei vain valmistuvalle gynekologille, vaan myös erikoistumiskoulutuksen eri vaiheisiin. Tavoitteita tulisi asettaa muutenkin kuin lukumääräpohjaisesti, ja niiden toteutumista pitäisi seurata taitojen karttumisen kautta. Pitää myös muistaa, ettei kirurgia ole pelkkää temppujen tekemistä, vaan siihen sisältyy erilaisia taitoja *(kuva 4)*. Niinpä vaatimuksiin pitää sisällyttää paljon muutakin kuin lista opeteltavista toimenpiteistä. Ryhmä tulee liittämään ehdotukseen luettelon suositelluista kursseista, kädentaitokoulutuksista ja oppimateriaalista, joiden avulla leikkauskoulutuksen läpi navigoidaan.

Pienryhmän ajatuksena on jakaa erikoistumisen aikainen gynekologinen leikkauskoulutus kolmeen vaiheeseen, joihin kirurgian reunakoulutus ei sisälly. Viimeksi mainittua suositellaan suoritettavaksi ennen erikoisalakohtaista palvelua. Jokaisella vaiheella on oma erityinen tavoitteensa, joka näkyy myös toimenpiteiden erilaisina kompetenssivaatimuksina koulutuksen eri vaiheissa. Ensimmäisen vaiheen tarkoitus on antaa erikoistuvalle valmius sairaalapäivystykseen takapäivystäjän tukemana. Toisessa vaiheessa laajennetaan toimenpiderepertuaaria mm. tähystyskirurgian suuntaan ja hiotaan käden taitoja. Kolmannessa vaiheessa tavoitteena on selvitä perustoimenpiteistä pääsääntöisesti itsenäisesti, muodostaa käsitys omista taidoista ja niiden rajoista sekä käsitys myös vaikeammista toimenpiteistä ja niiden suorittamisesta. Valmistumisen jälkeen nuori erikoislääkäri jatkaa – mikäli jää sairaalapuolelle – leikkaustaitojen harjoittelemista, parantaa selviytymistään odottamattomissa olosuhteissa ja laajentaa toimenpiderepertuaaria vaikeiden ja monimutkaisten toimenpiteiden suuntaan, mikäli aikoo esimerkiksi erikoistua jollekin tietylle kirurgiselle osa-alueelle.

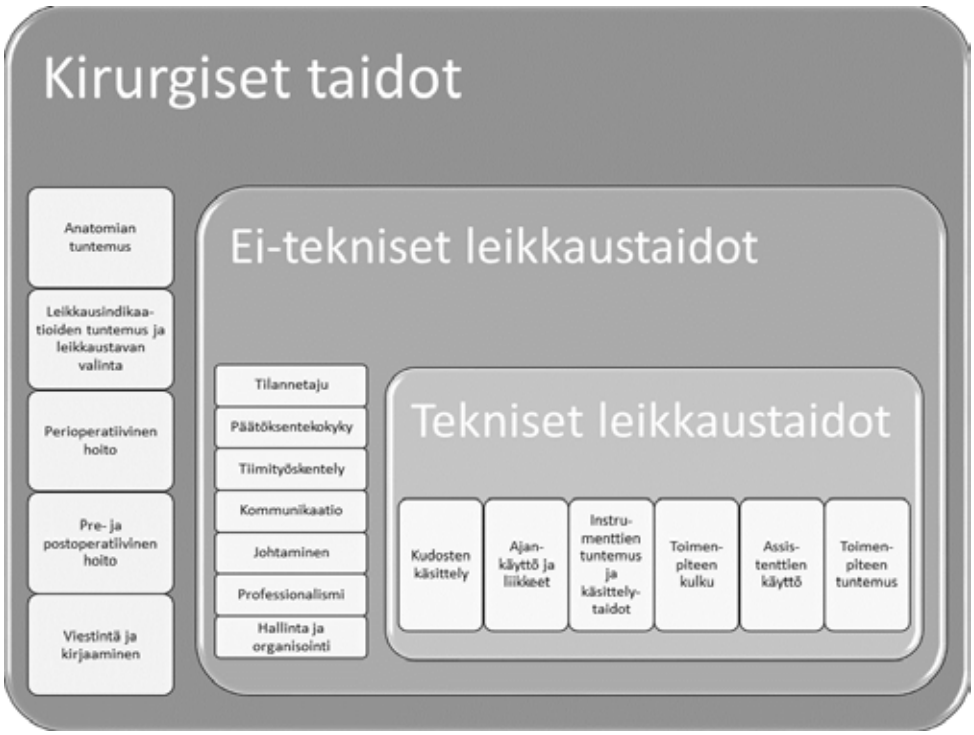
Meillä on unelma

Millaiseksi erikoislääkärikoulutus muotoutuu SOTE-kattilassa, on vielä vaikea sanoa. Se helpottaako vai vaikeuttaako koulutusuudistus leikkauskoulutuksen järjestämistä, riippunee muun muassa siitä, seuraako raha koulutettavaa, kuten joissain suunnitelmissa on kaavailtu. Tämä saattaisi helpottaa resurssien suuntaamista koulutettavan kannalta hyödyllisiin asioihin, ehkä jopa yksilöllistä etenemistä seuraten. Tasalaatuista koulutusta voidaan parhaiten järjestää siten, että valtakunnallisten tavoitteiden lisäksi myös leikkauskoulutukseen sisältyviä vakioituja kursseja järjestettäisiin säännöllisesti valtakunnallisesti. Näin erikoistuvilla olisi yhtäläiset mahdollisuudet kädentaitojen oppimiseen riippumatta siitä, onko omassa koulutuspaikassa harjoitteluvälineistöä tai kekseliästä ohjaajaa.

Tulevaisuuden koulutuspaikossa kouluttajien panosta arvostetaan niin, että heille suodaan mahdollisuus kehittyä ohjaajana. Tiedetään, että leikkauskouluttajien pedagoginen osaaminen parantaa opetuksen laatua, joten kouluttajien kouluttaminen myös kannattaa. Koulutuspaikat myös tekevät yhteistyötä koulutuksen järjestämisen suhteen, jolloin jokaisen ei tarvitse keksiä pyörää uudelleen, vaan hyviä opetuskäytäntöjä voidaan levittää eteenpäin.

Tulevaisuudessa myös muistetaan, ettei leikkaustaitojen kehittyminen ja kehittäminen lopu erikoislääkärin papereiden saamiseen, vaan jatkuu koko työuran ajan. Kirurginen osaaminen on jatkumo. Vastavalmistunut erikoislääkäri tarvitsee myös mentorointia, ohjausta ja mahdollisuutta harjoitteluun kokeneemman kanssa. Kun osaamisen perusta on kunnossa, sille on helppo rakentaa. ■

Reita Nyberg, Tays
reita.nyberg @ pshp.fi
Ewa Jokinen, Hyvinkään sairaala
ewa.jokinen @ hus.fi



Kuva 4. Leikkaustaitoihin sisältyy monta osa-aluetta.



Auditointiryhmä: erikoistuvien edustaja Linda Aukia, ryhmän vetäjä vt professori Jukka Uotila ja SGY:n edustajina ylilääkärit Anna-Maija Tapper ja Ritva Keravuo

Keskussairaaloiden auditointi 2017–2018

Uusi työryhmä aloittaa keskussairaaloiden (sekä Hyvinkään ja Lohjan sairaaloiden) auditoinnin. Kevääksi 2017 on jo sovittu vierailut Keski-Suomen, Kanta-Hämeen, Etelä-Pohjanmaan sekä Etelä-Karjalan keskussairaaloihin – loput sovitaan syksyksi 2017 ja vuodelle 2018.

Auditointikäytäntö perustuu Euroopan kattojärjestön EBCOG:n erikoistumiskoulutuksen laatuvaatimuksiin. Suomessa olemme sitoutuneet siihen, että gynekologien erikoistumiskoulutus on EBCOG:n laatukriteereiden mukaista. Yhtenä osana tätä sitoutumista on, että sekä koulutusta antavat keskussairaalat että yliopistosairaalat auditoidaan määrävälein.

Professori Juha Mäkinen ryhmänsä kanssa auditoi keskussairaalat viimeksi vuosina 2010–2011. Yliopistosairaaloiden auditoinnit on suoritettu viimeksi vuosina 2013–2014. Nyt Juhan tilalle auditointiryhmän vetäjäksi on lupautunut vt professori Jukka Uotila. Lisäksi ryhmässä ovat SGY:n edustajina ylilääkärit Anna-Maija Tapper ja Ritva Keravuo, sekä erikoistuvien gynekologien edustajana Linda Aukia.

Vaikka auditointiprosessi aiheuttaa vaivannäköä sekä auditointiryhmälle että sairaaloille, auditointiprosessi tuottaa myös paljon iloa ja hyötyä. Auditointimenettelyn myötä sairaala saa kelpoisuustodistuksen erikoistuvien gynekologien kouluttamiseen, ja lisäksi prosessin myötä todennäköisesti:

– Koulutuksen tavoitteet hahmottuvat paremmin sekä sairaalalle että koulutettaville
– Eri sairaaloissa koulutuksen sisältö ja käytännöt yhtenäistyvät
– Tunnistetaan kehittämiskohteita

Auditoinnissa arvioidaan ensisijaisesti sairaalan koulutuksellista toimintaa. Käytännössä ryhmän sairaalavierailu kestää puoli päivää, jona aikana ensin alkukeskustelussa käydään läpi ylilääkärin ja erikoistuvien lääkäreiden etukäteen täyttämät kyselykaavakkeet sekä sairaalasta aikaisemmin laadittu raportti. Tämän jälkeen tutustutaan sairaalaan ja sen koulutusmahdollisuuksiin sekä haastatellaan erikoistuvia lääkäreitä. Lopuksi laaditaan yhteenveto siitä käsityksestä, jonka auditointiryhmä saa yksikön antamasta koulutuksesta ja tuodaan esiin parannusehdotuksia. Kaikille sairaaloille tehdään myös kirjallisena yhteenvetoraportti, jonka sairaala voi hyödyntää omassa toiminnassaan ja mahdollisten puutteiden korjaamisessa. Lisäksi auditointiryhmä antaa vastineensa EBCOG:lle.

Useimpiin keskussairaaloiden ylilääkäreihin on jo oltu yhteydessä auditoinnin tiimoilta. Heitä, joita sähköposti aiheeseen liittyen ei ole tavoittanut, pyydetään ottamaan yhteyttä auditointiryhmän vetäjään Jukka Uotilaan (mail: jukka.uotila@pshp.fi tai puh. 03-3116 4485) ■

■ SEPPO HEINONEN ja AILA TIITINEN

Hedelmöityshoitoja koskevat Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet (ns. hoitotakuu) tulivat voimaan vuonna 2005.

Hedelmöityshoitolaki ei tuolloin ollut valmistunut; se astui voimaan vasta vuonna 2007. Hedelmöityshoitolaki ei itsessään määritä, mitä hoitoja julkisessa terveydenhuollossa pitää toteuttaa, vaan se määrittää mitkä hoitomuodot ovat kiellettyjä tai rajoitettuja. Hoitotakuu perustui alun alkaen lääketieteellisiin hoitoaiheisiin ja edellytyksenä oli, että hoidossa käytetään parin omia sukusoluja. Hoidon rajaus tehtiin vaikuttavuusperusteisesti siten, että alle 10 %:n onnistumistodennäköisyyttä pidettiin poissulkukriteerinä. Näin esim. iän aiheuttamaan munasarjatoiminnan hiipumiseen liittyvä hedelmättömyys jäi hoitotakuun ulkopuolelle. Vaikuttavuusperusteinen hoidonrajaus muuttuu, jos käytetään luovutettuja sukusoluja. Lukuisat esimerkit maailmalta osoittavat, että vaihdevuosi-iän yli 10 vuotta aiemmin ohittaneet naiset ovat tulleet raskaaksi lahjoitetuilla munasoluilla.

Hedelmöityshoitoja koskeva hoitotakuu päivitettiin 2014. Sosiaali- ja terveysministeriön tavoitteena oli saattaa eri potilasryhmät yhdenvertaiseen asemaan. Hepatiitti- ja HI-viruskantajat tulivat hoitotakuun piiriin. Lääketieteellisestä näkökulmasta hoitotakuu laajeni kattamaan myös alkiodiagnostiikan ja samalla hyväksyttiin ajatus, että hedelmöityshoitoja voitaisiin käyttää, vaikka taustalla ei olekaan varsinainen hedelmättömyys. Samalla avautui ovi sosiaalisen lapsettomuuden hoi-

Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet ja luovutettujen sukusolujen käyttö – hoitotakuu on avattava ja perusteet määritettävä uudelleen

toon, josta peruspalveluministeri Susanna Huovinen vielä sairaanhoitopiirin johtajille osoittamassaan kirjeessä 12/2014 muistuttaa sanoin: ”Pidän erittäin tärkeänä, että myös seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin kuuluville henkilöille turvataan yhdenvertainen mahdollisuus perustaa perhe ja saada lapsia. Näkemykseni on, että heidän tulee voida saada hedelmöityshoitoja julkisessa terveydenhuollossa siten kuin sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö ja asiasta annetut viranomaisohjeet edellyttävät.” Taustalla oli tieto hedelmöityshoitoklinikoiden vuosikertomustietojen perusteella, että vain kaksi julkisen sektorin klinikkaa oli antanut hoitoja pareille, joissa toinen oli transsukupuolinen, ja että yksikään julkisen sektorin klinikka ei hoitanut naispareja.

Sosiaalisen lapsettomuuden hoito merkitsisi tosiasiallisesti luovutettujen sukusolujen käyttöä julkisessa terveydenhuollossa. Nykyisten, yhtenäisten kiireettömän hoidon perusteiden ollessa voimassa luovutettujen sukusolujen käyttö johtaisi tilanteeseen, jossa hoitotakuukriteeristön vaikuttavuusperuste täyttyisi käytännössä lähes aina. Kaikista hedelmöityshoidoista tulisi siis julkisesti korvattavia. Yliopistosairaaloiden johtajaylilääkärit toivat lausunnossaan 6/2015 esille seuraavan: ”Lahjasoluhoitojen käyttöön ottoon liittyvään, ennakoitavissa olevaan toiminnan laajentamiseen ei ole valmiutta ilman mittavaa julkisen sektorin kapasiteetin lisäystä tai ilman mittavaa julkisin varoin toteutettua ostopalvelua.” Samalla yliopistosairaalat vakiinnuttivat keskinäisellä päätöksellään syrjinnän välttämiseksi käytännön, jossa luovutettuja sukusoluja ei julkisella sektorilla käytetä myöskään lääketieteellisissä hoitoaiheissa (esim. sukurauhasten kehityshäiriöt, POI, sytostaattihoitojen jälkitila, jne). Johtajaylilääkärit edelleen esittivät asiaa STM:n alaisen palveluvalikoimaneuvoston ratkaistavaksi. Koska luovutettujen sukusolujen määrä tulee joka tapauksessa olemaan rajallinen, tarvitaan kriteeristö, kenelle hoitoja voidaan tarjota.

Loppuvuodesta 2015 Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin Kaarisairaalassa kieltäydyttiin hoitamasta lähetteellä hoitoon ohjattua naisparia vedoten yliopistosairaaloiden johtajaylilääkärien linjaukseen: ”Julkisella puolella hoidetaan vain lääketieteellisestä syistä johtuvaa lapsettomuutta. Lääketieteellisesti ei ole perusteltua antaa hedelmöityshoitoja naispareille. Klinikoille tulleet lähetteet palautetaan.” Hoidon kieltämisestä syntyi syrjintää koskeva ennakkotapaus. Saamiensa selvitysten jälkeen Yhdenvertaisuus ja tasa-arvolautakunta katsoi kokouksessaan 12/2016 johtajaylilääkärien antaman määräyksen olleen syrjivä ja päätti kieltää syrjinnän jatkamisen ja määrätä päätöksensä tehosteeksi 30 000 euron suuruisen uhkasakon. Johtajaylilääkärit ovat valittamassa päätöksestä ja hakevat sille täytäntöönpanon kieltämistä hallinto-oikeuksissa.

Ottamatta kantaa itse asiaan tai siihen, minkälaisen tuloksen oikeusprosessi tuottaa, voi ainakin todeta, että tapahtumien kulku on erikoinen. Päätös sosiaalisen lapsettomuuden hoidosta on varmaan enemmän yhteiskunnallinen kuin lääketieteellinen. Siitä huolimatta palvelujärjestelmän johtava lääketieteellinen virkamiestaso on päätynyt asian ratkaisijaksi ja vastuutahoksi. Palveluvalikoimaneuvosto on pysynyt vaiti. Vallan kolmijako-oppia toteutetaan ennakkotapauksen ja valitusmenettelyn l. tuomiovallan kautta. Näin on käynyt ennenkin. Ensimmäisessä vaiheessa Yhdenvertaisuus ja tasa-arvolautakunta kohdisti toimenpiteensä itsellisiin naisiin ja naispareihin. Seuraava syrjintää koskeva nosto liittynee ikään ja lienee jo oven takana. Sitten ehkä tulevat miesparit, joita hedelmöityshoitolaki syrjii kieltämällä sijaissynnytykset. Se, että hoidon sosiaalinen peruste on tärkeä ja painava, ei muuta perustetta lääketieteelliseksi. Jos sosiaalinen peruste sisällytetään julkiseen tai julkisesti rahoitettuun hoitovalikoimaan, pitää muutoksen olla hallittu, ei repivä eikä tiukasti säädellyn palvelujärjestelmän ekosysteemiä hajottava, vaikka sekin voi olla joidenkin intressipiirien edun mukainen.

Hoitotakuun nykyiset kriteerit pitää avata tai luovutettujen sukusolujen käytölle julkisin varoin tulee laatia erilliset, yhteisesti sovitut pelisäännöt, jos yhteiskunta niin päättää. ■

MARI KALAMO, ERKKI KUJANSUU

Savisaappaista lääkintöneuvokseksi

Erkki Kujansuu Tampereelta nimettiin lääkintöneuvokseksi syksyllä 2016



Kollega, urogynekologi, SGY:n entinen puheenjohtaja ja sihteeri ja yhdistyksemme kunniajäsen Erkki Kujansuu sai lääkintöneuvoksen arvon vuonna 2016. Sykli onnittelee! Haastattelin eläkkeelle siirtynyttä konkaria, joka ystävällisesti vastasi uteluihimme.

Lääkintöneuvos on Suomessa tasavallan presidentin myöntämä arvonimi



Nuori Erkki Tampereen naistentautien klinikassa. Vieressä SGY:n toinen kunniajäsen, professori Reijo Punnonen



SGY:n puheenjohtaja ja sihteeri yhdistyksen kokouksessa vuonna 2003

Kuinka päädyit gynekologiksi ja oliko houkutuksia muillekin erikoisaloille?

”Olihan noita vaihtoehtoja ollut mielessä jo ennen lääkärin uran valintaakin,” Kujansuu kertoo. ”Satakuntalainen saappaat savessa syntynyt kun olen, maa- tai metsätalouteen liittyvä

SGY:n hallitus vuonna 2003
(Erkki puheenjohtaja)



SGY:n :n puheenjohtaja ja sihteeri yhdistyksen 75 -vuotisjuhlassa onnitteluja vastaanottamassa vuonna 2003

ammatin valinta oli yksi mahdollisuus. Lukiolaisen ammatinvalintaoppaan lukemisen jälkeen arkkitehtuuri ja lääkärin ammatti olivat vaihtoehtoja. Taisi olla niin että lääkikseen piti hakea ensin ja kun sinne pääsin, asia oli sillä selvä.” Laillistuksen lääkärin ammattiin Erkki Kujansuu sai vuonna 1975. Erikoisalan valinta syntyi, kun hän työskenteli kandina kesän naistenklinikan apulaislääkärinä OYKS:ssa. ”Klinikan henki oli hyvä, työ mielenkiintoista ja kun pääsin tekemään ensimmäisen sektion kesän aikana, olin myyty.” Erikoislääkäriksi Kujansuu valmistui Oulusta vuonna 1981.

Nykyään TAYS:ssa erikoistuvaa gynekologia taitavat päivystyksiä enemmän kuormittaa erilaiset esitelmät ja kirjalliset työt. Miten kuvailisit omaa erikoistumisaikaasi?

”Oma erikoistumisaikani oli varmaan sinäkin aikana hiukan erikoinen, koska en ollut missään vaiheessa töissä muualla kuin OYKS:ssa, jossa oli siihen aikaan sen verran kysyntää lääkäreille, että kaikki reunakoulutuksetkin pystyin tekemään siellä.” Senkin jälkeen Erkki Kujansuu on tehnyt koko uransa ajan työtä yliopistosairaaloissa. Hän kertoi, että Oulun klinikka P.A. Järvisen johdolla oli hyvin innovatiivinen ja kehitysmyönteinen. Esitelmiä ja tutkimustyöhön liittyvää tekemistä oli ihan sen verran kuin ehti tehdä. ”Koulutus oli kiitettävällä tavalla työssä oppimista: päiväaikaan seniorikonsultteja riitti ja heillä oli hy- ▶

vä motivaatio opettaa," Kujansuu kiittää. Päivystyksen määrä oli tuohon aikaan jo vakiintunut kolmesta neljään kertaan kuukaudessa. Suurimpana erona oli se, että päivystäessä vastuu piti kantaa yksin: seniori tuli paikalle sitten pahimpaan hätään. Eräs Kujansuun mieleen jäänyt neuvo oli, kun hän soitti seniorilleen mielestään hankalasta ja riskaabelista synnytyksestä: "Katso tilannetta ja jos näyttää, että lapsi voi huonosti, tee nopein mahdollinen päästävä operaatio." Päivystäessä työvuoro kesti silloin pahimmillaan 31 tuntia yhtä mittaa hereillä ollen. Erikoistumiskoulutukseen kuului Erkki Kujansuun mukaan myös selvä teoreettinen ja tieteellinen orientaatio. Kaikkien ei toki ollut pakko tehdä väitöskirjaa mutta tutkimuksessa mukana olo kuului asiaan.

Kuinka päädyit laskeuma- ja inkontinenssipotilaiden pariin?

"Päädyin urologian ja urogynekologian pariin, koska Antti Kauppila oli sen kehittämisen aloittanut. Kun tulin erikostumaan, Antti sanoi hankkineensa klinikalle siihen aikaan hyvin modernin monikanavaisen mittalaitteen virtsateiden toiminnan tutkimiseen Ulmstenin ja Asmussenin esimerkkiä seuraten ja sanoi, että jonkun pitäisi alkaa tehdä sillä tutkimusta," Erkki Kujansuu kertoo. "Kun minun ongelmani on monessa kohtaa ollut, etten osaa sanoa ei, niin siitä se lähti." Ennen kaikkea hän keskittyi urodynamiikan kehittämiseen ja siihen liittyen myös hoitotulosten arviontiin yhdessä nuorten tutkijatovereidensa kanssa. "Kun minulle ei ole näytetty potilaita sairaalassa yli viiteentoista vuoteen, on viisainta olla olematta nykykehityksestä mitään mieltä ainakaan, jos puhutaan lääketieteellisistä innovaatioista," arvelee Kujansuu. Yleisellä tasolla suurin oppi, jonka hän omassa ja ohjaamassaan tutkimuksessa kertoo saaneensa, oli se, että teknologian, laitteiden ja tieteen lumossakin tärkeintä on katsoa ja kuulla potilasta. "Kaiken moderneimmankin teknologian vaikuttavuuden 'golden standard' on myös tulevaisuudessa potilaan hyvinvointi laajemmin kuin mittalaitteilla arvioituna. Pitää muistaa se riski, että erikoistumisen ja osaamisen terävöitymisen kääntöpuolena on kustannusten kasvu, mikä ei välttämättä aina johda terveyden lisääntymiseen."



Erkki on Tapparan mies, vai onko sittenkään?

Onko eläkkeelle jääminen vähentänyt vai lisännyt kiireitä?

Erkki Kujansuu kertoo käytännössä vaihtaneensa ammattia ja kouluttautuneensa suurin piirtein koko erikoislääkärikoulutuksen ajan johtamistehtäviin. "Halusin jäädä eläkkeelle, kun ikää tuli 65 vuotta täyteen, työuraa oli yli 40 vuotta eivätkä 50–60 tunnin työviikot enää maistuneet." Muumimammaa lainaten eläkkeellä olo tarkoittaa Kujansuun mukaan sitä, että saa tehdä mitä haluaa. "Kun ne 15 vuotta, jolloin en tehnyt kliinistä työtä, pitivät sisällään muun muassa tiedolla johtamista ja tietojärjestelmien käyttöönotossa ja kehittämisessä mukana oloa, siitä on nyt tullut eläkeläisen työn hyvin kiinnostava sisältö. "Hän kertoo oppineensa sen, että sosiaali- ja terveydenhuollon tietojärjestelmäkehitystä ei saa jättää IT-ammattilaisten käsiin vaan palvelutuotannon ammattilaisten on oltava keskeisesti mukana. Vuoden 2017 loppuun asti Erkki Kujansuu on sopinut toimivansa kansallisen UNA-kehityshankkeen ohjelmajohtajana. Hän toteaa, että samalla toteutuu se arkkitehtuurissa mukana olo, kun järjestelmäarkkitehdit ovat tärkeimpiä työtovereita. "Metsätalouskin on taas harrastuksen muodossa tullut mukaan: perheen metsien hoito rentouttaa mukavasti, raivaus- ja moottorisahan käyttö sujuvat." Taysin naistenklinikan eläkelahjakin muuttui sujuvasti upouudeksi moottorisahaksi. Kaiken keskellä eläkeläisellä on ollut myös aikaa matkustella puolison kanssa kaukanakin kotoa tai sitten, kuten Kujansuu toteaa, "joskus vaan löhötä mökillä."

Perhe

Perhettä Kujansuulle rouvineen on ehtinyt kertyä kolmen lapsen ja neljän lapsenlapsen verran. "Olisiko sitten minun ja puolisoni, molemmat kun olemme pohjimmiltaan perusmaalaisia, arvo- ja kokemusmaailmasta noussut vanhimmaisen kouluttautuminen metsänhoitajaksi."Poikansa kanssa yhdessä Kujansuu kertoo kum-





Lentopalloillessa jalka nousee

mastelleensa tietotekniikan ihmeellistä maailmaa: poika edellä ja hän perässä. ”Pokani tekee töitä ICT-alan diplomi-insinöörinä. Nuorimmainen seuraa sitten vanhempiensa jalanjälkiä lääkärin uralla. Perusterveydenhuollon vahvana vaikuttajana puolisoni on erinomainen lääkärin malli kenelle tahansa nuorelle kollegalle ja asioiden ymmärryksen lisääjä vähän vanhemmalle.”

Mieleen jääneitä sattumuksia tai tapahtumia uran varrelta

”Gynekologin ja obstetrikon ammatti on täynnä tapahtumia. Raskauden ja synnytysten hoito on kaikissa vaiheissaan nopeidenkin valintojen tekoa. Kenelläkään ei kaikki mene kuten toivoisi ja on välttämätöntä debriefata tilanteet niin, ettei tarvitse jäädä muistelemaan ikäviä asioita,” Erkki Kujansuu pohtii. Yhtenä dramaattisena tilanteena hänelle on jäänyt mieleen synnytys, jossa lapsi oli ollut vuorokausia kuolleena ja kätilön suorittaman ulosauton yhteydessä maseroituneen yli viisikiloisen lapsen pää irtosi. ”Muistikuvista piti kaivella se, mitä kirjoissa oli kerrottu sikiön palastelusta. Onneksi vanhat instrumentit vielä löytyivät ja vähän unenomaisena mieleen palautetut menettelyt toimivat,” hän kertoo. Äidille ei koitunut fyysistä vammaa. ”En ole koskaan tehnyt työtä niin hiljaisen henkilökunnan kanssa.”

Kollegojen kiitos on ollut Erkki Kujansuulle aina kannustavaa. ”Mieleen muistuu esimerkiksi professori Tammelan palaute ajalta, jolloin olin tehnyt Taysissa urodynaamiset tutkimukset myös miespotilaille.” Iloisia kokemuksia Kujansuulle on tullut myös lapsettomuuden hoidosta. Esimerkkinä hän kertoo paikallisen Citymarketin käytävällä lapsenvaunuja lykkineestä äidistä, joka iloisesti huusi: ”Tules katsomaan, tämä on sinun aikaansaannoksiasi.” ”Toisen ammattiurani varrelta on kertynyt myös kannustavia kokemuksia onnistumisesta eri erikoisalojen ammattilaisten johtajana ja palvelujärjestelmän kehittäjänä,” Kujansuu muistelee. Erityisen tärkeän hän kertoo olleen havainnon tasa-arvoisen vuoropuhelun merkityksestä perusterveydenhuollon ja kuntapäättäjien kanssa. ”Havainto ja ymmärrys siitä, ettei yliopistosairaala tai erikoissairaanhoito laajemminkaan ole kaikkivoipa eikä itsenäinen saari yhteiskunnassa on ollut innostava ja silmiä avaava kokemus,” Kujansuu päättää. ■

■ JUHA MÄKINEN



Kuva 2 b. Päivi Pakarinen ojentaa kiitoksemme taiteilija Partaselle



Kuva 1. Keramiikkavati Akvaario (taiteilija Pauli Partanen)



Kuva 3. Elämälle -lahjakoru (taiteilija Pauli Partanen)

Elämälle

Yhteisiä tilaisuuksia, taidetta ja markkinointia Elämälle-hankkeelle



Tutkimussäätiömme taustajoukot, Elämälle-lähettilät, aloittivat aktiivisen tukensa säätiön toiminnan tehostamiseksi jo 25-vuotisjuhlinnan myötä. Viime vuoden lähettilästoiminnan tapaamiset ovat kaikki vahvistaneet Elämälle-hanketta ja samalla tutkimussäätiö on saanut tukea naisten ja perheiden terveyden tutkimukselle.

Galleriakäynnit

Jo keväällä 2016 järjestettiin mukava luentotyyppinen iltatilaisuus ja sitä edeltävä tutustuminen Galleria Forsblomiin. Ja syksyllä helsinkiläiset aktiiviset kollegamme ja muutkin aiheesta innostuneet naiset järjestivät meille marraskuussa vierailun taiteilija Pauli Partasen galleriaan Ullanlinnassa. Taiteilija Partanen kertoi elämän urastaan taideteollisen korkeakoulun läpikäyneenä muotoilijana ja taiteellisista suuntauksistaan. Ne ovat viime aikoina keskittyneet kuvanveistoon, keramiikkataiteeseen, öljyvärimaalauksiin ja grafiikkaan. Saimme tutustua kiinnostavaan ja laajaan kokoelmaan, josta yksi mainio keramiikkatyö jo huutokaupattiin 25-vuotisgaalaillassa *(kuva 1)* ja kaupanhierontaa näkyi tapahtuvan myös nyt järjestetyssä tilaisuudessa *(kuva 2)*. Hänen kanssaan

Kuva 2a.
Pauli Partasen
galleriassa
21.11.2016





Kuva 4a. Leea Keski-Nisula ja Päivi Pakarinen kuuntelevat taiteilija Kristian Krokforsin esitelmää tuotannostaan.

Kuva 4b. Vierailevia Elämälle lähettiläitä Galleria Krokforssissa 12.12.2016

yhteistyömme jatkuu ja sen seurauksena kohta markkinoille tulee Elämälle-korulahja *(kuva 3)*. Hän on myös suunnittelemassa Elämälle-pienoispatsasta tuleviin tarkoituksiin.

Toinen joulukuussa pidetty iltatilaisuus puolestaan jatkui asiaohjelman ja lähettilästapaamisen jälkeen taiteilija Kristian Krokforsin galleriassa Töölössä *(kuvat 4a ja 4 b)*. Kristian Krokfors valittiin vuoden nuoreksi taiteilijaksi vuonna 1985 ja hänet tunnetaan rytmikkäistä yöperspektiivistä kuvatuista maisemista. Hänenkin tuotannostaan yksi teos huutokaupattiin 25-vuotisgaalaillassa *(kuva 5)*, jopa kahteen kertaan! Hänen muuhun tuotantoonsa saimme tutustua isolla joukolla ja käsittääkseni joitakin esikauppoja syntyi sopivista kohteista senkin illan aikana.

Markkinointiyhteistyö

Aivan loppuvuodesta saimme neuvoteltua tärkeän sopimuksen kuluvalle vuodelle. Eurokangas Oy *(kuva 6)* lähtee ensimmäisenä yrityslähettiläänä tukemaan Elämälle-hanketta. Eurokankaan hallituksen puheenjohtaja kauppaneuvos Kaija Wardin sanoin yhteistyön taustoista:

”Suurin osa asiakkaistamme ja neljästä sadasta työntekijästämme on nai-



Kuva 5. Punainen teltta (taiteilija Kristian Krokfors)

sia. Mietimme, mitä voisimme tehdä heidän hyväkseen ja päätimme aloittaa Elämälle-hankkeen yrityslähettiläänä Suomen juhlavuoden tekona. Elämälle-hankkeen edistämät asiat ovat tärkeitä myös meille ja siksi tuntui luonnolliselta lähteä tukemaan tutkimustoimintaa, joka edistää suomalaisten naisten ja perheiden hyvinvointia. Elämälle-hanke mahdollistaa tuen kohdistamisen suoraan tutkimukselle. Elämän ilot ja surut ovat asioita, jotka yhdistävät meitä naisia".

Joulumieltä Elämälle-hankkeelle Turussa

Turun Hansakortteli keskellä kaupungin sydäntä toimii joulun alla sekä kohtauspaikkana, joululahjaostospaikkana että erilaisten tempausten tyyssijana.



Kuva 7. Turun Hansakorttelissa "paketoitiin" Hauskaa Joulua 2016 Elämälle-hankkeen merkeissä

Meillä oli ilo saada Hansakortteli tukemaan Elämälle-hanketta joululahjapaketointipisteen yhteydessä *(kuva 7)*. Hansakorttelin markkinointipäällikkö Mirva Laaksonen kertoi, että oli ilo huomata, kuinka monet kantoivat Elämälle-hankkeelle kortensa kekoon samalla kun saivat myös joulumieltä ja lahjansa paketoitua. Kokonaistuotto tempauksesta ohjattiin tutkimussäätiön varainhankintaan ja sen tärkeään tarkoitukseen eli erikoisalamme tutkimuksen tukemiseen.

Yhteiset tilaisuudet jatkuvat perinteeksi muodostuvana tilaisuutena

Nyt on syytä jo kertoa tulevasta tutkimussäätiön gaalaillasta, joka perinteeksi muodostuvana tilaisuutena järjestetään taas hyväntekeväisyysillallisena Kalastajatorpalla, Pyöreässä Salissa perjantaina 6.10.2017. Tilaisuuteen on jo nyt lupautunut ansioituneita suomalaisia musiikkialan taiteilijoita esiintymään. Lisäksi illan ohjelmassa on puheenvuorot pyydetyiltä alan henkilöiltä ja yhteistyökumppaneilta, huutokauppatilaisuus ja luonnollisesti yhdessäoloa sekä tanssia musiikin säestyksellä. Kutsu löytyy tämän Syklin sivuilta, ja tarkemmat ilmoittautumisohjeet informoidaan tulevissa Sykleissä sekä kotisivuilla. Mainittakoon samalla, että viime vuoden hyväntekeväisyysillallisen hienon tuoton johdosta Säätiö pystyy tänä vuonna taas jakamaan omia apurahojaan nuorille tutkijoille. Ilmoitus siitä on tämän Syklin sivuilla. ■

Tutkimussäätiön puolesta
Juha Mäkinen, pj.



Kuva 6. Eurokankaan hallituksen puheenjohtaja kauppaneuvos Kaija Ward (istumassa) ja Eurokankaan pääkonttorin naisia Orimattilan Pennalassa.

Eurokangas

Eurokangas aloittaa yhteistyön suomalaisten naisten ja perheiden hyvinvointia edistävän Elämälle-hankkeen kanssa

Eurokangas Oy on johtava kankaiden maahantuontiin ja vähittäismyyntiin erikoistunut suomalainen 71-vuotias perheyritys, jolla on 32 myymälää eri puolella Suomea sekä valtakunnallisesti toimiva yritysmyynti. Eurokangas panostaa liiketoiminnan jatkuvaan kehittämiseen ja tähtää pian avattavalla verkkokaupalla myös kansainvälisille markkinoille. Eurokankaassa työskentelee noin 400 henkilöä ja yrityksen liikevaihto on yli 32 miljoonaa euroa vuodessa.

LISÄTIETOJA Eurokangas Oy: Markkinointi- ja viestintäpäällikkö Heidi Keskikylä p. 044 759 2929 tai heidi.keskikyla@eurokangas.fi
eurokangas.fi #eurokangas



■ SEIJA GRÉNMAN

Valtaosalla suomalaisista naisista on syytä hymyyn

Kansainvälinen naistenpäivä 8.3.2017

Suomessa kaikki hyvin, vai onko?

Naistenpäivän teemana on tänä vuonna sukupuolten tasa-arvon saavuttaminen vuoteen 2030 mennessä – tavoite, jonka kaikki YK:n jäsenvaltiot ovat yhdessä hyväksyneet. Valtiot ovat sitoutuneet kaiken naisiin ja tyttöihin kohdistuvan syrjinnän ja väkivallan lopettamiseen vuoteen 2030 mennessä kaikkialla maailmassa. Tavoite sisältää myös seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä päämääriä sekä haitallisten perinteiden kuten lapsiavioliittojen ja tyttöjen sukuelinten silpomisen lopettamisen.

Tammikuussa Helsingin Sanomissa julkaistiin kooste Tilastokeskuksen listasta, jossa maailman maita on pantu paremmuusjärjestykseen monien asioiden suhteen. Siinä todetaan muun muassa, että Suomi on toiseksi paras maa tytöille ja Suomessa on äitien ja lasten hyvinvointi toiseksi parasta maailmassa. Lisäksi todettiin, että Suomi on toiseksi tasa-arvoisin maa, Suomessa on EU-maiden pienin ero naisten ja miesten työllisyysasteessa ja Suomessa on OECD-maista eniten naisministereitä ja toiseksi eniten naisia parlamentin jäsenenä.

Monet naisten asiat ovat Suomessa hyvin. Meillä on kuitenkin sekä naisia että miehiä koskettavia usein vaiettuja teemoja, joihin olisi syytä kiinnittää huomiota sekä potilastyössä että yhteiskunnassa. Perheväkivalta on niistä yksi. Eri tutkimusten mukaan naisista 10–30 % ja miehistä 6–16 % ilmoittaa kokeneensa fyysistä väkivaltaa nykyisessä parisuhteessaan. Tapauksista vain harva ilmoitetaan poliisille: naiset 10 %, miehet 3 %. Parisuhdeväkivaltaa esiintyy kaikissa sosiaaliluokissa ja sitä on vaikeaa tunnistaa, koska vain pieni osa siitä on fyysistä ja jättää näkyviä merkkejä. Pahimmat vauriot aiheuttaa henkinen väkivalta, jota moni uhri yrittää peitellä tilannetta viimeiseen asti. Puheeksi ottamisen kynnystä nostavat häpeä, syyllisyys ja leimautuminen, sekä naisilla että miehillä.

Perheväkivallan mahdollisuus on hyvä pitää mielessä varsinkin, jos potilaalla esiintyy epätyypillisiä oireita, joille ei löydy loogista selitystä. Kysymys: ”Onko sinuun kohdistunut lähisuhteessasi fyysistä, henkistä ja /tai seksuaalista väkivaltaa?” saattaa olla avain potilaan auttamiseksi.

Voimme viettää Naistenpäivää ylpeänä suomalaisista saavutuksista kuitenkaan ummistamatta silmiämme vaietuilta ongelmilta tai ongelmilta meitä ympäröivässä maailmassa. FIGO:n Naistenpäivän teemat löytyvät myös SGY:n kotisivuilta. Erikoisalamme antaa meille erinomaisen mahdollisuuden toimia naisten ja samalla perheiden hyvinvoinnin edistäjinä. ■

HANNA HALKOSAARI

Äitiyshuollon toisenlaisia haasteita



Lääketieteelliseen tuloa edeltävän välivuoteni seikkailut jättivät kaipuun Ghanaan, Länsi-Afrikkaan. Gynekologialta löysin syventävien opintojen aiheen, jonka puitteissa sain palata lämpöön ja tutustua ghanalaiseen äitiyshuoltoon. Aiemmista Ghanassa vietetyistä kuukausista huolimatta en ollut ennen lähtööni varma, onko maassa ylipäätään minkäänlaista neuvolatoimintaa. Paikan päällä tapasin ammattitaitoisia kätilöitä ja lääkäreitä sekä teoriassa hienon neuvolajärjestelmän, jonka toimintaa haastoivat ennen kaikkea riittämättömät resurssit ja väestön kouluttamattomuus.

Kirjoittaja **Hanna Halkosaari** on turkulainen lääketieteen opiskelija, joka kävi syventäviin opintoihinsa liittyen tutustumassa ghanalaiseen äitiyshuoltoon.



Kirjoittaja Hanna Halkosaari



Teman poliklinikan äitiysneuvolan odotusaula.

Ghana on noin 27 miljoonan asukkaan valtio, jossa vuosittainen väestönkasvu on 2,5 % ja äitiyskuolleisuus 319/100 000 syntynyttä lasta. YK:n vuosituhattavoitteiden saavuttamiseksi Ghanassa pyrittiin vuosina 2001–2015 vähentämään äitiyskuolleisuutta ja lisäämään lisääntymisterveyden palveluja. Matkustaessani Ghanaan kesällä 2014 äitiyshuollon kehittämiseksi oli mm. lisätty paikallisten terveystoimijoiden kouluttamista maaseudun pieniin kyliin sekä perustettu lisää neuvoloita ja synnytysyksiköitä. Ghanan kymmenelle hallinnolliselle alueelle perustettiin keskukset, joissa on valmiudet hätäsynnytyksiin ja vastasyntyneiden tehohoitoon. Vuonna 2005 otettiin käyttöön terveysvakuutusjärjestelmä, joka periaatteessa mahdollistaa raskaana olevien, lasten sekä vanhusten ilmaisen pääsyn terveydenhuoltoon. Valitettavasti tapasin ihmisiä, jotka eivät olleet kuulleetkaan vakuutuksesta, ja vakuutuksen hankkiminen on niin monimutkaista, että en pystynyt järjestämään niitä ystävilleni. Näiltä ystäviltäni tosin puuttuivat muutkin henkilöllisyyspaperit.

Ehkäisyn käyttöä estävät väärät uskomukset

Ghanan pääkaupunki Accrassa pääsin tutustumaan yliopistollisen Korle Bun sairaalan perhesuunnitteluneuvolaan. Ehkäisymenetelmien käyttöä on pyritty lisäämään mm. antamalla valistusta radion, television ja sanomalehtien välityksellä. Älypuhelinaikakaudella erityisesti nuoret saavat tietoa myös internetin välityksellä. Seksuaalivalistus ei kuitenkaan kuulu esimerkiksi koulujen opetussuunnitelmaan, ja aihe on tabu monissa kodeissa ja kirkoissa. Jopa kolmasosa ghanalaisista naisista on lukutaidottomia, joten kirkoilla on suuri merkitys tiedonvälityksessä. Viime vuosina äitiysneuvoloiden henkilökuntaa on koulutettu kertomaan raskaudenjälkeisestä ehkäisystä.

Tilastojen mukaan 99 % yli 15-vuotiaista on tietoisia vähintään yhdestä modernista ehkäisyvälineestä. Korle Bun ehkäisyklinikan työntekijä ei usko näihin tilastoihin. Hänen asiakkainaan käy eniten koulutettuja naisia, joilla on jonkinlaiset perustiedot ehkäisystä. Kouluttamattomien keskuudessa ehkäisyn käyttöä vähentävät uskomukset ehkäisyn aiheuttamasta lapsettomuudesta sekä pelot, että ehkäisyn käyttö mahdollistaa avioliiton ulkopuoliset suhteet. Vuonna 2014 naimisissa olevista naisista 27 % ja naimattomista seksuaalisesti aktiivisista fertiili-ikäisistä naisista 45 % käytti ehkäisyä. Lähes kolmasosa naimisissa olevista naisista koki ehkäisyn kohdallaan puutteelliseksi. Injisoitavat hormonivalmisteet ovat käytetyin ehkäisymenetelmä. Ehkäisypillerit ja -kapselit ovat myös suosittuja.

Ghanassa suurin osa väestöstä on kristittyjä, ja uskonto näkyy arjessa vahvasti. Osallistuin Ghanan kristillisen lääkäri- ja hammaslääkäriseuran (GCMDF) vuosikonferenssiin, jossa aiheena oli nuorten seksuaaliterveys. Netin ja elokuvien yleistyessä on herännyt huoli nuorten liian varhaises- ▶





Perhesuunnitteluneuvola Denun Finlandia-klinikan yhteydessä.

ta altistumisesta seksuaaliselle viestinnälle. Konferenssin yhteydessä läheisen koulun oppilaille järjestettiin seksuaalivalistustilaisuus, jossa varoitettiin huolettomasta sukupuolielämästä. Ghanassa on myös suhteellisen yleistä, että nuorilla naisilla on useita vanhempia miesystäviä, jotka seksiä vastaan maksavat naisen elämisen ja koulutuksen. Osalle nuorista seksin myyminen on ainut keino rahoittaa opiskeluja. Sukupuolisuhteet saattavat myös edistää mahdollisuuksia työmarkkinoilla. Naimisiin pääsyn edellytyksenä on toisaalta riittävä koulutus, toisaalta puhdas maine.

Äitiysneuvolan tehtävänä ”disease detection”

Äitiysneuvolatoimintaan tutustuin parhaiten toisessa suurkaupungissa Temassa. Seurasin neuvolaa sekä julkisella Teman poliklinikalla että yksityisessä Narh Bitan sairaalassa. Ghanassa noin 97 % odottavista naisista käy vähintään kertaalleen ammattilaisen tarkastuksessa. Neuvolaan hakeutuneille naisille sovitaan käyntiajat noin kerran kuukaudessa läpi raskauden. Ongelma on naisten saaminen neuvolan piiriin. Noin kolmasosa naisista ei tule neuvolaan ensimmäisellä raskauspuoliskolla. Eräs tapaamani lukutaidoton nainen ohjattiin ensikäynnille noin 36. raskausviikolla, kun kaupunkilaissukulainen kertoi neuvolasta. Terveysvakuutusten myötä naisten osallistuminen neuvolaan on lisääntynyt, mutta Ghanan taloustilanteen heiketessä pakollisista tutkimuksista, kuten virtsaliuskoista, on alettu periä maksuja.



Fetoskooppi on halpa ja käyttökelpoinen.

Äitiysneuvolaa voi pitää sairaanhoitaja, kätilö, maaseudun terveysviranomainen tai lääkäri. Rutiininomaisia lääkärikäyntejä ei ole, mutta tarvittaessa odottavat äidit lähetetään äitiyspoliklinikan lääkärin tutkittaviksi. Vastaanotolla jutellaan voinnista ja tehdään kliininen tutkimus. Raskauden kulku merkitään äitiyskorttiin. Raskauden puolivälistä alkaen sikiön sydänääniä kuunnellaan fetoskoopilla tai doppler-laitteella. Teman poliklinikalla oli yksi doppler-laite, jonka klinikan lääkäri oli tuonut Euroopan-matkaltaan.

Verenpaine ja virtsan proteiinit tutkitaan säännöllisesti, hemoglobiini mitataan kolme kertaa ja sirppisolustatus ja HIV-pikatesti selvitetään ensikäynnillä, mikäli aiempia vastauksia ei ole saatavilla. Ghanassa HIV:n nujertamista estää ennen kaikkea tiedonpuute ja ympäristön asenteet: moni kuolee mieluummin tietämättä diagnoosia kuin ottaa syrjinnän riskin tiiviissä yhteisössä. Seuraamillani vastaanotoilla ei ollut muiden sukupuolitautien testejä käytettävissä, sillä laman vuoksi valtio oli lakannut toimittamasta niitä. Onneksi henkilökunnalla on hyvät kliiniset taidot monen vaivan selvittelyyn. Naisten ympärileikkaus ei ole Ghanassa yleistä, mutta maaseudulla sitä yhä tapahtuu. Siveellisyys on ghanalaisessa yhteiskunnassa tärkeää, ja vastaanotollakin vältetään jalkojen riisuttamista mahdollisuuksien mukaan. Yksilöllisyyden suoja ei ole niinkään olennaista, ja Narh Bitan äitiysneuvolassa saman pöydän molemmin puolin otettiin naisia yhtä aikaa vastaanotoille.

Raskauden aikaisesta tiedonvälityksestä huolehditaan yhteisillä luennoilla, joita pidetään äitiysneuvoloiden odotusauloissa. Teemaluennoilla käydään läpi perustiedot mm. raskausajan elämäntapaohjeista, malarian



Teman poliklinikan kätilön on tärkeää kertoa, miksi ”käsi sidotaan”.



Teman poliklinikalla on käytössä yksi doppler-laite

estosta, sukupuolitaudeista, synnytyksestä, vauvanhoidosta ja perhesuunnittelusta. Vaaranmerkit, jolloin pitää hakeutua heti sairaalaan, käydään läpi ja esitetään kuvallisesti äitiyskortin takakannessa. Erityisesti köyhän väestön ruokavalio on usein yksipuolista rasvaisten vehnäleivonnaisten tai maissin ollessa halvinta ruokaa. Anemia on tavallista ja rauta- folaattilisiä suositellaan käytännössä kaikille. Neuvolassa saa myös lääkkeitä anemisoiviin parasiitteihin. Ylipainoisten odottavien äitien osuus on lisääntynyt Ghanassakin 31 %:iin ja 17 %:lla BMI on yli 30. Luontaistuotteiden käyttö on Ghanassa erittäin yleistä, ja jopa 20 % erään tutkimuksen naisista joi runsaasti alkoholia raskauden aikana. Alkoholin käytön ajatellaan osoittavan korkeaa elintasoa ja sen toivotaan nostavan ruumiinpainoa. Tiedot alkoholin sikiöhaitoista ovat puutteellisia. Tupakointi on ghanalaisten naisten keskuudessa vähäistä.

Siinä missä Suomessa voidaan keskittyä erityisiin riskiraskauksiin, Ghanassa äitiysneuvolan pääpaino on edelleen infektioiden ja muiden sairauksien huomaamiseen ajoissa. Esimerkiksi malaria voi iskeä terveeseenkin naiseen missä raskauden vaiheessa tahansa ja johtaa keskenmenoon tai pieneen syntymäpainoon. Naisille annetaan neuvolassa 16. raskausviikosta eteenpäin malarianestolääkkeeksi sulfadoksiini-pyrimetaania kolme annosta kuukauden välein. Tarvittaessa vastaanotolla tehdään Plasmodium falciparum -malarian pikatesti. Paikoin naisille jaetaan hyttysverkkoja kiinnitettäviksi sängyn ylle, mutta moni valittaa niiden alla nukkumista liian kuumaksi.

Ultraäänilaitteet alkavat yleistyä Ghanassa, mutta niiden käyttöä rajoittaa osaamisen puute. Ainakin kaupungeissa raskaudenaikaiset ultraäänitutkimukset ovat maksua vastaan mahdollisia (esim. Narh Bitassa 8,75 € kertaa kohden). Näkemäni ultraäänitutkimukset teki radiologi. Toisen raskauskolmanneksen ”rakenneultra” oli tavallisin tutkimus, mutta tutkimuksia tehtiin myös varhaisilla viikoilla sekä loppuraskaudessa tarjonnan tarkistamiseksi. Isoimmissa yksiköissä on kuulemma mahdollista tehdä virtausmittauksia ja istukka- ja lapsivesinäytteitä. Sikiöseulontoja sinänsä ei tehdä, eikä raskauden keskeytys sairauden tai vamman vuoksi ole tavallista. ▶

Synnytykset sujuvat ilman KTG:tä



Punnitus lastenneuvolassa rokotusten annon yhteydessä.



Paikallinen synnytyssali

Vaikka äitiysneuvolaan osallistuminen on hyvää, vain 74 % synnytyksistä tapahtuu ammattilaisen avustamana. Maaseudulla osuus on vielä pienempi, ja köyhimmistä naisista yli puolet synnyttää ilman ammattilaisen apua. Synnytyssairaalaan pääsyä haittaavat huonot tiet ja julkinen liikenne, ambulanssejakin on vain vähän. Maaseudulla matka synnytysyksikköön voi kestää useita tunteja. Ruokahuoltoa ei ole, joten mukaan tarvitaan omainen huolehtimaan synnyttäjästä. Mukaan pakataan äitiyskortti, vanhat vaatteet ja yöpuku, vaipat, hygieniatarvikkeet, vuodevaatteet, kuminen alusta sekä toisinaan oma ämpäri. Teemaluennoilla on kehotettu etukäteen säästämään rahaa synnytystä ja lapsivuodeaikaa varten.

Synnytyksen lähestyessä seuraamistani neuvoloista tehdään tutustumiskäynnit synnytysosastolle. Synnytyksiä hoidetaan monenlaisissa yksiköissä. Teman poliklinikalla synnyttämättömille on yksi iso verhoin jaettu huone, josta siirrytään viereiseen synnytyssaliin. Salissa on kolme synnytyssänkyä, lämpölampullinen kehikko vastasyntyneille, pieni jääkaappi verivalmisteille, imulaite, happipullo sekä pakkaukset hätätilanteita varten. Vettä saa kraanasta, mutta se on lämmitettävä vedenkeittimellä. Valtakunnallisen veripalvelun puuttuessa omaisia kehotetaan luovuttamaan verta etukäteen läheisessä sairaalassa, jotta tarpeen tullen käytössä olisi verta. Synnytyksen aikana sikiön sydänääniä seurataan fetoskoopilla. Kivunlievitykseen on yleensä tarjolla tramadolia tai petidiini-injektioita. Tarvittaessa episiotomia tehdään kello 7 suuntaan. Imukupin käyttö riippuu synnytyslääkärin taidoista. Jos salissa ei ole muita naisia samaan aikaan, halutessaan isä voi osallistua synnytykseen. Tämä ei ole kovin tavallista. Seurasin myös paria sektiota, joita varten poliklinikalla oli erikseen pieni sali.

Synnytyksen jälkeen äiti ja lapsi siirretään toiseen huoneeseen, jossa on verhoin erotettu pienet tilat perheelle. Ghanassa lapset saavat perinteiset





nimet sen viikonpäivän mukaan, jona ovat syntyneet. Näin synnytysosastolla viettämäänäni torstaina kahden Yaa-tytön ja yhden Yaw-pojan syntymän. Lapset rekisteröidään ja he saavat syntymätodistuksen. Osastolla ollaan komplisoitumattoman synnytyksen jälkeen esimerkiksi kahdeksan tuntia, jonka aikana äidin ja lapsen vointia seurataan. K-vitamiinipistos, BCG- ja poliorokotteet annetaan ensimmäisenä päivänä. Ennen kotiutumista äitiä ohjeistetaan imetyksestä ja jälkitarkastuksista, joihin saavutaan 24–72 tunnin ja parin viikon kuluttua synnytyksestä. Synnytyksen jälkeiset seurantakäynnit tapahtuvat lastenneuvolassa, jossa seurataan perheen jaksamista ja lapsen kasvua sekä jatketaan rokotusohjelmaa.

Vuosituhattavoitteiden päätyttyä Ghanassa jatketaan työtä lasten ja äitien terveyden parantamiseksi YK:n kestävän kehityksen tavoitteiden myötä. Tarvetta on erityisesti terveystiedon välittämiseen, sosioekonomisten erojen tasoittamiseen ja ammattilaisen avustamien synnytysten lisäämiseen. Resursseja tarvittaisiin lisää äitiysneuvoloiden toiminnan pyörittämiseksi. Kaikesta huolimatta Ghanassa syntyy vuosittain yli 900 000 lasta, noin 108 lasta tunnissa. ■

LK **Hanna Halkosaari**,
Turun yliopisto, 5. vuosikurssi

KOKO SYVENTÄVIEN OPINTOJENI TYÖ JA LÄHDETIEDOT:
http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/125824/HalkosaariHanna.pdf?sequence=2 (koko työ)
http://www.doria.fi/handle/10024/125824 (lyhyempi linkki tiivistelmään ja työhön)

Teman poliklinikalla kaivataan lisää doppler-laitteita sikiön sydänäänten kuunteluun. Jos varastoistanne löytyy käytöstä poistuneita, toimivia laitteita, otan niitä mielelläni vastaan ja toimitan eteenpäin ghanalaisille kollegoille!

■ Teksti ja kuvat: MERJA METSÄ-HEIKKILÄ

Lääkärit ilman rajoja Suomeen – gynekologeja tarvitaan

Lääkärit ilman rajoja (MSF) -järjestö on perustamassa Suomeen omaa toimipistettä tarjotakseen myös suomalaisille terveydenhuollon ammattilaisille mahdollisuuden osallistua järjestön avustustoimintaan. Gynekologi Sophie Graner Ruotsista kävi Helsingin Lääkäripäivillä kertomassa kokemuksistaan järjestön avustustyöntekijänä.

Sophie on kolmen kouluikäisen pojan äiti ja toimii päätyönään tällä hetkellä Karolinskassa erikoislääkärinä ja kliinisenä opettajana. Hän on Médecins Sans Frontières -järjestön boardin jäsen ja Ruotsin yksikön apulaisjohtaja.

Ulkomaankomennuksia on ollut yhteensä viisi ja ne ovat olleet kestoltaan kahdesta viikosta puoleen vuoteen, viimeksi vuosi sitten. Pojat ja puoliso ovat tottuneet äidin matkoihin.

– Puolisoni tiesi jo tavatessamme, että pakettiin kuuluu työni MSF:ssa. Poikien suhtautuminen on vaihdellut; on ollut myös hankalia eroja, mutta useimmiten he eivät ole tehneet asiasta numeroa, ovat tottuneet siihen, että olen välillä poissa.

Pelkäätkö koskaan?

Sophien avustusmatkat ovat suuntautuneet Sudaniin, Afganistaniin, Sierra Leoneen, Libanoniin ja Vietnamiin. Olosuhteet vaihtelevat.

– Ajattelen, että MSF on riittävän suuri organisaatio taatakseen meille työntekijöille riittävän turvallisuuden, en tunne työskennellessäni maailmalla pelkoa. Tilanne on toki viime vuosina jonkin verran turvallisuuden suhteen muuttunut. Myös avustusjärjestöihin on kohdistettu väkivaltaisia iskuja, tämä koskee niin meitä kuin Punaista Ristiä tai Puolikuutakin. Olemme joutuneet tilanteeseen, jossa esimerkiksi sairaala on jouduttu turvallisuusuhan vuoksi evakuoimaan.

Lääkärit ilman rajoja (MSF)

– Kansainvälinen, riippumaton humanitaarinen avustusjärjestö, joka hoitaa ja auttaa konfliktien, luonnonkatastrofien ja kulkutautien uhreja poliittiseen vakaumukseen, uskontoon tai etniseen alkuperään katsomatta.
– Perustettu 1971, toimii lähes 70 maassa, vuonna 2015 menossa 446 projektia.
– Työllistää 31 000 paikallista ja 2 700 kansainvälistä työntekijää.
– Järjestölle myönnettiin Nobelin rauhanpalkinto 1999.

www.laakaritilmanrajoja.fi







Gynekologeja tarvitaan

Sophien oma kiinnostus gynekologiaan syntyi tilanteesta, jossa hän yleislääkärinä joutui kylmiltään auttamaan maailmaan lapsen ja sektiotaidosta olisi ollut hyötyä. Gynekologeja ja obstetrikkoja tarvitaan kaikkialla maailmassa. Elämä jatkuu sodan ja luonnonkatastrofienkin keskellä ja lapsia syntyy.

– Raskauskomplikaatiot ovat varsin samanlaisia kaikkialla maailmassa, mutta terveysriskeissä on eroja. Avustustyössä joudumme usein ajattelemaan ”maternal health first”, mitä kysymystä ei länsimaisessa synnytysklinikassa juuri tarvitse pohtia. Myöskään kovin ennenaikaisina syntyneitä keskosia ei voida juurikaan pelastaa, kertoo Sophie.

Laaja Global Health -kurssi vaaditaan

Gynekologeille olisi kysyntää MSF:n kohteissa. Edellytyksenä ovat normaalit synnytys- ja naistentautien erikoislääkärin taidot, hyvä kielitaito ja suomalaista vastaavaa kurssia laajemman Global Health -kurssin suorittaminen. Lähin suorituspaikka on Tukholmassa.

Rekrytointi tapahtuu haastattelun kautta, lisätietoja löytyy järjestön nettisivuilta (www.laakaritilmanrajoja.fi). Järjestön merkittävä työkieli on sen historiasta johtuen ranska, joten englannin lisäksi eduksi katsotaan ainakin yhden muun vieraan kielen hallinta. Vaikka Suomessa ei ole ollutkaan aiemmin MSF:n organisaatiota, on lukuisia suomalaisia lääkäreitä osallistunut järjestön ulkomaisiin avustusprojekteihin.

Punaisen Ristin organisaatiosta järjestö poikkeaa vain kahdessa suhteessa. Kun Punainen Risti on korostetusti puolueeton, MSF voi ottaa kantaa esimerkiksi kohdemaan ihmisoikeuskysymyksiin. Toinen ero on rahoituksessa. MSF:n rahoitus tulee lähes sataprosenttisesti yksityisiltä lahjoittajilta. Se takaa järjestön riippumattomuuden esimerkiksi valtioista. ■

JAANA NEVALAINEN

Obstetriikkaa päiväntasaajalla



Koulutus pidettiin Penangissa St. Giles Wembley-hotellissa.



Singaporessa Ritzin loungessa samppanja-lounaalla.

Matka kohti Singaporea alkoi puolilta öin tiistai-iltana 4.10.2016 Helsinki-Vantaan kentältä. Matkaseuranani minulla oli aviomieheni Mika ja väitöskirjani ohjannut emeritusprofessori Markku Ryynänen. Puolisen vuorokautta kestänyt matka hujahti lähes huomaamatta, liekö syynä sitten edellisen yön uneton päivystysvuoro vai businessluokan makuuasentoon menevä istuin ja sampanja (kiitokset postdoc -vuoden kerryttämille Finnair-pisteille!)

Kotoa Jyväskylästä lähtiessä mittari näytti –1 °C ja Singaporen kentällä +34 °C. Lämpimästä säästä innostuneena reipas matkapoppoomme starttasi seuraavana aamuna kukonlaulun aikaan ulos aamulenkille. Pre-monsuunisade pakotti takaisin suht pian ja lenkki jatkui puolen päivän aikaan Singaporen rantaraittiin tutustumalla, mukaan lukien vettä suustaan syökse-vä leijonapatsas. Urheilujuomana toimi näpsäkästi Singapore Sling. Kun reissulla eteen osui lempivaatemerkkini liike (tai pari) ymmärsin, kuinka nerokas olinkaan ollut ottaessani aviomiehen reissuun mukaan. Herran visalle tuli hieman käyttöä, omani kun jäi – vahingossa tietenkin – työtakkini taskuun kirmatessani päivystyksen jälkeen palmujen kuvat silmissä kotia kohti laukkuja pakkaamaan.

Varsinainen matkan syy – the 12th Asia Pacific Congress in Maternal Fetal Medicine – järjestettiin Penangissa, Malesiassa. Kongressihotelli sijaitsi iloisessa hotellien, hökkelirakennusten ja kauppakeskusten sekamelskassa ja ero Singaporen lähes kliiniseen siistiyteen oli hätkähdyttävä. Yhteistä Singaporen ja Penangin välillä tuntui olevan lähinnä ilmasto, upeat näköalat ja hotellien Durian-viha. Penangissa vietetyt päivät menivät omalta osaltani lähinnä luennoilla istuessa, joten varsinainen kaupunkiin tutustuminen jäi vähäiseksi. Pienen tutumiskierroksen aikana paikallisessa ostoskeskuksessa törmäsimme todella kummallisiin hajuihin, joista kamalinta ei voi sanoin kuvailla, mutta yritän kuitenkin: kuin joku olisi syönyt tupakkaa, ulostanut sen ja sytyttänyt sen uudestaan palamaan – emme jääneet tarkemmin selvittämään hajunlähdettä, mutta jos kyseessä oli tuo aiemmin mainittu Durianhedelmä, niin liityn kyllä hartaasti vihaaja-klubiin.

Mielestäni kongressin mielenkiintoisimpiin luentoihin lukeutui raskaudenaikainen geneettinen diagnostiikka ja alkiodiagnostiikka. NIPT oli parin luennon aiheena, mutta myös invasiivisesta diagnostiikasta oli puhetta – päivitetyt keskenmenoriskit liittyen istukka- ja lapsivesinäytteisiin kuuluivat olevan 0,1-0,2 %. Pre-eklampsialle oli omistettu kokonainen luentosessio ja synnytyksen käynnistämiseen liittyvät luennot kiinnostivat tietenkin, törmäähän kyseiseen aiheeseen harva se päivä töissä ollessaan. Lounasseminaarissa meinasi mennä kana väärään kurkkuun, kun professori Draycott sivulauseessa mainitsi, että Briteissä raskaana olevat lähtevät prostaglandiinipessaarin kanssa kotiin. Tosin kyseinen menettelytapa ei kuitenkaan vähentänyt lainkaan sairaalassaolopäiviä. Tehokkain käynnistystapa heidän populaatiossaan oli Foleyn katetri, mutta kustannustehokas se ei ollut. Vaikkakin synnytyksen käynnistämiseen myönnettiin liittyvän ongelmatiikkaa, kerrottiin lasketun ajan ohittamisen jälkeen sikiölle tulevan vain haittoja



Singaporen lenkkimaisemaa Marina Bay Sandsin viereisessä puistossa.

– älykkyysosamääränkin sanottiin laskevan. Pessaareista jatkaakseni siirrytään toiseen ääripäähän eli ennenaikaisiin synnytyksiin ja niiden estämiseen. Muutama luento käsitteli aihetta ja melkoisen ristiriitaisia tuntuivat tulokset olevan. Pää meni vahvasti sekaisin, ja kun puheeksi tuli pre-eklampsian esto statiinien avulla, luulin jo eksyneeni aviomiehelleni tarkoitetulle luennolle. Zika -virusta käsittelevä luento jäi välistä aikatauluongelmien vuoksi, mutta mainittakoon, että hyönteissaldo koko matkan aikana oli yksi banaanikärpänen Penangissa ja toinen kärpänen Singaporen lentokentällä.

Minulla oli kongressissa e-posteri ”First trimester maternal serum amino acids and acylcarnitines in prediction of gestational diabetes”, joka liittyi väitöskirjatyön jälkeiseen tutkimukseeni. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, voidaanko raskausdiabeteksen kehittyminen ennustaa määrittämällä aminohappo- ja asylkarnitiinipitoisuuksia ensimmäisen raskauskolmanneksen yhdistelmäseulontaa varten otetuista seeruminäytteistä. Raskausdiabetes on yksi tärkeimmistä äitien ja vastasyntyneiden sairastavuuden aiheuttajista maailmassa. Näyttöä varhain aloitetusta elämäntapaohjauksesta raskausdiabeteksen ehkäisyssä on saatu ruokavaliomuutoksista ja liikunnasta. Jotta ruokavalio-ohjaus ja liikunnan lisääminen voitaisiin aloittaa ajoissa, raskausdiabeteksen riski tulisi tunnistaa jo aikaisemmin kuin toisella raskauskolmanneksella tehtävän sokerirasituksen yhteydessä. Otollinen aika olisi ensimmäinen raskauskolmannes, jolloin suurin osa äideistä osallistuu yhdistelmäseulontaan. Tähän mennessä kirjallisuudessa on jo tutkittu monia biokemiallisia merkkiaineita kuten varhaisraskauden seulonnassa käytettyjä raskausproteiini-A:ta ja vapaata beta koriongonadotropiinia sekä lisäksi muun muassa adiponektiinia ja leptiiniä. Viime aikoina raskaana olevien naisten metaboliitti-profiili ja raskausdiabeteksen siinä aiheuttamat muutokset ovat olleet kiinnostuksen kohteena. Ennen sairauden puhkeamista todettavien muutosten havaitseminen voisi johtaa aikaisin aloitettuun elintapaohjaukseen ja siten voitaisiin mahdollisesti estää raskausdiabeteksen puhkeaminen ja sen aiheuttamat komplikaatiot äidille ja sikiölle. Omassa tapaus-kontrollitutkimuksessamme määritimme äidin seerumin ensimmäisen raskauskolmanneksen aikaisten aminohappojen ja asylkarnitiinien pitoisuudet retrospektiivisesti. Tutkimusaikana, 1.1.2008–31.12.2011, 31 146 naista osallistui ensimmäisen raskauskolmanneksen seulontaan Oulun yliopistollisessa sairaalassa. Heistä 69:llä diagnosoitiin raskausdiabetes. Kontrolleina toimineilla 295 naisella ei ollut diabetesta raskauden aikana tai sen jälkeen. Analysointi tapahtui retrospektiivisesti aikaisemmin jäädytetyistä ensimmäisen raskauskolmanneksen yhdistelmäseulontaa varten otetuista näytteistä käyttäen PerkinElmerin massaspektometria. Tutkimus osoitti, että arginiini-, glysiini- ja C5OH-pitoisuuksissa on tilastollisesti merkittävät erot jo ensimmäisellä raskauskolmanneksella myöhemmin raskausdiabetekseen sairastuvien äitien ja kontrollien välillä. Näitä markkereita voitaisiin mahdollisesti käyttää raskausdiabeteksen seulontaan jo ensimmäisellä raskauskolmanneksella yhdessä raskausproteiini-A:n ja a priori-riskin kanssa.

Parin sivistävän seminaaripäivän jälkeen matkaseurueemme suuntasi takaisin kohti Singaporea. Seuraavan aamun lenkki taittui juoksumatolla aikaisemmasta oppineena. Kerrankin kelloa tuli vilkuiltua minuuttien eikä sekuntien välein, maisemien ollessa 55. kerroksesta todella upeat. 57. kerroksen uima-allas houkutteli kalkkilaivan kapteeninkin liian pitkäksi aikaa päiväntasaajan auringon alle ja punoittavat sääret saivat tukisukat tuntumaan entistäkin epämukavammilta lentokoneessa. Olo oli kuitenkin tyytyväinen ja intoa tutkimuksen tekemiseen sain reippaasti lisää. Suomeen saavuimme kirpakkana keskiviikkoaamuna ja Jyväskylässä saimme vesisateen sijasta niskaan rehdin lumisateen. Kyllä talven ensimmäisissä lumihiutaleissa on vain sitä jotakin!

Ryynäsen sanoin; pöly on laskeutunut, koirat haukkuvat ja karavaani kulkee. Suuret kiitokset Suomen Gynekologiyhdistykselle matkaani tukeneesta erikoistuvan lääkärin matka-apurahasta! ■

■ PEKKA PINOLA

PCOS-tutkijat kohtasit Tukholmassa

PCOS Nordic Network, Master Class, 10.–11.10.2016

SGY:n erikoistuvan lääkärin matka-apurahalla oltiin lokakuun alussa edistämässä monirakkulaisen munasarjaoireyhtymän (PCOS) pohjoismaista tutkimusta Tukholmassa. Pohjoismaiden johtavat PCOS-tutkijat perustivat vajaa kymmenen vuotta sitten PCOS Nordic Networkin, jonka puitteissa he ovat tavanneet vähintäänkin vuosittain. Ryhmän tarkoituksena on edistää pohjoismaissa PCOS-tutkimusta, jalostaa tutkimusideoita sekä luoda yhteistyöprojekteja eri pohjoismaalaisten ryhmien välille.



Loistava PCOS-network toi siis yhteen tutkijat Oulusta, Tukholmasta, Uppsalasta, Trondheimista, Oslosta, Bergenistä ja Odensesta. Tilaisuudessa paikalla oli myös neuroendokrinologi, tohtori Rebecca Campbell Uudesta Seelannista. Tohtori Campbell luennoi neuroendokrinologisesta patofysiologiasta PCOS:n taustalla.

Nordic Networkin ryhmä luotti keräämänsä potilasaineiston dataa Ouluun ja allekirjoittanut sai tutkimusyhteistyön hedelmänä kirjoittaa kaksi väitöskirjan viimeistelevää artikkelia tästä aineistosta. Aineiston avulla selvitettiin laajasti PCOS-naisten hormonaalista ja metabolista profiilia aina nuoruusiästä vaihdevuosiin saakka. Näitä tuloksia esitettiin nyt Tukholmassa ryhmälle.

Tutkimusyhteistyö ulottuu nyt jo koskettamaan suurempaa joukkoa, jossa mukana on professoreita, dosentteja, post-doc-tutkijoita sekä väitöskirjaoppilaita. Tätä laajennettua verkostoa varten ydinjoukko kokeneita tutkijoita päätti järjestää PCOS Nordic Networkin Master Class -tapaamisen. Tarkoituksena tapaamisella oli nostaa esille nuorten tutkijoiden tekemää työtä, keskustella tieteen tekemisestä sekä suunnitella tulevia projekteja. Tapaamisessa pohjoismaalaiset nuoret tutkijat pääsivät tutustumaan toisiinsa sekä kokeneisiin kollegoihin. Verkostoituminen tässä mielessä on erittäin tärkeää tutkimuksen ja erityisesti yhteistyön jatkuvuutta ajatellen.

Kahden päivän aikana esitettiin laajasti tutkimuksia, joilla oli hyvinkin erilaisia toteutustapoja sekä näkökulmia. Esitettiin alkuvaiheen löydöksiä ja jo valmiimpia töitä sekä eläin- että ihmisaineistoista. Tarkempi sisältö jää kuitenkin tässä vaiheessa kollegiaalisen ryhmän luottamuksen piirin sisään ja tieto tullaan julkaisemaan tulevien vuosien aikana myös laajemmalle yleisölle. Varmaa on se, että PCOS tutkimuksen kohteena on kirkkaana ryhmän tutkijoiden mielessä ja paljon uutta tietoa tämän laajan potilasjoukon hoidon ja elämänlaadun parantamiseksi on pohjoismaisilta tutkimusryhmiltä odotettavissa lähivuosina.

Master Class tässä muodossaan oli erittäin onnistunut ja sopivalle noin 25 ihmisen joukolle suunniteltuna ajoi asiaansa erittäin hyvin. Innostuneiden tutkijoiden jakamat ideat, ehdotukset ja suunnitelmat takaavat, että pohjoismaissa, ja Pohjois-Suomessa, tullaan olemaan PCOS-tutkimuksen ja -tiedon aallonharjalla myös tulevaisuudessa. Mukana Oulusta tapaamisessa allekirjoittaneen lisäksi olivat dosentit Laure Morin-Papunen ja Terhi Piltonen sekä LK, väitöskirjaoppilas Meri-Maija Ollila. ■

Apurahasta kiittäen,

Pekka Pinola, LT, tutkija, synnytyksiin ja naistentauteihin erikoistuva lääkäri

JULIA LAAMANEN

Heittelevät hormonit

Palsta tarjoaa mahdollisuuden esitellä mieltä askarruttaneita potilastapauksia, niin gynekologisia kuin obstetrisia. Toivottavaa olisi, että tekstin alussa kuvattaisiin potilastapaus paljastamatta varsinaista diagnoosia, jotta kollegat saavat itse pohtia mistä mahtaisi olla kyse. Kinkkisten tai harvinaisten tapauksien lisäksi palstalle voi lähettää potilastapauksia, jotka ovat syystä tai toisesta puhututtaneet tai joista olisi vain hyvä muistuttaa kollegoita. Lopullisen diagnoosin ei tarvitse olla gynekologinen, riittää että gynekologit ovat joutuneet asiaa pohtimaan.

Kaksikymmentävuotias nainen tuli ehkäisyn suunnitteluun ehkäisyneuvolaan. Huolena potilaalla oli hyvin harva kuukautiskierto. Kuukautisvuodot olivat harvoin noin neljä kertaa vuodessa. Lisäksi potilaalla oli vatsakipuja, mutta ne eivät potilaan mielestä olleet mitenkään suuri ongelma. Gynekologisessa anamneesista tuli esille, että kuukautiskierto oli ollut epäsäännöllinen menarkesta lähtien, menarke 14-vuotiaana. Kierto vaihteli 30–180 päivän välillä. Gynekologisessa tutkimuksessa ei ollut poikkeavaa. Viimeinen vuoto oli ollut noin 60 päivää aikaisemmin. Vaginaalisessa ultraäänitutkimuksessa endometrium oli ohut. Munasarjoissa oli ad. 10 rakkulaa/munasarja. Rintojen palpaatiossa ei ollut poikkeavaa, eikä maidoneritystä. Kilpirauhasen palpaatiossa ei tullut esiin poikkeavaa. Potilaan rakenne oli feminiininen. Poikkeavaa karvoitusta ei ollut. BMI oli alle 25. Verikokeissa todettiin lievästi koholla oleva prolaktiini, 562 mU/l. Testosteroni oli 15 nmol/l. Kilpirauhasarvot olivat normaalit: TSH 0,90 mU/l, T4V 13,8 pmol/l, LH 25,2 U/l ja FSH 6,2 U/l. Maksa-arvot olivat normaalit. Kontrollissa prolaktiini oli normaali, samoin testosteroni, 1,2 nmol/l; vapaa testosteroni 12 pmol/l, SHBG 77 nmol/l.

Mistä johtui testosteronin arvon muutos?

Tapauksen ratkaisu

Epäsäännöllinen gynekologinen vuoto on yleinen syy, josta nuori nainen hakeutuu lääkärin vastaanotolle. Harvat kuukautiset eli oligomenorrea on kyseessä, jos kuukautiskierron pituus vaihtelee 35 päivän ja usean kuukauden välillä.

Potilaalle vastauksista soitettaessa potilas kysyi, oliko mahdollista, että testosteronin nousu olisi ollut alkoholin aiheuttamaa. Verikokeet oli nimittäin otettu juhannuksen jälkeen. Potilas kertoi käyttäneensä tuolloin runsaasti alkoholia. Potilas ehti tulla raskaaksi ennen ehkäisyn aloittamista. Raskauden alussa tehtiin rutiiniluontoisesti AUDIT-kysely, jonka tulos oli 10 pistettä.

Kirjallisuudesta en löytänyt selkeää vastausta potilaan kysymykseen. Tiedetään, että alkoholi suurentaa naisilla humalan aikana ohimenevästi testosteronipitoisuutta. Naisilla pieni alkoholiannos (0,3-0,5 g/kg) kuukautiskierron keskivaiheilla suurentaa myös testosteronipitoisuuksia (2). Vaikutus on korostunut ehkäisypillereiden käyttäjillä. Tämä testosteronipitoisuuden kasvu näyttää puolestaan liittyvän maksan alkoholiaineenvaihdunnan aiheuttamaan testosteronimetabolian häiriintymiseen (3). Steroidit metaboloituvat maksassa vesiliukoiseen muotoon ja erittyvät etupäässä virtsaan ja jossain määrin sappeen. Myös alkoholin aiheuttamat välittömät muutokset naisen estrogeeni- ja progesteronipitoisuuksissa voidaan selittää tällä mekanismilla (3). Alkoholia pitkään ja runsaasti kuluttavilla naisilla ilmenee usein hirsutismia ja maskulinisoitumista.

Tutkimukset ovat osoittaneet naisilla positiivisen yhteyden alkoholinkulutuksen ja veren androgeenipitoisuuden välillä (1). Vaikutus on miehiin nähden päinvastainen: miehillä alkoholi pienentää testosteronipitoisuutta estämällä biosynteesin kiveksessä. Naisen veren testosteroni muodostuu lisämunuaisessa (25 %), munasarjoissa (25 %) sekä rasva- ja muissa ääreiskudoksissa (50 %). Alkoholin ja testosteronin välinen yhteys naisilla saattaa johtua osittain alkoholin lihottavasta vaikutuksesta; rasvakudoksessa muodostuu testosteronia androsteenidionista. Osa syy suurentuneisiin androgeenipitoisuuksiin on ilmeisesti ACTH-välitteinen androgeenisynteesin lisääntyminen lisämunuaisessa.

Johtopäätös

Alkoholin endokrinologiset haittavaikutukset on syytä pitää mielessä, kun naispuolinen alkoholin suurkuluttaja hakeutuu lääkärin vastaanotolle. Ja toisin päin, jos ei ole tiedossa, että nainen käyttää alkoholia, kannattaa preventioajatuksella ja diagnostisella mielillä kysyä elämäntavoista. ■

KIRJALLISUUTTA:
Cigolini M, Targher G, Bergamo Andreis IA, ym. Moderate alcohol consumption and its relation to visceral fat and plasma androgens in healthy women. Int J Obes 1996;20:206–12.
Eriksson CJP, Lindman R, Fukunaga T. Sex hormone response to alcohol. Nature 1994;369:711.
Sarkola T. Effect of alcohol on hormones in women. Väitöskirja. Kansanterveyslaitos 2001
Sarkola T1, Adlercreutz H, Heinonen S, von Der Pahlen B, Eriksson CJ The role of the liver in the acute effect of alcohol on androgens in women. J Clin Endocrinol Metab. 2001 May;86(5):1981-5

Julia Laamanen, LL Naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri
Kuopion kaupunki, seksuaaliterveys- ja äitiysneuvolan lääkäri

Olavi Lempi

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



Ikäännymme vanhentuaksemme

Kello tikittää samaan tahtiin kaikille. Kelloja voi ostaa, muttei aikaa. Onneksi. Jos aika olisi myytävänä, eläisimme nykyistä huomattavasti eriarvoisemmassa maailmassa. Ihmiselämän alkutaipaleella ajan kulku ilmenee nopeana kasvuna ja kehityksenä. Tämä kehitysvaihe jatkuu useimmilla yksilöillä kypsään nuoruuteen, 23–25-vuotiaaksi, saakka. Tuossa iässä ihminen olisi resursseistaan arvioiden parhaimmillaan. Mutta asia ei ole näin yksikertainen. Aikuisuuden kynnyksellä alkava kaiken puoleinen elimistön rapautuminen kohtelee ihmistä eri tavoin ja toisaalta elämän kokemukset kompensoivat syntyviä rajoitteita tehokkaastikin, kyky hyvään johtaviin päätöksiin (viisaus) voi kuitenkin lisääntyä koko elämän ajan. Myös ihmisen omilla toimilla ja valinnoilla on vaikutuksensa vääjäämättömän rappeutumisen vauhtiin sekä määrään.

Biologisesti ajatellen vanhenemisprosessi pitää sisällään mutaatiot, solujätteiden kertymisen, solujen hapettumisen, immuniteetin heikkenemisen ja hormonierityksen ja -vasteiden heikkenemisen. Näihin kaikkiin vaikuttaa perimän lisäksi elintavat ja -ympäristö. Muutosten seurauksena alkaa väistämätön elimistön ja sen toimintojen hidastuminen, kuihtuminen, kuivuminen, rasvoittuminen ja surkastuminen. Prosessi käynnistyy 25–30-vuoden iästä alkaen ja etenee noin 1 % vuosittaisella vauhdilla – 80-vuotiaan ihmisen elintoimintojen taso on keskimäärin 30–40 % tasosta, joka on 25-vuotiaalla. Siihen miten kauan tätä elimistön alamäkeä jatkuu, vaikuttaa syntymässä saatu telomeerimäärä, naisilla määrä on suurempi kuin miehillä. Telomeerit ovat solujen kromosomien päässä olevia silmukoita muodostavia DNA-jaksoja, jotka ovat 2000–3000 emäsparia pitkiä. Yksinkertaistetusti voidaan sanoa, että kun telomeerit on käytetty loppuun, solujen jakautuminen estyy ja solut kuolevat – ilmiö liittyy vanhenemiseen ja toisaalta moniin sairauksiin (mm. syöpään) sekä oireyhtymiin.

Biologisen vanhenemisen seurauksena ihmisen toimintakyky rapistuu, rasituksen sieto heikkenee, toipumisajat venyvät ja aistielämykset vaimenevat. Vaikeimmaksi ongelmaksi koetaan aivokapasiteetin laskeminen. Aivokuoren ohenemisen, aivojen tilavuuden laskun ja amyloidikertymien seurauksena oppimis-, muisti- ja keskittymiskyky sekä mieleen palauttaminen hidastuvat ja heikkenevät. Lisäksi reaktioajat pidentyvät, keskittyminen useaan asiaan yhtä aikaa vaikeutuu ja aistielämysten sietokyky laskee. Silloin kun ihmisen kognitiivinen toimintakyky normaaleissa arkiaskareissa heikentyy merkittävästi, puhutaan dementiasta. Dementian riski normaali väestössä on 1.4 % luokkaa, mutta perinnöllisissä (esim. apolipoproteiini E4 ja ALDH2) muodoissa riski on jopa 60 %. Yli 90-vuotiaista noin 60 % kärsii muistihäiriöistä ja 40 % dementiasta. Tuota vaihetta edeltävät kuitenkin lähes kaikilla vanhuksilla esiintyvät kävely- ja liikkumisvaikeudet, yleinen väsymys sekä varkain edistyvä irtautuminen sosiaalisesta vuorovaikutuksesta.

Mutta ei pahaa, jottei hyvääkin. Eläköityminen tuo mukanaan vapauden tunteen, mahdollistaa paluun vanhojen harrastusten pariin ja toisaalta tarttumisen uusiin haasteisiin. Kun omat urakat on tehty, on aikaa siirtää meemejä (kulttuurigeenit) seuraaville sukupolville, katsella taakseen ja nähdä elämä suuremmassa kokonaisuudessa. ”Vanhuus ja viisaus” on arvopari, jolle ei ehkä löydy perustetta biologisesti ajatellen, mutta selittyy sillä, että vähentyneen kapasiteetin korvaavat kertyneet kokemukset, ihmistuntemus, syy- ja seuraussuhteiden kehittynyt ymmärtäminen ja vähempi tarve hätiköidä. Iäkkäimmillä saattaa olla enemmän ns. tunneälykkyyttä – itsetuntemusta, tunteiden hallintaa, empatiaa, luottamusta ja kärsivällisyyttä. Mutta toisaalta, voihan vanhuksilla esiintyä useammin jälkiviisautta, tuota viisauden imelää alalajia.

Nähdäänkö vanhuus normaalina ilmiönä vai jonkinlaisena sairautena, onko vanhuuskin jo medikalisoitu? Ainakin trendejä medikalisaation suuntaan on paljon. Nuoruusihannetta haetaan konstilla kuin toisellakin: plastiikkakirurgit korjaavat kudoksia, ikuista nuoruutta haetaan tableteista, hormoneilla tavoitellaan kimmoisuutta ja erektiolääkkeillä pystyvyyttä. Nämä ilmiöt ovat varsin yleismaailmallisia, vaikka tehot ovat rajallisia. Vanhenemista voidaan kyllä hidastaa, mutta yksinkertaisin keinoin: ei tupakoida, syödään paljon kasviksia ja vihanneksia, liikutaan rivakasti ja säännöllisesti, vältetään ylipainoa ja käytetään alkoholia kohtuudella. Mutta ei kelloa saa määrättömästi käännettyä, geneettisten ja epigeneettisten tekijöiden selitysosuus odotettavissa olevasta eliniästä on 30–40 % luokkaa.

Vanheneminen on ainoa tapa elää kauemmin (”ikääntyminen on kumulatiivinen prosessi”), mutta mistä vanhuus alkaa. Bob Hope, 100-vuotiaaksi elänyt viihdyttäjä ilmaisi asian näin: ”Tunnet tulleesi vanhaksi, kun kynttilät maksavat enemmän kuin kakku”. Jo keski-iässä elämän rajallisuus, etenkin lääkärin ammatissa, alkaa iskostumaan tietoisuuteen. Suomessa yleinen vanhuuseläkeikä on 65 vuotta, mutta yleisimmin vanhoiksi luokitellaan yli 75-vuotiaat. Ehkä kronologinen ikä ei luokittele oikein, nykyaikana yhä vanhemmat näyttävät nuorilta. Ikäkausierot ovat paljolti häipymässä. Hyvä luonnehdinta vanhuuden alkamisesta: vanhuus alkaa, kun ihminen jää paikalleen, ei pelkästään fyysisesti, enemmänkin psyykkisesti. Ja totisesti, tuo ”kohtalo” koskettaa useita. Yli 65-vuotiaista naisista 60 % päätyy laitoshoitoon, miehistä 30 % – miehet säästyvät laitostumiselta, koska kuolevat tuossa ikäluokassa keskimäärin 6–7 vuotta naisia aiemmin. Suurin riski kodista luopumisella on siinä vaiheessa, kun jää syystä tai toisesta olemaan yksin. Kotona pärjääminen on työlästä silloin, kun ei kykene siirtymään tuolista sänkyyn, saati pääsemään omin avuin WC:hen, kun ei tiedä onko yö vai päivä, kun pelkää jatkuvasti ja olo on turvaton eikä kykene itsenäisesti saamaan vettä juodakseen tai voileipää syödäkseen. Vanhukset, joita myös senioreiksi kutsutaan, ovatkin hyvä kohderyhmä liiketoimille, he ovat ”hyvä palvelutuote”, kuten Antti Eskola kirjassaan Vanhuus ilmaisee. Kaiken ihmisen, kuin myös vanhusten, hoitamisen pitäisi kuitenkin keskittyä olennaiseen: inhimillisen kärsimyksen mahdollisimman hyvään lievitykseen.

Loppujen lopuksi ei ole merkitystä kuinka vanha olet, vaan kuinka olet vanha! Ei ehkä ole merkityksellistä kuinka vanhaksi elät, vaan kuinka elät tuon elämäsi neljännen ikäkautesi, kuinka laadukkaasti kykenet jättämään toistuvia jäähyväisiä. Virginia Woolfin toimittaja-aviomies Leonard on kiteyttänyt vanhuuden pariin kuvailevaan lauseeseen:
”Elämän myrskyt ja stressit, kunnianhimot ja kipuilut ovat ohi. Turhanpäiväiset ja tarpeettomat vastuut ovat pudonneet hartioilta. Lopultakin on oppinut, että hyvälle elämälle riittää hyvin eletty arki. Ei päämäärä ole niin merkityksellistä kuin itse matka”.■



Sikiöaikainen niskaturvotus – Raskauden ennuste ja lasten pitkäaikaisennuste

Naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri Outi Äyräksen väitöskirja ”Increased fetal nuchal translucency in the first-trimester screening: pregnancy outcomes and a long-term follow-up of children” tarkastettiin Helsingin yliopistossa 20.5.2016. Vastaväittäjänä toimi professori Karin Sundberg Kööpenhaminan yliopistosta ja kustoksena professori Seppo Heinonen. Väitöskirjan ohjasivat dosentit Vedran Stefanovic ja Marianne Eronen.

Niskaturvotuksen ollessa lisääntynyt viidenneksellä sikiöistä todetaan kromosomipoikkeavuus ja kymmeneksellä kromosomistoltaan normaaleista sikiöistä todetaan rakennepoikkeavuus tai perinnöllinen oireyhtymä. Niistä kromosomistoltaan normaaleista lapsista, joiden niskaturvotus oli sikiöaikana koholla, mutta rakenneultraäänitutkimustulos oli normaali, 93 %:lla ei ollut merkittävää terveyshaittaa 6,5 vuoden seurannassa.

Tutkimusaineiston muodostivat kaikki HUS:n Sikiölääketieteen keskukseen lisääntyneen niskaturvotuksen vuoksi 2002–2007 lähetetyt sikiöt. Tiedot raskauden ennusteesta ja syntyneiden lasten terveydestä kerättiin potilasasiakirjoista ja kansallisista rekistereistä. Lisääntynyt niskaturvotus todettiin 1 063 sikiöllä. Kromosomipoikkeavuuksia oli 21 % ja raskauden tulos oli huono (keskeytys, keskenmeno, perinataalikuolema, sairaan lapsen syntymä) 30 %:ssa tapauksista. Raskauden keskeytyksiä tehtiin 20 % ja 3 % raskauksista meni kesken. Suotuisan raskausennusteen todennäköisyys laski niskaturvotuksen paksuuntuessa. Raskausennuste oli suotuisa 96 %:lla niistä sikiöistä, joiden niskaturvotus oli koholla, kromosomit normaalit ja toisen raskauskolmanneksen rakenneultraäänitutkimus oli normaali. Edellä mainitusta ryhmästä syntyneitä lapsia seurattiin keskimäärin 6,5 vuotta. Vaikeita rakennepoikkeavuuksia, vaikeaa neurologisen kehityksen häiriötä tai perinnöllisiä oireyhtymiä todettiin 7 %:lla näistä lapsista seurannan aikana. ■

Monirakkulaisen munasarjaoireyhtymän vaikutus lisääntymis- ja aineenvaihduntaterveyteen



Naistentautien ja synnytysten erikoistuvan lääkärin Pekka Pinolan väitöskirja ” Mieshormoniylimäärä, kuukautishäiriöt ja monirakkulainen munasarjaoireyhtymä – vaikutus naisen lisääntymis- ja aineenvaihduntaterveyteen varhaisaikuisuudesta menopaussiin” (Hyperandrogenism, menstrual irregularities and polycystic ovary syndrome – impact on female reproductive and metabolic health from early adulthood until menopause) tarkastettiin 9.9.2016 Oulun yliopistossa. Vastaväittäjänä toimi professori Okan Bülent Yıldız Turkista. Väitöskirjan ohjasi myös kustoksena toiminut dosentti Laure Morin-Papunen Oulusta.

Väitöstutkimuksessa selvitettiin liiallista mieshormonipitoisuutta, kuukautiskierron häiriöitä ja monirakkulaisen munasarjaoireyhtymän (PCOS, polycystic ovary syndrome) kehittymisen riskiä nuoruusiässä. Lisäksi arvioitiin PCOS:n vaikutusta aineenvaihduntaterveyteen nuoruusiästä aina menopaussiin saakka. PCOS on yleisin hormonaalinen sairaus hedelmällisessä iässä olevilla naisilla ja tärkein yksittäinen syy naisesta johtuvaan hedelmättömyyteen. PCOS:n tyypilliset oireet ovat epäsäännölliset kuukautiset, jo nuoruusiällä esiintyvät keskivartalolihavuus, liikakarvoitus ja ultraäänitutkimuksessa todetut monirakkulaiset munasarjat. Lisäksi munasarjoista peräisin olevaa anti-Müllerian hormonin (AMH) mittaamista käytetään usein vahvistamaan PCOS-diagnoosia ja kuvaamaan munasarjojen toimintaa. PCOS:sta kärsivät naiset tarvitsevat usein kalliita hedelmöityshoitoja tullakseen raskaaksi, joten ongelmien ennaltaehkäisy tuntien nuoruuden riskitekijät, voidaan tuottaa hyvinvointia naisille sekä samalla säästöjä myös terveydenhuollon kustannuksiin.

Väitöstutkimuksen neljästä osatyös-



tä kaksi ensimmäistä toteutettiin 4 567 naista käsittävästä Pohjois-Suomen Syntymäkohortti 1986 -aineistosta, jossa ovat mukana lähes kaikki heinäkuun 1985 – kesäkuun 1986 välillä syntyneet henkilöt Pohjois-Suomen alueelta. Tutkimusaineiston potilastiedot saatiin 16- ja 26-vuotiaina tehdyistä kirjallisista kyselyistä sekä kliinisestä tutkimuksesta 16-vuotiaana. Kaksi jälkimmäistä osatyötä tehtiin laajasta pohjoismaisesta yhteistyöaineistosta, jossa oli mukana 1 553 PCOS:aa sairastavaa ja 448 tervettä naista Suomesta, Ruotsista, Norjasta ja Tanskasta.

Pohjois-Suomen syntymäkohortissa todettiin yksinkertaisella kysymyksellä selvitettävien kuukautishäiriöiden nuoruusiässä olevan yhteydessä korkeaan mieshormonipitoisuuteen, sydän- ja verissuonitautien riskitekijöihin sekä mahdollisesti PCOS:n kehittymiseen myöhemmin elämän aikana. Todettiin myös, että korkea AMH-pitoisuus nuoruusiässä oli yhteydessä liialliseen mieshormonipitoisuuteen ja ennusti riskiä sairastua PCOS:aan. Korkean AMH-pitoisuuden ei todettu olevan yhteydessä sydän- ja verissuonitautien riskitekijöihin.

Pohjoismaisessa aineistossa todettiin PCOS-naisilla olevan jo varhaisaikuisuudessa suurempi painoindeksi ja vyötärön ympärysmitta, epäedullisemmat rasvatasot ja korkeammat insuliinipitoisuudet sekä verenpainearvot kuin terveillä naisilla. Nämä epäedullisemmat löydökset kestivät vaihdevuosi-ikään saakka. Mainitut riskitekijät altistavat naiset myöhempään taipumukseen sairastua aikuisiän diabetekseen sekä sydän- ja verisuonisairauksiin. Jo alle 30-vuotiailla PCOS-naisilla todettiin viisinkertainen metabolisen oireyhtymän esiintyvyys verrattuna terveisiin samanikäisiin naisiin. Liiallinen mieshormonipitoisuus ja lihavuus, erityisesti keskivartalolihavuus, yhdistettyinä PCOS:aan pahensivat myös näitä metabolisia riskejä ja täten altistavat naiset edellä mainituille kansansairauksille entistä vahvemmin.

Väitöstutkimuksen tulokset korostavat PCOS:n tunnistamisen merkitystä. Jo nuoruusiässä ja varhaisaikuisuudessa korkea mieshormonipitoisuus aiheuttaa kuukautiskierron häiriöitä. Hormoniepätasapainon tunnistaminen voi auttaa tunnistamaan varhain PCOS-riskiryhmään kuuluvat nuoret naiset. Monirakkulainen munasarjaoireyhtymä heikentää naisen metabolista terveyttä aina varhaisaikuisuudesta vaihdevuosiin saakka, lisää hedelmöityshoitojen tarvetta ja mahdollisesti altistaa heidät aikuisiän diabetekselle sekä sydän- ja verisuonisairauksille. ■

Ihmisen alkiokuoren rakennehäiriöt – geneettiset taustatekijät osasyynä hedelmättömyyteen?

Filosofian maisteri Reeta Törmälän väitöskirja ”Human zona pellucida abnormalities – a genetic approach to the understanding of fertilization failure” tarkastettiin Oulun yliopistossa 23.9.2016. Vastaväittäjä toimi Karoliinisessa instituutissa sekä Helsingin yliopistossa työskentelevä professori Juha Kere ja kustoksena professori Juha Tapanainen Helsingin yliopistosta.

Diagnostiikan kehityksestä huolimatta hedelmättömyyden syy jää edelleen epäselväksi 10–20 %:ssa lapsettomuustapauksista. Niissä hedelmättömyyden taustalla voivat olla munasolun hedelmöittymiseen ja kohtuun kiinnittymiseen liittyvät ongelmat, jotka voivat osittain johtua geneettisistä syistä.

Väitöskirjan tutkimuskohteena oli alkiokuori, joka on munasolua ja varhaista alkiota ympäröivä rakenne, joka osallistuu munarakkulan kehittymiseen, munasolun hedelmöittymiseen ja alkion tarttumiseen kohdun limakalvolle. Ihmisellä alkiokuori muodostuu neljästä tunnetusta alkiokuoriproteiinista (ZP1–ZP4). ▶



Väitöstutkimuksessa selvitettiin alkiokuoriproteiineja (ZP1-ZP4) koodittavien geenien vaikutusta hedelmällisyyteen potilailla, joilla koeputkihedelmöitys ei ollut tuottanut yhtään hedelmöittynyttä munasolua (engl. total fertilization failure, TFF) tai joiden munasoluissa havaittiin alkiokuoren rakennemuutoksia (engl. zona anomalies, ZA). TFF- ja ZA-potilaiden alkiokuoriproteiineja koodittavista geeneistä löytyi yhteensä 34 nukleotidimuutosta. Muutoksista kolme oli uusia löydöksiä, mutta suurin osa oli ennalta tunnettuja yhden nukleotidin polymorfioita eli geneettisiä monimuotoisuuskohtia. TFF-potilailla havaittiin ZP1- ja ZP3-geeneissä keskimäärin enemmän polymorfioita kuin verrokeilla. Myös osa yleisimmistä alkiokuoren rakennemuutoksista voidaan mahdollisesti selittää ZP1–ZP4-geeneistä löytyneillä polymorfioilla.

Väitöstutkimuksessa selvitettiin lisäksi alkiokuoriproteiinien ja niiden lähetti-RNA:n esiintymistä sikiöiden ja aikuisten munasarjoissa. Sikiöllä ZP3:n ilmentyminen oli havaittavissa jo 11. raskausviikolla, mutta voimakkainta se oli alkumunarakkuloiden muodostumisen aikaan 20. raskausviikolla. Tämä voi viitata siihen, että ZP3 saattaa osallistua alkumunarakkulan kehittymiseen ennen varsinaisen alkiokuoren muodostumista. ZP-geenien säätelytekijän FIGLA:n esiintyminen lisääntyi 20. raskausviikolla, mikä tukee aikaisempia havaintoja FIGLA:n merkityksestä munarakkulan kehittymisen aktivaatiossa ja alkumunarakkuloiden muodostumisessa.

Tämä tutkimus tuo lisätietoa alkiokuoren merkityksestä munasolun hedelmöittymisessä ja syventää tietämystämme alkiokuoren muodostumisesta ihmisellä. Hedelmättömyyden taustalla olevien geneettisten tekijöiden tunteminen voi parantaa lapsettomuuspotilaiden hedelmällisyyden arviointia ja auttaa löytämään heille parhaiten sopivan hoidon. ■

Seksuaalisen pienryhmän puheenjohtaja huolissaan rejuvenaatiohoitoihin päätyvistä potilaista

Epäasianmukaisen hoidon läpikäyneet potilaat voivat ottaa yhteyttä aluehallintovirastoon

Kuten kollegat muistatte, SGY otti kantaa ns. vaginan rejuvenaatiohoitoon, joka tarkoittaa emättimen käsittelyä laserilla joko laskeumien, inkontinenssin tai limakalvoatrofian hoitamiseksi. Menetelmän hyödyistä on saatu kovin ristiriitaista tietoa.

Valitettavasti tietooni on kuitenkin tullut tapaus, jossa ei ole pitäydytty menetelmän käytössä yllä esitettyihin indikaatioihin vaan ylipuhuttu nuori, seksuaalisuudessaan epävarma nainen kyseenalaiseen hoitoon aivan muilla perusteilla: 21-vuotiaalle terveelle naiselle oli annettu laserhoito parantamaan seksielämää, kun kokemattomalla kumppanilla oli ollut ongelmia yhdynnässä. Hoito maksoi n. 1000 € ja ensimmäinen yhdyntä oli sen jälkeen ollut kivulias. Ongelma ei tietenkään tällä hoidolla korjautunut!

Olen ollut yhteydessä asiasta Valviraan, joka ilmoitti, ettei sillä ole toimivaltuuksia määrittää kehonmuokkaukseen tai esteettiseen kirurgiaan liittyviä toimenpiteitä joko kielletyiksi tai sallituiksi. Ainoa mahdollisuus saada aikaan jotain muutosta, on saada potilas ensin tekemään kantelu aluehallintovirastoon, jolloin viranomaiset alkavat pohtia, mihin kantelu voi johtaa.

SIIS: Jos ja kun törmäätte asiattomiin hoitomuotoihin, kannustakaa potilaita valittamaan yllämainittuun virastoon. Jos vaikenemme, hyväksymme epävarmojen naisten häikäilemättömän hyväksikäytön eettisesti kyseenalaisin menetelmin.

Pirkko Brusila
Seksologiapienryhmän puheenjohtaja

SGY koulutuspäivät 27.4.–28.4.2017 Seinäjoki

Torstai 27.4.2017

9.00– 9.30 **Ilmoittautuminen ja näyttely**
9.30– 9.35 **Koulutuspäivien avaus**
Pj. Prof. Seija Grénman TYKS

Raskaana olevat matkailijat ja maahanmuuttajat
Pj. Dos Jukka Uotila TAYS / LT Heli Saarelainen KYS

9.35–10.00 **Parvorokko ja raskaus**
Dos. Mika Nuutila, HYKS
10.00–10.30 **Matkailijaa uhkaavat infektiot**
(Zika, Dengue, TBC)
Dos. Marjo Renko, OYS

10.30–11.00 **Kahvi ja näyttely**

Raskaana olevat matkailijat ja maahanmuuttajat
Pj. LL Johanna Lehto SEKS / LT Ritva Keravuo KAKS

11.00–11.30 **Hepatiitit ja raskaus**
Dos. Martti Färkkilä, HYKS
11.30–12.00 **Hemoglobinopatiat ja talassemiat**
Dos. Kalevi Laitinen, HYKS

12.00–13.00 **Lounas ja näyttelyyn tutustuminen**

13.00–13.30 **Seinäjoki esittäytyy**

Voi hyvin kotona ja töissä
Dos. Leea Keski-Nisula KYS ja Dos. Anna-Maija Tapper HYKS

13.30–14.00 **Teemmekö terveistä sairaita?**
Dos. Kari Tikkinen, HYKS
14.00–14.30 **Hyvä gynekologi ei tee virheitä**
LL Marja-Liisa Mäntymaa, KOKS

14.30–15.00 **Kahvi**

Voi hyvin kotona ja töissä
LT Tiina-Liisa Erkinheimo SEKS ja LL Linda Aukia SEKS

15.00–15.30 **Työhyvinvointi syntyy työpaikalla**
LT Kristiina Toivola, Työyhteisöpalvelu Työnilo / Diacor
15.30–16.00 **Perhe-elämän ja työn yhdistäminen**
TH seksuaaliterapeutti Marjukka Takala, Turun kaupunki/Hyvinvointitoimiala

16.00–16.30 **Kevätkokous**
Apurahat ja UM Mäkilän palkinto

Iltajuhla 19.00

Perjantai 28.4.2017

9.00– 9.30 **Ilmoittautuminen ja näyttelyyn tutustuminen**

Tietoisku HPV-rokotteesta
9.30– 9.50 **Tyttöjen ja poikien HPV-rokotus**
LT Katja Kero, TYKS
9.50–10.20 **Mikä rokotuksissa pelottaa?**
Prof. Jorma Paavonen, HYKS

10.20–10.30 **Keskustelu**

10.30–11.00 **Kahvi**

Sietämätöntä kipua ja kirvelyä limakalvoilla
LT Tiina Petäjä SEKS ja LT Katja Kero TYKS

11.00–11.30 **Miten hoidan vulvodyniapotilasta?**
LL Päivi Tommola, HYKS
11.30–12.00 **Vulvan ihottumat**
LT Niina Hieta, TYKS Ihoklinikka
12.00–12.30 **Mitä gynekologin tulisi tietää suun limakalvosairauksista?**
Dos. Jaana Rautava, TYKS Suupatologia

12.30–13.30 **Lounas ja näyttelyyn tutustuminen**

SGY tutkii
Varapj. Prof. Hannu Martikainen OYS

13.30–13.45 **UM Mäkilä palkinnon saaja**
13.45–14.15 **2 x case report**
14.15–14.30 **Tiedotukselle**
14.30–15.00 **Kahvi ja näyttelyyn tutustuminen**

Seksi ei maistu – onko rohtoa?
LT Maarit Niinimäki OYS ja LT Sirpa Eviö Aava / Mehiläinen

15.00–15.30 **Naisen seksuaalisen haluttomuuden etiologiset tekijät ja ei-lääkkeelliset hoidot**
LL pari- ja seksuaaliterapeutti Pirkko Brusila, Lääkäriasema Ikioma

15.30–16.00 **Naisen seksuaalisen haluttomuuden lääkkeelliset hoitomuodot**
LL kliininen seksologi Leena Väisälä , Aava / Mehiläinen

16.00 Koulutuspäivien päätös

Koulutuspäiville on myönnetty 11 tuntia erikoislääkärikoulutukseen

Olemme sitoutuneet Pro Medicon Täydennyskoulutus-suositukseen



Kevätkoulutuspäivät Seinäjoki 27.–28.04.2017

Koulutuspäivien tapahtumapaikkana on kokous- ja kongressikeskus **Frami** (Kampusranta 9, www.intoseinajoki.fi/frami/).

Iltajuhlaa vietetään **Rytmikorjaamon** klubilla (Vaasantie 11, www.rytmikorjaamo.fi/klubi). Avecien iltajuhlamaksu on 100 €.

Ilmoittautuminen tapahtuu SGY ry:n kotisivujen kautta: www.gynekologiyhdistys.fi.
Ilmoittautumislomakkeessa on pakolliset osiot, jotka täyttämällä lomakkeen saa lähetetyksi suoraan Duodecimiin.

Ilmoittautuminen on tehtävä 24.3.2017 mennessä. Ilmoittautumisia koskevat tiedustelut: koulutussihteeri@duodecim.fi. Sähköposti on tärkeä ilmoittaa, koska halutessasi todistuksen osallistumisesta saat kokouksen jälkeen arviointilomakkeen sähköpostilla.

Osallistumismaksu: Erikoislääkärit 160 €/ yksi päivä ja 260 €/ kaksi päivää. Erikoistuvat 120 €/ yksi päivä ja 200 €/ 2 päivää.

HUOM! Maksukäytäntö:
Osallistumismaksusta lähetetään lasku kaksi viikkoa ennen koulutuspäiviä ilmoittautujan antamaan osoitteeseen. 24.3.2017 jälkeen tehtävissä peruutuksissa osallistumismaksua ei palauteta ja sen jälkeen ilmoittautuneilta peritään osallistumismaksun lisäksi toimistokuluja 15 €.

Majoituskiintiömme on varattu läheltä rautatieasemaa (1hh 99–101 €/vrk ja 2hh 118 €/vrk)
1. Hotelli Lakeus, Torikatu 2, 60100 Seinäjoki
https://www.sokoshotels.fi/fi/seinajoki/sokos-hotel-lakeus
Puh. 010-76 48 000 tai lakeus.seinajoki@sok.fi
2. Hotelli Vaakuna, kauppatori 3, 60100 Seinäjoki
https://www.sokoshotels.fi/fi/seinajoki/sokos-hotel-vaakuna-seinajoki Puh. 010-76 47 000 tai vaakuna.seinajoki@sok.fi
3. Hotelli Cumulus, Kauppakatu 10, 60100 Seinäjoki
https://www.cumulus.fi/hotellit/cumulus-seinajoki
Puh. 020 055 055 (0,17 € /puh + 0,75 €/min),
my.reservation@restel.fi

Tunnuksella SGY varattavissa 15.3.2017 mennessä – muistathan varata ajoissa!

Tervetuloa !!!

Suomen Gynekologiyhdistyksen kevätkokous

Paikka: Kongressikeskus Frami, Seinäjoki
Aika: 27.4.2017 klo 16.00–16.30

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 2016 pöytäkirjan hyväksyminen
6. Apurahojen jako
   - 6.1 Ulla-Maija Mäkilän muistorahastosta jaettava palkinto
   - 6.2 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 16.–17.11.2017 Helsinki
     - 8.1.2 12.–13. 4.2018 Lahti
     - 8.1.3 15.–16.11.2018 Helsinki
9. Muut asiat
10. Kokouksen päättäminen

SGY:n hallitukselta toimeksi saaneena
Helsingissä 6.10.2016
Katja Kero
SGY:n hallituksen sihteeri

Presymposium 26.4.2017
EFC Advanced Colposcopy Course

Koulutus- ja kongressikeskus Frami B, Kampusranta 9, 60320 Seinäjoki (www.intoseinajoki.fi/frami/)
Presymposiumluennot Frami B:n auditorio 2.
Lounas klo 13.00–14.00 auditorion viereisessä Frami B:n **ravintola Komiassa.** Kahvitukset auditorion edessä näyttelyalueella.
Koulutuksen jälkeen klo 18.30 iltabuffet auditorion vieressä olevassa **Komia-ravintolassa.** Hinta 150 €.

EFC Advanced Colposcopy Course

10.00–10.30	Ilmoittautuminen ja näyttelyyn tutustuminen
10.30–11.30	Colposcopy diagnostics, using Swedescore (Strander)
11.30–12.30	Glandular lesions 20 min Pathologist's opinion (Bützow) 40 min Colposcopy (Leeson)
12.30–13.00	Multifocal disease (Leeson)
13.00–14.00	Lounas ja näyttelyyn tutustuminen
14.00–14.30	CIN 2 natural history, treat or not to treat? (Tainio)
14.30–15.00	Treatment with LLETZ, indications, technique and F-U (Nieminen)
15.00–15.30	VAIN management and treatment (Riska)
15.30–16.00	Kahvi ja näyttelyyn tutustuminen
16.00–16.30	Vulva: VIN, dVIN, LSA and lichen planus, same disease? Diagnostics and management (Jakobsson)
16.30–17.00	Colposcopy in special cases: pregnancy, menopause, HIV (Leeson/Strander)
17.00–18.00	Interactive cases, images, videos (all speakers)
18.00–18.30	Näyttelyyn tutustuminen
18.30–	Iltabuffet

Lento- ja junayhteydet:	
26.4.2017	HKI lentoasema–SEINÄJOKI
	klo 6.28– 9.04
	klo 7.03–10.16 (ensimmäiseltä luennolta myöhästyy hieman; taksi asemalta kestää noin 10 min)
	klo 7.23–10.16 (ensimmäiseltä luennolta myöhästyy hieman; taksi asemalta kestää noin 10 min)
	HKI rautatieasema–SEINÄJOKI
	klo 6.27– 9.04
	klo 7.06–10.16
	klo 7.27–10.16
	TAMPERE–SEINÄJOKI
	klo 8.00– 9.04
	klo 9.00–10.16
	OULU–SEINÄJOKI
	klo 5.29– 8.48
Paluulennot ja -junat:	
26.4.2017	SEINÄJOKI–HKI lentoasema
	klo 17.53–20.37
	klo 20.53–23.57
	SEINÄJOKI–HELSINKI rautatieasema
	klo 17.53–20.33
	klo 20.53–23.33
	SEINÄJOKI–TAMPERE
	klo 17.53–18.58
	klo 20.53-21.58
	SEINÄJOKI–OULU
	klo 18.08–20.52
	klo 21.08–00.10

SGY koulutuspäivät 16.11.2017
Helsinki Biomedicum

Torstai 16.11.2017

8.30– 9.00 Ilmoittautuminen ja näyttely

9.00– 9.30 SGY:n sääntömääräinen Vuosikokous

9.30– 9.35 Koulutuspäivien avaus
Pj. Prof Seija Grénman

9.35– 9.45 HUS Naistenklinikka pähkinänkuoressa
Toimialajohtaja Seppo Heinonen, HYKS

Lihommeko vääjäämättä?

9.45–10.15 Lihavuuden epidemiologia
Dos. Satu Männistö, THL

10.15–10.45 Lihavuus ja liikunta
Ravitsemusasiantuntija Patrik Borg,
UKK Instituutti

10.45–11.15 Kahvi ja näyttely

Obesiteetti ja lisääntymisterveys

11.15–11.45 Elämäntapaintervention vaikutus gestaatiodiabetekseen
LT Saila Koivusalo, HYKS

11.45–12.15 Obesiteetti ja infertiliteetti, miten suhtautua ja milloin hoitaa
LT Tiina Koskela-Koivisto, HYKS

12.15–13.15 Lounas ja näyttely

13.15–13.45 Suomi 100 vuotta
Pj. Seija Grénman
Juhlaluennoitsija
Valtioneuvos Riitta Uosukainen

13.45–14.15 Seth Wichmann-luento

14.15–14.45 Kahvi ja näyttely

Obesiteetti ja kirurginen hoito

14.45–15.15 Obesiteetin vaikutus operatiiviseen hoitoon
LL Reita Nyberg, Tays

15.15–15.45 Lihavuuskirurgia – pala kakkua
LT gastrokirurgi Saila Kauhanen Tyks

15.45–16.15 Gynekologit alajaoston kokous

Iltaohjelma 19.00

Perjantai 17.11.2017

8.30– 8.45 Ilmoittautuminen ja näyttely

8.45– 9.00 SGY tiedottaa

Hedelmällisyyshoitojen äärirajat

9.00–9.30 Yhtenäisen hoidon kriteerit – lääketieteelliset ja muut indikaatiot
Prof. Seppo Heinonen, Hyks

9.30–10.00 Munasolut uhkaavat loppua, mistä johtuu, miten toimitaan?
Dos. Viveca Söderström-Anttila, Väestöliitto

10.00–10.30 Syöpä ja hedelmällisyyden säilyttäminen
Dos. Helena Tinkanen, Tays

10.30–11.00 Kahvi ja näyttely

Hedelmällisyyshoitojen äärirajat

11.00–11.30 Ennakoiva munasolupakastus
LT Tuija Foudila, Felicitas

11.30–12.00 Onnistuuko biologisen lapsen saaminen kun siittiöt puuttuvat – mikrokirurgian mahdollisuus
Dos. Antti Perheentupa, Tyks

12.00–13.00 Lounas ja näyttely

Transsukupuolisuus

13.00–13.30 Transsukupuolisuuden diagnostiikka ja hoito
Dos. Aino Mattila, Tays

13.30–14.00 Transpotilaan hormonihoito
LL Pia Das, Tays

14.00–14.30 Kahvi ja näyttely

Transpotilaan kirurginen hoito

14.30–14.50 Transsukupuolikirurgia gynekologin kannalta
LT Päivi Pakarinen Hyks

14.50–15.30 Sukupuolielinten ja rintakehän kirurgia sukupuolenkorjausprosessin osana
LL Maija Kolehmainen

15.30 Koulutuspäivien päätös
Pj. Prof. Seija Grénman

Koulutuspäiville on myönnetty
12 erikoistumispistettä
erikoistumiskoulutukseen ja
12 pistettä tohtorikoulutukseen

Olemme sitoutuneet
Pro Medicon
Täydennyskoulutus-suositukseen

GKS KOULUTUSPÄIVÄT
Biomedicum, Helsinki 28.–29.9.2017

PRESYMPOSIUM 27.9.2017 klo 15.00–19.00
Perineal ultrasound

TORSTAI 28.9.2017

9.00–10.00 Ilmoittautuminen, näyttely ja kahvi
10.00 Avaussanat, GKS pj. Kari Nieminen

LASKEUMAN ABC 10.00–12.00, pj. Kari Nieminen
10.00–10.30 Mistä pohja pettää? Riikka Aaltonen, TYKS
10.30–11.00 Miksi pohja pettää? Riikka Tähtinen, KYS
11.00–11.35 Miten tutkin, miten hoidan?
Pauliina Aukee, KSKS
11.35–12.00 Laskeumaleikkausten trendit Suomessa.
Kaisa Kurkijärvi, TYKS

LOUNAS JA NÄYTTELY 12.00–13.30

LASKEUMAN TUTKIMINEN 13.30–15.00, pj. Pia Suvitie
13.30–14.15 Perineal ultrasound in pelvic organ prolapse.
Prof. Hans Peter Dietz, Sydney, Australia
14.15–14.40 MRI laskeuman kuvantamisessa.
Radiologi Krista Sarvas, HYKS
14.40–15.00 Laskeumapotilaan ulostamisongelmien tutkiminen.
Gastrokirurgi Matti Kairaluoma, KSKS

KAHVI JA NÄYTTELY 15.00–15.30

VIDEOSESSIO I 15.30–17.00, pj. Nina Mattsson
15.30–16.00 Rafiat. Kaisa Raatikainen, KYS
16.00–16.30 Apeksin tukeminen. Kirsi Kuismanen, TAYS
16.30–17.00 Manchester. Tapio Väyrynen, Hyvinkään sairaala

Vuosikokous 17.00
Iltajuhla 19.30

PERJANTAI 29.9.2017

8.00– Kahvi

LIVEKIRURGIAA 8.30-10.30, pj. Kari Nieminen
8.30–10.30 Laparoskooppinen laskeumaleikkaus.
Jyrki Jalkanen, KSKS

FINPOP 10.30–11.30, pj. Marja-Liisa Eloranta
10.30–11.00 Miten Suomessa leikataan laskeumaa?
Päivi Karjalainen, KSKS
11.00–11.30 Hyötyykö potilas leikkaushoidosta?
Nina Mattsson, K-HKS

LOUNAS JA NÄYTTELY 11.30–13.00

LASKEUMAKIRURGIAN ERITYISKYSYMYKSIÄ 13.00–14.15, pj. Riitta Koivisto-Korander
13.00–13.25 Pitääkö laskeutunut kohtu poistaa?
Kari Nieminen, TAYS
13.25–13.55 Kriittinen näkökulma vaginaalisiin verkkoihin.
Tomi Mikkola, HYKS
13.55–14.15 Laskeumakirurgian laaturekisteri.
Päivi Härkki, HYKS

14.15–14.45 KAHVI JA NÄYTTELY

VIDEOSESSIO II 14.45–16.00, pj. Jaana Männistö
14.45–15.10 Kolpokleisis. Kirsi Joronen, TYKS
15.10–15.35 Vaginaaliset verkot. Eila Heiskanen, KSKS
15.35–16.00 Laparoskooppinen laskeumakirurgia.
Jyrki Jalkanen, KSKS

16.00 Päätössanat, Kari Nieminen

Koulutuspäivät 28.–29.9.2017 Biomedicum Helsinki, Haartmaninkatu 8, 00290 Helsinki
Ilmoittautuminen GKS:n kotisivujen kautta www.gks.fi
Osallistumismaksu koulutuspäiville 28.–29.9.2017: 350 €/ 2pv ja 200 €/ 1pv (alv 0 %) sisältäen luennot, lounaat, kahvit ja iltajuhlan aterioineen. Maksu GKS:n tilille IBAN FI51 3131 1001 2584 45 (BIC HANDFIHH). Maksun viestikenttään tulee liittää osallistujan/osallistujien nimet. Laskun lähettämisestä veloitetaan 10 €. Eräpäivä on 15.9.2017, jonka jälkeen maksu nousee (400 €/ 2pv ja 250 €/ 1pv). Eräpäivän jälkeen tehdyissä peruutuksissa osallistumismaksua ei palauteta.
Presymposiumista tulossa lisätietoa Syklissä 2/2017.
Huom. Emme tee enää kiintiövarauksia hotelleihin, koska huonehinnat saattavat olla näin jopa kalliimpia kuin itse varatuissa huoneissa.
Iltatilaisuus 28.9.2017 klo 19.30: Tapahtumatalo Bank, Unioninkatu 20.
Näyttelyvastaava: Marja-Liisa Eloranta (marja-Liisa.eloranta@kuh.fi)

Olemme sitoutuneet Pro Medicon Täydennyskoulutus-suositukseen



Koulutuskalenteri SGY

Päivitetty 03.02.2017 ■ LINDA AUKIA (lelink (a) utu. fi).Ilmoitusehdotuksia otetaan vastaan!

2017

MAALISKUU

- 6.-8.3. IRCAD Advanced Techniques in Operative Endoscopy, Strasbourg Ranska
- 8.-12.3. The 9th International DIP Symposium (Diabetes, Hypertension, Metabolic syndrome & Pregnancy), Barcelona Espanja
- 8.-12.3. NSGE Congress (Nordic Congress on Gynaecological Endoscopy), Norefjell Norja
- 12-15.3. Society of Gynaecologic Oncologists 47th Annual Meeting on Womens Cancer 2017, Washington DC Yhdysvallat
- 15.-18.3. 16th World Congress of the Academy for Human Reproduction, Rooma Italia
- 15.-18.3. SGI 64th Annual Scientific meeting, Orlando Yhdysvallat
- 16.3-17.3. Obstetriikan workshop, Helsinki, järjestäjänä Steripolar (kati.grandlund@steripolar.fi)
- 17.3. Menopaussitutkimusseuran kevätkokous, Helsinki
- 20.-23.3. RCOG World Congress, Cape Town Etelä-Afrikka
- 20.-24.3. Advanced course in gynecological ultrasound, Malmö Ruotsi
- 23.-24.3. Ultraääniseuran koulutus-päivät, Helsinki
- 26.-29.3 43rd SGS (Society of Gynecologic Surgeons) Annual Scientific Meeting, San Antonio Texas Yhdysvallat

HUHTIKUU

- 2.-5.4. Perinatal Society Of Australia And New Zealand 20th Annual Congress 2017, Canberra Australia
- 6-7.4. Suomen Perinatologisen seuran kevätkokous ja koulutuspäivät, Helsinki
- 20.4. SLANGY:n kevätkokous (Maahanmuuttajalapsen ja -nuoren seksuaaliterveys), Helsinki
- 24.4. Neurostimulaatio, leikkaus vai lääkehoito lantionpohjan ongelmien hoidossa, Jyväskylä
- 27.-28.4. SGY kevätkokous, Seinäjoki
- 27.-28.4. NFOG Educational course, Hormones-friend or foe?, Kööpenhamina Tanska
- 27.-29.4. NUGA, Reykjavik Islanti

TOUKOKUU

- 2.-5.5. Global Congress on Hysteroscopy 2017, Barcelona Espanja
- 4.-5.5. NSGO Annual meeting, Helsinki
- 6.-9.5. ACOG 65th Annual Clinical Meeting 2017, San Diego Yhdysvallat
- 11.-12.5. Ego-päivät, Endokrinologia, Helsinki
- 11.-13.5. 7th IVI International Congress 2017, Bilbao Espanja
- 18.-19.5. Nordic Network of Fetal Medicine, Helsinki
- 18.-19.5. Severe Obsetric complications, Kööpenhamina, Tanska
- 22.-24.5 11th European Congress on Menopause and Andropause, Amsterdam Hollanti
- 25.-27.5. 3rd ECIC Congress (Intrapartum care), Tukholma Ruotsi

KESÄKUU

- 2.-6.6. ASCO Annual Meeting, Chicago Yhdysvallat
- 3.-4.6 Ultrasound in the diagnosis and management of endometriosis, Lontoo, Iso-Britannia
- 9.-10.6. 4th International Winners Meeting, Hysterectomy, Rooma Italia
- 7.-10.6. 14th EURAPAC 2017

THE XXV SIGNE AND ANE GYLLENBERG SYMPOSIUM

SAVE THE DATE

Childbearing, parenthood and outcomes of children –
an interplay between psychological and biological factors

Hanasaari Congress Center Hanasaari, Espoo

September 21st – 23rd, 2017

Session I- Endocrinology
- Cornelis Lambalk
- Eric Steegers

Session II - Pregnancy and stress
- Katri Räikkönen-Talvitie
- Hanna Rouhe
- Pathik Wadhwa

Session III - Pregnancy and epigenetics
- Elisabeth Binder
- Toby Andrew

Session IV - Preterm birth
- Eero Kajantie
- Liisa Lehtonen
- Saigal Saroj

Session V - Environmental factors before and after conception
- Richard Sharpe
- Alexandre Ferraro

Session VI - Alternative ways to reach parenthood
- Viveca Söderström-Anttila
- Harriet Vermeer
- Vasanti Jadva
- Eeva Ekholm

signe&ane GYLLENBERGS stiftelse

Registration starts Februay 1st at gyllenbergs.fi/symposium

(pediatric and adolescent gynecology), Vilna Liettua
• 15.-18.6. 25th Asian and Oceanic Congress of Obstetrics and Gynaecology 2017, Hong Kong
• 20.-24.6 42nd Annual Meeting of IUGA (International Urogynecological Association), Vancouver Kanada
• 25.-29.6. 16th World Congress In Fetal Medicine 2017, Ljubljana Slovenia

HEINÄKUU
• 2.-5.7. 33rd ESHRE Congress, Geneve Sveitsi
• 6.-7.7. British Menopause Society 27th Annual Conference 2017, Warwickshire Iso-Britannia
• 12-15.7. 24th Annual Summer Conference on Obstetrics and Gynecology 2017, Havaiji Yhdysvallat

ELOKUU
• 26. - 30.8. AMEE 2017 (The Association for Medical Education in Europe), Helsinki
• 31.8-2.9. IUSTI Congress (sexually transmitted infections), Helsinki

SYYSKUU
• 31.8-2.9. IUSTI Congress (sexually transmitted infections), Helsinki
• 6.-9.9. Society of Laparoendoscopic Surgeons MIS-week / Annual Meeting and Endo Expo 2017, San Francisco Yhdysvallat
• 8.-10.9. Fetal and Women's Imaging - Advanced OB-GYN Ultrasound, Seattle Yhdysvallat
• 21.-23.9. Gyllenberg symposium, Espoo
• 22.-25.9. Euroson: Congress of EFSUMB, Antalya Turkki
• 28.-29.9. GKS-päivät, Helsinki

LOKAKUU
• 4.-8.10. 19th ISIVF Congress, Antalya Turkki
• 5.-6.10. Perinatologisen seuran syyskoulutuspäivät, Tampere
• 11.-14.10. NAMS 26th Annual Meeting, Philadelhia Yhdysvallat
• 18.-21.10. 12th Congress of the European Society of Gynecology, Barcelona Espanja
• 18.-21.10. ESGE 26th Annual Congress, Antalaya Turkki
• 26.-29.10. 13th World Congress
• of Perinatal Medicine, Belgrad Serbia

MARRASKUU
• 2.-3.11. UÄ-seuran koulutuspäivät, Helsinki
• 4.-7.11. ESGO Congress, Wien Itävalta
• 16.-17.11. SGY syyskokous, Helsinki
• 27.-29.11. IRCAD Advanced Techniques in Operative Endoscopy, Strasbourg Ranska

2018

MAALISKUU
• 11.-14.3. 44rd SGS (Society of Gynecologic Surgeons) Annual Scientific Meeting, Orlando Yhdysvallat

HUHTIKUU
• 12.-13.4. SGY kevätkokous, Lahti

KESÄKUU
• 1.-5.6. ASCO Annual Meeting, Chicago Yhdysvallat
• 10.-13.6. 41st NFOG Congress, Odensee Tanska

LOKAKUU
• 3.- 6.10. NAMS 27th Annual Meeting, San Diego Yhdysvallat

MARRASKUU
• 15.-16.11. SGY syyskokous, Helsinki





Samsung HS40
Uusi järkevä ratkaisu gynekologiseen ultraäänitutkimukseen.



Sonesta 6302
Gynekologinen pöytä, jossa monipuoliset säädöt ja optimaalinen työskentelyasento kaikkiin tutkimuksiin.



Toitu FD-491
Uudessa FD-491-mallissa on iso kosketusnäyttö sekä vesitiivis (IPX7), uudelleen muotoiltu suora anturi.

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

SONAR puh. 020 7411 990 • sonar@sonar.fi

■ SIRPA EVIÖ

Onko lääkärin autonomia ja työhyvinvointi uhattuna?

Uudet roolit 100-v Suomessa



Huolestuttavia tuulia puhaltaa lääkärin työn yllä. Kuka sanelee, miten lääkäri työtään tekee?

Autonomia on vapautta säädellä itse toimintaa professiona tai kliinisenä lääkärinä, riippumattomuutta kohtuuttomista potilaan ja lääkäriasemien vaatimuksista. Joka tapauksessa työn ytimessä on potilaan paras mahdollinen hoito eikä voiton tuottaminen. Nyt kuitenkin uhkakuvana on rooli pelinappulana tai reseptiautomaattina. Lisää paineita tulee lääriasemien taholta, kun tahtotila on rankeerata lääkäreitä järjestykseen epämääräisin menetelmin. Turhia autonomiarajoitteita on syytä vastustaa, koska ne eivät ole perusteltuja potilaan parhaan ja lääkärin työhyvinvoinnin kannalta. Myös SOME-alttari on nykyajan valtakunnan mahti, mille siirretään valtaa ja uhrataan hyvinvointia. SOMEsta on valitettavasti tullut toimintaa ohjaava, pelkoja aiheuttava voima.

Helsingin sosiologian laitoksen tekemässä haastattelututkimuksessa selvitettiin lääkäreiden käsityksiä omasta työstään, uhkakuvista ja tulevaisuuden rooleista. Kokemus tuo vahvuutta ja varmuutta. Kokeneemmat lääkärit ovatkin huolissaan työhön liittyvistä eettisistä ongelmista. Nuoremmilla kollegoilla on toisenlaiset huolet. He kokevat jäävänsä työssään yksin, mikä lisää työn kuormittavuutta ja haasteellisuutta.

Gynaecologi Practici luo hyvän verkoston privaattigynekologeille, minkä puitteissa vapaa ajatusten vaihto, vertaistuki ja konsultaatiot onnistuu helposti. Mikäli tiiviimmästä tutortoiminnasta olisi apua, voidaan verkostot luoda sillekin toiminnalle, ettei kenenkään tarvitse jäädä yksin työssään. Maksavien potilaiden vaatimukset ovat ajoittain kohtuuttomia kokeneemmallekin.

Tulevaisuuden lääkärille on tarjolla monenlaista työnkuvaa: auttaja, valmentaja, asiantuntija, innovaattori, pelinappula, paimenkoira tai data-analyytikko. Valitse roolisi.

Hyvää ja aurinkoista kevättä!
Sirpa Eviö
GP pj

Apurahat

Synnytys- ja naistentautiopin tutkimussäätiön apurahat 2017

Synnytys- ja naistentautiopin tutkimussäätiön tarkoituksena on tukea synnytys- ja naistentautiopin tutkimusta, naisten ja perheiden terveyden parhaaksi. Säätiön apurahat on tarkoitettu väitöskirja- ja/tai postdoc-tutkijoille, jotka ovat Suomen gynekologiyhdistyksen jäseniä. Sääntöjen mukaisesti apuraha myönnetään vain kerran samalle hakijalle.

Vuoden 2017 apurahahakemukset on kohdistettu väitöskirjatyön tekijöille (3 kpl á 3000 €) ja on jätettävä viimeistään perjantaihin 17.3.2017 klo 16.00 mennessä, jolloin myös postitettujen hakemusten on oltava perillä Synnytys- ja naistentautiopin tutkimussäätiön sihteerillä. Myöhästyneitä hakemuksia ei käsitellä. Apurahat jaetaan SGY:n kevätkokouksessa Seinäjoella to 27.4.2017. Apurahan saajan tulee yhden vuoden kuluessa apurahan myöntämisestä antaa säätiölle selvitys apurahan käyttämisen kohteesta ja tavasta.

Hakemus osoitetaan Synnytys- ja naistentautiopin tutkimussäätiön apurahatoimikunnalle ja lähetetään viitenä kappaleena säätiön tekniselle sihteerille Maaria Puupposelle (os.: HUS, Naistenklinikka, Haartmanink. 2, PL 140, 00029 HUS). Häneltä saa tarvittaessa lisäohjeita (e-mail: maaria.puupponen@helsinki.fi).

Hakulomake löytyy Suomen Gynekologiyhdistyksen verkkosivuilta: www.gynekologiyhdistys.fi kohdasta apurahat, palkinnot. Hakemuspohja on täytettävä ja tulostettava allekirjoitusta varten.

Synnytys- ja naistentautiopin tutkimussäätiön hallitus

■ MARJA-LIISA MÄNTYMAA



Gynekologi 2021

Sote-uudistuksesta taitaa sittenkin tulla totta. Kello tikittää kohti uuden ajan alkua 1.1.2019. Moni yksityiskohta on vielä auki, mutta yksi asia on varma: Muutosta on tulossa. Ennustaminen on uhkarohkeaa puuhaa, mutta nyt korpikolumnisti aikoo ryhtyä visionääriksi. Muistakaahan tarkistaa sitten neljän vuoden kuluttua, miten meni.

Pienimmillä muutoksilla selviävät todennäköisesti nykyisissä synnytyssairaaloissa työskentelevät kollegat. Viimeisin päivystysasetuskierros keskitti synnytykset käytännössä jo niihin keskussairaaloihin, joista jäävät useita erikoisaloja päivystäviksi sairaaloiksi. Näyttää myös siltä, että rajuista alkuvaiheen keskittämisesityksistä on tultu askel taaksepäin, kun juuri ennen tämän kirjoittamista julkistetuissa selvityksissä kaikki keskussairaalat on leikkaushoitojen suhteen käytännössä niputettu samaan kategoriaan. Leikata siis saa niin laajan päivystyksen kuin muissakin keskussairaaloissa, kunhan volyymi ja laatu riittävät. Jos siis työskentelet nyt synnytyksiä hoitavassa sairaalassa, jolla on ensi vuoden alussakin oikeus ylläpitää erikoisalojen päivystystä, ei toimintaympäristöösi ole odotettavissa suuria muutoksia Soten toteutuessakaan. Työnantajan nimi kuitenkin muuttuu sairaanhoitopiiristä tai kuntayhtymästä maakunnan palveluyhtiöksi. Odotettavissa on siis paljon uusia, uljaita maakuntien yhtiöristiäisiä, joiden lopputuloksille pelkään itellojen, destioiden, palmioiden ja kumppanien kalpenevan. Siun sotet ja Soitet, olette vasta alkua.

Synnytysten hoitoon tuskin tulee yksityisiä toimijoita tai valinnanvapautta, eikä gynekologinen leikkaustoimintakaan ole ollut yksityissektorilla suuren mielenkiinnon kohteena, ja leikkaustoimintaan liittyvät tiukat päivystysvaatimukset koskenevat jatkossa yksityisiäkin toimijoita. Epäselvää on vielä se, miten sivutoimien harjoittamiselle käy, kun julkisista terveydenhuollon toimijoistakin näyttää tulevan yhtiöitä. Oman työnantajan kanssa samoilla markkinoilla kilpailevan firman leivissä työskentely on tuskin jatkossa mahdollista.

Mutta mitä tapahtuu yksityisgynekologille? Terveydenhuollon monikanavaiseen rahoitukseen liittyvät ratkaisut ovat vielä osin tekemättä, mutta yksityisen terveydenhuollon Kela-korvausten on jo ennustettu siirtyvän muistojen joukkoon. Pitkää hoitosuhdetta arvostavat potilaat tuskin hylkäävät hyvää ja luotettua gynekologiaan tuon reaaliarvoltaan pahasti kärsineen korvauksen takia. Yksityiset vakuutukset todennäköisesti lisäävät suosiotaan, ja tuovat jatkossa potilaita perinteiselle privaattipraktikolle. Paljon jää kuitenkin kiinni myös siitä, millaisia palvelulupauksia tulevaisuuden Sote-keskuksissa toteutetaan. Ennustan kuitenkin, että siellä, missä peruspalveluita toteuttavat suuret toimijat, voi nykyistä terveyskeskusta vastaavassa pisteessä olla muiden erikoislääkäripalvelujen ohella myös gynekologin vastaanotto – mutta ei vapaasti valittavana, vaan osana säännösteltyä palvelupakettia.

Organisaatioita ja työnantajia tärkeämpää taitaa kuitenkin loppujen lopuksi olla se, miten potilaamme saavat laadultaan ja saavutettavuudeltaan hyvät palvelut maksajan eli valtion asettamien taloudellisten ehtojen rajoissa. Äitiyspoliklinikoita viedään jo synnytyssairaaloiden ulkopuolelle. Sairaalalääkärin työpaikka ei olekaan välttämättä päivästä toiseen yksi ja sama kiinteistö. Tulevaisuuden uusien, kalliiden sairaalainvestointien suunnittelussa toiminnan pohjana ei ole enää tiukasti toisistaan erotettu virka-aika kahdeksasta kolmeen ja päivystysaika, vaan palveluiden ajatellaan olevan tarjolla myös iltaisin. Työpaikan vaihtuvuus ja työajan joustot ovat toistaiseksi olleet lääkäreiden palkkaukselle jokseenkin vieraita reunaehtoja, joten ennustan lääkärisopimuksen neuvottelijoille entistä pitempiä istuntoja – ja palkkojen harmonisointia en tohdi edes ajatella. ■

Yhdistyksen vuosikertomus vuodelta 2016 on luettavissa yhdistyksen internetsivuilla

● ● ●

Professori Seija Grénmanille myönnetty Suomen valkoisen ruusun I luokan ritarimerkki

Professori Seija Grénmanille myönnettiin 6.12.2016 Suomen valkoisen ruusun I luokan ritarimerkki. Suomen valkoisen ruusun kunniamerkit ovat Carl Gustaf Mannerheimin vuonna 1919 perustama valtiollinen palkitsemisjärjestelmä. Ritarimerkin myöntämisen perusteena ovat henkilön keskitason yläpuolella olevat henkilökohtaiset ansiot, jotka



asianomainen on osoittanut omalla ammattitaidollaan tai huomattavissa yhteiskunnallisissa tehtävissä. Lisäksi edellytyksenä on henkilön hyvämaineisuus.

Suuret onnittelut Seija Grénmanille, hurraa, hurraa, hurraa!

● ● ●

Suomen Gynekologiyhdistys toivoo eduskunnalta myönteistä suhtautumista maksuttoman ehkäisyn lakialoitteeseen

Lausunto luettavissa SGY:n internetsivuilla

● ● ●

Paperittomien terveydenhoito Suomessa

SGY:n kannanotto luettavissa SGY:n internetsivuilla

● ● ●

Case reports-haku SGY-päiville

SGY hakee jälleen opettavaisia potilastapauksia esitettäväksi kevätkoulutuspäiville 27.–28.4.2017 Seinäjoella. Lähetä tapauksesi/abstraktisi sähköpostiosoitteeseen kirsi.kuismanen@pshp.fi. Kaksi kiinnostavinta valitaan esitettäväksi, esittäjät ilmaiseksi koulutuspäiville!

● ● ●



Yhdistyksen uudet jäsenet

Yhdistykseen on hyväksytty kevätkokouksen 2016 jälkeen 14 uutta jäsentä: Maria Appelberg, Natalia Bogdan, Jutta Forss, Sivan Glazer-Livson, Noora Jaatinen, Iiro Kampman, Heidi Kaprio, Liisa Karjalainen, Tuisku Koivula, Tuulia Meriläinen, Riikka Rajala, Terhi Sydänoja, Krista Vormisto ja Olga Wihersaari.

Yhdistys toivottaa uudet jäsenet lämpimästi tervetulleiksi!

www.gynekologiyhdistys.fi

SGY:n hallitus

Puheenjohtaja
Seija Grénman
TYKS Naistenklinikka
Kiinamyllynkatu 4–8
PL 52 20521 Turku
seija.grenman@tyks.fi

Varapuheenjohtaja
Hannu Martikainen
PL 23, 90029 OYS
Hannu.martikainen@oulu.fi

Sihteeri
Katja Kero
TYKS Naistenklinikka
Kiinamyllynkatu 4–8
PL 52, 20521 Turku
Katja.kero@utu.fi

Varainhoitaja
Taru Ahava
yksityisgynekologi
Syrjäläntie 10, 01840 Klaukkala
taru.ahava@kolumbus.fi

Klubimestari
Anna-Maija Tapper
HYKS
Naistenklinikka
Haartmaninkatu 2, 00290 HKI
anna-maija.tapper@hus.fi

Jäsenet

Sirpa Eviö
Helsinki
sirpaevio@gmail.com

Mervi Halttunen-Nieminen
HYKS/Nkl Pl 140,
00029 HUS
mervi.halttunen@hus.fi

Ritva Keravuo
Kainuun keskussairaala
Sotkamontie 13,
87140 Kajaani
ritva.keravuo@kainuu.fi

Kirsi Kuismanen
TAYS
PL 2000, 33521 Tampere
kirsi.kuismanen@pshp.fi

Linda Linke
EPKS
Hanneksenrinne 7
60220 Seinäjoki
lelink@utu.fi

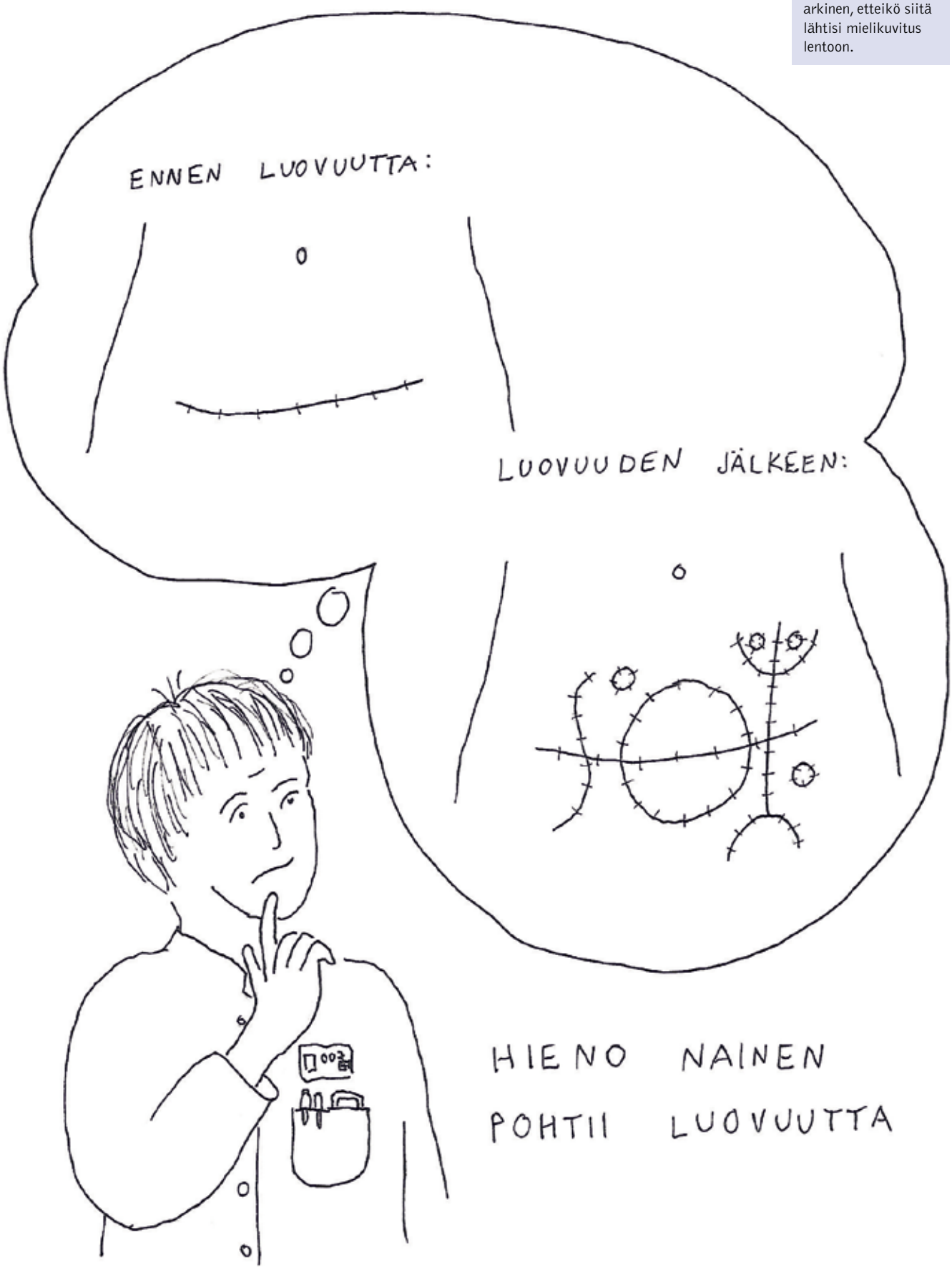
Heli Saarelainen
Lähettitoimisto,
PL 100,
70029 KYS
Heli.saarelainen@kuh.fi

Seuraava Sykli 2/2017 ilmestyy 6.6.2017,
aineiston ja ilmoitusten jättöpäivä on 5.5.2017

Hieno Nainen

■ MAISA MÄNTYMAA

Piirtäjänsä hyvin läheinen sivupersoona Hieno Nainen seikkailee Syklin sivuilla. Hieno Nainen on kollega, jolle mikään tilanne ei ole niin arkinen, etteikö siitä lähtisi mielikuvitus lentoon.



■ RIINA KATAINEN



Ovatko lääkärit immuuneita multitaskauksen haitoille?

Eräänä päivänä, kuten monena muunakin, väitöskirjan osajulkaisua kirjoittaessani vastailin Sykliin liittyviin sähköposteihin, selailin välillä Helsingin sanomien verkkosivua, näppäilin WhatsApp-viestiä ja kurkin vähän Facebookiinkin. Tämän kaiken lisäksi mietin näköjään myös mistä kirjoittaisin kolumnini.

Multitaskaus eli monen asian tekeminen yhtä aikaa tai nopea vaihtaminen monen asian välillä on ollut viime vuosina toimittajien suuressa suosiossa. Sen on raportoitu aiheuttavan stressiä ja uniongelmia, vaikeuttavan uuden oppimista tai jopa vanhan muistamista, tyhjentävän aivojen energiatasot ja vähentävän työn tehokkuutta. Puheenjohtajamme Seija Grénman sivusi aihetta pääkirjoituksessaan vajaa vuosi sitten. Aiheena oli tuolloin työrauha ja työn keskeytyminen. Multitaskausta sekin, ulkopuolelta vaadittua tosin. Suomalaisessa terveyskeskuslääkäreiden työtä seuranneessa tutkimuksessa työn todettiin keskeytyvän keskimäärin kerran tunnissa (Lämsä R. ym. Sosiaalilääket Aikak 2016;53:202).

Monen asian tekeminen lomittain saattaa tuntua tehokkaalta, mutta sitä se tuskin on. Lisäksi virheiden riski kasvaa, mikä työssämme on erityisen haitallista. Työssämme tulee myös jatkuvasti vastaan uutta opittavaa, minkä mieleen painaminen voi vaikeutua multitaskauksen myötä.
Stressin tunteen kannalta tehtävät olisi varmasti järkevämpää hoitaa vuorotellen. Ehkäpä asiat voisi kerätä listaan, josta ne voisi hoitaa yksi kerrallaan. Mitä tulee keskeyttämiseen, Ahvenanmaalla päätimme ottaa kokeiluun iltapäivällä pidettävän päivittäisen ”konsultaatiopaussin”, jonka aikana kenelläkään ei ole vastaanottoa. Mikäli varsinaisia yhdessä käsiteltäviä tai konsultaatiota kaipaavia asioita ei ole, juodaan porukalla kahvit. Multitaskaus ei ole vielä muutoinkaan juuri rantautunut Ahvenanmaalle. Alkuun pidin kummallisena sitä, että sähköpostit luetaan korkeintaan kerran päivässä ja kukaan ei odota saavansa sähköpostiin vastausta saman tien. Kiireelliset asiat hoidetaan soittamalla. Sähköpostin tehokasta käyttöä käsitelleen Helsingin Sanomien kirjoituksen (Virve Rissanen 14.11.2016) mukaan tämä olisi oikeaoppinen tapa käyttää sähköpostia, sen sijaan että sähköpostia tarkistetaan jatkuvasti, silloinkin kun sähköposteihin ei ole mahdollista reagoida/vastata, ja kiireelliset asiat pyritään hoitamaan sähköpostin välityksellä.

Lääkäriliiton tutkimuksessa ”Lääkärin työolot ja terveys 2015” viidennes vastanneista ilmoitti kokevansa vakavan työuupumuksen selvänä vaarana ja lähes puolet ajatteli sitä silloin tällöin. Lääkärien jaksaminen ei siis näyttäisi olevan rajatonta. Ehkäpä myös multitaskaukseen liitetyt haitat koskevat lääkäreitäkin. Ammattiimme liittyy paljon stressiä aiheuttavia tekijöitä. Multitaskauksen tietoinen vähentäminen voisi olla yksi niistä, joihin olisi mahdollista vaikuttaa. ■

SGY:n koulutuspäivät 27.–28.4.2017 Seinäjoella

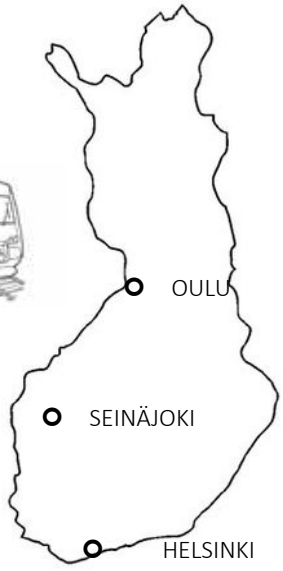
SGY-PÄIVÄT SEINÄJOELLA 27.-28.4.2017

Helppo saapua!

JUNA:
-HKI-SJOKI
2h 37 min
-TRE-SJOKI
1h 4 min
-OULU-SJOKI
3h 11 min



TERVETULOA!



Ilmoittautuminen SGY ry:n kotisivujen kautta: www.gynekologi-yhdistys.fi

Tervetuloa!

UUTTA!

Donaferty®

Ravintolisä, joka sisältää
Myo-inositolia, D-chiro-inositolia
ja Foolihappoa



Donafertyn löydät apteekista

Päiväannos sisältää:
4 g Myo-inositolia
100 mg D-chiro-inositolia
0,5 mg Foolihappoa

Lisätietoja: **www.donaferty.fi**

Exeltis
Rethinking healthcare

Exeltis | www.exeltis.fi | nordic@exeltis.com

Vaihdevuosioireiden hoitoon

Ihanaa elämää parhaassa iässä.



02/2017

Divigel®

ORION

Hyvinvointia rakentamassa. Yhdessä.

Divigel 0,1 % geeli.
Vaikuttava aine: Yksi 0,5 g:n tai 1 g:n annospussi sisältää 0,5 mg tai 1,0 mg:aa estradiolihemihydraattia, mikä vastaa 0,5 mg:aa tai 1,0 mg:aa estradiolia. **Käyttöaihe:** Hormonikorvaushoitona estrogeenin puutoksen aiheuttamiin oireisiin vaihdevuosi-ikäisille naisille. Osteoporoosin ehkäisyyn vaihdevuosi-ikäisille naisille, joilla on suuri murtumariski ja joille muut osteoporoosin estoon hyväksytyt lääkkeet ovat vasta-aiheisia tai eivät sovi. **Annostus ja antotapa:** *Annostus:* Divigeliä voidaan käyttää joko jatkuvasti tai syklisesti. Aloitusannos on yleensä 1,0 g geeliä kerran vuorokaudessa (vastaa 1,0 mg:aa estradiolia). Annosta voidaan säätää tarpeen mukaan yksilöllisesti 2-3 syklin jälkeen 0,5 grammasta 1,5 grammaan vuorokaudessa, mikä vastaa 0,5–1,5 mg:aa estradiolia. Potilaille, joilla kohtu on tallella, Divigel-hoitoon tulee liittää 1 kuukauden välein vähintään 12-14 päivän mittainen progestiinihoito. Keltarauhashormonia ei suositella naisille, joilta on kohtu poistettu, paitsi jos heillä on todettu endometrioosi. Tarkemmat tiedot kts. valmisteyhteenveto. Mikäli päivittäinen Divigel-annos unohtuu, jätetään kyseinen annos väliin ja jatketaan seuraavana päivänä normaalisti. Puuttuvat annokset voivat aiheuttaa välivuotoja. **Antotapa:** Geeli levitetään puhtaalle ja kuivalle iholle. Sivellään kerran päivässä alavartalon tai reisien iholle, paikkaa säännöllisesti vaihtaen. Alueen tulisi olla 1–2 kämmenen suuruinen. Ei saa levittää rintoihin, kasvoihin, ärtyneelle iholle eikä emättimeen. Levityksen jälkeen geelin tulisi antaa kuivua pari minuuttia, eikä voideltua ihoa tulisi pestä tuntiin. Geelin hieromista silmiin tulisi välttää. Kädet tulee pestä levityksen jälkeen. **Vasta-aiheet:** Todettu, epäilty tai aikaisemmin sairastettu rintasyöpä,todetut tai epäillyt estrogeenistä riippuvaiset pahanlaatuiset kasvaimet (esim.endometriumsyöpä), selvittämätön vuoto genitaalialueelta, hoitamaton kohdun limakalvon liikakasvu, aiempi tai tiedossa oleva laskimon tromboembolia (syvä laskimotromboosi, keuhkoembolia), tunnettu trombofiilinen tila, aktiivinen tai hiljattain todettu valtimon tromboembolinen sairaus (esim. angina pectoris, sydäninfarkti), akuutti tai aikaisemmin sairastettu maksasairaus, niin kauan kuin maksan toimintakokeiden arvot eivät ole palautuneet normaaleiksi, yliherkkyys vaikuttavalle aineelle tai apuaineille, porfyria. **Varoitukset ja käyttöön liittyvät varotoimet:** Hormonikorvaushoitoa tulee käyttää vain sellaisten postmenopausaalisten oireiden hoitoon, jotka heikentävät elämänlaatua. Molempien käyttöaiheiden kohdalla hyöty-riskisuhde on huolellisesti arvioitava vähintään vuosittain, ja hormonikorvaushoitoa tulee jatkaa vain niin kauan kuin siitä saatava hyöty on suurempi kuin sen riskit. Tarkemmat tiedot kts.valmisteyhteenveto. **Yhteisvaikutukset muiden lääkevalmisteiden kanssa sekä muut yhteisvaikutukset:** Estrogeenien metabolia saattaa lisääntyä samanaikaisessa käytössä sellaisten aineiden kanssa, jotka indusoivat maksan lääkeaineita metaboloivia entsyymejä, erityisesti sytokromi P450 -entsyymejä. Tarkemmat tiedot kts. valmisteyhteenveto. **Hedelmällisyys, raskaus ja imetys:** *Raskaus:* ei raskauden aikana. *Imetys:* ei rintaruokinnan aikana. **Vaikutus ajokykyyn ja koneiden käyttökykyyn:** Divigelin vaikutusta ajokykyyn tai koneiden käyttökykyyn ei ole tutkittu. **Haittavaikutukset:** *Yleiset:* Muutaman ensimmäisen hoitokuukauden aikana voi ilmetä läpäisy- ja tiputteluvuotoa, rintojen arkuutta tai rintojen suurenemista. Nämä ovat yleensä tilapäisiä oireita ja ne häviävät yleensä kunhoitoa jatketaan. Turvotus, painon lisääntyminen, painon lasku, masennus, hermostuneisuus, uneliaisuus, päänsärky, huimaus, kuumat aallot, pahoinvointi, oksentelu, mahakrampit, ilmavaivat, ihon ärtyneisyys, antopaikan kutina, kipu, lisääntynyt hikoilu. Tarkemmat tiedot kts. Valmisteyhteenveto. **Pakkaukset ja hinnat: 15.1.2017** (vmh sis.alv) 31,72 € Divigel 0.1 % geeli 91x0.5 g, 16,84 € Divigel 0.1 % geeli 91x1 g **Korvattavuus:** Peruskorvattava (40 %), ylempi erityiskorvattava (100 %) aivolisäkkeen etulohkon vajaatoiminta (101), sukurauhasten vaikea vajaatoiminta(121). Reseptilääke. **Lisätiedot: Pharmaca Fennica ja www.aesculapius.fi**