

Sykli



Kirurgian
opiskelua
simulaattorilla
s. 12



Sykli

SISÄLTÖ 3/11

Pääkirjoitus 5

Kesää ja karpäsiä odotellessa
Aila Tiitinen

Työn äärellä Vaihtoehtona osa-aikatyö 6

Piia Vuorela, tyytyväinen
työntekijä

Maarit Anttila: tutkija, lääkäri ja
tutkijalääkäri

Ratkaiseeko simulaatio- opetus kirurgisen koulutuksen ongelmat? 12

Kokemuksia ensimmäisestä
gynekologisen kirurgian kurssista
Tietotaitopajalla Jyväskylässä

Sisarjärjestöt esittäytyvät 7

– Suomen fertiliteettiyhdistyksen
tavoitteena tasokas ja
kohtuuhintainen

lapsettomuuden hoito 16

Maija Tulppala katsoo
lapsettomuuden taakse 18

Simpukka ry – aktiivinen
potilasjärjestö 22

Kevätkoulutuspäivät Mikkelissä 24

Buen Camino! 30

Toimitus pyhiinvaelluksella

Keittiötaidetta venäläisittäin 36

Maaialmalta

ENTOG-vaihdossa tutustuttiin
brittiläiseen sairaalasysteemiin 42

HPV valokeilassa
EUROGIN 2011 -kongressissa 48



Hallituskolumni 50

Pauli Wirta pohtii
vapaaehtoisen työn motiiveja

Privaatista 52

Annika Tulenheimo-Silfvast
mieltii kollegiaalisuutta

Väitelleet 54

Erikoislääkäreiden lisäkoulutusohjelmat 56

Hallituksen pöydältä 57

Apurahat 57

Koulutusta 58

Koulutuskalenteri 66

Päätoimittajalta 70

Työn eetos
Merja Metsä-Heikkilä

Sykli

Suomen Gynekologiyhdistys ry

– monipuolisesti naisten terveyden hyväksi vuodesta 1928

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

Julkaisija ja kustantaja

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

Päätoimittaja

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

Sykli verkossa: www.sykli.gyn.fi

Toimitusneuvosto

Aila Tiitinen
Johanna Mäenpää
Annika Tulenheimo-Silfvast
Marja Komulainen

Ilmoitusmyynti

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

Ulkoasu: Taitotasku Oy

Repro: A5 Plate Media Oy
Paino: PunaMusta

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

Osoitteenmuutokset

SGY:n sihteeri
Tuula Karipohja
Jorvin sairaala
PL 800, 00029 HUS
tuula.karipohja@fimnet.fi

Seuraava Sykli 4/2011

ilmestyy 16.9.2011,
aineiston ja ilmoitusten
jättöpäivä on 19.8.2011

Sykli julkaisee myös muiden
yhdistysten koulutusilmoituksia
hintaan 150 e/sivu tai
75 e/puoli sivua.

■ Hyvinkään Sairaalan
erikoistuvat ovat kannen
sankareita tänä vuonna.
Kuva *Merja Metsä-Heikkilä*



Kuva Merja Metsä-Heikkilä

Kesää ja kärpäsiä odotellessa

Kirjoitan tätä tekstiä jokunen viikko SGY:n kevätkokouksen jälkeen. Koulutuspäivät olivat taas kerran – perinteisesti – onnistuneet. Vielä suuri kiitos paikallisille Mikkelin kollegoille, jotka innolla toimivat isäntinä ja järjestivät paikallisin voimin iltatilaisuuden ohjelman.

Yhdistyksemme kevätkokoukset ovat tavan mukaan olleet keväisin keskussairaala-paikkakunnilla ainakin joka toinen vuosi. Osa jäsenistöstä tapaa kritisoi, mutta minusta tämä on tärkeä perinne. Olemme valtakunnallinen yhdistys ja elämää on Kehä Kolmosen ulkopuolella, myös helsinkiläisen mielessä. Toki matkustaminen johonkin Suomen kolkkaan voi tuottaa vaikeutta, mutta toisaalta uskon, että koulutukseen tulee kokouspaikkakunnan ympäristöstä sellaisia kollegoita, jotka ehkä muuten eivät osallistuisi. Yhdistyksen toiminnassa on tärkeitä nähdä toiminnan monipuolisuus, emme voi samalla tavalla tehdä työtämme isossa yliopistosairaalassa ja pienessä keskussairaalassa.

Tutustukaa syksyn koulutustarjontaan. Yhdistyksen syyskokous on Kuopiossa; ohjelma on hyvä, monitieteinen. Koulutuksessakin puhutaan tärkeää asiaa. Muistakaa myös kansainvälinen koulutus, on hyvä hankkia oppia maailmalta. Koulutuskalenterista löytyy vaihtoehtoja.

Edessä on kesä ja sen alkajaisiksi monenlaisia valmistujaisjuhlia. Ainakin Helsingissä vietetään perinteisesti toukokuun lopulla juhlaa vuoden aikana valmistuneiden uusien erikoislääkärien kunniaksi. Erikoistuminen vie vuosia ja se on puurtamista arjessa, mutta samalla se tarjoaa myös palkitsevia hetkiä. Yliopistolliseen tutkintoon kuuluu valtakunnallinen kuulustelu, jossa teoreettista osaamista mitataan. Lopulta valmistuminen on korutonta: kirje tiedekunnasta ja Valviralta, että erikoislääkärin oikeudet on myönnetty. On kuitenkin kyse niin tärkeästä etapista ammatillisella uralla, että sitä on syytä juhlia yhteisesti, kouluttajat ja koulutettavat. On aina yhtä palkitsevaa nähdä tuoreita erikoislääkäreitä, jotka ovat vuosien varrella ”kypsyneet” tehtävänsä ja juhlatilaisuudessa loistavat toinen toistaan upeampina.

Useimpien mielessä lienee kesäloma. Työterveyslaitos on muistuttanut lehdessään: Älä laske kaikkea kesäloman varaan. Työstä palautumisesta täytyy huolehtia ympäri vuoden vapaapäivinäkin, eikä ajatella, että kesälomalla rentoutuminen riittää.

Nauttikaa kesästä!

Aila Tiitinen

Työn äärellä

Vaihtoehtona osa-aikatyö



Osa-aikatyön suosio on kasvanut huomattavasti viime vuosina lääkäreiden keskuudessa, jo joka viides lääkäri tekee osa-aikatyötä. Erityisesti terveyskeskuksissa se on yleistä, syynä lienee pääasiassa työnkuormittavuus. Osa-aikatyötä tekemällä monet nuoret kollegat ratkaisevat väliaikaisesti myös hankalan työn ja pikkulapsiperheen ajankäytön yhteensovittamisen.

Aihe herättää keskustelua. Työnantajan kannalta osa-aikaisuus edellyttää joustavuutta ja joskus erityisjärjestelyjäkin. Onpa osa-aikaisia syytetty rintamakarkuruudesta ja rusinoiden poimimisesta pullasta, etenkin jos toinen puolikas työajasta käytetään nuppitaksalla naapurisairaalan leikkausjonojen purussa.

Parhaimmillaan klininen osa-aikatyö voi kuitenkin mahdollistaa tärkeän tutkimustyön tai osallistumisen muuhun kaikkia hyödyttävään toimintaan. Ohessa kaksi kollegaa kertovat omista kokemuksistaan osa-aikaisina gynekologeina. Voisiko osa-aikainen klinikon työ ratkaista myös niin kaivatun klinisen tutkimuksen ongelman?

Osa-aikaisuudella monipuolinen työnkuva

Piia Vuorelan työnkuva muodostaa tällä hetkellä melkoisen mielenkiintoisen palapelin. Hän työskentelee Lohjan sairaalassa osastonlääkärin puolikkaassa virassa ja toimii viikon kuukaudessa Käypä hoito -toimittajana. Kuukauden neljäs viikko kuuluu perheelle. Miten tähän on tultu?

Kiinnostus lääkärin ammattiin syntyi jo kouluaikana.
– Ihmisen biologia oli kiehtovaa. Biologian kirjan kuva sikiöstä vangitsi; oli vaikea päättää, oliko se kaunis vai epämiellyttävä. Sieltä löytyi siis erikoisalakin, muistaa Piia.

Opiskeluaikana alkoi jo tutkimustyökin. Aihe valikoitui spesialiteettihaaveen pohjalta.

– Minulla oli naivi ajatus väitöskirjan tekemisestä, en ollenkaan tajunnut, miten paljon se vaatii työtä. Aloiti-

tin Markku Seppälän ryhmässä, josta siirryin sitten tekemään väitöskirjaa verisuonten kasvutekijöistä raskausongelmissa, erityisesti raskausmyrkytyksessä Erja Halmesmäen ohjauksessa.

– Nuorena ja innokkaana rahoitin tutkimuksen tekemistä päivystämällä viikonloppuisin, sitten pikku hiljaa aloin saada apurahoja ja lopulta EVO-kuukausiakin, kertoo Piia aloittelevan tutkijan arjesta.

Kliinisen spesialiteetin Piia hankki vasta väitöskirjan valmistumisen jälkeen.

Tutkimus kiehtoo edelleen

Tutkimuksen jatkaminen väitöksen jälkeen tuntui itsestään selvältä.

– Tutkimus oli kiinnostavaa – kuvitelin tietenkin, että kaikki asiat selittyvät tällä tutkimallani kasvutekijällä, siitä innostuu omasta aiheestaan. Pidän myös opettamisesta, joten oli luontevaa ohjata muita. Silloin törmäsin satumalta nuoreen kollegaani, Katja-Anneli Watheniin, joka oli samassa elämäntilanteessa lapsineen ja tulimme helposti juttuun keskenämme. Helsinki Biomedical Graduate Schoolin opiskelijana hän siirtyi tekemään yh-

den vaadituista tutkimusryhmäjaksoista aiheeni pariin ja jatkoikin siitä väitöskirjatutkintoon asti.

Toisena ohjaajana on ollut emeritusprofessori Ulf-Håkan Stenman, jota Piia arvostaa suuresti akateemisen ajattelun oppi-isänä ja innostajana. Myös ”Uffen” laboratorio on ollut käytettävissä määrityksiä tehtäessä.

Väitöskirjaohjaajan tehtävät jatkuvat. Ohjattava, kollega Elina Leinonen sai juuri valtakunnallisen lääkäritutkijakoulun kaksivuotisen viran, mikä on suuri ilon aihe Piialle ja koko ryhmälle. Piia on ohjaajana myös kättilö Mikko Tarvosen tutkimuksessa – tavoitteena tässäkin on kenties jonain päivänä väitöskirja terveydenhuollon alalta.

Käypä hoito -toimittajana näköalapaikalla

Käypä hoito -toimittajaksi Piia hakeutui kollegan vinkistä, kun uusia toimittajia jokunen vuosi sitten haettiin. Tällä hetkellä se tuntuu melkein innostavimmalta työsaralta.

– Voi tietenkin johtua Norjassa viime viikolla pidetystä viikon mittaisesta Tutkimustiedon kriittinen arviointi -kurssista, nauraa Piia.



Piia Vuorela

- Syntynyt 1968
- Yo 1987
- LL 1994 HY
- LT 2000 HY
- Erikoislääkäri 2007 HY
- Dosenttuuri haussa tiedekunnassa
- Perheeseen kuuluvat puoliso ja lapset 3, 9 ja 13 vuotta

sien mukaan hyödyntämään.

– Jos suositusta tehdään omalta alalta, siinä myös oppii paljon ja tutustuu kollegoihin eri puolilta maata, mikä on aina kiinnostavaa, kertoo Piia.

Toimittajan tehtävien lisäksi Piialla on vastuullaan Käypä hoito -toimittuksessa myös koulutus. Hän vastaa muun muassa Käypä hoidon järjestämästä Tutkimustiedon kriittisen arvioinnin kurssista ja Näytön aste katsaus -työpajoista.

Suosituksen tekemisessä on tekijän kannalta monta kiinnostavaa puolta.

– Suositusta tehdessä pääsee perehtymään perusteellisesti aiheeseen. Se auttaa hahmottamaan hoitoon liittyvän kokonaisuuden. Käypä hoito -toimitus on minulle henkireikä ja toimituksen kollegat hauskoja ja inspiroivia, iloitsee Piia.

Joustavuutta tässäkin hommassa tarvitaan, laskennalliset viisi työpäivää kuussa jakautuvat vaihtelevasti muun muassa toimituksen että työryhmien kokousten kesken. Osan työstä voi tehdä etätöenä ja työpäivien määrä voi vaihdella kuukaudesta toiseen.

Tyytyväinen työntekijä

Piia Vuorela on tyytyväinen nykyiseen työkuviolonsa. Hän aloitti nuorimman lapsensa ollessa kaksivuotias osittaisella vuoden mittaiseksi suunnitellulla hoitovapaalla osa-aikatyössä, mutta huomasi pian, että työt alkoivat täyttää tuota toista puolikasta. Niinpä hän on jatkanut puolikkaassa virassa Lohjan sairaalan naistentautiklinikassa ja tekee nyt virallisestikin töitä kolme neljästä viikosta.

– Saan tällä hetkellä tehdä kaikkea kiinnostavaa. Potilastyötä en haluaisi jättää, sillä saan siitä tyydytyksen, kun voin auttaa potilasta. Akateeminen ai-

vojumppa pitää virkeänä, siellä suunnitelmat ovat hyvällä mallilla ja Käypä hoito -työ on sekä tärkeää että innostavaa, perustelee Piia työnkuvaansa.

Yksi unelmakin olisi.

– Toivoisin ainoastaan, että minulla olisi yksi yhteinen konkreettinen työpaikka, jossa olisi kaikki mapit samassa tilassa. Kieltämättä tämä useassa osoitteessa toimiminen ja paikasta toiseen siirtyminen rasittaa. Toisaalta eri työpaikat ovat rikkaus, näkee erilaisia toimintaympäristöjä. Lisäksi nämä eri osa-alueet tukevat toisiaan, sen huomaa siitäkin, että toisesta työstä saa eväitä ja ideoita toiseen.

Osa-aikatyö on järjestelykysymys

Piian osa-aikaisuus klinikassa on järjestetty niin, että hän on töissä joka toisen viikon.

– Lohjan sairaalassa en ole poikkeus, siellä on klinikassamme vain kaksi täyttä virkaa tekevää, loput ovat osa-aikaisia. Sitä ei ole koettu ongelmaksi ja kierrän tasapuolisesti kaikissa työpisteissä synnytyksistä operatiivaan.

– Aluksi tunsin, että puolikkaassa virassa olen aina vähän ulkona ainakin siitä, mitä sairaalassa oli tapahtunut edellisellä viikolla, mutta sitten olen sen tavallaan hyväksynyt, se on hinta, jonka osa-aikaisuudesta joutuu maksamaan. Potilaiden hoitoa se ei mielestäni haittaa, kun osastohoitoajat ovat niin lyhyitä ja sairaalan poliklinikalla on joka tapauksessa kiertoa ja potilaat eivät tapaa muutenkaan samaa lääkärinä uusintakäynneillään.

Sijoituslistojen tekeminen on varmasti isompi palapeli, kun on useita osa-aikaisia työntekijöitä, mutta Piian mukaan siihenkin suhtautuminen riippuu esimiehestä. Lomaa kertyy samalla tavalla kuin kokopäiväisessäkin virassa, sairaalan kustantamiin koulutuksiin Piia ei ole viimeisen vuoden aikana osallistunut, joten niihin pääsystä hänellä ei osa-aikaisena ole kokemusta.

Tulevaisuuden suunnitelmien tähden Piialla ulottuu vain tämän vuoden loppuun. Jatkossa hän kuitenkin toivoisi voivansa tehdä työtä, jossa voisi hyödyntää kaikkia osaamisensa osa-alueita. Mitä se sitten on, sen tulevaisuus näyttää. ■

– Kurssilla oli puhumassa muun muassa kanadalainen Andy Oxman, joka on kehittänyt ajatuksen siitä, että potilaiden hoidon pitää perustua tieteelliseen näyttöön ja että näytön luotettavuus on arvioitava. Koin kurssin erittäin hyödyllisenä ja innostavana. Käypä hoito -työ on palkitsevaa, jos sen avulla saa tolkkua nykyiseen tiedon tulvaan. Jo näinkin pienessä maassa hoitokäytännöt poikkeavat eri puolilla maata toisistaan ja lisäksi on tulossa uusi terveydenhuoltolaki, joka sekin vaikuttaa hoitojen toteuttamiseen omalta osaltaan, Piia selvittää.

Käytännössä Piian työ Käypä hoito -toimittajana pitää sisällään työryhmien kokouksiin osallistumista, myös suositusten kielen sujuvuus on osittain toimittajan vastuulla. Toimittajat edustavat työryhmissä metodiosamista tutkimusten laadun arvioinnissa. Substanssiosaaja ei siis tarvitse eikä aina voikaan olla, vaikka toimittajan erikoisalaa pyritäänkin mahdollisuuk-

Maarit Anttilan uralla tieteellinen tutkimus ja kliininen työ ovat kulkeneet kaikki valmistumisen jälkeiset vuodet rintarinnan; kumpikin on ollut vuorollaan etusijalla ja väliin molempia on tehty yhtä aikaa. Maarit on ollut siinä onnellisessa asemassa, että hän on saanut kokeilla myös toisenlaista työn järjestelyä. Vuosina 2007–09 hän oli sairaalan ja yliopiston yhteisessä virassa, jossa työaika oli puolitettu molempien kesken.

Tutkija vai klinikkko – vai molemmat?

Lääkärin ammatti oli Maaritille jo koululaisena itsestään selvyys – syystä, jota hän itsekkään ei tiedä. Suvun esimerkiksi se ei johtunut. Jatko onkin sitten monitahoisempaa.

Syventäviä opintojen aikoihin Maarit mietti ensimmäisen kerran tutkijan uraa vakavasti.

– Tein syventävät opinnot hiiren pernan luonnollisista tappajasoluista ja aihe melkein tappoi tutkimusinnostuksen, nauraa Maarit nyt jälkikäteen.

Orientoivassa vaiheessa erikoisalakin alkoi seljetä.

– Alun alkaen minusta piti tulla kirurgi, mutta sitten gynekologia alkoi tuntua omemmalta alalta.

Väitöskirja perinteisesti erikoistumisen rinnalla

– Valmistuin aikana, jolloin oli lääkäri-työttömyyttä ja silloin ajattelin, etten ainakaan jää peukaloita pyörittelemään. Päätin, että jollen saa kliinistä työtä,

alan tehdä tutkimusta. Työllistyin kuitenkin, ja tutkimus jäi siinä vaiheessa kakkossijalle, vaikka jatkoin pikku hiljaa tutkimista, kertoo Maarit uransa alkumetreistä.

Maarit meni kysymään silloiselta professori Seppo Saarikoselta väitöskirja-aihetta ja valitsi tarjottujen joukosta ovariosyövän ennustetekijät. Alkuun liittyi hidasteita, mutta potilasaineistoa kerätessään Maarit törmäsi nykyisin patologian professorina toimivaan Veli-Matti Kosmaan.

– Hänestä tuli tutkimukseni primus motor ja työ läksi etenemään. Kaik-

kiaan kirjan tekemiseen kului kymmenisen vuotta, aktiivisesti tein ehkä neljä vuotta. Päätoimisena kuitenkin vain kuusi kuukautta, muuten väitöskirja syntyi työn ohella ja erikoistumisen rinnalla, Maarit muistelee.

Tutkimus jatkuu

Maarit on jatkanut tutkimustyötään myös väitöksen jälkeen, PubMedistä löytyy 33 julkaisua. Tutkimuksesta on siis tullut pysyvä kiinnostuksen kohde ja työn osa.

– Lopetellessani väitöskirjaprojektia menin AIV-instituutin johtaja Sep- ▶



po Ylä-Herttulan puheille. Olen jatkanut sekä ennustetekijätutkimusta että hakenut uutta näkökulmaa geeniterapiapuolelta. Siitä olemme rakentaneet koe-eläinmallia ovariosyöpään ja tavoitteena on kliininen koe, jota aletaan pikkuhiljaa lähestyä, Maarit paljastaa.

Tutkijana Maaritilla on kokemusta sekä yksin puurtamisesta että toimimisesta tutkimusryhmässä. Nykyään hänellä on jo nuorempia tutkijoita työtä jatkamassa.

Tutkimusta tehdään AIV-instituutin ja patologian osaston kanssa yhteistyössä.

Potilastyö ja tutkimus – sovittamaton yhtälö?

Väitöstutkimuksen rinnalla Maarit erikoistui naistentauteihin ja synnytysiin. Onkologia oli alusta lähtien kiinnostavinta ja hänellä on alan lisäkoulutus.

Nykyisin Maarit on kokopäiväklinikko KYS:ssä, mutta hänellä oli taannoin kaksivuotinen sairaalan ja yliopiston yhteinen virka, jossa työajasta puolet käytettiin yliopistolla tutkimiseen ja toinen puoli kliiniseen työhön. Aivan ongelmatonta tämäkään järjestely ei ollut.

– Sijaisjärjestelyt ovat klinikan kannalta yksi pullonkaula. Alkuun tein lyhyempiä pätkiä vuorotellen kumpakin, mutta sittemmin yksi jakso oli aina kuukausien mittainen. Ratkaisevasti järjestely helpottui, kun etsin sijaisen itse, muistelee Maarit.

– Tällainen jaettu virka helpottaa tutkimuksen tekemistä, sillä pitkäjänteisen työn tekeminen on vaikeaa kiereisen kliinisen työn rinnalla, siihen ei kerta kaikkiaan ole aikaa. Jos taas on pitkään poissa kliinisestä työstä, tuntuu potilastyöhön kärsii. Tutkijan palkka on tunnetusti klinikon palkkaan verrattuna huono ja silläkin on nyky-päivänä merkitystä. Potilaiden kannalta oleellista on se, miten osa-aikaisuus on rytmitetty, pohtii Maarit osa-aikaisuuden plussia ja miinuksia.

Osa-aikaisuus on mahdollistanut Maaritille tutkimisen.

– Mieheni on suostunut ottamaan perheen asioista suurta vastuuta, se mahdollisti tutkimisen ja kliinisen työn väitöskirjan jälkeenkin. Harrastuksista on ollut pakko luopua, perhe ei ole ollut pääasiallinen kärsijä. Turvaverkkoa ei suvusta ole, turvaverkko on ollut Mannerheimin Lastensuojeluliiton hoitodit, kertoo Maarit arkikuvioistaan.

Tulevaisuus kliinikkona – tai kliinikotutkijana

Tulevaisuudessa Maarit arvelee olevansa ensisijaisesti kliinikko.

– En haluaisi kuitenkaan luopua tutkimuksestakaan. Se on virkistävää – tutkimus tukee kliinistä työtä. Tutkimuksen kautta voi seurata omaa alaa ja pysyä kärryillä.

Jos Maarit saisi ajankäytölleen vapaat kädet, aikaa saisi myös tutkiminen.

– Toivoisin voivani tehdä esimerkiksi yhden viikon kuukaudessa tutkimusta – tai yhden päivän viikossa. Potilastyössä on oikea elämä – tutkimustyö on erittäin mielenkiintoinen harrastus. Potilailta tulee myönteinen palaute, vaikka tutkimuspuolella menisi pieleen. Toisaalta: on se aina mukavaa, jos saa artikkelin lehteen, tunnustaa Maarit.

Perhe on tärkeä

Vaikka ansioluettelo olisi miten pitkä, perhettä se ei korvaa.

– Perhe on ykkönen. Ei sitä voi korvata tutkimisella. Ajan voi aina täyttää, mutta ei perheen merkitystä. Lapset ja niiden kasvu tuovat iloa elämään. Perheen kanssa teemme lomamatkoja ja käymme yhdessä laskettelemassa.

Tuore harrastus on uusi perheenjäsen, viime kesänä hankittu koira.

– Hävisin 3–1 äänestyksen rodusta: koira on dreeveri, mies metsästää jäniksiä.

Tutkimuksen tulevaisuus huolestuttaa

Kliinikkona Maarit on pohtinut paljon tutkimuksen asemaa.

– Tämän päivän lääkäreitä kiinnostaa aika vähän tutkiminen. Miten turvataan kliinisen tutkimuksen asema? Jos lääkärit eivät tutki, miten hoitoja kehitetään?

Nuoria uusia tutkijoita kaivattaisiin.

– Pitäisi olla paremmat mahdollisuudet tehdä tutkimusta – tutkimuksesta ei pitäisi huonolla palkkauksella rankaista. Klinikassakin pitäisi hyväksyä tutkimuksen teko ja arvostaa siihen uhrattua aikaa. Tutkijakoulu voisi kenties olla yksi ratkaisu tai tutkijalääkärin virka. Tutkimuksen tekoa voisi myös rytmittää – voihan erikoistumisen jälkeenkin aloittaa tutkimuksen. Ilalla, yöllä ja lomilla tutkiminen ei ole enää nykypäivää, painottaa Maarit. ■

Maarit Anttila

- Syntynyt 1965
- Yo 1984
- LL 1991 KY
- LT 2000 KY
- Erikoislääkäri 2001 KY
- Gynekologisen onkologian lisäkoulutus 2007
- Dosentti 2008 KY
- Perhe lääkäripuoliso ja lapset 8 ja 10 vuotta
- KYS:n naistentauti-klinikan erikoislääkärin virassa





Simulaatio-opetus – *ratkaisu* *kirurgisen koulutuksen* *ongelmiin?*

Gynekologeiksi valmistuvat ovat jo pitempään olleet huolissaan kirurgisen koulutuksen riittävyydestä. Syitä lienee useita, tärkeimpänä taustalla koko operatiivisen toiminnan luonteen muuttuminen. Muut hoidot ovat korvanneet osan leikkauksista ja yleistyvän laparoskooppisen kirurgian opettelu on hyvin toisenlaista kuin avokirurgian. Monet toimenpiteet vaativat lisäksi pitkäaikaista paneutumista ja toimenpiteiden keskittämistä vain harvojen käsiin, että saavutettaisiin riittävät ”tempput määrät” ja siten riittävän rutiinin ylläpito.

Miten merkittävä ongelma sitten kirurgisen koulutuksen väitetty vähäisyys on? – Kyllä se on ongelma, jos edellytetään, että vastavalmistuneen erikoislääkärin pitäisi olla valmis kaikkiin toimenpiteisiin, joita eteen tulee. Näin ei kuitenkaan onneksi ole, vaan vaativampi kirurgia opitaan vasta erikoislääkärinä työskennellessä. Enemmän olen huolissani siitä, saavatko nuoret erikoislääkäritkään riittävää koulutusta leikkausmäärien laskiessa. Peruskoulutuksen tavoite on mieles-

täni opettaa ne taidot, jotka tarvitaan itsenäiseen päivystysenaikaiseen toimintaan keskussairaالاتasolla ja että valmistunut on siinä määrin perehtynyt kirurgiaan, että perusleikkaukset on tarvittaessa nopeasti omaksuttavissa. Suuntaus tulevaisuudessa on kohti suurempia yksiköitä ja silloin tarvitaan joka tapauksessa erityisosaajia monelle eri alalle, kaikki eivät voi eikä tar-

vitsekaan osata kaikkea, toteaa Keski-Suomen keskussairaalan naisten-tautiklinikan ylilääkäri Jyrki Jalkanen.

Uudenlaisia oppimisen välineitä

Lokikirjojen avulla erikoistuvat kirjaavat oppimaansa. Operatiivisessa koulutuksessa oppimista mitataan usein tehtyjen toimenpiteiden lukumäärällä.

Minna Saarelainen ja Eerika Rosqvist esittelevät pajan toimintaa kurssilaisille.





Instrumentaatiota opeteltiin parityöskentelynä.

– Lukumäärät eivät mielestäni ole ratkaisevia – joku oppii nopeammin, jollakin omaksuminen vaatii useampia toistoja. Jonkinlainen minimimäärä kutakin toimenpidettä lieenee kuitenkin perusteltu. Lisäksi on korostettava assisterauksen merkitystä – se on myös tapa oppia, vaikka nuoret tätä usein väheksyvätkin, muistuttaa Jyrki.

Myös nykytekniikka tuo uusia välineitä oppimiselle. Leikkauksia on mahdollista videoida sairaaloiden välillä ja verkkoon voidaan tehdä erilaisia koulutuksellista materiaalia.

– Valmistelemme GKS:n toimesta Duodecim-seuran avustuksella gynekologisen kirurgian verkkokurssia. Lisäksi kannustaisin ihan perinteisiin tutustumiskäynteihin ja pidempiinkin vierailuihin eri sairaaloiden välillä, se mahdollistaisi perehtymisen uusiin leikkauskäytäntöihin, Jyrki huomauttaa.

Tähystyskirurgian harjoittelua ei voi eikä ole tarkoituksenmukaistakaan aloittaa oikealla potilaalla, vaan tar-

vittava kolmiulotteisen hahmottamisen taito ja instrumentaationäppäryys pitää hankkia erilaisilla tositilannetta jäljittelevillä laitteilla.

Näitä laitteita ja opetuskokemusta ei ole järkevää hankkia jokaiseen sairaalaan. Tässä asiassa edelläkävijänä on ollut Keski-Suomen keskussairaalaan yhdessä paikallisen yliopiston kanssa perustettu Tietotaitopaja. Siellä järjestettiin myös ensimmäinen Kanta-Hämeen keskussairaalan gynekologiaan erikoistuville räätälöity kaksipäiväinen gynekologisen kirurgian simulaatiokurssi.

Tietotaitopajalla hyvät valmiudet kouluttaa

Tietotaitopaja (TTP) perustettiin oman talon eri klinikoiden koulutustarpeisiin. Opetuksen lisäksi TTP:lla tehdään myös tutkimusta: kasvatustieteiden maisteri Minna Silvennoinen kerää väitöskirjamateriaalia simulaattorilla oppimisesta ja tämä tieto ja kokemus ovat olleet tärkeä apu toimin-

taa kehitettäessä.

Nyt hämeenlinnalaisille erikoislääkäri Nina Mattssonin aloitteesta järjestetty kurssi oli ensimmäinen talon ulkopuolisille räätälöity, mutta valmius tällaiseen toimintaan on jatkossakin.

Kurssin suunnittelivat ”pajalaisten” kanssa sairaalan gynekologikollegat Ulla Riikonen ja Jyrki Jalkanen. Koulutettavina oli kaksi erikoislääkärinä ja kuusi erikoistuvaa – näin opetettavan yksikön omat erikoislääkärit joutuivat miettimään sekä ohjaamista että palautteen antoa kurssin aikana. Kurssiin sisältyi kaksi luentoa, toinen käsitteli laparoskooppisiin toimenpiteisiin liittyviä komplikaatioita ja toinen yleensä taitojen oppimista simulaattoriharjoittelun avulla. Osallistujat saivat myös ennakkotehtävät, jotka sitten purettiin kurssin aikana. Pääosa ajasta käytettiin kuitenkin ohjattuun käytännön harjoitteluun kahdella simulaattorilla, yhdellä laparoscopia-boxilla ja yksinkertaisemmalla ompeluharjoittelun mahdollistavalla pahvilaatikolla. ►

Simulaatio-opetus...



Äänetön arvioija?

Simulaatioharjoittelu tarpeen ennen ensimmäistä laparoskopiaa

Hämeenlinnassa tehdään kaikkia gynecologisia toimenpiteitä vaativampaa syöpäkirurgiaa lukuun ottamatta. Koulutustarpeita siis on, niin erikoistuvilla kuin jo erikoistuneillakin. Alalle tulee uusia toimenpiteitä ja vanhoja taitoja on syytä määrävälein hioa.

– Jyväskylän koulutuksessa ajatus oli alun perin erikoistuvien lääkäreiden laparoskooppisten taitojen hioaminen. Meiltä osallistui koulutukseen kuusi innokasta erikoistuvaa, mikä oli maksimimäärä. Minä ja osastonlääkäri Minna Ahonen läksimme erikoislääkäriohjaajiksi. Jaoimme ”opetuslapset” puoliksi ja molemmat arvioimme siis kolmen erikoistuvan taitojen kehitystä näiden kahden päivän aikana. Lisäksi kävimme yhdessä läpi jokaisen erikoistuvan oppimistehtävän, joissa aihealueet käsittelivät laparoskopian perusteita tornin anatomiasta ergonomiaan ja instrumentteihin. Erittäin hyödyllisiä tietoja ihan näin ”senioritasolekin”! Koimme Minnan kanssa oppivamme myös juniorikollegan opettamisesta ja huomasimme, kuinka haastavaa toisen arvioiminen ja oppimisen ohjaaminen onkaan. Tietenkään emme voineet vastustaa ompeluharjoitteita, joten omatkin laparoskopiataidot



Ompelukerhon kokouksessa?

saivat harjaannusta, kertoo erikoislääkäri Nina Mattsson kurssin annista.

Kurssille osallistuvilla erikoistuvilla oli takanaan hyvin kirjava kokemuspohja.

– Toisilla oli jo operatiivinen jakso K-HKS:ssa suoritettuna ja tiesin heidän osaavan jopa laparoskooppisen kohdunpoiston. Toisilla kaikki oli vasta edessä. Ilokseni totesin, että he kaikki saivat koulutukselta omalle tasolleen sopivia taitoja. Tietenkin simulaattorikoulutuksesta hyötyvät eniten kaikkien kokemattomimmat. Kokemukseksi perusteella kaikilla erikoistuvilla pi-

täisi olla mahdollisuus harjoitella kameratyöskentelyä ja silmä-käsikoordinaatiota, syvyyshahmottamista ja muita perustaitoja ennen ensimmäistä oikeaa laparoskopiaa, sanoo Nina.

Tähän näkemykseen yhtyy myös Jyrki Jalkanen.

– Paras vaihe simulaatioharjoittelulle olisi heti alussa, ennen kuin yhtään laparoskopiaa on tehty käytännössä – tai korkeintaan sen verran, että erikoistuva on huomannut, ettei se olekaan niin helppoa kuin miltä se näyttää.

Kiittävää palautetta

Sekä erikoistuvat että erikoislääkärit pitivät kurssia kiitoksen arvoisena.

– Laparoskopiasimulaattorikoulutus sopi erinomaisesti aloittelevalle erikoistuvalla lääkärille, tarjoaahan mahdollisuuden saada tuntumaa laparoskooppiseen leikkaustekniikkaan ja instrumenttien käsittelyyn jo ennen ensimmäisiä omia leikkauksia. Tämä nopeuttaa varsinaisen leikkauksen oppimiseen kuluva aikaa. Simulaattorin avulla hankittu tuntuma laparoskopiaan saattaa myös madaltaa kynnystä päästää kokematon erikoistuva leikkaamaan, toteavat kurssille osallistuneet erikoistuvat lääkärit.

Kurssi oli sekä oikein kohdennettu että sisällöltään hyvin suunniteltu.

– Simulaattorikurssi oli nimenomaan suunniteltu erikoistuvien lähtökohdista: luennot olivat perusasiaa ja harjoitteet lähtivät koordinaatiota kehittävästä peleistä. Kurssin lopuksi harjoiteltiin simulaattorin avulla adnexin poistoa, kertovat erikoistuvat.

Jatkoa toivottiin, sekä erikoistuville että jo erikoistuneille.

– Simulaattorikoulutuksia voisi järjestää eri erikoistumisvaiheissa oleville lääkäreille: vasta-alkajille, joihin verran jo laparoskopiaa tehneille ja sitten edistyneemmille suunnattuja teemakoulutuksia. Esimerkiksi solmukoulutus olisi hyödyllinen monessa eri vaiheessa.

Myös erikoislääkäri Nina Mattsson näkee simulaatiokoulutuksen hyödyllisyyden.

– Toivoisin, että jatkossa järjestettäisiin vastaavanlaisia hands-on-training-kursseja eri osaamistasoille. Erikoislääkäreille suunnattuihin koulutuksiin toivoisin myös harjoittelua oikeilla kudoksilla, esimerkiksi ensimmäisenä päivänä harjoiteltaisiin laparoskooppisten komplikaatioiden korjaamista simulaattoreilla ja toisena päivänä sial-



Kurssilaiset ja kouluttajat ryhmäkuvassa. Kurssin suunnittelusta ja luennoista olivat vastuussa erikoislääkärit Jyrki Jalkanen, Tuomo Kalliola ja Ulla Riikonen. Tietotaitopajalta kurssin onnistumisesta vastasivat Eerika Rosqvist ja Minna Silvennoinen. Kurssille osallistuvivat erikoislääkärit Minna Ahonen ja Nina Mattsson sekä erikoistuvat Anu Aalto, Katja Hannola, Marian Jaalama, Johanna Reijonen, Sami Saarelainen ja Tiina Vilmi-Kerälä.

la, jolloin samaa asiaa voisi harjoitella oikealla kudoksella. Tietenkin koti- ja ulkomaiset huippuluentoajat ja demoleikkaukset kuuluisivat ohjelmaan. Uskon, että K-SKS:sta löytyy ylilääkäri Jyrki Jalkasen johdolla osaamista ja intoa järjestää laadukkaita koulutuksia näin kotimaassakin. Minna Silvennoinen kasvatustieteellinen näkemys on myös tärkeä voimavara koulutuksia suunniteltaessa.

Kurssi innosti myös omaehtoiseen opiskeluun. Nina paljastaa:

– Koulutuksesta innostuneina erikoistuvamme keksivät hyvän ”jatkokurssin”. Ideoimme klinikan sisäistä koulutusta, jossa erikoistuvat esittävät pareittain yleisimpien gynekologisten leikkausten periaatteet (kirjoista opimalla indikaatiot, leikkaustekniikat, komplikaatiot) ja katsomme tyyppileikkauksen esimerkiksi Websurgista. Eikä maksa kuin vähän vaivaa!

Simulaatio-opetuksesta osa koulutusta?

Operatiivinen koulutus on osa erikoistumiskoulutusta, jonka laatu ja laajuus on määritelty. Osa erikoistuvista tietää jo erikoistumisvaiheessa kiinnostuksensa suunnan. Jos se on ”operatiiva”, on luonnollista pyrkiä hankkimaan tätä koulutusta mahdollisimman paljon,

kenties omalla ajallakin.

– Todennäköisesti aika monet meistä olisivat valmiita osallistumaan myös vapaa-aikana tapahtuvaan laadukkaaseen koulutukseen. Erikoistumisaikana pitää kuitenkin olla mahdollisuus myös työajalla tapahtuvaan teoreettiseen koulutukseen ja käytännön harjoitteluun, toteavat kurssille osallistuneet erikoistuvat.

Tietotaitopajalla on valmius järjestää jatkossakin tiiviitä simulaatioharjoituskursseja.

– Tavoite on rakentaa tästä valmis tuote, koulutuspaketti, jonka osa-alueet, muun muassa todelliset kustannukset on laskettu oikein. Nyt kurssin hinta oli laskettu hyvin varovaisesti, joten korotuspaineita on. Pajan luonteen kuitenkin kuuluu, että tarkoitus ei ole tuottaa voittoa, joten kurssi tulee olemaan edullisempi kuin se olisi puhtaasti kaupallisen toimijan järjestämänä, linjaa Jyrki Jalkanen.

Kiinnostusta kursseihin on jo nyt.

– Muistakin sairaanhoitopiireistä on jo otettu meihin yhteyttä ja kysytty mahdollisuutta tulla koulutukseen. Tarkoitus on järjestää toinen samansisältöinen koulutus lähiaikoina. Suunnitteilla on myös jatko-koulutus ja mahdollisesti muille erikoisaloille kohdennettuja simulaattorikou-

lutuksia. Kokemuksemme perusteella koulutukset tulevat olemaan vähintään kahden päivän mittaisia pienryhmäkoulutuksia (8–10 henkilöä), sillä lyhyempi koulutus ei ole taidon kehittymisen näkökulmasta riittävä. Painotamme koulutuksissa yksilöllisyyttä eli etenemistä jokaisen henkilökohtaisen taitotason mukaan, mikä vaikuttaa määrittämäämme ryhmäkokoon, kertovat Minna Silvennoinen ja Eerika Rosqvist Tietotaitopajalta.

Entä liitetäänkö simulaatio-opiskelu lokikirjan osaksi?

– Nyt järjestämämme kurssi oli Itä-Suomen yliopistossa hyväksytetty naistentautien ja synnytysten erikoistumiskoulutukseen, se kattoi 10 tuntia teoreettista koulutusta. Ajattelen, että tässä vaiheessa tämä on riittävä integraatio, toteaa Jyrki. ■

KHK:n erikoistuvat lääkärit bahuavat kiittää el Nina Mattssonin kurssin järjestämisestä, yl Merja Vainiota sen mahdollistamisesta ja Ninan ja Minna Abosta erinomaisesta opetuksesta ja ohjauksesta kurssin aikana. Lisäksi kiitos Jyväskylän kollegoille ja Tietotaitopajalle loistavasta kurssista!

Lisätietoja koulutuksesta
Eerika Rosqvist, eerika.rosqvist@ksshp.fi,
puh. 050 316 1165.

SUOMEN



FERTILITEETTIYHDISTYS

— tavoitteena tasokas ja kohtuuhintainen lapsettomuuden hoito

Fertiliteettiyhdistys on sisarjärjestöistämme nuorin, mutta toiminnassa on jo vuosien traditio. Koulutus moniammatillisessa yhteisössä muodostaa toiminnan kulmakiven.

Suomen fertiliteettiyhdistys perustettiin vuonna 2008 jo reilun kymmenen vuotta aiemmin perustetun Suomen IVF-laboratoriyhdistyksen (SILY) pohjalta. Laboratoriyhdistys keskittyi hedelmöityshoitohoitoihin olennaisesti liittyvään laboratoriot toimintaan ja sen kehittämiseen. Potilastyöstä huolehtivat hoitajat ja lääkärit tapasivat lähinnä lääketeollisuuden järjestämissä koulutustilaisuuksissa 1–2 kertaa vuodessa.

Syy perustamiseen oli toiminnan jatkuva laajentuminen ja sen mukanaan tuoma tarve saada aikaan koko henkilökunnan yhteinen organisaatio. Useimmissa muissa maissa vastaava yhdistys oli ollut jo pitkään toiminnassa.

Jäseniä yhdistyksessä on nykyään yli 250.

Yhdistyksen tärkeimpiä tehtäviä ovat jatkokoulutuksesta huolehtiminen ja toimialan edustaminen yhteiskunnan suuntaan sekä yhteydenpito ulkomaisiin sisarjärjestöihin. Vuosittaisiin koulutustilaisuuksiin on osallistunut noin 200 jäsentä. Koska yhdistys on moniammatillinen, myös sen koulutusohjelma on suunniteltu tämä huomioon ottaen. Näin ollen kaikilla on

mahdollisuus saada kokonaisvaltainen käsitys koko hoitoprosessista ja ymmärtää muiden työtä entistä paremmin. Uskomme, että tiimityön parantuminen näkyy myös hoitotuloksissa.

Yhdistyksen tavoitteena on myös yhteistyö lapsettomien potilasyhdistyksen kanssa pyrittäessä takaamaan korkeatasoinen ja kohtuuhintainen hedelmättömyyden hoito koko maan alueella myös tulevaisuudessa. Pyrkimyksemme on saada yhdistyksen toimintaan mukaan kaikki lapsettomuuden kanssa toimivat tahot. Lähitulevaisuudessa pyrimme aktivoimaan myös andrologista koulutusta.

Yhdistyksen hallitukseen kuuluu kaksi biologia, kaksi laboratoriohoitajaa / bioanalytikkkoa, kaksi IVF-hoitajaa, kaksi lääkäriä, sekä lisäksi pienemmistä ammattiryhmistä yksi, tällä hetkellä terapeuttijäsen.

Yhdistyksen puheenjohtajana toimii Hannu Martikainen.

Hallituksen jäseniä ovat Kaisa Randell, Maija Tulppala, Irma Sundström, Marjo Mikkola, Paula Kiuru ja Eeva-Liisa Sirviö.

Lisätietoa yhdistyksestä löytyy kotisivuilta www.suomenfertiliteettiyhdistys.fi. ■

Maija Tulppala katsoo lapsettomuuden taakse

Erikoislääkäri Maija Tulppala on katsonut uransa aikana lapsettomuuden somaattista ja psyykkistä ongelmakenttää monilla laseilla. Hän aloitti lapsettomuuslääkärinä, mutta kiinnostus ihmisen tarinaan lääketieteellisen vaivan takana sai hänet paneutumaan myös lapsettomien psyykkisen tuen tarpeeseen, lopulta myös psykoterapiaan.

Nykyinen työni on puoleksi tavallista yksityisgynekologin työtä, puoliksi psykoanalyttista yksilö- ja paripsykoterapiaa sekä Felicitas-klinikalla neuvontatyötä muun muassa luovutetuilla suseksoluilla hoidettavien parissa. Varsinaista lapsettomuuden hoitoa en siis enää tee, valaisee Maija tämänhetkisiä työkuvioitaan.

Tutkimustakaan Maija ei ole unohtanut. Väitöskirja syntyi aikoinaan toistuvista keskenmenoista, mutta ammatillisen suuntautumisen muutoksen myötä myös tutkimuskiinnostus muuttui.

– Teemme hedelmöityshoidoilla alkunsa saaneiden lasten ja heiden perheidensä seurantatutkimusta. Tällä hetkellä nämä lapset ovat jo kymmenvuotiaita. Meillä on erittäin innostava moniammatillinen tutkimustiimi,

jossa gynekologian lisäksi ovat edustettuina lastenpsykiatria, psykologia ja pediatria. Ryhmästä on syntynyt kaksi väitöskirjaa – omalta alaltamme Pia Poikkeuksen väitöskirja – ja jokunen on vielä tulossakin. Kipinä tutkimukseen on siis säilynyt ja kulkee mukana varmasti tulevaisuudessakin, kertoo Maija.

Mistä kaikki alkoi?

Edes gynekologiaan erikoistuminen ei ollut lisensiaattitutkinnon jälkeen itsestään selvää.

– Mielessä oli kolme vaihtoehtoa: lastenpsykiatria, lastentaudit ja gynekologia. Lastenpsykiatria tuntui silloin nuorena liian raskaalta ja lastentau-deissa hermostuin pilkuntarkkoihin milligrammojen laskemisiin, joten jäljelle jäi gynekologia. Lisääntymislääketiede oli jo silloin ja on yhä hyvin innovatiivinen ala, se kiehoi ja houkutteli. Ennen hakeutumistani suppean erikoisalan koulutukseen HYKS:n Naistenklinikalle olin jo työskennellyt Väestöliiton lapsettomuusklinikalla ja siellä innostus alaan vahvistui. Näitä valintoja ei ole tarvinnut katua. Nyt kun olen yhdistänyt nykytyössäni näitä palapelin osia, tämä somaattinen osa-alue on edelleen oleellinen ja koenkin olevani sekä gynekologi, lapsettomuuslääkäri että psykoterapeutti. Osa-alueet ovat balanssissa; gynekologina kuuntelen potilasta myös psykoterapeutin korvalla ja taas vastakaisessa tilanteessa potilaat kokevat turvalliseksi, että tunnen myös tämän gynekologisen puolen, sanoo Maija.



Maija Tulppala (toinen vasemmalta) työtovereidensa ympäröimänä Felicitas-klinikalla.

Historian kaari

Lapsettomuuden hoidossa Maijan perspektiivi ulottuu kahdenkymmenen vuoden takaa nykypäivään. Paljon on muuttunut tuona aikana.

– Lapsettomuuden syiden selvityksessä tutkimuspaketti on tiivistynyt, enää ei tehdä kaavamaisesti kaikkia tutkimuksia kaikille, vaan harkiten ja yksilöllisesti. Potilaan kannalta tämä on iso asia, kun 1,5–2 kuukaudessa voidaan tehdä tarvittavat perusselvitykset ja saada melko hyvä käsitys, mistä voisi olla kyse. Potilaalle voidaan usein jo prosessin alkuvaiheessa kertoa, mitä on odotettavissa, mitä hoitoja kannattaa kokeilla ja millaisiin tuloksiin. Toki yllätyksiä aina tulee.

– Tutkimusmenetelmissä isoin muutos on ultraäänidiagnostiikan kehittyminen, sekä laitteiden että taidon



Maija Tulppala

- Syntynyt 26.7.1954 Helsingissä
- LL HY 1979
- Naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri HY 1989
- LKT HY 1993
- Gynekologisen endokrinologian (suppea) erikoislääkäri HY 1994
- Dosentti HY 1998
- Terveystieteiden tutkimuskeskuksen vuorovaikutuskouluttaja Duodecim 2000
- Erytystason perheterapiakoulutus HY 2001
- Pariterapiakoulutus (2 vuotta) Väestöliitto 2002
- Erytystason yksilöpsykoterapeuttikoulutus Therapiea säätiö 2007
- Vaativan erityistason perheterapiakoulutus 2009

myötä. Munanjohtimien röntgenvarjoainetutkimukset ovat jääneet pois eikä diagnostinen laparaskopiakaan kuulu läheskään jokaisen lapsettomuuspotilaan tutkimusarsenaaliin. Munanjohtimien aukiolo selviää useimmiten sonosalpingografialla ja myös munasarjojen toimintapotentiaalia osataan arvioida ultraäänen avulla huomattavasti takavuosia tarkemmin. Laboratoriotutkimuksissa AMH (anti-müllerian hormone) on uusi tulokas, jolla arvioidaan ikääntyvän munasarjan toimintaa. Myös siemennesteanalytiikassa on edistytty ja DNA-fragmentaatiotesti tuo oman lisänsä spermanäytteestä saatavaan tietoon.

Joskus on esitetty myös, että miksi käyttää resursseja lapsettomuuden syyn selvittämiseen, kun hoito on kuitenkin sama. Mitä Maija ajattelee tästä?

– Diagnostiikan selvittäminen on aina tärkeää. Tutkimuslöydökset ovat hoi-

tosuunnitelman pohja ja asialla on iso merkitys myös pariskunnalle, toteaa Maija painokkaasti.

– Jos käy niin, että hoidot eivät tuottaisikaan tulosta, potilaiden on helpompi hyväksyä lopputulos, kun on tieto, miksi raskaus ei alunperinkään alkanut. Tärkeää on myös tietoisuus, että kaikki tehtävissä oleva on tehty raskauden alkuunsaattamiseksi.

Isoimmat edistysaskeleet tapahtuneet laboratoriossa

– Lapsettomuuden hoidosta huomattava osa on siirtynyt laboratorioon, siellä on tapahtuneet myös suurimmat edistysaskeleet, vaikkapa ICSI, alkuiden parempi valinta, hoitotulosten parantua yhdessä alkion siirrot, pitkä soluviljely ja monet turvallisuuteen liittyvät seikat.

Koeputkihedelmoituksen alkuvuosina hoitoihin haettiin ratkaisuja koekiemisen, yrityksen ja erehdyksen kautta.

– Nykyään asia on huomattavasti mutkikkaampaa jo siksi, että tiedetään niin paljon enemmän menetelmien riskeistä ja turvallisuudesta. Esimerkiksi soluviljelyneesteitä ei niin vain voi ottaa koekäyttöön ilman perusteellisia turvallisuustestauksia.

Hoidon räätälöinti on myös uusi asia.

– Lääkkeiden ja hoitokaavion valinta ei ole enää kaikille sama vaan enemmän pyritään ja osataan miettiä, mikä olisi kenellekin optimaalinen. GnRh-antagonistien tulo teki lyhyemmän hoitokaavion mahdolliseksi ja se on ollut iso muutos, varsinkin potilaille. Potilaat ovat aiempaa tietoisempia hoidoista, kiitos internetin. Sitä pidän pääosin hyvänä asiana. Hoitojen tehokkuus on lisääntynyt ja osataan myös sanoa, milloin hoidoista olisi luovuttava, tällä tiellä ei kannata jatkaa.

Hedelmöityshoitolaki jälleen otsikoissa

Hedelmöityshoitoja säätelevä laki tuli voimaan 2007. Suurin lapsettomuuslääkäreiden huoli oli luovutettujen sukusolujen saatavuus, sillä lain mukaan luovuttajien on rekisteröidyttävä ja mahdollisesti syntyvällä lapsella on oikeus täysi-ikäisenä saada tietää alkuperänsä. Näin ei kuitenkaan käynyt, tilanne on tasaantunut.

Lain ulkopuolelle jäivät kuitenkin naiset, joiden lapsettomuuden syy on kohtuperäinen. Sijaissynnytys kiellettiin. Nyt edellisen hallituksen oikeusministeri Tuija Brax on käynnistänyt uudelleen lain tämän kohdan pohdinnan. Eteneltä on pyydetty uutta lausuntoa sijaissynnyttäjän käytöstä ja lausunnon arvioidaan valmistuvan syksyn aikana. Mitä Maija Tulppala, joka on kohdannut työssään muutamia tällaisiakin synnyttäjiä ja perheitä, ajattelee asiasta?

– Tunnen suurta myötätuntoa pareja kohtaan, joille sijaissynnytys on ainoa mahdollisuus saada biologinen lapsi. Ennen lain voimaantuloa toteutettiin muutamia sijaissynnyttäjäjärjestelyitä. Valtaosa näistä näytti sujuvan ilman suurempia näkyviä ongelmia; toki pitkäaikaisseurantaa ei tietääkseni ole järjestetty näille perheille, sijaissynnyttäjille tai heidän perheilleen.

– Tärkeää on muistaa, että sijaissynnyttäjäjärjestelyyn liittyy kuitenkin potentiaalisia riskejä hoidon toteutus-
hetkellä ja myöhemmin tulevaisuudessa niin sijaissynnyttäjän, lasta toivovan parin kuin lapsenkin kannalta. Raskauteen liittyy joskus vakaviakin lääketieteellisiä riskejä ja sen lisäksi psyykkiset riskit. Mitä merkitsee kantaa toisen naisen lasta, kiintyä siihen ja sitten luopua siitä? Entä jos lapsi on vammainen ja pari ei haluakaan lasta? Entä jos parisuhteelle tapahtuu jotain

– ero, jopa kuolema? Miten valikoidaan sijaissynnyttäjää – miten voidaan välttää erilaiset taloudelliset kytkökset, liikkeuko raha? Miten kiintymyssuhteen syntyminen lapseen kehittyvä lasta toivovalla parilla? Miten lapsi käsittelee alkuperäänsä ja minkälainen rooli sijaissynnyttäjällä on hänen elämässään? Nämä kaikki ovat kysymyksiä, joihin on lähes mahdoton antaa vastauksia, miettii Maija.

– Mikäli sijaissynnytyksiä jatkossa tehtäisiin, se edellyttäisi mielestäni erittäin huolellista ja pitkäaikaista arviointia, tukea ja pitkää jälkiseurantaa sekä hoidon keskittämistä. Hoitoa antavalla taholla pitäisi olla moniammatillinen työryhmä: tarvitaan gynekologi, psykologi, psykiatri, sosiaalityöntekijä, juristi ja työryhmän tulisi toimia tiiviissä yhteistyössä adoptioviranomaisten kanssa. Kyseessä on siis erittäin aikaa vievä ja hintava prosessi. Olisiko se edes mahdollista? Siltikään kaikkia yllätyksiä ei pystyttäisi poissulkemaan, pohdiskelee Maija tätä erittäin monisyistä kysymystä.

Lapsettomuuden hoito on kertainvestointina kallista sekä potilaalle että yhteiskunnalle. Jo nyt Tanskassa on tehty päätös olla tarjoamatta lapsettomuuden hoitoa julkisella sektorilla. Onneksi meillä nämä hoidot kuuluvat hoitotakuun piiriin, eikä näköpiirissä ole leikkauksia.

– Lapsen saaminen ja perheen perustaminen on niin perustavaa laatua oleva toive, että kaikilla pitää olla siihen varallisuudesta riippumaton mahdollisuus. Kun siihen käytetään yhteiskunnan varoja, pitää olla toisaalta yhteiset sovitut pelisäännöt esimerkiksi hoitokriteereissä. Tässä on toki jouduttu tekemään päätöksiä, jotka eivät ole aina kaikille oikeudenmukaisia, mutta pääasiassa kuitenkin vähät rahat on yritettävä kohdentaa mahdollisimman tuloksellisesti, vaikka päätökset joskus yksittäisen parin kohdalla voivat tuntakin julmilta, toteaa Maija suomalaiskäytännöstä.

Lapsettomuuskliinikosta psykoterapeutiksi

Nykyään lapsettomuuteen liittyvä henkinen kärsimys ja joskus suoranainen psyykkisen avun tarve tiedostetaan. Näin ei ole ollut aina. Maijan kiinnostus tähän puoleen syntyi pikkuhiljaa, lapsettomien tarinoita kuunnellessa. Maija aloitti kouluttautumisensa Duodecimin vuorovaikutuskouluttaja



Vuorovaikutuskoulutusta merellisissä olosuhteissa.

-koulutuksesta ja sen jälkeen hän on hankkinut systemaattisesti lisäoppia yksilö-, pari- ja perheterapiassa. Tälle tielle ei näy loppua.

– Nyt olen toteuttamassa pitkäaikaista unelmaani eli hakemassa ensimmäiseen Suomessa aloitettavaan nelivuotiseen vaativan erityistason psykoanalyttisen paripsykoterapian koulutukseen. Olen ollut vuoden verran mukana suunnittelemassa koulutuksen sisältöjä koulutustoimikunnassa. Saan tulevasta koulutuksesta toki eväitä nykyiseen työhöni, mutta ennen kaikkea haaveilen psykoterapiakouluttajana toimimisesta, valottaa Maija seitsemänvuotiaasta alkanutta opiskelu-uraansa.

Osa lapsettomista tarvitsee "ammattiapua"

Suurimmalle osalle lapsettomista lapsettomuusklonikan henkilökunnan, läheisten ja saman kokeneiden tuki riittää selviytymiseen lapsettomuuden tai sen uhan mukanaan tuomasta kriisistä.

– Noin 20 % lapsettomista tarvitsee tukea ja apua enemmän kuin puoliso, ystävät, kirjallisuus tai vertaistuki voivat tarjota. Lapsettomuus on psykoterapeuttisesti hankalasti lähestyttävä: on mietittävä, mikä vaikutus lapsettomuudella tai sen pelolla on naisen tai miehen oman henkilöhistorian valossa sukupolvien ketjussa ja mikä sen merkitys on heille pariskuntana. Keskeistä on, miten he pystyvät käsittelemään menetyksiä ja surua. Myös



Maijan elämän tärkeät miehet: puoliso ja koira.

se, miten on omassa elämässään saanut vastaanottaa vanhemmuutta ja toisaalta millainen kyky parilla on ottaa vastaan tukea ja apua vaikuttavat. Mikä merkitys lapsilla on itselle tai miten parisuhteessa tätä asiaa osataan käsitellä ovat keskeisiä kysymyksiä, selittää Maija.

Lapsettomuus saattaa olla myös parisuhteen koetinkivi.

– Reilulla kolmanneksella kokemus lähentää pariskuntaa, kun joudutaan puhumaan hyvin vaikeista asioista. Osalla taas vanhat ongelmat kärjistyvät ja tulee uusia ongelmia, mikä saattaa johtaa liukumiseen kauemmaksi toisesta. Lisänsä tuovat seksuaalisuuden ongelmat. Ajoitettu seksi ja hoitojen vaikutus kehoon vaikuttavat seksuaalisuuteen ja minäkuvaan. Paljon riippuu siitä, miten pystyy prosessoimaan tätä asiaa.

– Monille klinikalla tapahtuvat hoidot ja ”mahdollisuus siirtää vastuu raskauden alkamisesta laboratorioon” ovat tässä mielessä helpotus – voi löytää niitä alkuperäisiä syitä olla tämän kumppanin kanssa. Toisaalta vaarana voi olla sekin, että lapsettomuuden hoito kapeuttaa elämänpiiriä ja johtaa pariskunnan eristäytymiseen ja ulkopuolisuuden tunteeseen. Etenkin naisten keskuudessa tämä näyttää korostuvan.

Entä onko apua tarjolla sitä tarvitseville?

– Tilanne vaihtelee paljon. Yksityisellä puolella palveluja on kohtalaisen

hyvin tarjolla, mutta julkisella puolella asiat eivät ole aina näin hyvin. Tärkeää vertaistukea osataan jo kiittäävästi ohjata hakemaan ja sitä kautta löytyy myös terapeuttista apua. On myös julkisen puolen yksiköitä, joissa asia on järjestetty hyvin yhteistyössä aikuispsykiatrisen puolen kanssa. On kuitenkin muistettava, että loppujen lopuksi potilaat odottavat paljon ihan tavalliselta hoitohenkilökunnalta. Tässä tärkeässä tehtävässä henkilökunta kaipaa tukea ja työnohjausta, Maija huomauttaa.

Lapsettomuutta kokeneet ovat hyviä puolisoita ja vanhempia

– Lastenpsykiatrikollega Leena Repokari tutkimusryhmästämme on väitöstudiumuksessaan selvittänyt lapsettomuushoidoilla lapsia saaneiden pariskuntien selviytymistä taakse jääneistä kivuliaista lapsettomuuskokemuksista. Tutkimuksen mukaan lapsen hoidoilla saaneilla pareilla menee ainakin yhtä hyvin ja paremminkin kuin lapsettomuutta kokemattomilla. Heidän vahvuutensa on siinä, että he ovat joutuneet pohtimaan keskinäistä suhdettaan ja tulevaa vanhemmuutta, kun se on joutunut aikamoiselle koetukselle tässä prosessissa. He ovat oppineet puhumaan vaikeista asioista, mikä on parisuhdetta ja perhe-elämää ajatellen tärkeä taito. On näillä pareilla joitain erityispiirteitäkin: he ovat pettyneet niin monta kertaa, että pelot raskauden keskeyttämisestä ja lapsen

menetyksestä ovat muita suuremmat ja tämä asettaa haasteita raskauden seurantaan äitiysneuvoloille. Lapsen synnyttyä lapsettomuuskokemukset saattavat myös nousta pintaan ja silloin hoitohenkilökunnalta vaaditaan sensitiivisyyttä tämän havaitsemiseksi. Pitkään hoidoissa olleet ovat raskaana ollessaan pelokkaita luomaan sikiöstä mielikuvia menettämisen pelon vuoksi, luottamus raskauden jatkumiseen ja ilon kehittyminen on hidasta. Tutkimuksen mukaan tämä kokemus jää taka-alalle lapsen kasvaessa ja kehityksessä ja tilalle tulee suuri ilo ja nautinto lapsesta.

Oman työnsä lisäksi Maija Tulppala osallistuu myös vapaaehtoistyöhön lapsettomien parissa. Hän on ollut luomassa Helminauhaverkostoa, joka tarjoaa vertaistukea, tukihenkilöitä ja tietoa luovutetuilla sukusoluilla syntyneiden lasten vanhemmille. Erityisesti hedelmöityshoitolaivan voimaantulo toi esille tällaisen toiminnan tarpeen. Lapsille ja muille läheisille kertominen on asia, jossa tarvitaan tukea ja neuvoja. Näille perheille Maija on kirjoittanut oppaan ”Simpukoista helminauhaa...”.

Maija on myös Suomen Fertilitiettyhdistyksen hallituksessa lapsettomuuspsykoterapeuttien edustajana.

– Katson, että tärkein tehtäväni on luoda edellytyksiä yhteistyölle psykisen tuen antajien ja muun hedelmöityshoitoklinikan henkilökunnan välille sekä ylläpitää eettistä keskustelua yhdistyksen sisällä, sanoo Maija.

Ihmiset, luonto ja musiikki antavat voimia

Maija, kuten lähes kaikki psykoterapeutteina työskentelevät, käy myös omaa psykoanalyysiaa. Se selkiyttää omia ajatuksia, antaa itsetuntemusta, lohtua ja voimia omaan elämään ja tukee myös muiden auttamisessa. Avio- puoliso Erkki, koira, mökki ja luonnossa samoilu ja sen antimien kerääminen ovat jokapäiväisen elämän suola.

– Vuorovaikutus on minulle tärkeää, ystävät ja työtoverit muodostavat tukipilareita. Luen paljon ja olen oopperafani, Wagner on suosikkisäveltäjäni. Mökin myötä myös jazz on alkanut kiinnostaa, järjestetäänhän kulmillaamme kesäinen Baltic Jazz -tapahtuma, Maija kertoo.

Myös ruuanlaitto on Maijan ja Erkin intohimoja, ja tästä ovatkin monet kollegat ja ystävät saaneet vuosien saatossa nauttia. ■

■ Teksti ANNE LINDFORS

■ Kuvat Simpukka-yhdistys, Anne Lindfors

Me Simpukat tiedämme, miltä lapsettomuus tuntuu

Lapsettomien yhdistys Simpukka ry on Suomen ainoa tahattomasti lapsettomien asiantuntijaorganisaatio. Asiantuntemuksemme kumpuaa omasta kokemuksesta: me todella tiedämme, miltä tahaton lapsettomuus tuntuu. Usein sanotaankin, että lapsettomuuden kokonaisvaltaisuuden voi ymmärtää vain henkilö, joka on sen itse kokenut.

Meitä simpukoita yhdistää kokemus tahattomasta lapsettomuudesta eli siitä, että toivottua lasta ei kuulu. Olennaista on oma kokemus ja tunne siitä, että ei voi syystä tai toisesta saada lasta tai lisää lapsia, vaikka haluaisi. Lapsettomuuskokemus voi yhä olla osa elämää, vaikka olisi saanutkin lapsen tai jopa useampia lapsia tai olisi päätenyt elämään yksin tai kaksin. Lapsettomuus voi johtua hedelmällisyshäiriöstä tai esimerkiksi elämäntilanteesta. Osa elää kaksin tai yksin; toisaalta monen perheessä on lapsia, mutta puolisojen yhteinen lapsi tai vaikkapa se kovasti kaivattu toinen tai kolmas lapsi saattaa puuttua. Myös jokin pitkäaikaissairaus saattaa suoraan tai välillisesti aiheuttaa sen, että toivottua lasta ei voi saada.

Tavoitteena hyvinvointi

Simpukan tavoitteena on, että tahattomasti lapsettomat voivat yhteiskunnassa hyvin. Hyvinvointia edistämme tarjoamalla laadukasta vertaistukea, jakamalla tietoa sekä lapsettomille, työssään lapsettomia kohtaaville että suurelle yleisölle, valvomalla tahattomasti lapsettomien etuja ja vaikuttamalla lapsettomia koskeviin päätöksiin niin viranomais- kuin poliittisen päätöksenteon tasolla.

Ainutlaatuista tukea

Olemme Suomen ainoa tahattomasti lapsettomien järjestö. Historiamme on pitkä: kahden vuoden päästä tulee 25 vuotta täyteen. Yhdistys on perustettu tarjoamaan vertaistukea, lisäämään tietoa lapsettomuudesta ja vaikuttamaan hoitojen saatavuuteen. Yhdistyksen



Lapsettomien yhdistys Simpukka ry:n toiminnanjohtaja Anne Lindfors.

perusti kolme tahattomasti lapsetonta naista, jotka halusivat tavata toisia saman kokeneita ja tehdä lapsettomuutta näkyvämmäksi. Samalla tiellä olemme edelleen.

Simpukan jäsenmäärä on vahvas kasvussa, tällä hetkellä meitä on 1500, kolmasosa miehiä. Yhdistyksellä on myös kannatusjäseniä ja kannatusyhteisöjä. Kokopäiväisiä työntekijöitä on kaksi: toiminnanjohtaja ja järjestösihteeri. Lisäksi meillä on kymmeniä vapaaehtoisia muun muassa vertaistukiryhmän vetäjinä ja Simpukka-lehden tekijöinä.

Lapsettomuus on erityislaatuinen kokemus ja se aiheuttaa haasteita myös yhdistykselle. Simpukka ei ole yhdistys, jonka jäseniksi ilomielin liittytään. Monelle jäseneksi liittyminen merkitsee sen tunnustamista, että olen tahattomasti lapseton. Jäsenyyttä saatetaan lykätä kuukausi kuukauden jälkeen: kunpa meidän ei kuitenkaan tarvitsisi myöntää olevamme lapsettomia, jospa raskaus alkaisi ensi kuussa. Moni liittyykin yhdistykseen vasta usean vuoden hoitoputken tai lapsen saamisen jälkeen. Harva kuitenkaan katuu yhdistykseen mukaan tulemisesta, sillä yhteenkuuluvuuden tunteesta saa voimaa.

Simpukka tarjoaa tukea ja toimintaa kaikille tahattomasti lapsettomille. Siksi olemme perustaneet erilaisille lapsettomille omia verkostoja. Lahjasukoluperheiden Helminauhaverkosto on ollut toiminnassa jo pari vuotta. Tänä vuonna on tarkoitus perustaa verkosto kaksin eläville. Jatkossa verkostoja on tulossa lisää. Sopivia ryhmiä voisivat olla vaikkapa

lapsen saaneet lapsettomat tai jotakin tiettyä hedelmällisyshäiriötä aiheuttavaa sairautta sairastavat.

Yhteistyöllä tavoitteisiin

Teemme erittäin mielellämme yhteistyötä lääkäreiden ja hoitohenkilökunnan kanssa. Meiltä voi tilata maksutta Kuinka lapsettomuus koskettaa -esitettä potilaille jaettavaksi. Odotustiloihin voi tilata Simpukka-lehtiä ja muuta materiaalia. Lapsettomat kokevat usein olevansa ihan yksin. Simpukasta löytyy kuitenkin paljon samassa tilanteessa olevia. Potilas kannattaa ohjata Simpukan nettisivuille. Sieltä löytyy muun muassa keskustelufoorumi ja tietoa vertaistuesta. Keskustelufoorumiamme kiitetään siitä, että keskustelu keskittyy nimenomaan henkiseen puoleen, ei niinkään esimerkiksi lääkeannosten vertailemiseen.

Teemme tiivistä yhteistyötä monien järjestöjen kuten Adoptioperheet ry:n kanssa, joiden piiriin kuuluu tahatonta lapsettomuutta kokeneita. Muita tärkeitä yhteistyökumppaneita ovat alan ammattilaiset, kuten hedelmöityshoitoalan ammattilaisten Fertiliteettiyhdistys, hedelmöityshoitoklinikat ja lääkefirmat. Kansainvälisesti teemme yhteistyötä eurooppalaisten lapsettomuusyhdistysten kattojärjestön Fertility European ja sitä kautta eurooppalaisten sisarjärjestöjen kanssa. Fertility European kautta olemme myös European Patients` Forumiin (EPF).

Ajankohtaisia haasteita

Edunvalvonnan saralla olemme lähestyneet uusia kansanedustajia muistuttamalla, että hedelmöityshoitoihin

kannattaa yhteiskunnan satsata: niiden avulla saadaan toivottuja uusia kansalaisia ja tulevaisuuden veronmaksajia.

Toinen tärkeä asia on hedelmöityshoitojen sairauslomakäytännöt. Tällä hetkellä kaikki työnantajat eivät maksa hedelmöityshoidoista aiheutuneesta sairauslomasta palkkaa. Myöskään kaikilla työntekijöillä ei ole mahdollisuutta saada edes palkatonta vapaata hoidoissa käymistä varten. Nämä seikat vaikeuttavat kohtuuttomasti lapsettomien elämää ja siksi teemme työtä epäkohtien poistamiseksi.

Keskusteluissa on ollut myös sijais-synnytyksen hyväksyminen sekä se, millaisissa tilanteissa lääkäri voi evätä hedelmöityshoitojen antamisen. Suomeen tarvittaisiin pikaisesti yhtenäiset eettiset ohjeet. Tätä asiaa työstämme yhdessä Suomen Fertiliteettiyhdistyksen kanssa.

Simpukka-yhdistyksen tulevaisuus näyttää hyvältä. Kysyntää asiantuntemuksellemme on koko ajan enemmän. Nykyisillä resursseillamme emme pysty kuitenkaan toimintaamme laajentamaan. Toivomme saavamme Raha-automaattiyhdistykseltä korotuksen yleisavustukseemme, jotta voisimme palkata lisätyövoimaa. Tällöin voisimme panostaa nykyistäkin enemmän vertaistukeen ja yhteistyöhön ammattilaisten kanssa. ■

LISÄTIETOJA:

Anne Lindfors, toiminnanjohtaja
anne.lindfors@simpukka.info,
040-1817911
simpukka@simpukka.info
0400-844823
www.simpukka.info



Simpukka toimii ja tukee

- jäsenlehti Simpukka: Suomen ainoa tahatonta lapsettomuutta käsittelevä lehti
- jäsentapaamisia, mm. viikonlopputapaamisia erilaisille lapsettomille
- luentotilaisuuksia, mm. Lapsettomien lauantai
- vertaistukiryhmiä ja tukihenkilöitä
- laadukas ja monipuolinen keskustelufoorumi
- tietovihkosia ja kirjallisuutta eri elämäntilanteisiin

Ajankohtaisia aiheita Mikkeli

Kevätkoulutuspäivät pidettiin tänä vuonna keskussairaalapaikkakunnalla, Mikkeli. Poikkeaminen yliopistosairaalakaupunkien ulkopuolelle nostaa tasaisin välein keskusteluun tämän mielekkyyden – ainakin, jos liikenneyhteydet muualta Suomesta ovat hankalat. Mikkelin kokous kuitenkin osoitti, että poikkeaminen kannattaa. Mikkeliläiset olivat paneutuneet iltaohjelman järjestelyihin ja lisäksi on muistettava, että järjestömmme on kaikkien jäsentensä edunvalvoja, ei vain suurissa kaupungeissa työskentelevien. Luennot ovat jälleen luettavissa ja kerrattavissa yhdistyksen kotisivuilla, mutta kiireisille ensihätään ohessa myös sessioiden puheenjohtajien yhteenvedot luentoannista.

Matkailu- lääketiedettä gynekologille

Tytti Raudaskoski

Matkailu on nykyisin ”jokamiehen ja -naisen” harrastus. Itse matkustamme ja potilaat – myös raskaanaolevat – matkustavat. Yhä useammin joudumme ottamaan kantaa muun muassa lentomatkustamisen riskeihin. EMA:n asiantuntijalääkäri Mika Tamminiemi kävikin esi-

tyksessään läpi hyvin monipuolisesti lentomatkailua lääkärin ja potilaan näkökulmasta. Lentokone fyysisenä ympäristönä vastaa vuoristomiljöötä ja pitkillä lennoilla veren happisaturation lasku 3–6 %:lla voi olla merkityksellinen erityisesti anemiapotilaille. Hypobaarinen ilma laajenee noin 30 %, mikä voi aiheuttaa juuri leikatuille potilaille ongelmia, jos suoli ei ole toiminut. Loppuraskauden aikaisista lentorajoituksista eri lentoyhtiöiden säännöt poikkeavat jonkin verran ja esimerkiksi Yhdysvalloissa voi lentää normaaliraskaudessa laskettuun aikaan asti. Syvien laskimotukosten riski kaukolennoilla on 1/6000 matkustajaa. NNT-luku pienimolekulaarisen hepariinin profylaksia-annokselle on



Aila Tiitinen ja Tytti Raudaskoski





Osallistumalla koulutuspäiville voi päästä esiintymään...



peräti 1:7000, joten siitä ei ole hyötyä. Lennon aikaisesta liikkumisesta sen sijaan on: trombin saaneista 75 % on istunut ikkunapaikalla tai ei ole liikkunut matkan aikana. Mika Tamminiemi muistutti myös, että kiireellisen hoidon antaminen silloin kun lennolla sattuu poikkeustilanne on kansalaisvelvollisuus; tosin matkustamohenkilökunta hoitaa niistä ilman ulkopuolista apua kolme neljäsosaa.

Turistiripuli on aina ajankohtainen aihe. Infektiolääkäri Tinja Lääveri pohti luennossaan, milloin hoito vaatii lääkitystä. Hygienian parantuminen on vähentänyt ripulin riskiä. Esiintyvyys laski 72 % Jamaikalla ja Dominikaanisessa tasavallassa, kun brittiläiset matkanjärjestäjät uhkasivat paikallisia matkojen lopettamisella, ellei hygieniaoitoja kohenneta.

Turistiripuli on bakteeritauti, eikä aiheuttaja useinkaan löydy tavallisesta uloste viljelyssä. ETEC-bakteeri on tavallisin, mutta taudinkuva ei paljasta aiheuttajaa. Turistiripuli paranee yleensä itsestään ja antibioottiprofylaksiaa suositellaan vain niille, joille jo lieväkin sairastuminen on erittäin haitallinen. Tällaisia ovat syöpotilaat, vaikeaa diabetesta tai aktiivista

suolistotulehdustautia sairastavat. Hapoton maha ja protonipumppusalpaajien käyttö lisää turistiripulin vaaraa. Jos turistiripuliin liittyy korkea kuume, veriripuli tai yleistila laskee, on syytä hakeutua paikalliseen terveydenhoitoon, sillä ripulin takana voi olla muitakin vaarallisia hoidettavia tauteja kuten malaria. Muulloin riittää loperamidi pari päivää. Mikrobilääkityksen voi aloittaa, jos oireet eivät kahdessa päivässä helpotu ja raskaana olevalle jo vuorokauden jälkeen. Aina voi tietenkin kysyä, onko ylipäättään järkevää matkustaa korkean riskin maihin raskaana ollessa. Sopivan mikrobilääkkeen valitseminen onkin sitten lähellä taidetta ja riippuu matkakohteesta, mutta fluorokinoloni on edelleen ensisijaislääke.

Malariaprofylaksiaan suhtaudutaan joskus välinpitämättömästi, vaikka mattimeikälaisten matkakohteet ovat nykyään yhä eksoottisempia ja malariariski todellinen. Infektiolääkäri Maija Rummukainen palautti mielin malarian ennaltaehkäisyn periaatteet. Hän aloitti esityksen muistuttamalla käsihuuhteen käytöstä aina ennen jokaisesta potilasta. Sattui olemaan maailman käsihygieniapäivä!

Malarialoisen tartunta saadaan hytysten pistosta, se ei tartu ihmisestä toiseen. Afrikka on malarian suhteen mustinta aluetta: 60 % kantaa veressänsä parasiitteja – tartunta ja immunitettiin saadaan jo lapsena. Jos lapsi ei kuole tautiin viiteen ikävuoteen mennessä, hän selviää. Kun Afrikasta muutetaan vaikkapa Suomeen, immunitettiin katoaa puolessa vuodessa ja uusintatartuntavaara on todellinen, kun vierailaan taas kotimaassa. Etenkin Länsi-Afrikka on aluetta, jossa estolääkitys on välttämätön. Mikään estolääkitys ei kuitenkaan anna täydellistä suojaa. Lääke valitaan kohdemaan mukaan ja hytysten pistolta suojautuminen on vähintään yhtä tärkeää. Malariaepäily edellyttää aina päivystystutkimusta ja kuumeilu voi alkaa vielä vuodenkin kuluttua matkasta. Malarian oireita ovat kuumeen lisäksi päänsärky ja lihaskivut, samoin vatsakivut ja ripuli. Raskauden aikana ja synnytyksen jälkeen malaria tarttuu helpommin ja taudinkuva on usein vakavampi; ensisynnyttäjät ovat erityisen suuri riskiryhmä. Lariam® sopii estolääkkeeksi raskaudenkin aikana.

Rokotteiden riskeistä kukaan ei ole voinut välttää kuulemasta viimeisen vuoden aikana. THL:n ylilääkäri Terhi Kilpi kertoi rokotteiden käytöstä raskauden aikana. Erityisen mielenkiintoinen oli katsaus sikainfluenssarokotuksista. Viesti oli, että rokotuksen jälkeinen oire voi aina olla rokotuk-

sesta johtuva. Että harvinaisen oireen lisääntyminen rokotuksen johdosta voitaisiin todentaa, tarvitaan valtava, 150 000–200 000 rokotetun joukko. Raskauden aikana inaktivoidut rokotteet ovat turvallisia, ja esimerkiksi Yhdysvalloissa kausi-influenssarokotuksia on suositeltu aktiivisesti raskaana oleville jo useita vuosia. Raskaana olevan vaara joutua sairaalahoitoon influenssan takia on joka tapauksessa lisääntynyt. Kausi-influenssarokote suojaa paitsi raskaana olevaa naista itseään, myös hänen syntymässä olevaa lastaan influenssalta ja vähentää lapsen vaaraa joutua hengitystieinfektion takia sairaalahoitoon vielä 3 vuoden ikään asti. ■

Lääkehoito raskauden aikana

Veli-Matti Ulander

Lääkkeiden käyttö raskauden aikana huolestuttaa yleensä raskaana olevaa. Pääsääntöisesti sitä pyritään välttämään,

mutta aina se ei ole mahdollista. Uusia lääkkeitä tulee jatkuvasti markkinoille, ja silloin lääkäri joutuu puna-roimaan käyttöä hyödyn ja mahdollisen haitan näkökulmasta. Raskauden-aikaisessa lääkehoidossa on ensiarvoisen tärkeää hoitaa äidin perussairautta optimaalisesti ja luonnollisesti arvioida lääkityksen vaikutusta sikiöön ja vastasyntyneeseen, totesi gynekologi, kliinisen farmakologian erikoislääkäri Tuija Heikkinen luennossaan. Lääkitystä arvioitaessa on huomioitava äidin elimistössä tapahtuvat normaalit raskauteen liittyvät fysiologiset ja metaboliset muutokset.

Sikiövaikutusta arvioitaessa istukan läpäisykyky on keskeinen tekijä. Istukan läpäisevyyteen vaikuttavat lääkkeen ominaisuudet, muun muassa molekyylikoko, kuljetustapa istukan läpi (aktiivinen / passiivinen) ja istukan metaboliakyky.

Epämuodostumia tavataan 2–3 %:lla vastasyntyneistä ja näistä 2–5 %:n on arvioitu aiheutuneen jonkin lääkkeen käytöstä. Kun arvioidaan lääkkeen teratogeenisyyttä, on huomioitava lääkkeen annos, altistuksen kesto ja ajan-kohta. Osa lääkeaineista voi aiheuttaa epämuodostumia jo ennen hedelmöitystä, esimerkkinä A-vitamiini-johdannaiset. Blastogeneesin aikana (1–15 vrk) ei epämuodostumariskiä pidetä merkittävänä solujen totipotensisuuden vuoksi. Suurin riski on organogeneesin aikana eli suunnilleen 16 vuorokautta hedelmöityksen jälkeen ensimmäisen trimesterin aikana.

Lääkitystarve voi olla myös perusteltu. Silloin lääkehoito tulee optimoida haitat ja hyödyt huomioiden. Esimerkkinä Tuija Heikkinen mainitsi SSRI-lääkityksen. Hän varoitti jopa liiankin aktiivisesta lääkityksen purkamisesta loppuraskaudessa, sillä se voi johtaa lapsivuodeajan tunnekuohuissa äidin hyvinvoinnin järkkymiseen. Perustellusta lääkityksen käytöstä ei tulisi myöskään syyllistää odottavia äitejä.

Imetys on yleistynyt viime vuosina ja yhä useammat äidit pohtivat, mitä lääkkeitä imettäessä voi käyttää. Erikoislääkäri Heli Malm HUSLAB:sta perehdytti kuulijoita imetyksenaikaisen lääkitykseen. Imetys on nisäkkäiden luontainen ja paras tapa huolehtia jälkeläisistä. Imetyksen hyödyt vastasyntyneen terveydelle ovat kiistattomat, mutta imetyksellä on positiivisia terveysvaikutuksia myös äidille.

Lääkeaineen kulkeutuminen äidin-



Veli-Matti Ulander



Orkesteri viihdytti ja tanssitti iltajuhlissa.

maitoon vaikuttavat useat erilaiset tekijät, esimerkiksi lääkeaineen sitoutuminen plasman proteiineihin. Sitoutumaton lääkeaine kulkeutuu helpommin maitoon. Lipidiliukoisuus ja lääkeaineen molekyylipaino alle 500 D myös lisäävät kulkeutumista. Kulkeutuminen äidinmaitoon tapahtuu pääasiassa passiivisesti, mutta myös muut tavat kuten lääkkeen polarisoitumiseen (ion trapping, esimerkiksi barbituraatit) ja aktiiviseen pumppaukseen perustuva kulkeutuminen ovat mahdollisia. Yleisesti ottaen tiedetään, että lääkeaineen maito / plasma -suhde on heikosti informatiivinen.

Lapsen saamaan lääkemäärään vaikuttavat maidon lääkepitoisuus ja syödyn maidon määrä. Vastasyntyneellä vaikuttavat lisäksi mahalaukun hitaampi tyhjeneminen, hitaampi munuaiseritys, erilainen suolen läpäisevyys ja lääkeainemetabolian kehittymättömyys; erityisesti tämä tulee esille keskosilla.

Imetyksen aikaisessa lääkityksessä on huomioitava lääkkeen puoliintumisaika, mahdolliset aktiiviset metaboliitit, lääkkeen biologinen hyötyosuus suun kautta annosteltuna ja äidin muu lääkitys. Keskeistä on arvioida imeväisen ravitsemusta kokonaisuutena, esimerkiksi imetyksen osuutta suhteessa muuhun ravintoon.

Imetyksen aikana vasta-aiheisia ovat sytostaatit, jodia sisältävät lääkeaineet, radioaktiiviset aineet, litium, kulta, barbituraatit ja huumeet. Varovaisuutta on noudatettava keskushermostoon vaikuttavien lääkeaineiden kohdalla varsinkin silloin, kun kyseessä on uusi lääkeaine, jonka kulkeutumisesta äidinmaitoon ei ole tietoa. Lääkeaineiden, joiden on todettu aiheuttavan

farmakologisia vaikutuksia omaavia pitoisuuksia, kohdalla on noudatettava varovaisuutta, samoin luonnollisesti myös, jos lääkeaineella on tiedossa potentiaalisia vakavia haittoja esimerkiksi immuunivasteeseen tai verisoluten muodostukseen. ■

Nuorisogynekologia on tärkeä osa alaamme

Aila Tiitinen

Nuorisogynekologia on yksi määräajoin toistuva teema koulutuspäiviemme yhteydessä. Tälle kerralle Leila Unkila-Kallio oli suunnitellut aiheesta hyvän ja tiiviin, mutta samalla käytännönläheisen koulutuspaketin.

Puberteetin asteen määrittäminen ja primaari amenorrea olivat dosentti, lasten endokrinologi Tiina Laineen aiheina. Nuoria hoidettaessa on hyvä tuntea normaali murrosiän kehitys, kasvu ja ikään kuuluvat fyysiset muutokset tunnistaakseen, milloin murrosikä on ennenaikainen tai viivästynyt. Edelleen pätevät tärkeät säännöt tutkimusten aloittamisesta: jos murrosiän merkkejä ei ole 14-vuotiaana tai kuukautiset eivät ole alkaneet 16-vuotiaana, tutkimukset ovat aiheellisia.

Nuorten tyttöjen vuotohäiriöiden syyt ja hoito poikkeavat myöhemmin ilmenevistä. Pitkään nuorisogynekologina työtä tehnyt LT Salla Piippo puhui tästä klinikalle joskus päänsäivä aiheuttavasta teemasta. Hän aloitti määrittelemällä nuoruusiän (adolesence): ikä 10–19 vuoden välillä, jolloin siirrytään lapsuudesta aikuisuuteen ja jona aikana tapahtuu merkittäviä fyysisiä ja henkisiä muutoksia. Hyvin tärkeä keskustelun aikana tullut oppi ja muistutus oli: erota PCO ja MFO. Nuoren tytön munasarjat ovat rakkulaiset, multifollikulaariset (MFO) fysiologisesti!

Kehitysvammaisten tyttöjen vuotojen hoidossa on monta huomioon otettavaa seikkaa, tästä kertoi LT Satu Suho. Asiaa oli paljon ja monia oppeja voidaan soveltaa myös muiden potilasryhmien kohdalla. Luennon tärkeä viesti oli, että jokaista potilasta pitää kuunnella ja hoitaa hänen kannaltaan parhaalla mahdollisella tavalla. Kehitysvammaista hoidettaessa pitää muistaa ottaa huomioon niin tytön itsensä, hänen läheistensä kuin hoitajienkin suhtautuminen.

Osa nuorista suunnittelee raskautta etukäteen ja moni nuori haluaa synnyttää, vaikka on tullut vahingossa raskaaksi. Erikoislääkäri Anna Sariola kertoi nuoren tytön raskauden erityispiirteistä. Suomessa 15–19-vuotiaiden synnytysten osuus on 2,4 % kaikista synnytyksistä. Maailmalla tilanne on toinen: vuosittain 11 % kaikista synnytyksistä tapahtuu 15–19-vuotiaana ja heille tulee 23 % raskauksiin ja synnytyksiin liittyvistä vaikeista komplikaatioista. Suomessa voidaan onneksi todeta: "Nuoren raskaus ei ole obstetrisen ongelma". ■



Maarit Vuento

HPV ja kohdunkaulan syövän esiasteet

Maarit Vuento ja Virpi Rantanen

Ihmisen papilloomavirus-infektio (HPV-infektio) on yleisin genitaalialueen infektio. Tietämys HPV-infektion kulusta on lisääntynyt viime vuosina. Lähes kaikki naiset infektioituvat viruksella ainakin kerran ennen 50. elinvuottaan, mutta vain murto-osa sairastuisi koskaan kohdunkaulan syöpään, jos seulontaa ja esiasteiden hoitoja ei tehtäisi. Infektion kesto on keskimäärin kahdeksan kuukautta ja vuoden kuluttua tartunnasta ainoastaan 30 % on enää positiivinen kyseiselle virustyyppille. Suurin osa HPV:n aiheuttamista esiastemuutoksista paranee spontaanisti ilman hoitoa ja nuorten muutoksista jopa 90 %.

Koska etenkin toistuvien hoitojen on todettu lisäävän ennenaikaisia synnytyksiä, hoidon aiheet ovat tiukentuneet: lievää dysplasiaa (CIN 1) ei ensisijaisesti hoideta vaan seurataan. Lisäksi esiastemuutoksen jatkuminen konisaatin reunoihin ei edellytä uutta hoitoa, vaan toimitaan puoli vuotta hoidon jälkeen tehdyn jälkitarkastuksen Papa-kokeen ja koepalojen vas-

tausten mukaisesti. Suomalaisen tutkimuksen perusteella kohdunkaulan syövän riski on kuitenkin lisääntynyt ainakin 20 vuotta esiasteen hoidon jälkeen. Kohdunkaulan, emättimen ja ulkosynnyttinten solumuutosten diagnostiikasta, hoidosta ja seurannasta on ollut viitisen vuotta Käypä hoitosuositus, joka on päivitetty syksyllä 2010. Terveysportissa on kolposkopian tekemistä opettava verkkokurssi, jonka suorittamisesta Helsingin yliopiston lääketieteellisen tiedekunnan erikoislääkäritoimikunta on hyväksynyt 4 tuntia teoreettiseksi kurssimuotoiseksi koulutukseksi naistentautien ja synnytysten erikoisalalle.

Suuren riskin HPV-testin käyttö sekä hoidon jälkeisessä seurannassa että Papa-kokeessa todettujen lievien ASC-US muutosten jatkotutkimuksena tulee todennäköisesti vähentämään kolposkopioiden määrää sairaaloiden poliklinikoilla. Myöhemmin tätä testiä tullaan varmasti käyttämään myös joukkoseulonnassa, sillä yksittäinen negatiivinen suuren riskin HPV-tes-

ti ennustaa pidemmälle kuin yksittäinen normaali Papa-koe.

Suomessa otetaan paljon Papa-kokeita, mutta meillä mikään taho ei rekisteröi joukkotarkastuksen ulkopuolella otettujen Papa-kokeiden tuloksia. Muissa Pohjoismaissa ja Alankomaissa on luotu tällainen rekisteröinti. Nykyinen seulontajärjestelmämme on tehokas mutta kallis. Seulonnan ulkopuolella näytteenotto tulisi keskittää niihin naisiin, jotka eivät ole osallistuneet seulontaan tai eivät kuulu seulontaryhmiin. Lukumääräisesti seulonnan ulkopuolella otetaan Papa-kokeita lähes kaksi kertaa niin paljon kuin seulonnan puitteissa.

HPV-rokotuksen kustannusvaikutusta ja rokotuksen vaikutusta seulontaan ja seulontamenetelmään suomalaisessa väestössä arvioitiin dosentti Pekka Niemisen johtamassa THL:n HPV-tautitaakkatyöryhmässä. Työryhmä jätti raporttinsa kokoustamme edeltävällä viikolla ja meillä oli mahdollisuus ensimmäisinä saada yhteenveto tuloksista. Työryhmä suosittelee 11–12-vuotiaiden tyttöjen rokottamista ja catch up -rokotusta yläasteikäisille tytöille. Raportti menee seuraavaksi Sosiaali- ja terveysministeriön käsitteilyyn. Rokotteiden teho ja turvallisuus on todettu laajoissa tutkimuksissa, joi-



Virpi Rantanen



Mikkelin synnytys- ja naistentautiklinikan ylilääkäri Timo Tiilikainen sekä puheenjohtaja Aila Tiitinen joutuivat kantamaan kortensa kekoon myös ohjelman suorittajina.

hin on osallistunut myös tuhansia suomalaisia tyttöjä ja poikia. Rokotteen tulisi kuulua kansalliseen rokotusohjelmaan, jotta sen peittävyys kohde-ryhmissä olisi 70–80 %. Jos peittävyys jää pienemmäksi, rokottamisen hyöty väestötasolla vähenee huomattavasti. Rokotteen käyttö aikuisilla naisilla herätti kiinnostusta teini-ikäisten ohitaneessa kuulijakunnassa. Paikalla

olleiden asiantuntijoiden mukaan aikuiselle naiselle annettu rokote suojaanee uusilta tartunnoilta. Jos nainen on aiemmin sairastanut HPV-tyyppi 16 aiheuttaman infektion, suoja esiasteita ja syöpää vastaan on huonompi kuin jos hän olisi saanut ennen rokotusta jonkin muun HPV-tyyppien infektion.

Keskustelussa korostettiin potilaille annettun informaation tärkeyttä. Taval-

lisin on yleisintä tässäkin asiassa, toisin sanoen HPV-infektio ja sen pohjalta syntynyt esiastemuutos paranevat ilman hoitoa, mutta tehokas esiasteiden hoito on taannut sen, että Suomessa on kohdunkaulan syövän ilmaantuvuus yksi maailman pienimmistä. Asiallinen informaatio vähentää potilaiden ahdistusta eikä syyllistä heitä. ■

Koulutuspäivien anti arvioidaan

■ Merja Metsä-Heikkilä

Saadakseen koulutustodistuksen jokainen osallistuja joutuu antamaan oman henkilökohtaisen arvionsa koulutuspäivien järjestelyistä ja koulutuksellisesta annista. Hallitus tutustuu aina saamaansa palautteeseen ja pyrkii tietenkin ottamaan moitteista opiksi seuraavia koulutuksia suunnitellakseen.

Palaute saatiin tällä kertaa 75 osallistujalta, heistä kaksi kolmannesta oli erikoislääkäreitä. Erikoistuvien osuus osallistujissa on jonkin verran takavuosia pienempi, syynä lienee ainakin EGO:n oma varsin aktiivinen koulutustarjonta. Privaattipraktikukset ovat perinteisesti aktiivinen osallistujajoukko, niin myös nyt. Sykli on pitänyt pintansa tärkeimpänä koulutuksista tiedottamisen kanavana.

Vastaajilta kysyttiin mielipidettä asteikolla 1–6 sekä käytännön järjestelyistä että koulutuksellisesta annista.

Kaikilla osa-alueilla arvostelu ylitti viitosen, joten hallitus ja muut järjestelyistä vastanneet voivat jälleen katsoa onnistuneensa! Uutta oppia saatiin sekä matkailusta että HPV:sta, jotka molemmat koettiin myös hyvin tärkeiksi ajankohtaisuutensa vuoksi. Myös kaikkien luentojen käytännönläheisyys sai kiitosta, joskin kolposkopias-ta olisi moni kaivannut lisäopetusta. HPV-luennot aikaansaitivat myös eniten hoitokäytäntöjen muutostarpeita. Monia hyviä ehdotuksia aiheista tuleville koulutuspäiville myös annettiin ja ne hallitus ottaa seuraavissa kokouksissaan käsittelyyn.

Palautekommentteja osallistujilta

”Mikkelin puitteet olivat erinomaiset ja järjestelyistä suurkiitos! Iltaohjelma oli kivaa, hieman vaan kuului huonosti tilan lokeroisuudesta johtuen. Erinomai-

nen monipuolinen ohjelma! Kiitos!”

”Matkat majoituksista luennoille ja iltatilaisuuteen olivat vaivalloiset. Tuoli penikkatauti kävelystä.”

”Paikallisissa lehdessä ei ollut mielestäni mitään mainintaa, että kaupungissa vierailee lähes 200 gynekologian asiantuntijaa huippukokouksessa. Olin kannattanut kutsua toimittajia paikalle, kun oli vielä kaikkien tarvitsemaa matkailulääketiedettä. Laitetaanhan lehteen puolen sivun kuva, jos joku toisella mantereella laukoo maalin.”

”Interaktiivisia luentoja joissa voisi testata opittuja asioita.”

”SGY:N päivät on tosi hyvin suunniteltuja – kokeneet luennoitsijat kul-lanarvoisia. Miten saataisiin yleisö paremmin mukaan?”

”Luentojen sisältö yllätti positiivisesti (muutkin kuin minut).”

”Yleensä käytännönläheiset aiheet ovat hyviä.” ■



Vaelsimme huhtikuussa Pohjois-Espanjassa kulkevan osuuden Pyhän Jacobin pyhiinvaellusreitistä, ns. Camino Francés`n. Matkaa kertyi lähes 800 kilometriä ja vaelluspäiviä 32.

Buen Camino!

– *kokemuksia pitkältä marssilta*

Pyhiinvaelluksille on vuositaitaiset perinteet ja niitä harrastetaan lähes kaikkien suurten uskontojen piirissä. Pyhän Jacobin pyhiinvaellus liittyy katolisen kirkon perinteeseen. Legendan mukaan Jeesuksen vanhimman opetuslapsen apostoli Jaakobin kuoltua hänen maallinen tomumajansa laitettiin veneeseen ja vene rantautui Espanjan rannikolle. Monien mutkien kautta luut sitten sijoitettiin Santiago de Compostelan katedraaliin ja paikasta tuli keskeinen eurooppalainen pyhiinvaelluskohde, jonne on vael-



Matkan määränpää Santiago de Compostelan katedraali.



lettu jo tuhat vuotta. Reittejä on useita, tunnetuin vaeltamamme Pyreneiden Ranskan puolelta alkava Camino Francés, UNESCO:n maailmanperintökohde. Nykyisin vaellukselle on lukuisia motiiveja, uskonnollinen vain yksi näiden joukossa. Reitti on erittäin suosittu, vuosittain sillä kulkee yli 100 000 vaeltajaa.

Miksi?

Ajatus pitkästä ja fyysisesti raskaasta vaelluksesta saattaa kuulostaa omituiselta – ja sitä se kaikilla tavanomaisilla mittareilla onkin. Vaellukselle on monenlaisia motiiveja. Tavallista on, että vaeltajat kokevat olevansa jollain tavalla elämänsä risteyskohdassa ja haluavat rauhassa pohtia ratkaisujaan.

Moni tulee myös suuren elämänmuutoksen tai menetyksen siivittämänä.

Uskonnollisuus näkyi vaeltajien nykyarjessa yllättävän vähän. Monet toki osallistuvat messuihin tai muuten vierailivat kirkkoissa, mutta harrasta tai totista meno ei missään tapauksessa ole. Kysyinkin eräältä espanjalaiselta kanssavaeltajalta espanjalaisten syitä tulla vaellukselle, ja hän kertoi keskeisimmiksi syiksi mietiskelyn, rentoutumisen, seikkailunhalun ja liikunnan.

Omia motiivejamme on vaikea eritellä. Ehkä halusimme vain perusteellisesti pysähtyä kiireisen arjen keskellä ja kokea jotain uutta ja erilaista, kun vielä pystymme. Myös fyysinen haaste kiinnosti – ja tietenkin liikunta ja ulkoilmaelämä uudenlaisessa ympäristössä.

Kävelyharjoituksia ja varusteiden hankintaa

Vaelluksen voi tehdä hyvin monenlaisella pohjakunnolla – kunhan muistaa sovittaa päivämatkan kuntonsa mukaiseksi. Vaeltaa voi myös osissa, ►





Eräs kymmenistä kohtaamistamme kylistä.



Tohtori Varalla oli nimikkopuisto Burgosissa.

koko matkaa ei ole pakko tehdä yhdellä kerralla. Vaelsipa niin tai näin, hankalia tuki- ja liikuntaelinsairauksia poteville en vaellusta suosittele, sillä etenkin jalat joutuvat joka tapauksessa kovalle koetukselle.

Tärkein varuste ovat hyvin sisään-ajetut vaelluskengät. Omiamme olimme ulkoiluttaneet sekä Alpeilla että Lapin maastoissa ja lisäksi kävelimme niillä valmistautuessamme muun liikunnan ohella kerran viikossa 20 kilometrin sauvakävelylenkin. Vaelluskenkien pitää toimia sekä asfaltilla, metsäpolulla että kivikossa, niin jyrkässä ala- kuin ylämäessäkin. Vedenpitävätkin niiden tulisi olla.

Pyhän Jacobin vaelluksesta on kymmenittäin sekä suomalaisia että ulkomaalaisia nettisivustoja ja suomeksi lisäksi useampia päiväkirjamuotoisia vaelluskertomuksia kirjoina. Kaikista niistä saa paljon tietoa tarvittavista varusteista. Perussääntö on, että rinkka ei saa painaa yli kymmentä kiloa, mikä tarkoittaa tarkkaa harkintaa kaikessa mukaan otettavassa.

Hankimme varusteita pikkuhiljaa. Rinkkamme olivat 40- ja 50-litraiset, makuupussit kevyet untuvapus-

sit. Vaatteita oli pääsääntöisesti kaikkia kahdet lukuun ottamatta vaellustakkeja ja sadepukuja ja villaista pitkä aluskerrastoa. Valintamme osuivat nappiin: kaikkia tarvittiin, kaikki toimivat ja mitään ei puuttunut. Lähtiesä punnitsimme rinkkamme, ne painoivat suunnilleen kahdeksan kiloa ilman juomavettä, jota pulloon mahdutti kerrallaan vähän alle litra. Täyttöpisteitä on runsaasti, isompaa määrää ei kannata raahata. Alumiiniset teleskooppivaellussauvat ja oikea sauvakävelytekniikka olivat erinomainen apu etenkin ylämäissä.

Alkuun St. Jean Pied de Portista

Aloitimme vaelluksen Ranskan puolelta, läheltä Espanjan rajaa, St. Jean Pied de Portista. Lentoreittejä tutkailtuamme päädyimme lentämään ensin Pariisiin, siellä vaihdoimme kenttäbusilla kotimaan kentälle Orlyyn ja lensimme Biarriin, josta taksilla Bayonnen rautatieasemalle ja sieltä junalla perille. Ovelta ovelle matkaan kului 13 tuntia, mitä emme pitäneet pahana, sillä takavuosien suomalaiset vaeltajat ovat usein joutuneet käyttämään matkaan päiviä – milloin rautateiden lakon, milloin lentojen yhteensopimattomuuden vuoksi.

St. Jeanista voi varata netissä yösi-
jan, mikä ei muualla pääsääntöisesti ole mahdollista eikä tarpeenkaan. Saimme myös illallista, aamiaisen ja eväät seuraavaksi päiväksi. Pyhiinvaellustoimistosta saimme ensimmäisen leimamme jo Suomessa hankkimiimme pyhiinvaelluspasseihin ja ohjeet ensimmäiselle vaelluspäivälle. Olin nyrjäyttänyt nilkkani pahasti vain puolitoista kuukautta ennen matkaa enkä tiennyt, miten jalkani tulisi kestäämään, joten olimme etukäteen päättäneet valita jyrkän kipuamisen sijasta laaksossa kulkevan reitin. Päämme kuitenkin käännettiin: tulossa oli kaunis aurinkoinen päivä ja kuusissakymmenissä

ollut meitä opastanut norjalaisrouva vakuutti, että reitti on hyvällä säällä helppo ja kokemisen arvoisin. Niinpä ensimmäisen päivän vaellus oli pituudeltaan 32 kilometriä, nousua 200 metristä 1400 metriin ja maisemat hui-kaisevat! Kun siitä selvisimme, ajatelimme, että selviämme jatkostakin.

Aamusta iltaan – illasta aamuun

Vaelluspäivät toistuivat näennäisesti hyvin samanlaisina, mutta sitä ne eivät kuitenkaan pohjimmiltaan olleet.

Olemme aamuvirkkuja, joten ylös nousimme kuuden paikkeilla, pilkkopimeässä. Jo muutamassa päivässä harjaannuimme pukemaan ja pakkaamaan repun hiljaa, ilman valoja. Se edellytti vain sitä, että kaikki tarvittava oli aseteltu illalla tiettyihin paikkoihin, tiettyyn järjestykseen. Tiellä olimme 6.30–7.30, riippuen vähän aamiaisen saatavuudesta. Joskus yösiä tarjosi kahvia ja paahtoleipää, joskus olimme omien eväiden varassa.

Aamu oli lähtiessämme vielä viileä ja hämää, joten joskus etsimme tieltä opasteita otsalampun valossa. Reitti on erittäin hyvin merkitty keltaisilla tiehen, puihin, taloihin tai lyhtypylväi-



Venyttelyä päivän urakan täytyttyä.



Elämää yhteismajoituksessa.



Burgosin katedraali ja kansainvälistä "vaellusperhettäme".



Aurinko nousee mesetalla.

siin maalaatuilla nuolilla tai simpukka-symboleilla. Aamun kilometrit olivat parhaat – ei väsyttä, ei koske mihinkään, ei ole nälkä eikä jano. Auringon nousu pilvettöminä aamuina oli hieno kokemus. Reitin suunnan vuoksi se nousi aina selän takaa, sitä oli pakko kääntyä katsomaan. Jos sattui satamaan, sateen ropina takkiin kietoi outoon yksityiseen hyvin turvalliselta tuntuvaan suljettuun maailmaan. Ruokatauko pidettiin 2,5–3 tunnin kävelyn jälkeen, yleensä maha täyttyi tien päällä maitokahvilla ja bocadillolla, täytetyllä patongin palalla. Se oli tyyppillinen pyhiinvaeltajan lounas. Reitillä on paljon kahviloita, jotka ruokkivat vaeltajia. Kahvilat on merkitty karttoihin ja niiden pito on merkittävä tulonlähde muuten melkein autoituneissa maalaiskylissä.

Päivämatkamme vaihteli 20–30 kilometrin välillä, aikaa kului viidestä kahdeksaan tuntiin. Koska läksimme aikaisin, olimme usein myös ensimmäisten joukossa perillä. Se takasi makuusijan kerrossängyn alapunkasta. Majataloja, albergueita on reitillä 5–15 kilometrin välein ja niistä ja niiden varustelutasosta on saatavissa jatkuvasti päivitettäviä luetteloita. Yösjän hinta vaihteli vapaaehtoisesta lahjoituksesta 11 euroon. Albergueita pitävät yllä kunnat, kirkot, luostarit, vapaaehtoiset sekä yksityiset, joille se on liiketoimintaa. Eksyä ei voi ja yösjä löytyy, ainakin heinä-elokuun ruuhkien ulkopuolella. Sängyn valtauksen jälkeen nopeasti suihkuun, sukkapyykille ja sitten sukellus lämpimään makuupussiin jalkoja lepuuttamaan. Jotkut ottivat nokkaunet, me harvemmin. Kirjoittelimme päiväkirjaa ja suunnittelimme seuraavan päivän vaellusta. Lähes kaikkialta löytyi myös kahvila tai ravintola, josta sai yleensä yhdeksällä eurolla kolmen ruokalajin "pilgrim's menu" seitsemän aikoihin. Ateriaan kuului aina pullollinen jääkylmänä tar-

joitavaa erittäin tuoretta punaviiniä. Vaikka ruoka oli hyvin edullista, etenkin nuoret hyödynsivät usein majatalojen keittiöitä ja kokkasivat ruokansa. Keittiössä saattoikin olla väliin aikamoinen meteli ja hässäkkä, kun jokaisella levyllä porisi jonkun keitos ja kaikilla tasoilla pilkottiin vihanneksia.

Valot sammutetaan majatalossa kello 22 ja sen jälkeen on hiljaisuus – monissa paikoissa myös ulko-ovet suljetaan ja jollei ole ehtinyt sisälle ennen tätä, jää yöksi ulos. Meille tämä ei ollut ongelma, olimme yleensä unessa jo yhdeksältä. Rasitus vaati veronsa.

Makuusalien koko vaihteli suuresti. Pienimmässä oli neljä vuodetta, suurimmassa 60. Viimemainitussa diagnostisoin yön aikana lukuisia uniapnea-tapauksia. Kanssakuorsaukseen kuitenkin tottuu, varsinkin, kun on riittävän väsynyt. Sopeutumiskyky nämä yhteismajoitukset kuitenkin vaativat ja muutaman kerran turvauduimme pensionaattiin ja kahden hengen huoneeseen.

Perusasiat ovat tärkeitä

Kun asiat ovat pelkistettyjä, huomio kiinnittyy hyvin pieniin yksityiskoh-

tiin. Maisemat vaihtelevat – paitsi reitin keskiosan mesetalla, jossa kuljimme viivasuoraa tietä ja katselimme kevyesti aaltoilevia oraspeltoja viikon ajan. Omat tuntemukset ovat erilaisia eri päivinä. Yhtenä päivänä on kipeänä polvi, toisena kantapää. Joskus jaksaa paremmin, joskus on uupunut jo puolimatlassa. Reitillä tapaa eri ihmisiä eri päivinä. Omat ajatukset ovat erilaisia. Lukemissamme kirjoissa kukaan ei kertonut henkisestä uupumisesta tai turhautumisesta. Sellaiselle ei yksinkertaisesti voi antaa sijaa, sillä vaellus on niin pitkä. Vain yhden melankolisen aamupäivän muistan koko matkalta ja silloinkin maisema alkoi yllättäen kumpuilla mesetan päättymisen merkinä, aurinko pilkisti pilvien takaa ja sain pojaltani lastenlasten kuulumisista kertovan tekstiviestin. Yhtäkkiä olin maailman onnellisin ihminen! Oivalsin, että ihminen tarvitsee onneen hyvin vähän. Vaeltaessa keskittyy myös väistämättä käsillä olevaan hetkeen: että jaksaa, että saa ruokaa ja juomaa. Katsoo, miltä maisema näyttää, miltä talot ja ihmiset. Ajattelee omia ajatuksiaan, usein aika yksinkertaisia. On läsnä siinä nimenomaisessa



Rautavaeltajat – ja yksi lihaa ja verta.



Moottoritie on kuuma – tuolla jossakin.



50 kilometriä Santiagoin!



Espanjan köyhää

tuokiossa. Kunpa nämä oivallukset ja havainnot pysyisivät mielessäni myös kiireisessä arjessa.

Kivun kanssa on eletävä

Matkalla törmäsi monenlaiseen vai-vaan, niin omaan kuin kanssakulki-joidenkin. Varsinkin alkumatkasta rak-kulat olivat tavallisia. Ne eivät synny kenkien hankaamisesta vaan paine-vaikutuksesta, vähän samalla tavalla kuin makuuhaavat. Tyypillisiä paik-koja olivat varpaiden välit, päkiät ja kantapään takareuna. Aptekeissa on laajin näkemäni Compeed -valikoima.

Parhaiten rakkula hoituu, kun pujot-taa neulalla rihmalangan rakkulan lä-pi tunneloimaan rakon ja peittää sen sitten laastarilla. Parin viikon jälkeen uusia rakkuloita ei enää synny, kaipa nahka parkkiintuu.

Rasitus tuo myös omat ongelman-sa, tendiniitit ovat tavallisia. Tapasin muutaman hankalasta säären etuosan tendiniitistä kärsivän, samoin planta-rifaskiitti ja kantapään kiputilat olivat yleisiä. Pahimmillaan vaiva pakottaa keskeyttämään kävelyn, mutta monet sinnittelivät jääpussin, hieronnan ja kipulääkkeiden voimin. Tapasinpa erään käsilläparantajankin, mutten hoidettua potilasta enää hoidon jäl-keen, joten tehosta en osaa sanoa.

Me selvisimme muutamalla rakolla ja jalkaterien kivuilla, jotka hoituivat venyttelyllä, hieromisella ja kunnon ki-pulääkkeillä. Ibuprofeenia Espanjassa myydään reseptittä 600 mg vahvuise-na ja 40 tablettia kerrallaan, myös pa-rasetamolaa saa gramman vahvuise-na reseptittä. Näitä sitten käytimme lä-hes päivittäin, vähän annoksia vaih-dellen. Jos tiedossa oli 30 kilometrin päivä, oli viisasta lääkitä itsensä jo aa-miaisen yhteydessä, näin selvisi peril-le melko vähällä kivulla.

Kipu on kummallinen seuralainen. Kävellessä oli aikaa sitä tarkkailla ja huomasimme, että aamulla tuntunut kipu yleensä katosi puolen tunnin kä-velyn jälkeen. Epäilimme, että aivot sammuttavat sen, vähän samalla ta-valla kuin emme tunne vaatteita pääl-lämme, kun ne ovat siinä koko ajan.

Perillä!

Matkan aikana perillepääsy ei ole kos-kaan itsestään selvää tai varmaa. Ai-na voi sairastua tai sattua jotain muu-ta, joka katkaisee matkan. Paluulipu-kin varasimme netistä vasta viimeisel-lä vaellusviikolla. Vasta silloin aloim-me ajatella, että on todennäköistä, et-tä saavutamme määränpään, Santiago

de Compostelan. Silloin aloimme sa-noa ääneen, että kenties tämä maanan-tai tai tiistai on viimeinen caminolla.

Kilometrit hupenivat. Sata kilomet-riä perille oli iso merkkipaalu – vi-meiset kilometrit on satoja vuosia sit-ten kaiverrettu kivi- ja puu- ja puolen kilometrin välein, sekin toi konkreti-aa matkan päättymiselle.

Etukäteen oli vaikea kuvitella, mil-tä tuntuu päästä perille ja tietää, että seuraavana aamuna ei nosta rinkkaa selkään kävelläkseen. Paras hetki tältä kannalta oli viimeinen ilta ennen San-tiago de Compostelaa. Jäljellä oli 20 kilometriä. Silloin toivoi ajan vähäksi aikaa pysähtyvän, sillä usein asia, jota on paljon odottanut ja sen sitten saa-vuttaa, tuottaa kuitenkin pettymyksen.

Olimme perillä kauniissa auringon-paisteessa jo puolen päivän aikaan. Heti ei tuntunut oikeastaan miltään. Et-simme pyhiinvaellustoimiston ja haim-me viimeisen leiman passeihimme ja todistuksen, compostelan, suoritetusta vaelluksesta. Lähetimme tekstiviestejä perillepääsystä. Pikkuhiljaa, sen päi-vän ja seuraavan aikana mielen val-tasi helpotus ja onni perillepääsystä. Näimme katedraalin aukiolla matkan varrella tapaamiamme tuttuja ja vaih-doimme kuulumisia. Vaeltajien kesken vallitsi hyvin erityislaatuinen yhteisölli-



Rautaristi, jonne jokainen tuo kiven ja sen mukana huolet ja murheet.



Perillä!



maaseutua.



Galiciaa.



Patsas katedraalissa, pyhiinvaeltajien kuuluu käydä sitä halaamassa.

syys, vaikka olimme oikeastaan täysin vieraita toisillemme. Kansallisuuksien kirjo oli laaja; suomalaisiin ei tarvinnut pelätä törmäävänsä, sen sijaan saksalaisia oli paljon. Kaukaisimmat tulivat Etelä-Amerikan eri maista, Japanista ja Etelä-Koreasta. Osallistuimme myös messuun, joka oli samalla katedraalin 800-vuotisjuhlamessu. Näimme suuren suitsutusastian, botafumeiron, toiminnassa. Se on harvinaista herkkua nykyään, kuulumme.

Kotona

Tätä kirjoittaessani vaelluksen loppumisesta on kolme viikkoa. Jalat ovat lähes entisellään, juosta en ole kuitenkaan vielä uskaltanut. Työt ovat alkaneet, tohinalla. Läksimme talvesta, palasimme melkein kesään.

Onko jokin muuttunut? En usko olevani sen parempi ihminen kuin ennenkin. Minusta ei tullut huolehtontaa taivaanlintua, joka luottaa johdatukseen, mutta opin hyväksymään

itseni tällaisena. Tarvitsen suunnitelmia ja aikatauluja, mutta yritän silti pikkuhiljaa oppia elämään enemmän tässä hetkessä, stressaamatta ja huolehtimatta ylen määrin tulevasta. Onni on tässä ja nyt, ei tavoittamattomissa tai toisaalla. ■

Jos olet kiinnostunut vaelluksesta ja haluat lisätietoja, annan niitä mielelläni. Yhteystiedot lehden sivulla 3.

Graviditas Lapsettomuusklänikka on osa kotimaista Lääkärikeskus-ketjua, joka on yksi Suomen suurimmista terveys- ja hyvinvointipalveluiden tarjoajista. Lapsettomuusklänikka aloitti toimintansa Helsingissä kesäkuussa 2009 ja se on saavuttanut nopeasti vankan aseman hyvien tulosten, yksilöllisen palvelun ja kokeneiden ammattilaisten ansiosta. Toimintamme kasvaa vauhdilla. **Lisätietoa** www.laakarikeskus.com

LAPSETTOMUUSLÄÄKÄRI

Haemme innostuneeseen ammattilaistiimiimme kolmatta lapsettomuuslääkärää. Työ voi olla osatai kokopäiväistä. Klinikalla on mahdollisuus pitää myös yleisgynekologista vastaanottoa. Graviditas Lapsettomuusklänikka sijaitsee Aleksanterinkadulla, Stockmannia vastapäätä. Asiantuntijoitamme ovat lapsettomuuslääkärit Eero Varila ja Kari Ratsula, andrologi Riitta Rönkä sekä Graviditas Raskausklänikan perinatologi Pirkko Ämmälä.

Lisätiedot ja yhteydenotot: Graviditas Lapsettomuusklänikan ylilääkäri Eero Varila, eero.varila@graviditas.fi tai Lääkärikeskuksen vastaava gynekologi Annakaija Lappalainen, annakaija.lappalainen@laakarikeskus.com.

GRAVIDITAS-AKATEMIA

Lapsettomuuden hoitaminen on antoisaa ja mielenkiintoista työtä, joka edellyttää erityistietoja ja -taitoja. Graviditas-akatemia tarjoaa gynekologeille ja lapsettomuuslääkäreille lisäkoulutusta lapsettomuushoidoista sovitun pituisissa jaksoissa Graviditas Lapsettomuusklänikalla Helsingissä. Koulutukseen tulevilla on mahdollisuus hakea stipendira hoitusta gynekologiseen 3D-ultraäänikurssiin, joka järjestetään toukokuussa 2012 Nottinghamissa, Iso-Britanniassa.

GRAVIDITAS
G Lapsettomuuden hoitoon on ratkaisu.

Lääkärikeskus

Pelmenejä ja muutakin venäläistä

Parisen vuotta sitten luin jutun Kustaankadulla olevasta Pelmenit -ravintolasta ja se herätti mielenkiintoni näihin venäläisiin ravioleihin. Toistaiseksi ei ole löytynyt aikaa tämän ravintolan kehuttujen tuotteiden maisteluun. Niinpä jouduinkin turvautumaan keittokirjan ohjeisiin ja valmistamaan pelmenit itse näkemättä koskaan aitoja tuotteita.

Olga vahtii munakoisoa

Vaikka pyrin tekemään pieniä, yhden suupalan pelmenejä, valitsin hivenen liian suuren rengasmuotin eli 7 cm:n sijasta olisi pitänyt ottaa 6 cm:n muotti, jolloin lopputulos olisi varmaan ollut lähempänä oikeaa. Uskoisin kuitenkin, että maku oli aika lailla oikea, vaikka tämän kokemuksen perusteella maustaisin lihaa reippaammin esimerkiksi juustokuminalla. Tosin maku silloin poikkeaisi alkuperäisestä.

Kirjatietoa venäläisestä keittotaidosta

Suurin osa tämän artikkelin resepteistä on poimittu Kaarina Kaurinkosken kirjasta Pietarilaiset pidot (Otava 1995), joka on lähes identtinen saman kirjoittajan Venäläinen ruokapöytäni -kirjan kanssa (Maahenki 2010). Näistä kirjoista on Valjan ankkaa ja hapankaalia -resepti, joka yksinkertaisuudessaan on helppo valmistaa ja lisäksi erittäin herkullinen. Vii-Voanin etnisestä ruoka-

kaupasta Hämeentieltä löytyy Hollannissa kasvatettua edullista ankkaa, joka tulee varmasti useaan otteeseen kuulumaan juhlapöytämme tarjontaan.

Kirjahyllyssäni on muutama muukin venäläistä keittiötä käsittelevä keittokirja. Ahkerimmin niistä on ollut käytössä Juhani Lindströmin, Juri Kohanovin ja Anita Patalan kirjoittama Zakuska – venäläinen keittiö Jäämereltä Kaukasiaan (Kauppiaiden kustannus 1982). Tämän keittokirjan suurin suosikkini on jo nimensäkin perusteella Heinäveden kesäasunnon maise-
miin sopiva Luostarin tattikeitto, jonka valmistamiseen lähimaastosta itse poimitut tatit sopivat parhaiten tuoreina, vaikka eipä kuivatetuistakaan tateista valmistetussa keitossa ole valittamista. Mätiaikaan mielestäni paras blinitaikinan valmistusohje löytyy myös tästä kirjasta. Kiireisille sen valmistaminen ei sovellu, koska aikaa taikinan valmistamiseen kuluu vähintään vuorokausi, mutta kerran näitä blinejä mais-





Pelmenit suolakurkun kera.



Olgan munakoiso-zakuska

tettuaan huomaa, että taikinaan käytetty vodka ei ole mennyt hukkaan.

Lahjareseptien ja itse kehitellen

Milan hapankaali-ohjeen ohjeen antoi eräs tuttava, joka puolestaan oli saanut sen eräältä venäläiseltä ystävältään. Tämän helpon ohjeen saamisen jälkeen en ole enää valmista hapankaalia hankkinut, vaan teen sen itse aina parin kilon kaalista tekeytymään jääkaappiin. Näin sitä riittää useampaan kertaan.

Omia kehitelmiäni ovat punajuuri- ja munakoisopaistokset, jotka sopivat lisukkeiksi moniin liha- ja kalaruokiinkin. Eritoten uudet punajuuret sopivat tähän paistokseen hyvin. Edellä mainituissa keittokirjoissa kuvatut jälkiruoat vaikuttivat usein aika raskailta, mutta löytyiväthän sieltä nämä rommilla höystetyt appelsiinilohkot, joiden ohjetta hivenen kehitelin. ►

Milan hapankaali

1 kg keräkaalia
2 rkl suolaa
2 rkl fariinisokeria
1 dl omenaviinietikkaa

Leikkaa keräkaali ohuiksi suikaleiksi esimerkiksi juustohöylällä. Laita kaikki ainekset kulhoon, sekoita huolellisesti ja jätä mehustumaan huoneen lämpöön muutamaksi tunniksi. Laita tämän jälkeen kaaliseos muovipussiin, purista ilma pois ja sulje pussi. Laita pussi kolmeksi vuorokaudeksi jääkaappiin, minkä jälkeen kaali on valmista käytettäväksi.

Hapankaalikeitto

500 g hapankaalia
1 pieni kaalinkerä
1½ rkl öljyä
1 sipuli
1 porkkana
1 laakerinlehti
2 l libalientä
2 perunaa
2 rkl tomaattisosesta
suolaa, mustapippuria, tilliä, smetanaa

Huuhtele hapankaali juoksevan veden alla ja purista se käsin kuivaksi. Pilko sipuli hienoksi ja paista se pehmeäksi vähässä öljyssä padassa. Leikkaa porkkana ohuiksi suikaleiksi ja lisää pataan. Lisää hapankaali, ohuiksi suikaleiksi leikattu tuore kaali sekä laakerinlehti. Anna kaiken hautua kannen alla 30 minuuttia tai kunnes kaali on hautunut pehmeäksi. Hämmennä aina silloin tällöin.

Lisää lihaliemi sekä ohuiksi suikaleiksi leikatut raa'at perunat. Anna kiehua kypsäksi.

Loppuvaiheessa lisää tomaattisose. Tarkista maku ja lisää maun mukaan suolaa ja mustapippuria. Ennen tarjoilua ripottele pataan tilliä. Tarjoa smetanalla erikseen.

Ohjeen maininnan mukaan keitto saa hautua venäläisessä uunissa jälkilämmöllä koko yön yli. Niinpä itsekin laitoin keiton yöksi 80-asteiseen uuniin ja siitähän maku vain parani.

Kommentti: Keittoa voi mainiosti käyttää vaikka siskonmakkarakeiton valmistukseen. Itse valmistan tämän keiton kohmettamalla siskonmakkarat pakastimessa, minkä jälkeen niistä on helppo leikata 1–2 mm:n siivuja, jotka

Siskonmakkaroiden siivutusta



sitten lisään kiehuvan kaalikeiton sekaan kypsymään. Keittoon voi lisätä myös esimerkiksi parsakaalin nuppuja ja kuutioitua kesäkurpitsaa.

Olgan munakoiso-zakuska

1 suuri munakoiso
1 porkkana
1 sipuli
1–2 valkosipulinkynttä
2–3 pientä tomaattia
suolaa, mustapippuria,
persiljaa, öljyä

Leikkaa munakoiso puolen sentin viipaleiksi ja suolaa kevyesti. Anna seistä vähintään tunti. Kuivaa talouspaperilla pinnalle noussut kitkerä neste pois. Voit myös puristaa renkaat käsin mahdollisimman kuiviksi.

Paista raastettu porkkana ja raastettu tai hienoksi pilkottu sipuli sekä valkosipulinkyntset paistinpannussa öljytilkassa. Paista munakoisoviipa-

leet kypsiksi ja yhdistä paistokset. Lisää lopuksi pieniksi kuutioiksi leikatut tomaatit ja mausteet. Hämmennä ja anna hautua kypsäksi. Lisää tarvittaessa tilkka vettä. Tarjoile kylmänä.

Olga säilöo tällä tavoin valmistettua munakoisopaistosta talveksi. La sitölkit pitää pestä hyvin ja steriloida. Paistoksen pinnalle tölkkiin Olga p annee runsaasti valkosipulia. Hän sul kee peltikannet erityisellä puristimel la ja kääntää tokit hetkeksi ylösalaisin, niin ettei niihin pääse ilmaa.

Valjan ankkaa ja hapankaalia

1 ankka
3–4 hapanta omenaa
(mieluiten Antonovkaa)
1–2 porkkanaa
1 sipuli
500g hapankaalia
suolaa, sokeria, mustapippuria,
öljyä

Pese ja kuivaa ankka ja poista siitä ylimääräinen rasva. Suolaa ja pippuroi ankka kevyesti ja täytä se omenalohkoilla. Omenat imevät pois ankan rasvaisuuden. Hauduta ankka uunissa rapeaksi ja kypsäksi, anna olla osan paistoajasta kannen alla. Valele ankkaa tarvittaessa paistamisen aikana. Pais-toaika on yleensä noin 1–1½ tuntia.

Ripottele sokeria hapankaalin päälle



Uunissa on käyty



Valjan ankkaa, hapankaalia ja punajuuria



Porkkanat ja sipulit pannulla



Punajuuripaistos

ja lisää tilkka vettä. Anna hautua miehdolla lämmöllä kannen alla. Paista sillä aikaa vähässä öljyssä kuutioiksi leikatut porkkana ja hienoksi pilkottu sipuli. Kun ne ovat kypsiä, lisää ne kaalin joukkoon. Jaa ankkua suuriin annospaloihin ja asettele ne pyöreälle tarjottuvadille. Ympäröi ankkua lämpimällä hapankaalilla.

Kommentti: Täytin ankan omenalohkojen lisäksi muutamalla sitruu-

nalohkolla ja lisäsin joukkoon reilusti rosmariinin lehtiä. Pistelin terävällä veitsellä muutamia pieniä reikiä ankan nahkaan rintapuolelle ja asetin ankan vuokaan selkäpuoli alaspäin jolloin paistamisen aikana ankasta reikien kautta tihkuva rasva hoiti valelemisen. Paistoin ankkua 225-asteisessa kiertoilmahuuunissa 15–20 minuuttia ja laskin lämpötilan sitten 175 asteeseen. Puolen tunnin kuluttua peittelin an-

kan alumiinifoliolla ja jatkoin paistamista vielä reilun puolen tunnin ajan.

Punajuuripaistos

1 kg pieniä punajuuria
3–4 kevätsipulia
2–3 lehtipersiljan oksaa
suolaa ja mustapippuria
ankanrasvaa

Keitä kuorimattomat punajuuret kypsiksi suolatussa vedessä. Aikaa kuluu punajuurien koosta ja tuoreudesta riippuen puoli tuntia tai enemmän. Kuori kypsät punajuuret ja leikkaa pienet punajuuret kahteen osaan, isommat neljään. Kuumenna ankanrasva paistinpannussa ja ruskista hivenen punajuurilohkoja. Mausta merisuolalla ja vastajauhettulla mustapippurilla. Lisää ennen tarjolle tuontia silputtu kevätsipuli ja lehtipersilja. ▶

Munakoisopaistos

Tämän ohjeen idean sain, kun katse-
lin TV:n Espanjan kanavalta ruokaoh-
jelmaa. Ohje eroaa musakatyypisistä
resepteistä siinä, että munakoisoa ei
käsitellä suolalla nesteen poistamiseksi,
eikä munakoisoa paisteta öljyssä,
joten kalorianta jää vähäisemmäksi ja
lopputulos on kuitenkin herkullinen.
Kaiken lisäksi ohjeen mukainen pais-
tos on helppo valmistaa.

Ainekset 4–6 hengelle:

2 *munakoisoa, yhteensä*
700–800g
1 *kookas sipuli*
1 *valkosipulinkynsi*
1 tlk *tomaattimurskaa*
yrttejä: esim. tuoretta timjamia,
lehtipersiljää, runsaasti
basilikaa
oliiviöljyä, merisuolaa,
vastajaubettua mustapippuria
raastettua parmesaanijuustoa

Silppua sipulit hienoksi ja kuullota
paistinpannalla pehmeiksi miedolla
lämmöllä. Lisää tomaattimurska ja hau-
duta edelleen miedolla lämmöllä 15–
20 minuuttia. Mausta suolalla ja mus-
tapippurilla. Ota pois liedeltä ja lisää
hienonnettu yrttiseos. Tarkista maku
ja lisää tarvittaessa suolaa.

Leikkaa munakoiso 1–2 mm:n pak-
suisiksi siivuiksi. Laita vuoaan pohjalle
hieman oliiviöljyä. Lado munakoiso-
renkaat kerroksittain vuokaan ja laita
jokaisen kerroksen väliin hiukan to-
maattimurskaseosta sekä 1–2 teelus-
kallista parmesaaniraastetta. Mausta
maun mukaan lisäksi suolalla ja mus-
tapippurilla. Peitä viimeinen kerros
kastikkeella ja ripottele pinnalle run-
saasti parmesaaniraastetta.



Munakoisopaistos kerrostuu



Puolikuusta pelmeniksi

Laita vuoka 200-asteiseen uuniin
ja paista 25–30 minuuttia. Jätä hau-
tumaan lämpimään uuniin vielä noin
puoleksi tunniksi. Laita tämän jälkeen
pälle alumiinifolio kuivumisen estä-
miseksi, jos jatkat uunissa pitämistä.

Venäläiset pelmenit

(8 hengelle)

Taikina:

3 *kananmunaa*
7 dl *vehnä jauhoja*
2 dl *vettä*
1 tl *suolaa*

Täyte:

1 kg *sika-nauta-(lammas)*
jauhelihaa
1 *sipuli*
2 rkl *öljyä*
suolaa ja mustapippuria

Lisäksi:

Etikkaa, voita, sinappia

Valmista pelmenitaikina sekoittamalla
ainekset ja pane se jääkaappiin jääh-
tymään. Pilko sipuli hienoksi ja pais-
ta öljyssä pehmeäksi. Sekoita paistet-
tu sipuli ja mausteet jauhelihan jouk-
koon. Hämmennä jauheliyataikina
huolellisesti.

Kauli pelmenitaikina pienissä osissa
ohuiksi levyiksi ja painele siitä pienel-
lä lasilla tai rengasmuotilla noin 6–7
cm:n taikinapyörylöitä. Nosta teelu-
sikalla jauheliyataikinaa kunkin pyö-
rylän keskelle ja sulje ne ensin puo-
likuun muotoisiksi pikkupiirakoiksi,
nipistä sitten pää yhteen. Pakasta pel-
menit ennen keittämistä laudan pääl-
lä irti toisistaan.

Upota pelmenit runsaaseen, suo-
lattuun, kiehuvaan veteen, jonka voit
maustaa esimerkiksi maustepippurilla
ja laakerinlehdellä. Voit käyttää myös
lihalientä keittämiseen. Kun pelme-
nit nousevat pinnalle, ne ovat kypsä.
Nosta pelmenit reikäkauhalla vedestä

ja pane ne lämmitettyyn tarjoiluastiaan.

Tarjoile voi, sinappi ja etikka erik-
seen. Kukin ruokailija voi laittaa lau-
tasen reunalle nokareen voita, lusikal-
lisen sinappia ja pari tippaa etikkaa,
jotka survotaan haarukalla soseek-
si. Lämmin pelmeni pyöritetään tässä
seoksessa ja pannaan suuhun. Pelme-
nin pitää olla niin pieni, että se mah-
tuu kokonaisuina suuhun.

Lisukkeena voi käyttää myös sme-
tanaa ja suolakurkun viipaleita.

Appelsiinilohkoja rommiliemessä

1 kg *makeita appelsiineja*
2 rkl *rommia*
10 *neilikkaa*
150 g *sokeria*
1 *appelsiinin raastettu*
kuori
4 dl *vettä*

Raasta yhden appelsiinin kuori. Kuori
muut appelsiinit ja jaa ne lohkoihin.
Pane lohkot tarjoilukulhoon ja ripot-
tele ruokalusikallinen sokeria päälle.
Valele lohkot rommilla ja pane astia
jääkaappiin.

Sulata loput sokerista lämpimässä
vedessä, lisää seokseen raastettu ap-
pelsiininkuori sekä neilikat. Keitä hil-
jaisella tulella hetken. Kaada liemi ap-
pelsiinilohkojen päälle ja anna jääh-
tyä jääkaappikylmäksi ennen tarjoilua.

Kommentti: Käytin itse noin 3 kiloa
appelsiineja ja leikkasin lohkot kalvot-
tomiksi Syklin numerossa 2/2009 ku-
vatulla tavalla. Appelsiinin sisuksista
puristin mehun siivilän läpi ja tulokse-
na oli 4 dl mehua, jonka käytin liemen
valmistukseen. Tällä tavalla valmiste-
tut appelsiinilohkot sopivat mainiosti
jätelön kaveriksi. Neilikoiden sijasta
mausteeksi voisi mielestäni kokeilla
vaniljatangon puolikasta. ■

ENTOG -vaihto ja kokous Britannniassa – avartava kokemus

Tänä vuonna vuosittainen eurooppalaisten naistentauti- ja synnytysopin erikoistuvien lääkäreiden tapaaminen järjestettiin Lontoossa 2.–7. toukokuuta, juuri kuninkaallisten häiden jälkeen. Lontoo oli keväisen iloinen siitä, että Will ja Kate olivat saaneet toisensa ja me kaksi erikoistuvaa iloisia siitä, että juuri meitä suosi arpa ja pääsimme tutustumaan brittiläiseen sairaalamaailmaan.

ENTOG (European Network of Trainees in Obstetrics and Gynaecology eli eurooppalaisten naistentautien- ja synnytysopin erikoistuvien lääkäreiden yhdistys) on perustettu vuonna 1997 ja siihen kuuluu tällä hetkellä 29 maata. Jokaisesta maasta on yksi edustaja (yleensä maan erikoistuvien yhdistyksen hallituksen jäsen) ENTOG:n vuosittaisessa isossa kokouksessa. Sen lisäksi ENTOG:lla on hallitus, johon valitaan viisi jäsentä. Hallituksen kokouksia on viidestä kuuteen vuodessa.

ENTOG -tapahtuma alkoi neljän päivän sairaalatutustumisjaksolla ja jatkui vielä kaksi päivää varsinaisella kokouksella. Ensimmäinen kokouspäivä oli koulutusta – luennot koskivat naistentautien- ja synnytysopin erikoistuvien lääkäreiden koulutusta ja simulaatioharjoittelua. Toisena päivänä pidettiin ENTOG:n vuosikokous. Oh-

jelma oli tiukka, aikaa ei jäänyt oleiluun. Brittiläiset kollegamme huolehtivat meistä todella hyvin, jokaiselle ilalle oli järjestetty tapahtuma, yleensä hyvän ruoan merkeissä.

Anna Säisä oli vaihdossa Manchesterissä ja Kristina Veskimäe Poole'ssa, Dorsetissa. Molemmat osallistuimme ENTOG meetingiin, johon tuli paikalle myös EGO:n hallituksen jäsen, Oulun edustaja Outi Uimari.

Erikoistuminen on rankkaa Britanniasakin

Erikoistuminen Britanniasa kestää yhteensä seitsemän vuotta. Valmistumisen jälkeen erikoistuva on kaksi vuotta SFO (foundation training) eli käytännössä ikään kun runkokoulutuksessa. Tämän jälkeen on tentti. Sitten on kolme vuotta pelkkää naistentauti- ja synnytysoppia, jonka jälkeen käydään jälleen tentissä. Tuon kolmen vuoden ajan erikoistuvaa kutsutaan termillä registra. Tentin hinta on noin 400 puntaa ja ensimmäisellä kerralla sen läpäisee joka viides. Tentin läpäistäkseen vastauksista 70 % on oltava oikein ja tenttiin kuuluu myös suullinen ja käytännön osio. Loput kaksi vuotta erikoistumisesta käytetään suppean erikoisan oppimiseen, näitä ovat esimerkiksi perinatologia, endokrinologia, urogynekologia ja onkologia. Erikoistumispaikkaa vaihdetaan pakon sanelemana vuosittain ja ”hyviä” erikoistumispaikkoja on vaikea saada. Koulutuspäiviä on yksi kuukaudesta. Erikoistuva tapaa koulutusvastaavan neljän kuukauden välein ja kerran vuodessa myös lääketieteen yksikön johtajan. Brittiläinen erikoistuva työskentelee 48 tuntia viikossa päivystyksineen, työpäivä kestää 8–17 ja palk-



Ihan kuin Emmerdale'ssa: brittiläinen sairaanhoitaja.

ka on 2300–3500 puntaa kuukaudesta riippuen erikoistumisen vaiheesta. Yöpäivystyksen jälkeinen päivä on vapaapäivä. Merkittävä osa erikoistuvista on taustaltaan intialaisia, pakistanalaisia tai kiinalaisia – näin kuulemme siksi, että erikoisalamme ei rankkuuden ja päivystysrasituksen vuoksi brittiläisiä kiinnosta.



Synnytyssali Poole'ssa.



Yhteiskuvassa samanaikaisesti Lontoossa EBCOG:n kokoukseen osallistuneet professorit Juha Mäkinen ja Aila Tiitinen sekä erikoistuvat Kristina Veskimäe ja Anna Säisä.

Kristinan kokemuksia Poole'sta

Poole sijaitsee etelärannikolla ja siellä on keskussairaala, joka palvelee 150 000–200 000 asukasta, lapsia syntyy 5000 vuodessa eli kyseessä aika samankokoinen sairaala kuin TAYS. Tosin esimerkiksi IVF-hoitoja ei Poole'ssa tehdä lainkaan.

– Meitä oli yhteensä neljä ”vaihto-erikoistuvaa” Poole'ssa, lisäksi itävaltalainen, slovakialainen ja kreikkalainen, joten brittiläisen erikoistumissysteemin lisäksi tutustuin myös muiden eurooppalaisten maiden erikoistuvien elämään. Majoituin Poole'n gyn/obs yksikön ylilääkärin kotiin, vastaanotto oli lämmin ja todel-

la ystävällinen. Joka ilta meitä vietiin tutustumaan paikallisiin erikoisuuksiin ja maisemiin.

Sairaalassa työskentelee noin 15 erikoislääkärinä täyspäiväisesti ja 6–7 erikoistuvaa. Myös yleislääketieteen erikoistuvat päivystävät synnytyssalia. Päivystämässä on yleensä nuorempi erikoistuva, vanhempi erikoistuva ja puhelimen päässä myös erikoislääkäri eli takapäivystäjä.

Jokaiselle erikoistuvalla on nimetty oma ohjaaja ja erikoistuva pitää ohjaajan nimissä poliklinikkaa tai tekee leikkauksia. Kaikki potilaat on siis jaettu lääkäreiden kesken ja jokaisella potilaalla on oma hoitava erikoislääkäri. Potilas voi kuitenkin joutua erikoistuvan vastaanotolle, mutta silloinkin se on juuri sen erikoislääkärin ohjauksessa oleva erikoistuva. Lääkärit käyttävät työssä omia vaatteita, lääkärintakia ei tunneta. Mikä tahansa vaate ei käy, esimerkiksi farkkuja ei saa töissä pitää. Miehet ovat yleensä puukeutuneet pukuun. Hoitajat sen sijaan käyttävät ihania sinisiä mekkoja, jotka ▶

saattavat olla tutunnäköisiä brittiläisiä saippuasarjoja seuraaville. Erikoistuva puhuttelee senioria nimikkeellä Mr. tai Mrs. – etunimelle ei klinikantyyssä ole paljon käyttöä. Erikoistuva voi konsultoida myös toista erikoistuvaa, joten nuorempi erikoistuva konsultoi-kin ensisijaisesti vanhempaa erikoistuvaa ja vain tarvittaessa käännytään erikoislääkärin puoleen. Meininki ei siis todellakaan ole niin rento kun mi- hin olemme tottuneet täällä Suomessa.

Potilaiden tutkiminen poikkeaa meillä totutusta

– Sairaalassa seurasin sikiöntutkimus- toimintaa, äitiyspoliklinikkaa, meno- paussiklinikan toimintaa sekä synny- tys- ja leikkaussalin tapahtumia. Si- kiöntutkimusyksikössä oli yhtenä päi- vänä obstetrikko, joka teki ultraääniä ja sikiödiagnostiikkaa. Kaikki muut ult- raäänit tehtiin erityiskoulutuksen saa- neen radiologihoitajan toimesta. Iso- Britanniassa on äitiysneuvolasysteemi ja vain erityishuomiota tarvitsevat äi- dit lähetetään erikoissairaalaan. Melkoinen yllätys oli se, ettei naisten- tautilääkäri tee ultraäänitutkimuksia ollenkaan, ja näin ollen äitiyspolikli- nikalta puuttui ultraäänikone. Käytös- sä oleva Doppler-laite vaikutti myös alkeelliselta ja sikiön syketaso määri- tettiin rannekellon avulla. Kohdunsuu- tutkittiin vain äärimmäistapauksessa.

Raskaudenaikaisen ultraäänitutki- muksen tasovaatimus on alkuraskau- den viabiliteetin määrittäminen ja myöhem- min tarjonta ja ehkä painoarvio. Perä- tiloja ei alakautta synnytetä ja sektio- prosentti Poole'ssa oli 22, perinataa- likuolleisuus 3,7/1000. Imukupin si- jaan brittiläinen lääkäri tarttuu pih- teihin ja täytyy sanoa, että näkemäni pihtisynnytys oli yllättävän eleganti. Kolmannen ja neljännen asteen re- peämiä Poole'ssa tulee 4 %:lle alateit- se synnyttäneistä. KTG-seurantaa ei suinkaan ole kaikissa synnytyksissä ja ktg-keskusvalvonta ei ollut käytös- sä. Kotona synnyttää noin 5–6 % kai- kista synnyttäjistä. Myös synnytyssalis- sa vältetään kohdunsuun tutkimista ja käytössä ovat erikseen siihen tarkoi- tukseen olevat rätit peittämään naisen intiimejä paikkoja.

– Myöskään poliklinikkavastaa- notolla ei paljon gynekologisia tutki- muksia tehdä, näkemistäni noin 20 vastaanottopotilaasta yksi tutkittiin. Ultraäänitutkimuksen lääkäri tilaa ra- diologihoitajalta ja vain kertoo tulok-



Äitiyspoliklinikka: missä ultraääni?

set potilaalle. Käytännössä vastaan- otolla vain jutellaan. Aikaa potilasta kohti on varattu noin 15 minuuttia ja työpäivän aikana on tavallista katsoa 20 potilasta. Lääkemääräykset saattaa usein toteuttaa yleislääkäri, joka saa erikoislääkäriltä kirjeen ohjeistuksen kera, mitä reseptille pitäisi laittaa.

– Hoitoperiaatteet ovat Britanniassa kuitenkin aika samanlaiset Suomeen verrattuna, mutta tapa tutkia ja antaa hoitoa poikkeaa Suomen käytännöis- tä. Ehkä erona voi pitää myös sitä, et-

tä potilaat kuuntelevat lääkäriä ja tot- televat kyselemättä.

Anna Manchesterissä

Manchester on Luoteis-Englannissa sijaitseva 458 000 asukkaan kaupun- ki. Kaupungissa on useita sairaaloita.

– Meitä oli alueen eri sairaaloissa lisäksi yhteensä yhdeksästä eri Eu- roopan maasta (Malta, Venäjä, Bulga- ria, Tsekki, Hollanti, Espanja, Puola, Tanska, Ruotsi). Illallisilla oli hyvin an- toisaa vaihtaa kokemuksia eri maiden

erikoistumisesta ja hoitokäytännöistä.

– Pääsin tutustumaan brittiläiseen naistentautien ja synnytyspotilaiden hoitoon St Mary's sairaalassa. Sairaala on aivan uusi, vain kaksi vuotta sitten valmistunut naisten sairaala, jonka naapurissa oli lastensairaala. Synnytyksiä sairaalassa on vuosittain 6500. Uudessa sairaalassa eri toiminnot olivat sijoittuneet loogisesti ja isossa sisääntuloaulassa oli heti sisääntulon molemmin puolin gynekologian päivystyspoliklinikka ja äitiyspoliklinikka.

Synnytyssalit tässä sairaalassa on jaettu kahteen osastoon. Toisessa matalan riskin synnyttäjät synnyttävät kättilöiden kanssa, lääkäreitä tarvitaan harvoin ja toisella osastolla synnyttävät riskisynnyttäjät, siellä lääkärit ovat saatavilla koko ajan. KTG-keskusvalvonta on kuulemma tulossa. Koska sairaala on uusi, kaikkialla tuntui, että työskentelytilat olivat aivan valtavat. Elekttiivisten sektioiden salikin oli kuin halli, ja vieressä oli iso huone virvoittelupöytineen, jonne kättilö lähti vauvan kanssa.

– Jos synnytys muuttui riskisynnytykseksi esimerkiksi vihreän lapsiveden tai etenemättömyyden vuoksi tai jos äiti halusi epiduraalipuudutuksen, synnyttäjä siirrettiin toiselle osastolle kesken synnytyksen. Sairaalassa puolet kaikista synnyttäjistä sai epiduraalin ja sitä varten synnytyssalissa oli päivällä oma anestesia lääkäri, joka osallistui obstetrikkojen kanssa myös aamukierrolle. Spinaali- tai parakervikaalipuudutuksia ei käytetty lainkaan, pudenmaalipuudutusta jonkin verran. Pihti- ja imukuppisynnytyksiä oli yhtä paljon.

Leikkaussalissa kuin Suomessa – vai onko sittenkään?

– Leikkaussalissa toiminta muistutti eniten suomalaista, sillä muualla ero kliinisessä tutkimisessa oli niin valtava. Huomiota kiinnitti se, ettei kukaan käyttänyt maskeja edes laparotomioissa ja muutenkin leikkausalueen steriilinä pitämisessä oltiin aika huolettomia. Hoitajia leikkaussalissa oli melkein kaksinkertainen määrä meikäläiseen verrattuna, mutta siitä huolimatta leikkaava lääkäri joutui tekemään lähes kaiken pesusta ja peittelystä lähtien. Lisäksi instrumenttihoitaja ei oma-aloitteisesti tarjonnut kirurgille instrumentteja vaan kirurgi pyysi brittiläiseen tapaan, että "voisitko ystävällisesti antaa minulle veitsen". Anestesia lääkäri istui koko leikkauksen ajan

salissa ja veti itse lääkkeet ruiskuihin ja teki kaiken työn. Anestesiahoitajaa tarvittiin vain nukutuksen ja herätyksen aikana avustamaan, muun ajan hän istui toimeettomana salissa.

– Leikkaustoiminta oli keskitetty pienemmälle joukolle erikoislääkäreitä ja minulla oli tilaisuus nähdä vaativaa laparoskopiaa, muun muassa laparoskopinen myomektomia. Erikoistuvat pääsevät leikkaamaan vasta loppuvaiheessa jos ovat onnekkaita ja sektioitakin tekemään vasta kolmannen tai neljännen erikoistumisvuoden aikana. Pääsin seuraamaan loppuvaiheen erikoistuvan tekemänä kolpopleksis-leikkausta, jossa iäkkään potilaan totaali vaginaprolapsi korjattiin leikkaamalla palat limakalvoa pois, sulkemalla vagina ja ompelemalla vagina kiinni. Kuulemma leikkausta käytetään runsaasti monisairaiden totaali prolapsien hoidossa hyvällä menestyksellä. Laparoskopian tai sakrospinosusfiksaation riskejä ei haluta iäkkäällä ottaa ja residiivejä ei käytännössä tule. Teknisesti leikkaus vaikutti yksinkertaiselta ja voisi joskus olla hyvä vaihtoehto kotimaassakin hyvin monisairaalla. TVT-leikkaus tehtiin yleisanestesiassa.

Gynekologiseen tutkimukseen liittyy häveliäisyyttä

– Kokemuksemme poliklinikalta ja äitiyspoliklinikalta olivat samanlaisia eli gynekologisia tutkimuksia ja ultraääniä ei tehty. Gynekologian päivystyksessä pääsin näkemään kliinisen tutkimuksen ja silloin naista pyydettiin menemään verhon taakse, riisuutumaan ja asettumaan tavalliselle tutkimuspöydälle lakana alavartalon peittona. Sen jälkeen lääkäri meni potilaan vierelle ja pyysi naista hieman raottamaan jalkojaan kun hän ankannokkaspekulalla erittäin epämiellyttävän näköisesti ja epäergonomisesti yritti nähdä kohdunsuulle. Kaiken kaikkiaan gynekologiseen tutkimukseen tuntui liittyvän uskomaton häpeä, joka ei aina ollut potilaista lähtöisin. Tavalliset gynekologiset tutkimuspöydät näin vain urogynekologian poliklinikalla ja kolposkopiahuoneissa.

– Äitiyspoliklinikalla seurasin kokeneen lääkärin työtä. Suurin osa potilaista oli samanlaisia äitiyspoliklinikan potilaita, joita itse olen Suomessa tottunut hoitamaan jo erikoistuvana melko itsenäisesti. Poliklinikalla työskenteli lisäksi yksi erikoistuva ja yksi yleislääketieteen rotaatiopalveluja

tekevä ja he kysyivät ja varmistelivat hyvin yksinkertaisetkin asiat erikoislääkäriltä. Ultraäänikonetta ei poliklinikalta löytynyt, vaan harkinnan mukaan potilas lähetettiin muualle ultraan. Kaikilta potilailta erikoislääkäri mittasi sf-mitan ja kuunteli sydänäänet dopplerilla.

Lääkäri käytti huomattavan osan ajastaan erilasten lomakkeiden täyttöön ja allekirjoitusten pyytämiseen potilailta sekä kopioiden ottamiseen lomakkeista. Muistiinpanot kansioihin tehtiin käsin. Lisäksi lääkäri itse kirjautui joka kerta johonkin koneelle antaakseen potilaalle seuraavan ajan. Kohdunsuun tutkiminen ei kuulunut perustutkimuksiin. Kerran kävelimme toisen kerroksen uä-huoneeseen mittaamaan eräältä aiemmin ennenaikaisen lapsen synnyttäneeltä äidiltä ultraäänellä kohdunkaulan pituuden. Silloinkaan kohdunsuuta ei tutkittu kliinisesti.

Vaikka potilaan tutkiminen poikkesikin meidän käytännöstä, hoitolinjat olivat varsin yhtenevät. Kynnys diagnostiseen laparoskopiaan alavatsakipujen vuoksi oli hyvin matala ja uskonkin, että jos lääkärit tutkisivat potilaat kliinisesti perusteellisemmin, monelta laparoskopialta välttyttäisiin.

Jokaiselta sairaalaan tulevalta potilaalta lääkäri pyytää allekirjoituksen "informed consent"-lomakkeeseen ja ennen sitä käyttää paljon aikaa riskien ja muiden asioiden selittämiseen potilaalle. Tämä on asia, joka tulisi omassakin työssä muistaa paremmin kiireen keskellä, ja oli hienoa nähdä, että brittiläisen koulutuksen saaneille tämä oli varsin strukturoitu tapa. Käsin tehtävät muistiinpanot ja monenlaiset lomakkeet olivat myös iso osa lääkärin työtä. Hoitajat eivät auttaneet missään käytännön asioissa, ei esimerkiksi kopioiden ottamisessa lomakkeista tai siivoamisessa. Tähän kun lisäksi osittain käyttöön otetut meidän kotoisia tietojärjestelmiäkin surkeammat sähköiset järjestelmät, niin kyllä sai lääkäri painaa niska limassa töitä, vaikka käytännössä tutkittujen potilaiden määrä ei ollut sen kummempi.

Raha puhuu myös Britanniassa

Englannissa on National Health System (NHS) eli terveydenhuolto on veroroin rahoitettua. Budjettikuri on tiukka ja monia diagnostiikkaa ja hoitoihin liittyviä kuluja pitää pystyä perus-



RCOG

telemaan tieteellisen näytön pohjalta.

– Väillä kuuli rahapulalla perusteltavan erikoisiakin asioita, esimerkiksi sitä, miksi gynekologisten potilaiden tutkimista varten ei ole hankittu jalkatelineitä tutkimuspöytiin. Jotkut olivat myös sitä mieltä, että hoitajan tekemä ultraääni tulee halvemmaksi, mutta toisaalta potilaat kävivät poliklinikalla useita kertoja vaivan takia, joka Suomessa hoituu yleensä yhdellä käynnillä ja tarvittaessa kirjeellä. Toisaalta taas leikkaussalista löytyi kaikki nykyaikaiseen moderniin laparoskopiaan liittyvät välineet ultraäänineitsineen ja morsellaattoreineen.

ENTOG -kokous pui koulutuskysymyksiä

Perjantaina 6.5. kokoonnuttiin Royal College of Gyneacology and Obstetrics -rakennukseen Sussex Placella



Simulaattoritreenaus meneillään.

Regents Parkin lähellä. Maisemat olivat erittäin upeat ja kuulostaa uskottavammalta, että RCOG on rakennettu lahjoitusrahoilla.

Alkupuheet pitivät EBCOG presidentti professori Peter Hornness ja RCOG:n presidentti Dr. Anthony Dale

Falconer. Tämän jälkeen eri maista koitoisin olevat erikoistuvat kertoivat kokemuksistaan Iso-Britanniassa ja myös kotimaahan erikoistumisohjelmasta. Vertailussa olivat hollantilainen, venäläinen ja tanskalainen erikoistumisohjelma. Lisäksi USA:n ja Kanadan edustajat kertoivat omista erikoistumisjärjestelmistään. Tämä oli todella avartavaa. Sitten pidettiin perinteinen brittiläinen debatti erikoistumisohjelmaan sisältyvien valinnaisten opintojen ("reunat") puolesta ja vastaan. Vaikka ääniä ei lopulta laskettukaan, vaikutelmaksi jäi, että useampi kuitenkin puoltasi niiden sisällyttämistä erikoistumiseen.

Iltapäivällä puhutti simulaation asema erikoistuvien taitojen treenaamisessa ja vallitseva ajatus oli, että tämä on tulevaisuutta ja tulee sisältymään erikoistuvan arkipäivään lisääntyvässä määrin. Toisaalta kysyntää simulaatiolle on Britanniassa meikäläistekin enemmän, sillä erikoistuvat eivät pääse tekemään niin paljon toimenpiteitä erikoistuessaan ja ultraäänien käyttömahdollisuus on erikoislääkäreilläkin harvinaista. Session jälkeen oli mahdollisuus treenata laparoskopia- ja ultraäänisimulaattoreilla.

Illalla kokoonnuimme juhlaillalliselle Ambassdor -hotellin ravintolaan. Illalliselle osallistui myös osa EBCOG-meetingin senioreista ja meillä oli kunia istua samassa pöydässä RCOG:n presidentin Dr. Falconerin kanssa.

Luantaina 7.5. pidettiin ENTOG:n yleiskokous. Seuraava ENTOG-meeting pidetään Tallinnassa ja Dr. Liina Rajasalu esitteli, mitä on odotettavissa. Luvassa on vaihtopaikkoja 29 eli jokaisesta jäsenmaasta pääsee vain yksi erikoistuva. Samanaikaisesti pidetään Tallinnassa myös EBCOG-meeting. Seuraavaksi, vuoden 2014 ENTOG-meetingpaikaksi, äänestettiin Slovakian Bratislava.

Kokouksessa ENTOG:n uudeksi presidentiksi valittiin Karen Rose (UK), sihteeriksi Anna Aabakke (Tanska), varainhoitajana jatkaa Dr. Mikulas Redecha (Slovakia), jäseniksi tulivat Maud van de Venne (UK) ja Katarzyna Romanek (Puola).

Saimme matkalla paljon tietoa eurooppalaisesta ja myös USA:n ja Kanadan erikoistumisohjelmasta ja paljon uusia kavereita. Oli jopa yllättävää, miten ammatillisesti hyödyllistä oli käydä katsomassa, miten asioita tehdään muualla. Vaihtoon hakeutuminen kannattaa! ■

EUROGIN 2011

Papillomaviruksesta monelta kantilta

EUROGIN 2011: HPV Associated Diseases and Cancer From Reality Now to the Future pidettiin 8.–11.5.2011 Lissabonissa, missä inspiroivan kongressin lisäksi pääsi nauttimaan aurin-gosta sekä välittömästä ja ystävällisestä tunnelmasta.

Luentoja kongressissa riitti HPV:n kaikilta osa-alueilta viruksen biologisesta kuluista kliinisiin tutkimuksiin, seulontaan, hoitoon ja rokotuksiin. Yksi korostuva viesti useissa sessioissa oli tutkimusten ja hoidon räätälöinti yksilöllisesti. Nämä ajatukset nousivat esiin uusissa tutkimustuloksissa, joista etenkin ATHENA -tutkimus sai paljon huomiota. Tämä laaja USA:ssa tehty kaksoissokkoutettu randomisoitu seurantatutkimus osoitti HPV 16- ja/tai HPV 18 -infektoituneiden naisten olevan erityisessä riskissä saada CIN2 tai vahvempi kohdunkaulan solumuutos. Tutkimus osoitti, että vaikka sytologia olisi normaali HPV 16- ja/tai HPV 18 -infektion aikana, riski saada CIN2 tai vahvempi muutos on 10 % luokkaa. Riski nousee yli 20 %:iin ASCUS -löydöksen suhteen. Muiden korkean riskin HPV-infektioiden osalta todennäköisyys tämän tason muutokselle on huomattavasti pienempi, ASCUS-löydöksen yhteydessä noin 8 %.

Uusia diagnostiikan välineitä tutkitaan

Useissa luennoissa korostui myös viesti perinteisten CIN-luokitusten heterogeenisyydestä ja se, miten herkkiä histologiset löydökset ovat tulkintavir-



Päivi Rahkola ja Annu Heinonen kongressissa.

heille. Siksi on tutkittu laajasti erilaisia markkereita, jotka tunnistaisivat etenkin CIN2+ -löydöksiä omaavista ne naiset, jotka ovat todellisessa syöpäriskissä. Hyviä kliinisiä tuloksia esitettiin muun muassa p16 ja Ki-67 proliferaatiomarkkereiden osalta. Näiden ja esimerkiksi HPV:n onkoproteiinien E6 ja E7 mRNA:n tunnistamiseksi on saatavilla kaupallisia valmisteita, ja luonnollisesti näiden hyötyjä korostettiin. Huolimatta näistä lukuisista nykyisin tiedossa olevista edistysaskeleista in-

toa himmensi tutkimustieto, jonka mukaan näillä uusilla keinoilla ei välttämättä kuitenkaan saavuteta pienentyntä seurannan tarvetta. Harvassa tutkimuksessa dataa varsinaisesta päätetapahtumasta, kohdunkaulansyövästä, vielä esitettiin, joten käytännön tasolla lisätietoa kaivataan ennen kuin todelliseen yksilöityyn seurantaan ja hoitoon päästään. Tämän toteutumista rajoittavat myös resurssit, joita ei nykyisellään edes Euroopassa löydy perinteisenkään seulonnan toteuttamiseksi.



Lissabonilaisia näkymiä.



Papillomavirusrokotteesta saataisiin suurin hyöty köyhissä maissa

Joukkoseulonnessa ja myös kohdunkaulansyövän insidensissä ja prevalenssissa on valtava ero Euroopan

heikoimman maan Romanian ja Suomen välillä. Maamme joukkoseulonasta sai taas kerran olla todella ylpeä verrattaessa tuloksia eri maiden välillä. Globaalisti tilanne kehityksessä on vielä monin verroin huonompi, ja näistä ongelmista oli myös useita luentoja. Papillomavirusrokotteilla näissä maissa voitaisiin todella saada maailmanlaajuistakin kohdunkaulan syöpätaakkaa pienemmäksi. Kohdunkaulansyöpä on edelleenkin toiseksi yleisin naisten syöpä maailmassa tap- paen etenkin nuoria perheenäitejä. Paljon on siis vielä tutkittavaa ja resurssikysymyksiä ratkottavana, puhumattakaan poliittisista päätöksistä ennen kuin HPV:n tautitaakka oikeasti saadaan kuriin.

Kongressissa antavana ja saavana osapuolena

Annu osallistui ensimmäistä kertaa omalla esityksellä kansainväliseen konferenssiin, joten jännitystä oli ilmassa. Esitys oli "Diagnosis and Management" -sessiossa ja käsitteli Loop-hoitoa ja ennenaikaisen synnytyksen riskiä. Positiivinen palaute ja keskustelu esityksen jälkeen antaa uutta in-

toa ja uusia ajatuksia tutkimuksen tekemiseen.

Päiville oma esitys kansainvälisellä foorumilla oli kolmas kerta, mikä ei toki riittänyt hävittämään perhosia vatsanpohjasta, vaikka nyt esittäminen tuntui jo aiempia kertoja helpommalta. Päivin esitys koski korkean riskin HPV:n aiheuttamaa endoteelisen ja indusoituvan typpioksidisyntaasin ekspressoitumista. Esitys oli "Molecular biology and detection" -sessiossa, jossa oli monia mielenkiintoisia esityksiä, joita kuunnellessa tuli mieleen, miten valtavasti tässä viruksessa riittääkään tutkittavaa.

Kaiken kaikkiaan kongressi inspiroi omaa tutkimusta valtavasti ja päivitti tietoja, missä maailmalla mennään HPV-tutkimuksessa ja käytännöissä. Osallistuminen kansainvälisiin kongresseihin etenkin väitöskirjatyön aikana on tärkeää arkisen puurtamisen keskellä. Suuret kiitokset SGY:lle apurahasta, tämä on loistava kannustin päästä käymään maailmalla kuuntelemassa ihmisiä, joiden artikkeleita yrittää ymmärtää välillä raskaaltakin tuntuvaan tutkimustyön parissa.

Aurinkoista kesää kaikille! ■



Ollako vapaana vai vapaaehtoisena?

Kun kysytään, mikä on tärkeintä Suomen itsenäisyydessä, on vastaus lähes aina vapaus. Ihminen haluaa elää mahdollisimman vapaana. Itsenäisyyden tuoma vapaus ei tarkoita kuitenkaan kansalaisten itsekästä vapautta. Vapauteen kuuluu innostus tehdä työtä oman maan hyväksi. Työn palkkana ei tarvitse aina olla vain oman toimeentulon ja aseman turvaaminen, vaan välillä riittää pelkkä iloa antava kokemus yhdessä sovittuihin tavoitteisiin päämisestä.

Hetkinen! Onko edellä oleva kappale vain liturgiaa, jollaista olemme tottuneet sujuvasti kuulemaan, siitä yhtään välittämättä? Meitä houkutellaan luopumaan osasta vapauttamme tehdäksemme vapaaehtoisesti työtä yhteisön hyväksi. Maailmassa on paljon kaunopuhetta, jolla houkutellaan uhrauksiin jalojen tavoitteiden saavuttamiseksi. Kuka oikeasti välittää tehdä työtä, josta itselle tuleva hyöty on oman mielikuvituksen varassa? Kuka uskoo kaunopuhujien vilpittömyyteen? Vähäinen ei ole se koti-iltojen määrä, jolloin allekirjoittaneelle SGY:n talouden-

hoitajan tehtäviä hoitaessa on hiipinyt mieleen epäily vapaaehtoistyön mielekkyydestä.

Mutta tässä sitä vaan mennään ja käytetään nyt sunnuntai-iltapäivän omaa vapaata aikaa hallituskolumnin kirjoittamiseen, Syklin päätoimittajan ehdottamasta aiheesta vapaaehtoistyö. En koe olevani vähäisessäkään määrin narsistinen luonne, joka kaipaisi huomiota itselleen. Eikä minulla ole motiivina mitään omaa

etua, ei yhtään sen enempää kuin kellä tahansa muulla SGY:n jäsenellä. Jotain kuitenkin on – on intoa aatteisiin, melkein kuin kollega Che Guevaralla aikoinaan, tosin kovasti erilaisiin aatteisiin.

Aate ei nouse yksilön oman edun tavoittelusta, voipa se olla omalle edulle jopa haitallinen. Aate syntyy siitä laajemmasta kuvasta, joka ympäröivästä maailmasta ja elämästä on muodostunut. Kuva yhteisöllisyydestä yhtenä elämän totuutena antaa perusteen toimia yhteisön hyväksi. Pyyteetön yhteisön hyväksi toimiminen on varmasti lähtökohtaisesti ihmiselle luontaista. Sen ilmenemistä kuitenkin tukahduttaa jokapäiväisestä elämästä selviämiseksi vaadittava ponnistelu ja lyhyen tähtäimen mukavuuden halu. Aatteille eläminen on kuitenkin elämän suola, niille kannattaa omilla valinnoilla raivata tilaa. Aatteiden synnyttämän innostuksen siivittämänä jaksaa nousta arkisen perusaherruksen yläpuolelle. Ylempää näkee kauemmaksi ja enemmän. Silloin on mahdollista ennakoida tulevaa ja tehdä valintoja, joiden avulla voi pyrkiä ohjaamaan kehitystä toivottuun suuntaan.

Työn tekeminen on oleellinen osa ihmisen elämää – varsinkin meidän ammatissamme, jossa työ ei rajoitu vain työpaikalla käyntiin. Työ, jolla on niin suuri merkitys omassa elä-

mässä, herättää kiinnostuksen nähdä, mihin suu- rempaan kokonaisuuteen oma erikoislääkärin työpanos liittyy. Silloin myös oman erikoisalan kokonaisuudesta huolehtiminen alkaa tuntua tärkeältä ja vaivan arvoiselta. Ei ole yhdentekevää, miten me gynekologit joukkona toimimme valtakunnallisesti ja kansainvälisesti. Asian tärkeänä näkeminen synnyttää aatteen, joka tähtää oman erikoisalan kokonaisuuden ja sen tulevaisuuden hyväksi toimimiseen. Työskentely vapaaehtoisena SGY:n hallituksessa antaa mahdollisuuden olla mukana jalostamassa sitä suurta kokonaisuutta, joka oman työn takia on itselle aatteellisestikin merkityksellinen. Hallitustyöskentelyssä pääsee nousemaan oman työkentän yläpuolelle ja saa laajan kuvan oman erikois-

alan koko toimintakentästä. Se antaa hallitukselle mahdollisuuden ohjata erikoisalamme kehitystä oikeaan suuntaan niin, että siitä hyötyy sekä yhteiskunta että me erikoislääkärit. On tunteen tasolla palkitsevaa olla mukana hallituksessa joka ”tekee tulevaisuutta”.

Aatteen voimalla voi saada paljon hyviä asioita aikaan yhteiseksi hyväksi. Joskus elämässä kannattaa uhrata osa omasta vapaudesta vapaaehtoistyöhön. Kuitenkin, jos saa valita, valitsen, toisin kuin Che Guevara, mieluummin rauhallisen vanhuuden kuin legendaarisen maineen. Mutta vanhana on mukava itse muistaa, että olinhan siellä mukana minäkin, vaikka kukaan muu ei muistaisikaan. ■

**Uusi
Edullinen**

YLIAKTIIVISEN RAKON HOITOON Trospium Verman 20 mg

- On hinnaltaan edullinen. 60 tabletin pakkaus maksaa potilaalle SV-korvattuna 14,75 €, eli 0,25 €/tabletti (VMH calv 25,43 € 1.5.2011). Suositeltu annos on kaksi tablettia vuorokaudessa.
- Sopii hyvin myös monisairaille potilaille, koska interaktioita muiden lääkeaineiden kanssa ei ole.
- Keskushermostoperäisiä haittavaikutuksia ei ole, koska ei läpäise veri-aivoestettä vesiliukoisien molekyyliarakenteensa ansiosta.
- Tehoa nopeasti. Trospiumkloridin huippupitoisuudet plasmassa saavutetaan 4-6 tunnissa. 95% potilaista sai avun ensimmäisen hoitoviikon aikana¹⁾.

Lisätiedot: Pharmaca Fennica 2011

1) Madersbacher & Rettig, Z.Allgemeinmedizin 73, 378-383, 1997.

2) Inside Health, Galaxy, Germany 2010.

**Trospium on Saksassa eniten käytetty spasmolyytti (40% markkinaosuus)²⁾.
Voisiko Trospium olla sitä myös Suomessa?**



Pakkaus ja hinta: 60 tablettia 25,43 € (vmh + alv 1.5.2011).
Valmiste on SV-peruskorvattava.



VALMISTEYHTEENVETOLYHENNELMÄ (lyhennelmä perustuu 15.10.2010 päivättyyn valmisteyhteenvedoon)

Trospium Verman 20 mg kalvopäällysteinen tabletti, trospiumkloridi. **Käyttöaiheet:** Pakkoincontinenssin ja/tai tiheävirtsaisuuden ja virtsaamispakon oireenmukaiseen hoitoon potilailla, joilla on yliaktiivinen virtsarakko. **Annostus ja antotapa:** yksi tabletti kahdesti päivässä kokonaisena veden kera tyhjään vatsaan ennen ateriaa. **Vasta-aiheet:** virtsaumi, vakava gastrointestinaalinen toimintahäiriö (esim. toksinen megakoolon ja vakava haavainen koliitti), myastenia gravis, ahdaskulmaglaukooma ja takykardia. Yliherkkyys vaikuttavalle aineelle tai apuaineelle. **Varoitukset:** Tulee käyttää varoen potilailla, joilla gastrointestinaalikanavan obstruktiivisia häiriöitä (kuten mahalaportin ahtauma), joilla virtsantulo estynyt, autonominen neuropatia, hiatushernia, refluksiesofagiitti, sydämen lyöntitiheys ei saisi lisääntyä (esim. hypertyreoosi, koronaarisuonisairauksia tai kongestiivista sydämen vajaatoimintaa), lievä tai kohtalainen maksan vajaatoiminta, munuaisten vajaatoiminta. **Yhteisvaikutukset:** Farmakodynaamiset ja farmakodynaamiset yhteisvaikutukset: kts. SPC. Metaboliset interaktiot eivät ole todennäköisiä. Metabolisia interaktioita P 450-entsyymeillä ei ole havaittu. **Raskaus ja imetys:** Varovaisuutta on noudatettava määrättäessä valmistetta raskaana oleville tai imettäville. **Vaikutus ajokykyyn:** Akkomodaatiohäiriöt voivat heikentää huomiokykyä liikenteessä ja koneita käytettäessä. **Haittavaikutukset:** Hyvin yleiset: suun kuivuminen. Yleiset: silmien kuivuminen, dyspepsia, ummetus, vatsakipu, vatsan turpoaminen, pahoinvointi, nenän kuivuminen. **Muut haittavaikutukset:** kts. SPC. **Muut tiedot:** Oy Verman Ab. **Hinnat ja korvattavuus:** 60 kalvopäällysteistä tablettia 25,43 € (vmh+alv 1.5.2011). SV-peruskorvattava. **Myyntiluvan haltija ja markkinoija:** Oy Verman Ab, Kerava. www.verman.fi.

Kollegiaalisuudesta

Mikkelin koulutuspäivien aikana mietin, miten tärkeä asema päivillä on koulutuksellisen antinsa lisäksi siinä, että tapaa kollegoita eri puolilta maata ja miten mukavaa on keskustella heidän kanssaan erilaisista ammattiin liittyvistä asioista. Samaan aikaan potilaani mietti elämään ja kuolemaan liittyviä kysymyksiä tahollaan. Tilanne, joka sai myös minut jälleen pohtimaan vakavasti kollegiaalisuutta.

Hänen kohdallaan oli tapahtunut harvinainen hoitoon liittyvä komplikaatio. Tilanteen diagnostisoinnin yhteydessä olimme käyneet pitkän keskustelun vaihtoehtoista tilanteen hoitamiseksi parhaalla mahdollisella tavalla. Lähettäessäni häntä eteenpäin olin tukenut häntä sanomalla, että hän olisi parhaissa mahdollisissa käsissä ja tulisi hyvin hoidetuksi ikävästä, hankalasta tilanteestaan huolimatta. Jatkohoitopaikassa käynnin jälkeen tapasin ahdistuneen ihmisen, jota oli syylistetty tapahtuneesta: ”näinhän siinä käy kun sillä tavalla toimitaan, meillä ei koskaan toimittaisi sillä tavalla” sekä käsketty olla hiljaa, kun hän oli yrittänyt esittää kysymyksiä. Yritin puolustella kollegaa ja huomauttaa, että minäkin menin hiljaiseksi diagnoosia tehdessäni ja yrittäessäni hahmottaa tilannetta.

Nuorena juniorina syöpäosastolla toimiessani sain erinomaista opastusta arvostetulta, nyt jo edesmenneeltä professorilta. Hän painotti meille kaiken paremmin tiedäville junioreille, ettei koskaan, missään tilanteessa, pidä arvostella lähettävää lääkärinä potilaalle. Ennen tai myöhemmin lähettävän lääkärin kritisoinnin herättämä epäluottamus kää-

tyisi meitä vastaan. Niin kävi tässäkin tilanteessa. Potilastani askarrutti vakavasti, osataanko hänen tarvitsemaansa toimenpidettä ylipäättänsä jatko-hoitopaikassa suorittaa, voiko hän luottaa siihen.

Tilanne ei ollut kenellekään tässä vaiheessa mukana olleelle eduksi – kaikkein vähiten potilaalle, jonka käytössä meidän kaikkien parhaan ammattitaidon tulisi olla. Hän päätyi terapeutin juttusille.

Usein päätöksentekoon osallistumattoman on helppo arvostella päätöstä, mutta itse tilanteessa mukana olevalle asiat eivät välttämättä ole mustavalkoisia. Asioita voidaan katsoa kovin eri kannoilta. Toivoisinkin kollegoiden välisen kommunikation toimivan, ettei potilas kärsisi.

Yhtä väärin on nimimerkin taakse kätkeytävän kollegamme puuttumattomuus havaitsemaansa räikeään epäkohtaan (HS 28.04.2011) oman virkansa menettämisen pelossa. Mielipidekirjoituksessaan hän kertoo päivittäin näkevänsä tumpeloiden tunaroivan potilaiden polvia invalideettikuntoon, mutta on kykenemätön oman etunsa nimissä ottamaan ongelmaa työpaikassaan esille.

Mielestäni kollegiaalisuutta on, että selvitämme välillämme olevat selkeät ongelmat. Keskinäinen nokkakopumme tulee pitää välillämme eikä ottaa potilasta sijaiskärsijäksi, olemmehan jo valassa vanoneet toimivamme potilaan parhaaksi.

Lämmintä, rentouttavaa kesää kaikille kollegoille!



"Crosstalk between the sympathetic nervous system, inflammation and coagulation in gestational diabetes; a therapeutic approach in postmenopausal hypertension".

LL Maritta Pöyhönen-Alho,
Helsingin Yliopisto

Raskausdiabetes on varhainen merkki naisen lisääntyneestä tyypin 2 diabeteksen sekä sydän- ja verisuonitautien riskistä. Tähän taudinkehitykseen vaikuttavat nykykäsityksen mukaan insuliiniresistenssi ja lievä kudostulehdus. Viime aikoina on kiinnitetty yhä enemmän huomiota myös häiriöön autonomisen hermoston toiminnassa. Koska raskausdiabetes esiintyy vuosia tai jopa vuosikymmeniä ennen tyypin 2 diabeteksen ja sydän- ja verisuonitautien ilmaantumista, raskausdiabeteksen patofysiologian parempi tunteminen voisi avata uusia mahdollisuuksia näiden sairauksien ehkäisyyn.

Tämän väitöstutkimuksen tarkoituksena oli selvittää sympaattisen hermoston toimintaa raskausdiabeteksesä sekä sen yhteyksiä sokeriaineenvaihduntaan, tulehdukseen ja hyytymisjärjestelmään.

Väitöskirja koostuu kahdesta erillisestä tutkimuslinjasta. Ensimmäisessä tutkimuksessa 41 raskausdiabeetikolle, 22 terveelle raskaana olevalle sekä 14:lle ei-raskaana olevalle naiselle tehtiin yöllinen EKG-nauhoitus sydämen autonomisen säätelyn tutkimista varten (sykevaihteluanalyysi). Lisäksi heiltä määritettiin veren glukoosi- ja insuliinipitoisuus, noradrenaliini ja adrenomedullariini, tietyt tulehdusmerkkiaineet, tietyt hyytymisaktivaation merkkiaineet ja verihiutaleaktivaatio. Toisessa tutkimuksessa 87 vaihdevuosi-ikäistä verenvainetta sairastavaa ylipainoista naista satunnaistettiin saamaan kahdeksan viikon ajan joko keskushermoston kautta sympaattisen hermoston toimintaa hillitsevää verenpainelääkettä moksonidiinia (0,3 mg kahdesti päivässä) tai beetasalpaajaa atenololia (50 mg kerran päivässä + lumepilleri). Tutkimuksen alussa ja lopussa määritettiin tietyt tulehdusmerkkiaineet.

Havaitsimme sympaattisen hermoston aktivoituvan raskauden aikana: noradrenaliinin pitoisuus kasvoi ja sykevaihtelu väheni. Raskausdiabetesryhmän ja normaalin raskau-



Vastaväittäjä professori Peter Damm, väittelijä, ohjaaja Risto Kaaja ja kustos Aila Tiitinen.

den ryhmän välillä ei kuitenkaan ollut eroa. Rytmisen sykevaihtelun sen sijaan todettiin raskausdiabeteksessä vähentyneen verrokkiryhmiin nähden. Insuliini- ja tulehdusmerkkiainepitoisuuksissa ei havaittu eroja raskausdiabetesryhmän ja normaalin raskauden ryhmän välillä, mutta raskausdiabeteksessä todettiin insuliinin, CRP:n ja amyloidin A:n vähentynyt yöllinen vaihtelu. Noradrenaliinin ja tutkittujen muuttujien välillä ei havaittu merkitseviä yhteyksiä.

Lääketutkimuksessamme tuli esiin moksonidiiniryhmässä suotuisa tulehdusprofiiliin muutos verrattuna atenololiryhmään. Moksonidiinia saaneilla naisilla haitallinen TNF- α -pitoisuus pieneni, kun taas atenololiryhmässä pitoisuus kasvoi. Suojaavan adiponektiinin pitoisuus pysyi näillä naisilla ennallaan, mutta atenololiryhmässä tapahtui merkittävä lasku. Väitöstutkimuksen tulokset eivät tukeneet asetettuja hypoteeseja lisääntyneestä sympaattisen hermoston aktivaatiosta raskausdiabeteksessä eivätkä sympaattisen hermoston, inflammaation ja veren hyytymistekijöiden välittömistä yhteyksistä. Vähentynyt syketaajuuden, insuliinin ja tulehdusmerkkiaineiden biologinen vaihtelu raskausdiabeteksessä viittaa autonomisen hermoston ja aineenvaihdunnan säätelyn häiriintymiseen. Nämä havainnot ovat uusia. Taustalla olevien säätelymekanismien tarkempi tunteminen voi tulevaisuudessa tarjota uusia mahdollisuuksia tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyyn. Lisäksi tutkimustulostemme mukaan sympaattinen hermosto voisi olla

tulevaisuudessa yksi hoidon kohteista kamppailtaessa tyypin 2 diabeteksen ja sydän- ja verisuonitautien kaltaisia metabolisia sairauksia vastaan. ■

Kohdun myoomien embolisaatiohoito: Magneettikuvantaminen ja satunnaistettu seurantatutkimus kohdunpoistoon verrattuna

LL, radiologian erikoislääkäri
Anu Ruuskanen,
Itä-Suomen Yliopisto

Kohtuvaltimoiden suonensisäinen embolisaatiohoito tarjoaa turvallisen ja tehokkaan avun kohdun myoomien aiheuttamien runsaiden kuukautisvuotojen ja paineoireiden hoidossa.

Kohdun myoomat ovat hyvänlaatuisia lihaskasvaimia, joita on eri arvioiden mukaan 20–50 prosentilla hedelmällisessä iässä olevista naisista. Ne voivat huonontaa merkittävästi potilaan elämänlaatua aiheuttamalla runsasta, jopa anemisoivaa kuukautisvuotoa sekä kasvaessaan myös kohdun koon kasvua ja paineen tunnetta lantion alueella, tihentynyttä virtsaamis-tarvetta ja alavatsakipuja.

Perinteinen hoitomuoto oireisille myoomille on kirurginen kohdunpoisto, ja myoomat ovatkin suurin yksittäinen kohdunpoistoleikkauksen syy. Kevyempiä hoitoja on tärkeä kehittää kirurgian rinnalle.

Väitöstutkimuksessa selvitettiin uuden toimenpideradiologisen embolisaatiohoidon käyttökelpoisuutta oireisten myoomien hoidossa vertaamal-

la sitä kohdunpoistoleikkaukseen. Tutkimuspotilaat arvottiin embolisaatio- ja kohdunpoistoryhmiin. Tutkimus tehtiin Kuopion yliopistollisen sairaalan kliinisen radiologian osaston ja naistentautien klinikan yhteistyönä.

Embolisaatio helpotti vuoto-oireita merkittävästi 70 prosentilla kahden vuoden seurannassa. Lantion alueen paineoireita embolisaatio vähensi kohdunpoistoa tehokkaammin; oireet vähenivät emboloituista 95 prosentilla ja leikatuista 70 prosentilla. Embolisaatioon ei liittynyt vakavia haittavaiikutuksia, ja potilaat kotiutuivat ja palasivat työelämään nopeammin kuin leikatut.

Maailmalla embolisaatiota on käytetty oireisten myoomien hoitoon vuodesta 1995 alkaen lupaavin tuloksin. Suomessa sen käyttökelpoisuutta ei ole kuitenkaan aikaisemmin selvitetty. KYS aloitti myoomien embolisatiohoidot vuonna 2000. Muualla Suomessa niitä on tehty vain satunnaisesti.



Anu Ruuskanen

Embolisaation tekee toimenpideriadiologi. Röntgenlöpivalaisuohjauksessa viedään katetri nivustaiteesta reisivaltimon kautta kohtuvaltimoon ja ruiskutetaan pieniä partikkeleita, jot-

ka tukkivat myoomien verenkierron. Kohtulihaksen normaali verenkierto ei kärsi toimenpiteestä. Embolisaa-

tion jälkeen myoomat menettävät verenkiertonsa, pienenevät tai häviävät ja kohdun koko pienenee, mikä vähentää oireita.

Hoitoa edeltävällä magneettiku-

vauksella pystyttiin tutkimuksessa

ennustamaan, millaiseen myoomaan

embolisaatio tehoa parhaiten. Tutki-

muksessa löydettiin kuvantamisperitei-

tä, joilla kyettiin etukäteen arvioimaan

myoomien ja kohdun koon pienene-

mistä embolisaation jälkeen.

Kudosten hapenpuutteen havaittiin

aiheuttavan heti embolisaation jälkeen

voimakastakin alavatsakipua, joka on

hoidettavissa kipulääkityksellä ja vai-

menee vuorokauden kuluessa. Kovin

kipu oli kipujanalla 0–10 mitattuna

keskimäärin kahdeksan. Kivusta huol-

imatta tyytyväisyys hoitoon oli korkea

ja 90 prosenttia potilaista olisi valin-

nut embolisaatiohoidon uudelleen. ■

Taitoa

on valita oikeat välineet.



Hitachi, Mindray
ja Voluson,
ultraäänilaitteet



Stan, sikiön
ST-analysointori
sekä KTG-laitteet



Toitu, sikiön
sydäntään-
kuuntelulaite

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

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

Erikoislääkärien lisäkoulutusohjelmat

korvaavat osan
entisistä suppeista erikoisaloista

Nykyiset lisäkoulutusohjelmat vastaavat entisiä suppeiden erikoisalojen koulutusohjelmia, jotka poistuivat erikoistumiskoulutuksen uudistamisen yhteydessä vuonna 1999. Lisäkoulutusohjelmaan voi ilmoittautua erikoislääkäritutkinnon suorittamisen jälkeen ja koulutukseen kuuluu alan käytännön palvelua vähintään 2 vuotta, teorettinen kurssimuotoinen koulutus ja kuulustelu.

Lisäkoulutus voidaan suorittaa toimialan kannalta tarkoituksenmukaisessa virassa, esimerkiksi sairaalalääkärin tai erikoislääkärin virassa tai viransijaisena.

Lisäkoulutus ei ole tutkinto eikä siihen johtavaa palvelua varten saada erityisvaltionosuutta (EVO). Lisäkoulutusohjelman suorittajia ei kirjata yliopiston opiskelijarekisteriin eikä opiskelija näin ollen saa esimerkiksi yliopiston sähköpostitunnuksia. Tiedekuntaneuvosto hyväksyy valtakunnallisesti yhteneväisen koulutusohjelman sisällön vastuuhenkilön esityksestä. Lisäkoulutuksen koulutusohjelmille tiedekunta nimeää vastuuhenkilön, joka vastaa koulutuksen sisällöstä ja seurannasta. Lisäkoulutuksen hallinnosta vastaa erikoisala.

Kunkin yliopiston vastuuhenkilö huolehtii, että

1. koulutuksessa oleva rekisteröityy lisäkoulutusohjelmaan.
2. käytännön koulutus on riittävän kattava ja että teoreettinen kurssimuotoinen koulutus on mahdollista saada.
3. koulutettava tuntee tenttivaatimukset, tietää miten tenttiin ilmoittaudutaan sekä milloin ja missä tenttitilaisuudet ovat.

Valtakunnalliset koordinaattorit ovat olleet 2011 lopussa päättävän viisivuotiskauden:

Lisääntymislääketiede:

Professori Aila Tiitinen

Perinatologia:

Professori Seppo Heinonen

Gynekologinen onkologia:

Dosentti Ulla Puistola

Urogynekologia:

Professori Carl Gustaf Nilsson

Lisäkoulutusohjelmaan liittyy kuulustelu

Kuulustelun voi suorittaa viimeisen koulutusvuoden aikana. Kuulustelijana toimii alan vastuuhenkilö tai tiedekunnan nimeämä kuulustelija. Mikäli lisäkoulutusohjelma on useammassa kuin yhdessä tiedekunnassa, vastuuhenkilöiden tulee sopia kuulusteluvaatimusten valtakunnallisesta yhteneväisyydestä. Tiedekunnat eivät vastaa kuulustelusta aiheutuvista kustannuksista.

Lisäkoulutuksesta saa todistuksen

Lääketieteellinen tiedekunta myöntää todistuksen, josta ilmenevät valtakunnallisesti hyväksytyt lisäkoulutusohjelman vaatimukset ja toteutuminen. Todistuksen saamista varten lisäkoulutuksen suorittajan tulee koulutuksen alussa ilmoittautua koulutukseen ja täyttää aikanaan todistushakemuslomake. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira) rekisteröi vain erikoislääkärin tutkinnon perusteella erikoislääkärin oikeudet. Se ei rekisteröi muita yliopiston myöntämiä todistuksia.

Lääkäriliitolla erityispätevyysjärjestelmä

Lisäkoulutusohjelmien lisäksi Lääkäriliitossa on erityispätevyysjärjestelmä, josta löytyy lisätietoja liiton sivuilta. Tämä järjestelmä perustettiin vuonna 1993. Järjestelmän tarkoituksena on tukea jäsenistön täydennyskoulutusta ja ammatillista kehittymistä. Erityispätevyyden kohteena voi muodostaa jokin eri erikoisalojen yhteinen alue, joka edellyttää erityisosaamista perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa tai yksityissektorilla. Erityispätevyysjärjestelmän valvonta ja koordinointi ovat Lääkäriliiton vastuulla. ■

Hallituksen pöydältä

■ Poiminut AILA TIITINEN

- Hallitus kokoontui Mikkelin kevätkokouksen yhteydessä.
- Yhdistyksen talous on vakaa. Edessä on tilitoimiston vaihto, koska pitkään asioitamme hoitanut tilitoimiston vetäjä jää eläkkeelle. Taloudenhoitaja on valmistellut uuden tilitoimiston palkkaamiseksi tehdyn tarjouspyynnön. Tarkoitus on, että sama tilitoimisto hoitaa sekä SGY:n että Säätiön raha-asia; sopimukset ovat erilliset. Kustannukset tulevan olemaan aikaisempaa korkeammat, joten tarjouksia toivotaan useammalta toimistolta.
- Koulutusohjelmien valmistelu on edelleen hallituksen tärkeimpiä tehtäviä. Nyt viimeisteltiin kevään 2012 Helsingin ohjelma, se on tässä Syklissä nähtävänä. Syksyn 2012 kokous on Oulussa, sen valmistelu käynnistyi.
- Vuoden 2012 Lääkäripäivien ohjelmaehdotuksemme hyväksyttiin sellaisenaan: ”Lapsettomuus – mitä perusterveydenhuollossa tulisi osata” sekä yhdessä Perinatologisen seuran kanssa valmisteltu kurssi ”Äitiysneuvolasymposium

– yhteistyö erikoissairaanhoidon kanssa”.

- Hallituksen kokouksen loppuosa käytettiin kansainvälisen toiminnan puitteissa. Puheenjohtaja raportoi NFOG:n hallituksen kokouksesta, joka oli huhtikuun alussa Tukholmassa. Seuraava NFOG kongressi on Bergenissä kesäkuussa 2012, järjestelyt ovat hyvässä vaiheessa. NFOG:n tieteellisessä komiteassa edustajamme jatkaa Oskari Heikinheimo. NFOG järjestää jo perinteisen erikoislääkäreille suunnatun kurssin Kööpenhaminassa. Tästä toiminnasta vastaavan työryhmän (Education Committee) jäsen on ollut Kaarin Mäkilallio-Anttila. Hänen nyt luopuessa tehtävästään valittiin uudeksi edustajaksi Tomi Mikkola.
- Kokouksen lopuksi piti FIGO:n Executive Boardin jäsen Seija Grénman FIGO:n toiminnasta hyvän esityksen. Tulevissa Sykleissä kerrotaan tarkemmin NFOG:n, EBCOG:n, IFFS:n ja FIGO:n toiminnasta ja SGY:n osuudesta niissä. ■

Apurahat

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

Apurahan suuruus: korkeintaan 1500 €. Myönnetään 3kpl/vuosi.

Apurahan haku: jatkuvasti haettavana, jaetaan yhdistyksen kevät- tai syyskoulutuspäivien yhteydessä, hakemus toimitetaan yhdistyksen sihteerille.

Apurahan myöntämisen edellytykset: voidaan hakea vain tulevaisuudessa tapahtuvaan lyhytkestoiseen klinikkavierailuun.

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

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

Apurahahakemuksen liitteet:

– Hakijan lyhyt Curriculum

Vitae

- Suunnitelma apurahan käytöstä
- Klinikavierailun/ koulutuksen tarkoitus, ajankohta ja paikka sekä vastuuhenkilö

Velvoitteet:

- Apurahan saaja on velvollinen raporttoimaan SGY:n hallitukselle vierailun toteutumisesta
- Apuraha maksetaan tositteita vastaan.

Erikoistuvien lääkäreiden matka-apurahat

Haku aika: Vuosittain Suomen Gynekologiyhdistys r.y. jakaa erikoistuville lääkäreille 5 matka-apuraha (á 1000 euroa). Apurahat jaetaan yhdistyksen vuosi- ja kevätkokouksen yhteydessä. Apurahat ovat jatkuvasti haettavissa.

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

Hakemus: Yhdistyksen sihteerille osoitettuun vapaamuotoiseen hakemukseen tulee

toiseen hakemukseen tulee liittää hakijan lyhyt ansioluettelo, kongressiohjelma, arvio matkakustannuksista sekä tieto abstraktin hyväksymisestä. Puutteellisia hakemuksia ei käsitellä.

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

Osoite: SGY:n vt. sihteeri Tuula Karipohja, Jorvin sairaala, PL 800, 00029 HUS
s-posti: tuula.karipohja@hus.fi

Synnytys- ja naistentautiopin tutkimussäätiö jakoi apurahoja

Apuraha oli tänä vuonna suuruudeltaan 3000 euroa ja sen saivat seuraavat yhdistyksemme jäsenet:

LL Susanna Jaakkola, Helsinki:
Vaihdovuosien hormonihoito ja kohtausyöpien riskit Suomessa

LL Hanna Kahila, Helsinki:
Raskaudenaikaisen päihde-ongelman, erityisesti huumeidenkäytön vaikutus naisen ja sikiön terveyteen, vastasyntyneen hyvinvointiin, lapsen huostaanoton tarpeeseen ja

äidin pitkäaikaisterveyteen ja hyvinvointiin

LL Riitta Koivisto-Korander, Helsinki:

Kohtauskoomien kliininen taudinkuva ja ennusteelliset tekijät

LL Jaana Marttala, Oulu:
Screening in first trimester and Down syndrome

LL Maarit Mentula, Helsinki:

Toisen raskauskolmanneksen aikainen lääkkeellinen raskaudenkeskeytys; keskeytymiseen vaikuttavat mekanismit, keskeytyksen toteutus sekä vaikutukset lisääntymisterveyteen

LL Reita Nyberg, Tampere:
Vartijaimusolmuke ulkosynnyttin- ja munasarjasyövissä

LL Johanna Puurunen, Oulu:

Miessukupuolihormonieritys, soakeriaineenvaihdunta ja pitkäaikainen tulehdusprosessi monirakulaista munasarjaoireyhtymää (PCOS) sairastavilla ja terveillä naisilla

LL Marjaleena Setälä, Turku:

Syvät endometriosipesäkkeet – yleisyys, vaikutus leikkauksen vaativuuteen ja leikkauksen tulokset

Lisäksi 4000 € ns. post-doc tutkija-apurahan sai LT Minna Tikkanen Helsingistä tutkimukseensa ”Istukan kiinnittymishäiriöt: tautitaakka ja histopatologiset biomerkinneaineet”.

Suomen Gynekologiyhdistyksen koulutuspäivät 17.–18.11.2011 Kuopio, Musiikkikeskus

Torstai 17.11.2011

- 9.00 ERIKOISTUMISKOULUTUKSESTA
Prof. Juha Mäkinen, TY
- 10.00 Koulutuspäivien avaus SGY:n pj. Aila Tiitinen

Teema: Nainen ja ravitsemus

Pj: Marja Komulainen ja Merja Metsä-Heikkilä

- 10.10 Ravitsemuksen trendejä
Tutkimusprof. Suvi Virtanen, THL
- 10.50 Miksi kaikki eivät liho?
Prof. Matti Uusitupa, Itä-Suomen Yo
- 11.20 Mitä todella tiedetään vitamiineista?
Dos. Ursula Schwab, Itä-Suomen Yo
- 12.00 Lounas ja näyttely
- 13.00 Suklaa ja punaviini – terveystekijöitä
elintarvikkeita?
Prof. Timo Strandberg OYS
- 13.30 Mitä raskaana olevan pitää syödä ja mitä
pitää välttää?
Ylitarkastaja Ulla Karlström, Evira
Dos. Leea Keski-Nisula, KYS
- 14.10 Kahvitauko ja näyttely
- 15.00 Seth Wichmann luennoitsijan esittely
SGY:n pj. Aila Tiitinen
- 15.05 Seth Wichmann -luento

Teema: jatkuu

Pj: Marja Komulainen ja Merja Metsä-Heikkilä

- 15.30 Nuorten syömishäiriöt tänään
LT Anna Keski-Rahkonen, HYKS
- 16.10 Kasvisdieetit
TtM, ravitsemussuunnittelija Anne Tuovinen,
Kuopion Kaupunki
- 17.00 SGY:n vuosikokous
- 19.30 Iltajuhla

Perjantai 18.11.2011

- 8.30 Hot Topics SGY:n pj. Aila Tiitinen

- 9.30 Kahvitauko ja näyttely

Teema: Urogynekologiaa yleisgynekologeille

Pj: Antti Valpas

- 10.15 Virtsaamisen perusfysiologiaa ja diagnostiikkaa
LT Eija Laurikainen, TYKS ja
LT Antti Valpas, EKKS
- 10.45 Virtsainkontinenssin konservatiivinen hoito
Associate prof. Sören Broström, Herlev Hospital,
University of Copenhagen, DK
- 11.30 Laskeuma ja inkontinenssi – kumpi hoidetaan ensin?
LT Seija Ala-Nissilä, TYKS
- 12.00 Lounas ja näyttely

Teema: Ennenaikainen synnytys – mitä uutta

Pj: Tytti Raudaskoski

- 13.00 Ennenaikaisen synnytyksen ennustaminen
LT Leena Rahkonen, HYKS
- 13.30 Ennenaikaisen vastasyntyneen ennuste ja
hoidon rajat
LT Irmeli Nupponen, HYKS
- 14.15 Ennenaikaisen synnytyksen estohoito
Dos. Mika Nuutila, HYKS
- 14.45 Käypä Hoito-suosituksen läpikäynti
Dos. Jukka Uotila, TAYS
- 15.00 Päivien päätös SGY:n pj. Aila Tiitinen

Koulutuspäivien yhteydessä ei peruutuksen vuoksi järjestetä presymposiumia.

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

Ilmoittautumislomakkeessa ovat pakolliset osiot, jotka täyttämällä lomakkeen saa lähetetyksi suoraan Duodecimiin. Ilmoittautuminen on tehtävä 30.10.2011 mennessä. Ilmoittautumisia koskevat tiedustelut: koulutussihteeri Duodecim, puh. 09 6188 5300,

koulutussihteeri@duodecim.fi. Oma sähköpostiosoite on tärkeää ilmoittaa, sillä halutessasi todistuksen osallistumisesta saat kokouksen jälkeen arviointilomakkeen sähköpostilla.

Osallistumismaksu: Maksu on maksettava 30.10.2011 mennessä. Erikoislääkärit 160 e/ yksi päivä ja 260 e/ kaksi päivää. Erikoistuvat 120 e/ yksi päivä ja 200 e/ 2 päivää. Maksut maksetaan SGY

ry:n tilille 217238-2380. Maksun viestikenttään tulee liittää osallistujan nimi. Eräpäivän jälkeen on maksettava 15 e kirjaamismaksu. Eräpäivän jälkeen tehtävistä peruutuksista osallistumismaksua ei palauteta.

Illallisjuhla pidetään Scandic-hotelli Kuopiossa, josta on varattu majoituska-pasiteettia kiintiöllä jäsenillemme. Avenien iltajuhlamaksu on 80 e.

Suomen Gynekologiyhdistyksen koulutuspäivät Helsinki 19.–20.4.2012

Torstai 19.4.2012 Biomedicum

Tietoisku:

- 9.00 KYSGY:n toiminnasta Dos. Pekka Lähteenmäki
10.00 Koulutuspäivien avaus SGY:n pj.

Teema: Nainen ja neurologiset sairaudet

Pj:

- 10.10 Epilepsian vaikutus naisen lisääntymisterveyteen
Dos. Laure Morin-Papunen, OYS
10.45 Epilepsiapotilaan raskaus
LT Reina Roivainen, HYKS
11.25 MS-potilaan raskaus
Dos. Laura Airas, TYKS

- 12.00 Lounas

Pj:

- 13.00 Nainen, hormonit ja migreeni
LT Marja-Liisa Sumelahti, TAYS
13.45 Nainen ja dementia
Dos. Anne Remes, OYS

- 14.30 Kahvitauko ja näyttely

Teema: jatkuu

Pj:

- 15.30 Neurologisiin sairauksiin liittyvät urogynekologiset ongelmat
Dos. Juhani Ruutiainen, Maskun neurologinen kuntoutuskeskus
16.15 Neurostimulaatiohoito lantion pohjan ongelmien hoidossa
LT Martti Aho, TAYS
17.00 SGY:n kevätkokous
SLL:n Suomen Gynekologit alaostaston vuosikokous
19.30 Iltajuhla, hotelli Crowne Plaza

Perjantai 20.4.2012 Biomedicum

Teema: Kuvantaminen

Pj. Tytti Raudaskoski ja Johanna Mäenpää

- 8.30 MRI-pelvimetria – tarvitaanko sitä?
LT Kati Ojala, OYS
9.00 Poikkeavan plasentaation kuvantaminen
LT Minna Tikkanen, HYKS
9.30 Fetal MRI: State of the art and new developments
Prof. Daniela Prayer, Wien
10.15 Kahvitauko ja näyttely

Teema: jatkuu

- 11.00 SGY tutkii 3 x 15 min SGY:n varapj.
11.45 PET-CT gynekologisessa onkologiassa
Dos. Marko Seppänen, TYKS
12.30 Lounas

Teema: jatkuu

- 13.30 UÄ-tutkimuksessa todettu sektioarven avautuminen
uutta raskautta suunniteltaessa
Dos. Aydin Tekay, OYS
14.00 MRI gynekologisissa sairauksissa
Dos. Petri Sipola, KYS
14.30 MRI rintojen kuvantamisessa
LT Anna-Leena Lääperi, TAYS
15.00 Päivien päätös SGY:n pj.

Kuopio Scandic hotelli, Satamakatu 1,
70100 Kuopio
puh 0171951111, kuopio@scandichotels.com
Kiintiöt ovat SGY tunnuksella varattavissa
30.11.2011 saakka, jonka jälkeen huoneet
vapautetaan yleiseen myyntiin.
Kuopion Musiikkikeskus sijaitsee hyvin
lähellä (1,2 km) Scandic-hotellista, joten
matka taittuu reippaillen 12 minuutissa
(Google maps). Tervetuloa !

ICS Finland - Kontinenssiklubi Syyskoulutuspäivä 2011



Aika: Perjantai, 16.9.2011, klo 8.30–15.30

Paikka: Turku, Mauno Koivisto - keskus, auditorio, Bio City, Tykistökatu 6

Kohderyhmä: Virtsa- ja ulosteinkontinenssia hoitavat lääkärit ja hoitajat, uroterapeutit, fysioterapeutit

Turun yliopiston lääketieteelliseltä tiedekunnalta anotaan koulutuspäivää teoreettiseksi kurssimuotoiseksi koulutukseksi, gastrokirurgian, gynekologian, lastenkirurgian, urologian, ja yleislääketieteen erikoisaloille.

Osallistumismaksu 50 e, joka sisältää lounaan ja kahvit, maksetaan ennakoilmoittautumisen yhteydessä 8.8.2011 mennessä tilille: Sampo 800027-37380625.

Tiedustelut: sihteeri@kontinenssiklubi.net tai ilkka.perttila@hus.fi

Perjantai, 16.9.2011

08.30-09.00	Ilmoittautuminen	
09.00-09.05	Avaus	Erl. Ilkka Perttilä/HYKS
I sessio	Pj. esh.urot. Seija Salomaa/PHKS	
09.05-09.30	Uroterapeutin mahdollisuudet urologisen potilaan hoidossa	Sh, urot. Minna Hyle/SatKS
09.30-09.55	Missä mennään inkontinenssin fysioterapiassa?	Ft. Minna Törnävä/TAYS
09.55-10.00	Keskustelu	
10.00.-10.30	Kahvi ja näyttelyyn tutustuminen	
II sessio	Pj. LT. Mikko Reunanen	
10.30-10.55	Teini-ikäisen virtsausongelmat	Dos. Timo Hurme/TYKS
10.55-11.00	Keskustelu	
III sessio	Pj. prof. Kimmo Taari/HYKS	
11.00-11.25	Aikuisiän nokturia, syyt ja hoito	LT Jukka Häkkinen/Hatanpään srlä
11.25-11.50	Krooninen prostatiitti, miten hoidan?	LT Aare Mehik/OYS
11.50-12.00	Keskustelu	
12.00-13.00	Lounas ja näyttelyyn tutustuminen	
IV sessio	Pj. dos. Juha Koskimäki/TAYS	
13.00-14.00	Ongelmana kaksoisinkontinenssi: Yleisyys, diagnostiikka ja hoito	LT. Pauliina Aukee/ KSKS ja Dos. Matti Kairaluoma/KSKS
14.00-14.10	Keskustelu	
14.10-14.30	Kahvi ja näyttelyyn tutustuminen	
V sessio	Pj. LT. Pauliina Aukee/KSKS	
14.30-14.55	Gynekologinen laskeumakirurgia Suomessa	LT. Riikka Aaltonen/TYKS
14.55-15.20	Näyttöön perustuva laskeumakirurgia	Dos. Pentti Kiilholma
15.20-15.25	Keskustelu	
15.25-15.30	Yhteenveto ja päätös	LT. Pauliina Aukee/KSKS

Suomen Perinatologisen Seuran syyskoulutuspäivät (5.–)6.–7.10.2011 Hotelli Kalastajatorppa, Helsinki

Keskiviikko 5.10.2011

Presymposium 1: Vastasyntyneen elvytyksen vastuuhenkilöiden verkostoitumis- ja koulutustapahtuma
Kohderyhmä: Suomen synnytyssairaaloiden vastasyntyneen elvytyksen vastuulääkärit ja -hoitajat

Presymposium 2: Sairaalasunnittelun verkostoitumiskokous

Presymposiumien tarkempi ohjelma ja ilmoittautumisohjeet julkaistaan myöhemmin seuran internet-sivuilla

Torstai 6.10.2011

- 10.00-11.30 Presymposium 3:
Äidin ja vastasyntyneen kilpirauhasongelmat**
- 10.00-10.40 Äidin kilpirauhasen toimintahäiriöiden vaikutus raskauden kulkuun ja sikiöön
Dos. Kalevi Laitinen ja
LKT Ansa Aitokallio-Tallberg
- 10.40-11.10 Kilpirauhasongelmien seulonta ja hoito vastasyntyneellä
LT Marja Ojaniemi
- 11.10-11.30 Pienten keskosten kilpirauhasongelmat
LT Ulla Sankilampi
- 11.30-13.00 Lounas ja tutustuminen näyttelyyn
- 13.00–16.45 Sikiön akuutti ja krooninen asfyksia**
- 13.00 Avaus
- 13.05-13.25 Miten sikiö reagoi hapenpuutteeseen?
LT Susanna Timonen
- 13.25-13.45 Asfyktisen sikiön hoito; akuutit tilanteet
Dos. Jukka Uotila
- 13.45-14.05 Asfyktisen sikiön hoito; krooniset tilanteet
LT Marja Vääräsmäki
- 14.05-14.50 Kahvi ja tutustuminen näyttelyyn
- 14.50-15.50 Association of asphyxia and unnecessary oxytocin use during labor
Dr Maria Jonsson, Ruotsi
- 15.50-16.10 Asfyktinen vastasyntynyt
Dos. Marjo Metsäranta
- 16.10-16.30 Asfyksialapsen pitkäaikaisennuste
LL Noora Rissanen
- 16.30-16.45 Keskustelua

Perjantai 7.10.2011

9.00-11.00 Ennenaikaisuus-teema

- 9.00-9.15 Käypä hoito -suositus – perinatologinen näkökulma
Dos. Jukka Uotila
- 9.15-9.30 Käypä hoito -suositus – neonatologinen näkökulma
LT Irmeli Nupponen
- 9.30-10.15 Paneelikeskustelu Käypä hoito -suosituksesta
- 10.15-10.45 Kahvi ja tutustuminen näyttelyyn
- 10.45-11.45 Ennenaikaisuuden ennustaminen
Prof. Andrew Shennan, Iso-Britannia
- 11.45-13.15 Lounas ja tutustuminen näyttelyyn
- 13.15-15.15 Hot topic & tapauselostuksia koulutuspäivien aiheista
- 13.15.-14.15 Hot topic: Meta-analyysitutkimusten luotettavuus
Dr Haresh Kirpalani, USA
- 14.15-15.15 Äidin kilpirauhashäiriöihin, asfyksiaan tai ennenaikaisuuteen liittyviä tapauselostuksia
- 15.15-15.20 Päivien päätössanat

Tarkemmat ohjelmatiedot ja ilmoittautuminen:
www.terveysportti.fi/perinatologinenseura

Suomen Perinatologinen Seura ry.

Perinatologiska Sällskapet i Finland
The Finnish Society of Perinatology



GKS koulutuspäivät 13.–14.10.2011 Biomedicum, Helsinki

Keskiviikko 12.10.2011

PRESYMPOSIUM: ERIKOISTUVIEN SIMULAATTORIOPETUS, HYKS Nkl Laimi Leidenius-sali klo 15–18

Torstai 13.10.2011

08.00-09.00 Ilmoittautuminen, tutustuminen näyttelyyn
09.00-09.05 Avaussanat ja tervetuloa Anna-Mari Heikkinen

VULVAN JA VAGINAN KIRURGIAA I, pj. Anna-Mari Heikkinen

09.05-09.30 Bartholinin kystan leikkaushoito Eila Heiskanen, KSKS
09.30-09.55 Episiotomian sulkutekniikka Kirsi Rinne, KYS
09.55-10.15 Maahanmuuttajan vulvaongelmat Johanna Tapper, HYKS
10.15-10.45 KAHVI JA TUTUSTUMINEN NÄYTTELYYN

VULVAN JA VAGINAN KIRURGIAA II, pj. Päivi Härkki

10.45-11.30 Cosmetic genital surgery Linda Cardozo, King's College Hospital, Lontoo
11.30-11.55 Intiimikirurgian indikaatiot Eero Varila
11.55-12.20 Vestibulectomia vulvodynian hoidossa Päivi Tommola, HYKS
12.20-13.30 LOUNAS JA TUTUSTUMINEN NÄYTTELYYN

KIRURGINEN KOULUTUS, pj. Juha Mäkinen

13.30-14.15 Kuinka tulla hyväksi leikkaajaksi? Juha Hernesniemi, HYKS, neurokirurgia
14.15-14.40 GKS:n ja Duodecimin nettikurssi Ewa Jokinen, Hyvinkään Sairaala
14.40-15.20 KAHVI JA TUTUSTUMINEN NÄYTTELYYN

VULVAN JA VAGINAN POSTOPERATIIVISIA ONGELMIA, pj. Eija Tomás

15.20-15.45 Vaginan ongelmat endometrioosikirurgian jälkeen Marjaleena Setälä
15.45-16.10 Vaginan ongelmat laskeumakirurgian jälkeen Antti Valpas, ESKS
16.10-16.35 Vulvan ja vaginan ongelmat syöpäkirurgian jälkeen Maarit Vuento, TAYS
16.35-17.00 Seksuaaliterapeutin näkemys Liisa Laitinen, KYS
17.00 VUOSIKOKOUS

Perjantai 14.10.2011

LIVEKIRURGIAA pj. Marjaleena Setälä

08.30-10.00 Laparoskooppinen rakkoendometrioosileikkaus Päivi Härkki, HYKS

KOMPLIKAATIOSESSIO I, pj. Jaana Fraser

10.00-10.25 Kohdunpoiston komplikaatiot ja niiden riskitekijät Tea Brummer, Porvoon Sairaala
10.25-11.00 Laparoskopian tuottamat erityiskomplikaatiot Heikki Ahtola, PKKS
11.00-12.15 LOUNAS JA TUTUSTUMINEN NÄYTTELYYN

KOMPLIKAATIOSESSIO II, pj. Sari Koivurova

12.15-12.40 Hysteroskopian komplikaatiot ja niiden välttäminen Riikka Aaltonen, TYKS
12.40-13.05 Lymfadenektomiaan liittyvät komplikaatiot Jyrki Jalkanen, KSKS
13.05-13.30 Virtsatiekomplikaatio Päivi Härkki, HYKS
13.30-14.00 Suolikomplikaatiot ja niiden hoito Jyrki Kössi, PHKS
14.00-14.30 KAHVI JA TUTUSTUMINEN NÄYTTELYYN

KOMPLIKAATIOSESSIO III, pj. Jyrki Jalkanen

14.30-14.55 Rankkoja potilasvahikoja Eija Tomás, TAYS
14.55-15.20 Kuinka vastaan valitukseen Aulikki Wallin, THL
15.20-15.45 Komplikaatiovideoita
15.45 Päätössanat Anna-Mari Heikkinen

Luentopaikka:

Biomedicum Helsinki, Haartmaninkatu 8, 00290 Helsinki

Osallistumismaksu:

310 e/ 2 pv ja 170 e/ 1 pv (alv 0 %) sisältäen luennot, lounaat, kahvit ja iltajuhlan aterioineen. Maksu GKS:n tilille 170130-525 (IBAN FI29 1701 3000 0005 25 ja BIC NDEAFIHH). Maksun viestikenttään tulee liittää osallistujan/osallistujien nimet. Eräpäivä 6.10.2011, jonka jälkeen maksu nousee (350 e/ 2 pv ja 200 e/ 1 pv). Eräpäivän jälkeen tehdyissä peruutuksissa osallistumismaksua ei palauteta.

Ilmoittautuminen:

GKS:n sihteeri Sari Koivurovalle, sari.koivurova@oulu.fi – ilmoita Sarille nimi, työpaikka, kotiosoite, e-mail, osallistuminen koulutuspäiville (1 tai 2 päivää), osallistuminen iltatilaisuuteen, erityisruokavalio

Majoitus:

1. Hotelli Scandic Continental, Mannerheimintie 46, 00260 Helsinki, puh 010 808 002, sales.helsinki@scandichotels.com. Varaukset nettisivujen kautta www.scandichotels.com, varaus-tunnus BGYN131011 19.9.2011 mennessä. 1hh 102 e/huone/

vrk ja 2hh 122 e/huone/vrk sisältäen arvonlisäveron ja buffet-aamiaisen.

2. Hotelli Crowne Plaza, Mannerheimintie 50, 00260 Helsinki, puh (09) 2521 0000, fax (09) 2521 3999, helsinki.cph@restel.fi. Varaukset puhelimitse, faksilla tai sähköpostilla, varaustunnus GKS131011 19.9.2011 mennessä. 1hh 144 e/huone/vrk ja 2hh 169 e/huone/vrk sisältäen arvonlisäveron ja buffetaamiaisen.

Hotelleilta pääsee luentopaikalle raitiovaunulla numero 4.

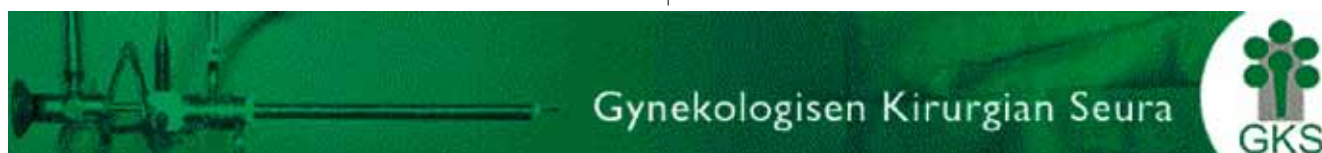
Iltatilaisuus:

13.10.2011 klo 19.30 Ballroom, Hotelli Scandic Continental.

Näyttely:

Yhteyshenkilö Jyrki Jalkanen: jyrki.jalkanen@gmail.com
Presymposiumista tiedot EGO:n kautta.

Koulutuspäivät on tarkoitettu vain seuran jäsenille. Jos et ole vielä jäsen, voit anoa jäsenyyttä sihteeriltämme Sari Koivurova, Naistenklinikka OYS, PL 24, 90020 OYS, sari.koivurova@oulu.fi. Ilmoita hakemuksessa nimesi sekä ammatti, työpaikka, kotiosoite ja sähköpostiosoite.



Suomen Menopausitutkimusseuran syyskokous, Helsinki, Pörssitalo, 4.11.2011

Perjantai 4.11.2011

Alustava ohjelma

”Gynekologi naisen yleislääkärinä”

12.00-13.00	Lounas	
13.00-13.05	Tervetulosanat, Pj. Tomi Mikkola	
13.05-13.20	Onko lääkäriasiantuntija asian tuntija?	Kari Raivio
13.25-13.45	Verenpaine koholla – mitä tehdä?	Sinikka Pohjola-Sintonen
13.55-14.15	Ongelmana kolesteroli	Timo Strandberg
14.25-14.45	Sokeri ja paino koholla	Johan Eriksson
14.55-15.10	Pääsponsorin puheenvuoro	Novo Nordisk OY

15.10-16.00 Kahvi ja tutustuminen näyttelyyn

Pj. Risto Tuimala

16.00-16.20	Nainen ja tupakka	Hannu Vierola
16.30-16.50	Unettomuuden hoito	Olli Polo
17.00-17.20	Milloin masennusta hoidetaan lääkkein?	Sami Räsänen OYKS
17.30-18.00	Suomen Menopausitutkimusseuran kokous	

18.30- Suomen Menopausitutkimusseuran sosiaalinen ohjelma: Kiasma, opastus
20.00- Illallinen, Novo Nordisk, Pörssitalo
22.00- Kuljetukset Turku, Tampere

Vahvistettu ohjelma ja tarkemmat ilmoittautumisohjeet postitetaan jäsenille elokuussa ja ilmoitetaan seuran nettisivuilla www.menopausitutkimusseura.net.



NFOG Specialist Course 2011



Chronic Pelvic Disorders – a challenge

November 9th – 10th 2011, Park Inn Airport Hotel, Engvej 171, Copenhagen, Denmark

First announcement

The Educational Committee of NFOG hereby invites you to the NFOG Specialist Course on the subject **Chronic Pelvic Disorders – a Challenge**. The overall topic includes conditions in gynecology and obstetrics that are related to chronic pelvic symptoms. Nordic and international top speakers with active research in this area will participate. The course is the third of the *NFOG Specialist Course*, planned to run each year with different topics, and aimed at OBGYN specialists. However, trainees are more than welcome to participate as well. Below you find the final program. The number of participants is limited to 200, due to course facilities. NFOG members (includes all members of the national societies) are welcome to register at the NFOG web-site from May 1st. Non-members are welcome to register from September 15th. Reservations at different hotels in the area could be made at the same time as the registration. The course will be sponsored according to regulations by the Danish Legal Board of Self-Regulation concerning Pharmaceuticals.

Course fees (including two lunches, refreshments and one dinner at Park Inn):

NFOG member, early registration before September 15 th	DKK 1800,-
NFOG member, late registration after September 15 th	DKK 2500,-
Non-NFOG members, registration available from September 15 th	DKK 3000,-

Welcome!

Marie Bixo, Matts Olovsson, Gunilla Tegerstedt
NFOG Educational Committee and local organizers

Course program

Wednesday 9th of November

11.30 - 13.00	REGISTRATION, LUNCH	
13.00 - 13.05	Welcome and introduction	Göran Berg, President of NFOG
Session 1	Dysfunctional urinary bladders (chair Kristín Jonsdóttir)	
13.05 - 13.30	Overactive bladder	Tareq Alsaody (S)
13.30 - 14.00	Painful bladder syndrome	Ralf Pecker (S)
14.00 - 14.30	When the bladder rules your life*	
14.30 - 14.50	Panel discussion and questions	
14.50 - 15.20	COFFEE	
Session 2	Impact of mode of delivery on chronic pelvic disorders (chair Marie Bixo)	
15.20 - 15.40	Long-term consequences after caesarian section	Ellica Andolf (S)
15.40 - 16.00	Long-term consequences after vaginal delivery	Gunilla Tegerstedt (S)
16.00 - 16.30	Anal problems after vaginal delivery	Marianne Staark (D)
16.30 - 16.50	How to deliver women with chronic pelvic disorder?	EA, GT, MS
16.50 - 17.20	Panel discussion and questions	
19.30	DINNER	

Thursday 10th of November

Session 3	Endometriosis (chair Matts Olovsson)	
08.30 - 09.00	Impact of endometriosis on patient and society*	
09.00 - 09.30	Nordic guidelines – why?	Mette Moen (N)
09.30 - 10.00	Should treatment of endometriosis be centralized?	Jens Jörgen Kjaer (D)
10.00 - 10.30	COFFEE	
10.30 - 11.00	What's new in the management of endometriosis?	Thomas D'Hooghe (B)
11.00 - 11.30	Pain mechanisms*	
11.30 - 12.00	Panel discussion and questions	
12.00 - 13.00	LUNCH	
Session 4	Sexological problems (chair Jakob Nakling)	
13.00 - 13.30	Let's talk about sex	Moniek ter Kuile (NL)
13.30 - 13.50	Sexual dysfunction after delivery	Ann Olsson (S)
13.50 - 14.20	Impact of chronic pelvic pain on sexuality	Lone Moritzen (D)
14.20 - 15.00	Panel discussion and questions	
15.00 - 15.05	Concluding remarks	NFOG Educational Committee

*The name of the speaker will be announced later

2011

KESÄKUU

- 28.6.-2.7. Annual Meeting of the International Urogynecological Association, Lisbon, Portugali. www.iuga.org

HEINÄKUU

- 3.-6.7. 27th Annual Meeting - ESHRE 2011 - Tukholma, Ruotsi
- 25.-28.7. 44th Annual Meeting of the Society for the Study of Reproduction, Portland, USA. www.ssr.org

ELOKUU

- 26.-29.8. 23rd Euroson Congress and Ultrasound, Wien, Itävalta.
- 29.8.-2.9. 41st Annual Meeting of the International Continence Society (ICS), Glasgow, Skotlanti. www.icsoffice.org

SYYSKU

- 1.3.9. 3rd Annual SERGS Meeting on Robotic Gynaecological Surgery, Leuven, Belgium. www.sergs.org

- 4.-7.9. 11th World Congress on Endometriosis, Montpellier, Ranska. www.wce2011.com
- 8.-11. 9th Congress of the European Society of Gynaecology, Kööpenhamina, Tanska.
- 10.-13. 16th World Congress on In Vitro Fertilization Tokio, Japani. www.isivf2011.org
- 10.-14. The 17th ESGO International Meeting, Milano, Italia.
- 14.-17.9. IFPA-kongressi (International Federation of Placenta Associations) Norja. www.tsforum.event123.no/IFPA
- 16.9.2011 ICS-Finland-koulutus-päivä Turku.
- 16.-22.9. 27th International papillomavirus Conference Berliini, Saksa. www.hpv2011.org
- 18.-22.9. 21st World Congress on Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, Los Angeles, USA. www.isuog.org
- 20.-21. Basic Colposcopy Course, Lontoo, Englanti. www.colposcopycourses.com
- 21.-24. 20th Annual Congress of the European Society for Gynaecological En-

- doscopy ESGE Lontoo. www.esge.org
- 21.-24. NAMS 22nd Annual Meeting, Washington DC, USA.
- 23.-24.9. 1st Trimester Screening in Nordic Countries, NFYOG Seminar Tukholma.
- 23.-27.9. ECCO-ESMO Congress Tukholma, Ruotsi. www.ecco-org.eu

LOKAKUU

- 4.-5.10. Practicum Robotic School – master classes (with practical training Oct 3 or 6) in Lund, Ruotsi. www.practicumroboticschool.org
- 6.-7.10. Perinatologisen Seuran syyskokous Helsinki. www.terveysportti.fi
- 6.-8.10. Suomen anestesiologiyhdistyksen ja Tarton yo:n obstetristen anestesiologien yhteiskoulutustapahtuma, Tarto.
- 13.-14.10. GKS Helsinki. www.terveysportti.fi/gks
- 15.-19.10. 67th Annual Meeting, American Society for Reproductive Medicine, Orlando, FL, USA. www.asrm.org
- 16.-19.10. XVIth World Congress on Gestational Trophoblastic Diseases (GTDs) Budapest, Hungary.

Näe ja koe hyppy tuntemattomaan! SGY-läisten hiihtokokousmatka Sierra Nevadaan Espanjaan 29.1.–5.2.2012

Espanjan Andalusiassa sijaitsevasta Sierra Nevadan vuoristosta löytyy Manner-Espanjan korkein huippu, Mulhacén (3482 m). Vuoriston juurella sijaitsee Granadan kaupunki. Sierra Nevada on Euroopan eteläisin laskettelualue. Malagasta bussimatka kestää n. 2 tuntia. Hotellimme sijaitsee Pradollanon (2100 m) kylässä, josta nousee kaksi kabiinia Borreguilésin hiihtoalueelle. Hissillä pääsee Veletan 3300 metrin korkeuteen. Hiihtokilometrejä on yli 100 km, rinteitä yli sata kaikenlaisille hiihtäjille, lisäksi murtomaahiihtolatu. Alueella on hyvä lumetusjärjestelmä. Omat suukset on edullista ottaa mukaan, mutta vuokraamojakin löytyy kabiiniaseman vierestä. Hissilippujen hinnat (6 vrk) noin 200 e aikuisilta, alennus lapsille ja senioreille. Aiempaan tapaan järjestämme korkeatasoiset luennot. Kokoustilat ovat hotellissa.

Paikkoja on varattu 60. Matkat ja majoitus korkeatasoisessa Hotel Melia Sol y Nievässä aamiaisella 2-hh 1.170 e ja 1-hh 1.560 e. Puolihoitolisä 154 e/ 1 vk / 7 ateraa.

Lentoaikataulu: su 29.1. Hki–Malaga klo 6.00–9.35 AY 731 ja su 5.2. Malaga–Hki klo 10.35–16.00 AY 732.

Sukset: Jos suukset maksetaan etukäteen lipunkirjoituksen yhteydessä, hinta on 50 e/hlö meno-paluu, jos taas yksittäin kentällä, 80 e/hlö meno-paluu.

Peruutusehdot: ennen 23.9. ennakkomaksu 200 e, 24.9.–31.10. 25 % matkan hinnasta, 1.11.–29.11. 50 % matkan hinnasta, tämän jälkeen 100 % matkan hinnasta. Ennakkomaksu 200 e 1 vk varauksesta. Loppumaksu 2 kk ennen matkaa.

Ilmoittautumiset 16.5.2011 alkaen: Matka Mieli Oy, info@matkamieli.fi tai puh 09 5840 0420

Ilmoita: 1. nimi, 2. huonetoveri, 3. yhteystiedot (email ja laskutusosoitteet), 4. syntymäaika (hissilippua varten) 5. otatko suukset mukaan.

Ilmoittautumisaika päättyy jo 23.9.2011. Toimi nopeasti, paikat menevät ilmoittautumisjärjestyksessä!

Tutustu: www.sierranevada.co.uk, www.solmelia.com

Terveisin Mervi Matkanjärjestäjä, mervi.haarala@fimnet.fi, puh. 050 3012 808.

- 27.-28.10. Suomen endokrinologiyhdistyksen ENDO-päivät Biomedicum Helsinki.

MARRASKUU

- 3.-6.11. The Ovarian Club Presents the 1st meeting on the Oocyte: from Basic Research to Clinical Practice (Ovarian club) Barcelona, Espanja. www.comtecmed.com/OC/2011
- 4.11. Suomen Menopausitutkimusseuran syyskokous, Helsinki.
- 8.-11.11. 10th World Congress of Perinatal Medicine, Punta del Este, Uruguay. www.10wcpm.info
- 8.-9.11. Practicum Robotic School – basic classes (with practical training Nov 7 or 10) in Lund, Ruotsi. www.practicumroboticschool.org
- 11.-12.11. The Nordic IVF Laboratory Society – 14th Annual Meeting in Trondheim, Norja. www.nilsivf.com
- 17.-18.11. SGY:n syyskokous, Kuopio. www.gynekologiyhdistys.fi
- 23.-26.11. 11th European Congress on Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis, Valencia,

Espanja. www.iofbonehealth.org

- 24.11. Kun äiti joi raskaana ollessaan-seminaari, Helsinki. www.kehitysvammaliitto.fi/koulutus/kalenteri
- 24.-26.11. 6th International Symposium on Diabetes & Pregnancy. Salzburg, Austria. www.kenes.com
- 25.-26.11. Suomen Lääketieteellisen Biologinen Ultraääniseura ry: syyskokous Turku. www.ultraaaniseura.fi
- 29.-30.11. International Conference on Ovarian Cancer Screening, Lontoo UK. www.kenes.com/ocs2011
- 30.11.-3.12. 14th World Congress on Human Reproduction, Melbourne, Australia. www.humanreproduction2011.com

2012

TAMMIKUU

- Helsingin lääkäripäivät. www.laakaripaivat.fi

HELMIKUU

- 6.2. 32nd Annual Meeting of Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM).

The Pregnancy Meeting, Dallas, Texas, USA. www.smfm.org

MAALISKUU

- 8.-11.3. 15th World Congress of Cyneological Endocrinology, Firenze, Italia. www.gynecologicalendocrinology.org
- 28.-31.3. 9th European Congress on Menopause and Andropause, Ateena, Kreikka. www.kenes-group.com

HUHTIKUU

- 19.-20.4. SGY:n Kevätkokous Biomedicum, Helsinki www.gynekologiyhdistys.fi
- 22.-24.4. European Congress for Ultrasound in Medicine and Biology, EUROSON 2012, Madrid. www.euroson2012.com
- 26.-27.4. NSGO Annual Meeting 2012 Tampere. www.nsgo.org

TOUKOKUU

- 5.-9.5. 15th International Congress of Endocrinology jointly with the 14th European Congress of Endocrinology, Florence, Italia. www.euro-endo.org

GYNO-LACT

YMMÄRTÄÄ NAISIA

Emätintabletti, joka sisältää intiimialuetta suojaavia maitohappobakteereita.

Ylläpitämään ja palauttamaan vaginan laktobasilliflooraa bakteerivaginoosissa sekä hiivan hoidon jälkeen.

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

Apteekeista.

Lue lisää www.gynolact.fi



Vitabalans oy
www.vitabalans.com

KESÄKUU

- 16.-19. 38th Nordic Congress of Obstetrics and Gynecology, Bergen, Norja. www.mednet.no/nfog2012

HEINÄKUU

- 1.-4.7. 28th Annual Meeting - ESHRE 2012, Istanbul, Turkki.

ELOKUU

- 30.8. 4th Congress of the Asia Pacific Initiative on Reproduction (ASPIRE 2012).

SYYSKU

- 7.-8.9. Suomen gyn-onkologisen pienryhmän koulutustapahtuma, Kirkkonummi.
- 9.-13.9. 22nd World Congress on Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, Kööpenhamina, Tanska. www.isuog.org
- 19.-21.2. 16th Congress of the European Society of Surgical Oncology (ES-SO) Valencia, Espanja. www.ecco.org.eu
- 28.9.-2.10. 37th ESMO Congress Wien Itävalta. www.esmo.org

LOKAKUU

- 3.-6.10. NAMS, 23rd Annual Meeting, Orlando, Florida, USA.
- 4.-5.10. Endopäivät – yhteiskokous Scandinavian Physiological Societyn kanssa
- 7.-12.10. XX FIGO World Congress of Gynaecology and Obstetrics, Rooma, Italia. www.figo.org
- 12.-15.10. 42nd Annual Meeting of the International Continence Society (ICS) Peking. www.kenew-group.com
- 13.-16.10. 14th Biennial Meeting of the International Gynecologic Cancer Society (IGCS) Vancouver, Canada. www.kenes.com
- 15.-19.10. Annual Congress of the International Continence Society (ICS), Beijing, China. www.icsoffice.org
- 20.-24.10. American Society for Reproductive Medicine 68th Annual Meeting, San Diego, CA, USA. www.asrm.org

MARRASKUU

- 15.-16.11. SGY:n syyskokous, Oulu. www.gynekologiyhdistys.fi

2013

ELOKU

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

LOKAKUU

- 9.-12.10. NAMS, 24th Annual Meeting, Dallas, Texas, USA.
- 12.-27.10. 69th Annual Meeting of the ASRM (American Society for Reproductive Medicine) and 21st World Congress on Fertility and Sterility, Boston, USA. www.asrm.org
- 17.-18.10. Endopäivät

2015

- FIGO, Vancouver, Kanada.

Tuorein versio kalenterista löytyy SGY:n nettisivuilta www.gynekologiyhdistys.fi kohdasta Koulutus

Jos sinulla on ehdotuksia koulutuskalenteriin, lähetä ne osoitteella marja.komulainen@kuh.fi

Gynekologiyrittäjäksi?

Myytävänä!

Naistentautien
Lääkäriasema Iimed Oy

Savonkatu 19 A 8 Iisalmi
puh. 017-813055
Loistotilat kaupungin keskustassa.
Lähellä Kuopiota.

Katso tark. Fimnet/GynPract.
Tied. Hannu Vierola 0400 676 550
hannu.vierola@fimnet.fi

Syklin ilmestymisaikataulu

Número	Aineistopäivä	Ilmestyy
2011		
4. Syyskuu	19.8.	16.9.
5. Lokakuu	23.9.	28.10.
6. Joulukuu	11.11.	16.12.

SGY:n hallitus

www.gynekologiyhdistys.fi

Puheenjohtaja Aila Tiitinen

HYKS / Naistenklinikka,
PL 140, 00029 HUS
p. 050 427 1217, fax (09) 4717 4801
aila.tiitinen@hus.fi

Varapuheenjohtaja

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

Sihteeri Tuula Karipohja

Jorvin sairaala
PL 800, 00029 HUS
p. 050 428 4694
tuula.karipohja@fimnet.fi

Varainhoitaja Pauli Wirta

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

Klubimestari Veli-Matti Ulander

HYKS / Naistenklinikka
PL 140, 00029 HUS
p. 050 427 1536 tai 050 414 3303
veli-matti.ulander@hus.fi

Tiedotussihteeri Marja Komulainen

KYS Naistenklinikka
PL 1777, 70211 Kuopio
p. 044 717 2326
marja.komulainen@kuh.fi

Jäsenet

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

Anna Luomaranta

HYKS Kättilöopiston sairaala
PL 610, 00029 HUS
p. 050 427 1176
anna.luomaranta@hus.fi

Virpi Rantanen

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

Tytti Raudaskoski

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

Annika Tulenheimo-Silfvast

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

Työn eetos

Elinkeinoelämän valtuuskunnan johtaja Matti Apunen ärähti taannoin Taloussanomissa tuoreiden ylioppilaiden halusta pitää välivuosi ennen ammattiin tähtäävien opintojen aloittamista. ”Vaikuttaa, että nuorille ei opeteta samalaista työn eetosta kuin aikaisemmin”, hän totesi.

Sanakirjan mukaan eetos tarkoittaa tapaa, vakiintunutta paikkaa ja moraalista luonnetta. Työn eetos on ollut Suomessa perinteisesti korkeassa kurssissa. Edellisen laman jälkeen siitä on tosin tullut myös työelämän kirosana. Ihmiset saatiin työn menettämisen pelossa tekemään työtä yli jaksamisensa, korvauksetta.

Näen näitä työn eetoksen rasittamia sekä omassa potilaissani että kollegoissa. Ne joilla paljon on, niille lisää annetaan – jos suostut ylimääräisen työn tekoon, lisää on varmasti tarjolla. Tämä dilemma on yksi syy, miksi Syklissä ei – erikoistuvien toiveista huolimatta – julkaista kliinisiä tai tieteellisiä katsauksia. Niiden kirjoittajiksi kun joutuisivat osaamisensa vuoksi juuri ne kollegat, jotka muutenkin ovat ylityöllistettyjä.

Olen ollut havaitsevinani kriittistä suhtautumista työn merkityksen (yli)korostamiseen muidenkin kuin tuoreiden ylioppilaiden joukossa. Puhutaan leppoistamisesta, korostetaan perheen ja lasten

merkitystä ja niille annettua aikaa. Yhä useammat kokeilevat osa-aikatyötä tai vuorotteluvapaata – osa jaksaaakseen työelämän pyörytyksessä. Tässä lehdessä kaksi kollegaa kertoo omasta tavastaan toimia osa-aikagynekologeina. He eivät lepäile ollessaan poissa kliinisestä työstä, he ovat vain löytäneet mielekkään tavan yhdistää potilastyö ja toinen, itselle tärkeä työ. Osa-aikaisuus mahdollistaa sen, että toista työtä ei tehdä illalla, yöllä ja viikonloppuina, vaan perhekin saa osansa äidin ajasta.

Vanha sanonta varoittaa laittamasta kaikkea yhden kortin varaan tai panemasta kaikkia munia yhteen koriin. On tärkeää pitää mielessä, että elämässä on oltava muutakin tärkeää kuin työ. Se voi olla perhe, se voi olla ystävät tai mieluisa harrastus. Työtä tehdään ensisijaisesti palkan vuoksi, vaikka siitä voikin saada paljon tyydytystä ja itsetunnon lisää. Työn voi kuitenkin menettää tai kohdata työssä muuten vastoinkäymisiä. Silloin muut ilon lähteet ovat tarpeen.



Tauno

Kesä ja useimmilla kesäalomakin ovat käsillä. Aika ilman velvollisuuksia synnyttää uutta. Opettele olemaan tekemättä mitään – kokeile edes! ■