4.2011 Syyskuu 27. vuosikerta Suomen Gynekologiyhdistys ry. / Finlands Gynekologförening rf.

Sykli

"Minä tahon takas kuulitteko TAKAS!"

Suomen Gynekologiyhdistyksen jäsenlehti 27. vuosikerta **Numero 4 Syyskuu 2011**

Sykli

SISÄLTÖ 4/11

Pääkirjoitus 5

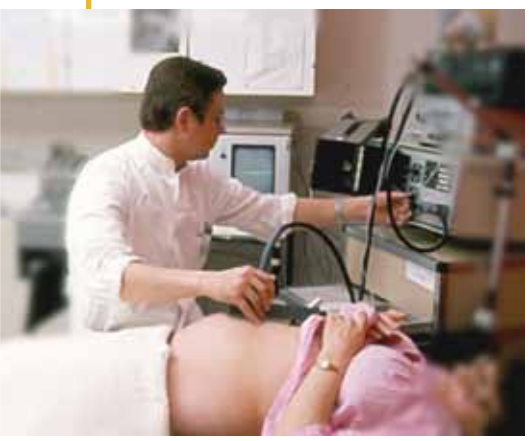
Syksyn tullen on aika päivittää oma koulutussuunnitelma

Aila Tiitinen

Sisarjärjestöt esittäytyvät 8

Lääketieteellis-Biologinen Ultraääniseura kouluttaa 7

Pertti Kirkisellä on pitkä ura ultraäänilääkärinä 8



Työn äärellä 14

Marjut Laurikka-Routti on aktiivinen etujemme puolustaja

Synnytys-ja naistentautiopin tutkimussäätiö täyttää 20 vuotta 18

Historiikissa kerrataan menneitä ja katsotaan tulevaan

Hallituksen pöydältä 21

Kansainvälisesti -sarjassa esitellään järjestöjä, joiden toiminnassa SGY on aktiivisesti mukana 22

FIGO aloittaa järjestöesittelyjen sarjan

Keittiötaidetta Napoleonin saarelta 32

Maailmalta 38

Maija-Riitta Ordén kävi tutustumassa sikiön palleatyrän intrauteriiniseen hoitoon

Hallituskolumni 42

Huonoa ja turhaa, epäilee *Marja-Liisa Mäntymaa*

Privaatista 44

Annika Tulenheimo-Silfvast kannustaa työterveyshuollon järjestämiseen

Väitelleet 46

Apurahat 48

Koulutusta 50

Koulutuskalenteri 58

Päätoimittajalta 62

Oletko Facebookissa?

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 5/2011 ilmestyy 28.10.2011, aineiston ja ilmoitusten jättöpäivä on 23.9.2011

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

■ AILA TIITINEN, pj

Kuva Merja Metsä-Heikkilä

Syksyn tullen on aika päivittää oma koulutussuunnitelma

Kesä ja loma ovat takana; toivottavasti ne toivat kaikille virkistystä ja lepoa, ja samalla intoa tarttua syksyn puuhiin. Jokainen varmaan tekee itselleen syksyn ja talven suunnitelmaa, miettii mitä työssään haluaa tehdä, missä kehittyä ja mitä uutta oppia. Samalla tietysti voi pohtia uusien harrastusten aloitusta tai vanhojen henkiin herättelyä.

Vaikka talous tiukkenee ja tuottavuustavoitteet kiristyvät, pitää koulutukselle löytyä riittävästi aikaa ja rahaa. Sekä työnantajan että työntekijän kannalta on lyhytnäköistä suunnittelua, jos koulutuksesta ja uusien työtapojen kehittämisestä tingitään. Itseensä kannattaa sijoittaa – omaa panostusta kouluttautumiseen tarvitaan myös. SGY ja sen pienryhmät järjestävät paljon koulutusta, samoin muut alaamme liittyvät yhdistykset. Kotisivuilta löytyy aina ajankohtainen tieto kokouksien ohjelmasta.

SGY on aktiivinen toimija NFOG:ssa, EBCOG:ssa ja FIGO:ssa. Näiden yhdistysten toimintaa esitellään hyvin monipuolisesti Syklissä tästä numerosta alkaen. Näihin artikkeleihin kannattaa tutustua, niistä saa hyvän kuvan erikoisalamme kansainvälisestä toiminnasta. Voi myös miettiä, miten itse haluaa osallistua – moniin työryhmiin tarvitaan edustajia tai asiantuntijoita. Ensi vuosi on ruuhkavuosi kongressien suhteen: EBCOG:n kokous on Tallinnassa toukokuussa, NFOG Bergenissä kesäkuussa ja FIGO Roomassa lokakuussa. Kaikki kongressit tarjoavat runsaasti ohjelmaa erikoisalamme kaikilta osa-alueilta, niissä voi siis päivittää tietojaan laajalti. Kehotankin katsomaan ensi vuoden kalenteria ja merkitsemään jonkin näistä kokouksista muistiin.

Uusi eduskunta on aloittanut toimintansa, hallituskin saatiin lopulta kesän aikana kasattua. Aika vaikea työ taitaa ministereillä olla edessä, kun yhteisymmärrystä haetaan. Myös terveydenhuollon alalla on odotettavissa paljon vaikeitakin valmisteluja ja sopimusneuvotteluja. Terveydenhuoltolaki astui voimaan ja nyt ovat vuorossa käytännön ohjeistukset. Omalla erikoisalalla voimme olla aktiivisia ja miettiä, miten parannamme perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä. Uusia toimintatapoja kannattaa aina kehittää.

Toivotan intoa pimenevään syksyyn.

■ Teksti PEKKA TAIPALE

ULTRAÄÄNESSÄ *riittää edelleen koulutettavaa*

Sisarjärjestöistä viimeisenä esittelyvuorossa on Suomen Lääketieteellis-Biologinen Ultraääniseura. Se kokoaa riveihinsä ultraäänestä kiinnostuneita eri alojen erikoistuvia ja erikoislääkäreitä sekä ultraäänitutkimusten parissa työskenteleviä hoitajia.

Yhdistys on perustettu syksyllä 1971. Kokouskutsussa osanottajia kutsuttiin Suomen lääketieteellisen ultraääniyhdistyksen perustavaan kokoukseen 26.11.1971 Meilahden sairaalan III röntgenosaston (1.kerros) demonstraatiohuoneeseen klo 15.00. Pöytäkirjan mukaan läsnä olivat seuraavat 12 henkilöä: professori Arvo Oksala, apulaisprofessori Esko Tähti, lastentautien erikoislääkäri Tapio Valkeakari, röntgendiagnostiikan dosentti Matti Wiikeri, dosentti Jaakko Salokangas, fyysikko Matti Forss, röntgenerikoislääkäri Kaarina Aantaa, silmätautien erikoislääkäri Veikko Huopala, lääketieteen lisensiaatti Yrjö Lähde, silmätautien erikoislääkäri K. V. af Ursin, röntgenapulaislääkäri Heikki Haitu ja sisätautien erikoislääkäri Anna-Liisa Sjögren.

Jäseniä on tällä hetkellä 370. Jäseneksi voi tulla kuka tahansa, joka haluaa osallistua koulutuspäiviimme.

Yhdistyksen tarkoituksena on ”Edistää lääketieteellisen ultraäänitutkimuksen tieteellistä ja käytännöllistä kehittämistä ja soveltamista maassamme ja toimia alan harrastajien yhteisenä elimenä. Tarkoitustaan yhdistys toteuttaa järjestämällä kokouksia, esitelmätilaisuuksia ja julkaisemalla alan ammattikirjallisuutta.”

Tärkeimpiä toimintamuotojamme ovat koulutuspäivät kaksi kertaa vuodessa

Nykyinen puheenjohtaja on dosentti, perinatologi Pekka Taipale Iisalmen sairaalasta.

Johtokuntaan kuuluvat perinatologi Vedran Stefanovic HYKS:n Naistenklinikalta, kätilö Anna-Maija Tulimaa, lastenradiologi Teija Kalajoki-Helmiö HUS röntgenistä, perinatologi Pertti Palo TYKS:stä, lastenkardiologi Olli Pitkänen HYKS:n lasten ja nuorten sairaalasta, eval Tuomas Kauppinen OYS:n naistentautien ja synnytysklinikasta ja perinatologi Kati Tihtonen TAYS:n Naistenklinikasta.

Yhdistyksen toiminnassa ovat aikojen saatossa meritoituneet kunniapuheenjohtajat professori Arvo Oksala ja professori Pekka Ylöstalo. Kunniajäseniksi on valittu dos. Tapio Valkeakari, dos. Matti Viikeri, LKT Kaarina Aantaa, professori Antti Lehtinen, professori Pertti Kirkinen, professori Ilkka Suramo, professori Pentti Jouppila, LL Pentti Lohela, LL Raija Fogelholm ja dos. Olli Piiroinen.

Tärkein tulevaisuuden haaste yhdistyksen toimialalla ja toiminnassa on mielenkiinnon säilyttäminen ultraäänitutkimuksen kehittämisessä edelleen. Seuraavat koulutuspäivät järjestetään 25.–26.11.2011 Turussa. Aiheina ovat sikiön pään ja keskushermoston kehittyminen ja placentaatiohäiriöt. Koulutuspäiviin liittyy myös kädestä pitäen -opetusta.

Keväisin on ollut tapana järjestää Suomessa rinnekokous, vuonna 2009 se oli Ylläksellä ja vuonna 2010 Tahkolla.

Yhdistyksellä on kotisivut www.ultraaaniseura.fi, josta löytyy tietoa seuran toiminnasta. ■

■ Teksti MERJA METSÄ-HEIKKILÄ
■ Kuvat Merja Metsä-Heikkilä, Pertti Kirkisen arkisto

Pertti Kirkinen – obstetrisen ultraäänen pioneeri

Tampereen yliopiston emeritusprofessori Pertti Kirkinen on ollut ultraäänitutkimusten kanssa tekemisissä koko ammattiuransa ajan. Ensikosketus tapahtui amanuenssiaikana 70-luvun alussa Turun klinikan perinteisellä Ahvenanmaan vierailulla, kun Pertti Kirkinen pääsi erikoislääkäri, sittemmin alan dosentti Olli Piiroisen ultraääniesitelmän diakuvien näyttäjäksi.

Siitä heräsi kiinnostus ultraäänitutkimusta kohtaan.

– Tutkimuksen tulos on nähtävissä välittömästi, toisin kuin silloin vaikkapa paljon käytettyjen laboratoriotutkimusten, Kirkinen kertoo innostuksensa taustoista.

Sittemmin tie vei Ouluun, jossa tehtiin paljon raskauteen liittyvää ultraäänen käyttöä koskevaa tutkimusta. Väitöskirja sikiön kasvun ultraäänimittauksesta valmistui 1979. Oulussa vierähti kaksikymmentä vuotta, sitten professuureissa ensin Kuopiossa ja sen jälkeen Tampereella kummassakin kymmenkunta vuotta. Koti on Kuopiossa, mutta asunto myös Helsingissä, vastaanotot sekä Tampereella että Helsingissä. Kosketus ultraäänitutkimukseen säilyy siis edelleen, nykyään pääasiassa sikiöultraääneen.

Aasta Beehen...

Ultraääni tuli suomeen 60-luvun lopulla. Ensimmäinen obstetrinen julkaisu on Paavo Pystysen, vuodelta 1966. Pystynen oli myös Kirkisen väitöskirjan asiantuntija, ohjaajia nykyisessä mielessä ei silloin niin ollutkaan.

– Vuonna 1967 aloimme mitata BIP-mittaa. Istukan paikantaminen opittiin siitä parin vuoden päästä, samoin mola-raskauden diagnostiikka. Nämä tutkimukset tapahtuivat kaikupiikkeihin perustuvalla A-kuvalla. Hyvin pian pystyttiin myös jatkuvalla dopplerilla havaitsemaan alkuraskaudessa sikiön syke ja voitiin keskenmenoepäilyissä luopua hankalista vuorokausivirtsan keräyksistä. B-kuva, joka antoi anatomisen poikkileikkauksen kuvattavasta kohteesta, tuli 70-luvun alussa. Tällä menetelmällä voitiin jo arvioida sikiön kasvua ja rakenteita, väitöskirjani materiaali perustuu tähän kuvaustekniikkaan, kertaa Kirkinen ultraäänikuvauksen varhaisvaiheita.

Kuvan laadun parantuessa saatettiin sittemmin siirtyä anomaliadiagnostiik-

KILJUSE
JALMARI FINNE

kaan ja reaaliaikaisella tutkimuksella tarkastella sikiön elintoimintoja kuten sydämen eri osien liikettä, sikiön raajojen ja rintakehän liikkeitä.

Vagina-anturi ja tietokone mullistivat diagnostiikan

Sikiödiagnostiikan ohella ultraääntä alettiin käyttää myös gynekologisen tutkimuksen apuvälineenä. Aluksi sitä hyödynnettiin tuumoridiagnostiikassa, mutta erityisesti vagina-anturin käytön yleistyminen 80-luvun puolivälissä on tarjonnut menetelmälle laajan käyttöalueen. Ultraääni on korvannut kohdun ja munajohdinten HSG-röntgentutkimuksen ja mahdollistanut potilaan kannalta huomattavasti yksinkertaisemman munasolujen keräyksen IVF-hoidon yhteydessä.

– Vaginaalianturilla varustettu ultraäänilaitteisto tuli ensin sairaaloiden tutkimushuoneisiin – tänä päivänä ei voisi kuvitella minkäänlaista gynekologin vastaanottoa ilman välitöntä ultraäänitutkimuksen mahdollisuutta, huomauttaa Kirkinen.

Supertietokoneiden tullessa laitteet alkoivat pienentyä kooltaan ja niiden tarjoamaa kuvan prosessointitekniikkaa voitiin alkaa hyödyntää myös ultraäänitutkimuksessa.

– Painopiste ultraäänitutkimusten kehityksessä siirtyi selkeästi mekaanisten parannusten alueelta hankitun datan nopeaan ja monipuoliseen käsittelyyn. Kuvan laatu parani ja kehitettiin 3- ja 4-dimensionaaliset kuvauk-

Näkymät kiehtovat tulevia vanhempia, mutta eivät riitä perinatologille syyksi 3- ja 4D-kuvaukseen.

Varhaista doppler -diagnostiikkaa.

Oulun tiimi 80-luvun alussa.

set, jotka ovat tätä päivää.

Vaikka laitteet ovat kehittyneet 40 vuodessa huimasti, haasteitakin riittää.

– Lihavat potilaat ovat edelleen ongelma, erityisesti abdominaalisessa ultraäänessä. Ongelmaa on pyritty ratkaisemaan muun muassa anturitekniikkaa kehittämällä, mutta kovin suuria edistysaskeleita tässä ei ole otettu, Kirkinen harmittelee.

Myös laitehankinnoissa hän näkee korjaamisen varaa.

– Isoissa sairaaloissa hankitaan helposti liian monipuolisia laitteita, joiden kapasiteetista ja ominaisuuksista pystytään kuitenkin hyödyntämään vain osa. Pitäisi siis tarkkaan miettiä, millaiseen käyttöön hankittava laite tulee ja hankittava siihen parhaiten soveltuva.

3- ja 4D-ultraäänitutkimus on uusin edistysaskel UÄ-kuvantamisessa. Etenkin sikiön raaja- ja luustoanomalioissa sekä pinta-anatomian hahmottamisessa menetelmä on ylivertainen. Sikiötutkimukset ovat herättäneet myös keskustelua. Potilaat innostuivat asiasta ja halusivat valokuvia syntymättömistä lapsistaan, olivat kiinnostuneita vain tutkimuksen tuomasta elämyksestä.

– Tässä on muun muassa muuttuneiden Kela-korvausten vuoksi tapahtunut järkevöitymistä. Potilasmäärät privaatissa ovat vähentyneet ja yhä useammin tutkimukseen hakeudutaan todellisen syyn vuoksi, vaikkapa hakemaan second opinionia, kun seulontatutkimuksessa on ollut jotain epäselvää.

Tätä kehitystä Kirkinen pitää tervetulleena.

Seulontaultraäänen hyödyt arvioitava

Vuoden 2010 alusta maassa otettiin käyttöön yhtenäinen sikiöseulonta, johon kuuluu ensimmäisen trimesterin yhdistelmäseula niskapoimumittauksineen ja toisen trimesterin morfologiaseulonta. Tutkimusten systematisoiminen sinänsä on Kirkisen mielestä hyvä asia.

– Minultakin pyydettiin lausuntoa ja silloin olin sitä mieltä, että morfologiaseulan hyöty on vielä osoittamatta. Tutkimuksessa nähdään kyllä fataaleja malformaatioita, mutta esimerkiksi osa sydänvioista, joiden ennuste paranisi, jos ne olisivat tiedossa ennen synnytystä, jää havaitsematta. Toisaalta rakenneultraäänessä normaalilöydök- ▶

Pertti Kirkinen anturin varressa.

selläkin on suuri merkitys lasta odottavalle perheelle, kommentoi Kirkinen.

Sekä hyötyjen arviointi että jatkuva laadunvarmistus ovat seulonnassa tulevaisuuden haasteita.

Normaalin loppuraskauden rutiininomaisia tai seulontamielessä tehtyjä ultraäänitutkimuksia Kirkinen ei näe tarpeellisina.

– Poikkeava raskaus on tietenkin toinen asia. Vaikka ultraäänipainoarvion osuvuus on huonompi makrosomisilla sikiöillä, keskimäärin onnistumme siinä hyvin. Tampereella tehdyssä opinnäytetyössä osuvuutemme on hyvää kansainvälistä tasoa ja virhe jää reilusti alle 10 prosentin. Myös doppler on osoittanut vahvuutensa sikiön voinnin arvioinnissa.

Opetuksessa riittää haasteita

Ultraäänitutkimuksen opettaminen ei ole yksinkertaista.

– On vaikea motivoida opetettava istumaan viereen katsomaan esimerkiksi kymmeniä normaaleja sikiöultraäänitutkimuksia. Sairaaloissa ei ole virkakapasiteettiä eikä potilailla aikaa kaksoistutkimuksiin niin, että ensin opetettava tekisi tutkimuksen ja sen jälkeen opettaja vielä varmistaisi löydöksen, Kirkinen pohtii.

Ultraäänitutkimusta oppii kuitenkin vain seuraamalla ensin toisen tekemiä tutkimuksia vierestä ja sitten itse tekemällä.

– Opetuksessa voisi lisäksi hyödyntää ulkomaisten mallien mukaisia tietokonepohjaisia opetusohjelmia ja suoritteiden seuraamista ja rakentaa meillekin jonkinlainen serttifikaatiojärjestelmä ainakin isoihin seulontayksiköihin, kannustaa Kirkinen.

Kaikkea ei ole vielä keksitty

– Jokaisen uuden ultraääniedistysaskeleen kohdalla on kuviteltu, että tämä on nyt tässä, mutta edes 3- ja 4D-tekniikat eivät ole viimeinen sana, sanoo Pertti Kirkinen.

Nykytekniikoillakin Kirkinen näkee paljon käyttämättömiä mahdollisuuksia.

– Lantion pohjan kuvantamismahdollisuutta ei ole paljon hyödynnetty, synnytyssalissa synnytyksen aikana ultraäänitutkimuksen mahdollisuuksia ei käytetä ja pehmytosadiagnostiikassa on vielä kääntämättömiä kiviä.

Tutkittavaakin riittää.

– Ultraäänellä voitaisiin tutkia muun muassa kudosten elastisuutta, tämä saattaisi olla syöpädiagnostiikassa hyvä apuväline. Malignin kudoksen kokoonpuristuvuus on erilainen verrattuna normaaliin kudokseen. Verenkiertopuolelta löytyy myös kuvantamisen haasteita. Voidaan katsoa punasolujen tiheyttä ja perfuusioon liittyviä asioita. Esimerkiksi sikiön aivojen perfuusion näkeminen olisi hyödyllistä. Jos keksittäisiin sikiön verenpaineen noninvasiiviseen mittaamiseen mentelmä, siitä olisi paljon hyötyä. Jotkut ovat jo väittäneet lähestyvänsä ratkaisua tässä asiassa.

Suomi on ollut ultraäänen kehittämisessä ja käytössä eturintamassa.

– Meillä oltiin avoimia ottamaan nopeasti uusi tekniikka tutkittavaksi ja käyttöön. Alkuvaiheessa tosin oli paljon polemiikkia siitä, tuliko menetelmä käyttöön ilman arviointia. Jälkikäteen voi sanoa, että se oli onnenkantamoinen, toteaa Pertti Kirkinen.

Tärkeänä hän pitää myös sitä, että obstetrinen ja gynekologinen ultraääni on ollut koko ajan kliinikoiden käsissä; laitteet ja niiden pienentynyt koko ovat mahdollistaneet nykypäivän bed-side -käytön. Menetelmä on gynekologin ja obstetrikon käden jatke, konkreettisesti. ■

■ Teksti ja kuvat MERJA METSÄ-HEIKKILÄ

Marjut Laurikka-Routti on toiminut meidän gynekologien ammatillisten etujen puolustajana toistakymmentä vuotta. Ura alkoi Gynaecologi Practicista ja jatkuu tällä hetkellä Lääkäriliiton hallituksessa ja liiton jaoksissa. Hän ei ole varsinaisesti pyrkinyt, mutta tarmokkaana, innostuneena ja asialleen omistautuneena on joutunut näihin lukuisiin luottamustoimiinsa. Yksityislääkäreiden asiat ovat olleet lähinnä hänen sydäntään.

Asialleen omistautunut edunvalvoja

Yksityislääkärin ura ei ollut itsestäänselvyys – eikä edes tavoite erikoistumisvaiheessa.

– Koulutin itseni kyllä sairaalalääkäriksi. Kun lapset olivat pieniä, puoliso teki työtä, jossa oli käytännössä lähes koko ajan poissa kotoa. Silloin oli tehtävä valinta, sairaalatyö päivystyksineen olisi ollut hankalasti järjestettävissä. Toinen syy oli se, että palattuamme miehen työkomennuksen jälkeen Hong Kongista oli huono työllisyystilanne, oli mahdollista saada vain pätkätöitä. Syntyi päätös yksityislääkärin urasta. Viisi vuotta tein kuitenkin jonkinlaista surutyötä, mutta nykyään olen tyytyväinen valintaani. Yksityislääkärin työssä on paljon antoisia puolia. Potilaskontaktit ovat pitkäkestoisia ja siellä on mahdollista hoitaa paljon kokonaisvaltaisemmin – puuttua muihinkin terveysasioihin kuin omaan erikoisalaan liittyviin. ▶

Marjut pitää vastaanottoa kahdessa lääkäriasemaketjussa, toisessa hän on myös Uudenmaan alueen vastuugynekologi.

– En ole johtoelimissä, vaan lähinnä asiantuntijaroolissa. Toimin linkkinä ammatinharjoittajien ja johdon välillä, vastaan omalta osaltani työolosuhteista ja koulutuksesta.

– Yksityislääkärin työ on yksinäistä ja jos se sisältää pelkästään vastaanottoa, on hyvä, että on muitakin työhön liittyviä tehtäviä. Järjestötyökin antaa siihen hyvän lisän. Jokaisen yksityislääkärin pitää muistaa itse huolehtia sekä jaksamisestaan että jatkokoulutuksestaan.

Gynaecologi Practicista kaikki alkoi

SGY:ssä nousi esille 90-luvun puolivälissä yksityislääkäreiden edustus yhdistyksen hallituksessa. Yksityislääkärin uralle suuntautunutta Marjutia kollega pyysi mukaan hallitukseen, mutta alkuun siihen ei ollut aikaa eikä vielä valmiuttakaan ja hän kieltäytyi. Gynaecologi Practicin toimintaan hän sen sijaan lähti mukaan joitakin vuosia myöhemmin, aluksi varainhoitajaksi ja vuoden kuluttua puheenjohtajaksi. SGY:n hallituskin tuli myöhemmin tutuksi, sillä vuodesta 1997 GP:n puheenjohtaja on kuulunut myös SGY:n hallitukseen.

– Puheenjohtajana ajattelin, että myös edunvalvonta on tehtävämme ja järjestimme tapaamisen Lääkäriliiton yksityissektorivaliokunnan kanssa. Sitä kautta ajauduin itse asiassa jo ennen liiton valtuuskuntaan valitsemista yksityissektorivaliokunnan jäseneksi.

SLL:n valtuuskuntaan Marjut tuli myöhemmin valituksi Suomen Erikoislääkäriyhdistyksen (SELY) listoilta. Sitten tie vei SELY:n hallitukseen, ja varapuheenjohtajaksi ja lopulta puheenjohtajaksi. Nykyisin Marjut on varapuheenjohtaja.

SELY on lääkäriliiton hallituksessa edustettuina olevista järjestöistä se, joka katsoo asioita myös yksityislääkärin kannalta.

– Jokainen lääkäriliiton hallituksen jäsen voi toki toimia omien mielipiteidensä ja käsitystensä varassa, mutta SELY:ssä me teemme paljon valmistelutyötä ja mietimme yhdessä näkökantoja hallituksessa käsittelyyn tuleviin asioihin.

Marjut Laurikka-Routti

- Yo Jyväskylä 1976
- LL Kuopion korkeakoulu 1982
- LT 1992 HY, aiheena ihon kautta annosteltu progestiini ehkäisyssä ja hormonikorvaushoidossa
- Erikoislääkäri 1991 HY
- Työskentelee päätoimisena yksityislääkärinä Helsingissä
- Perheeseen kuuluu puoliso sekä kolme aikuista tytärtä, joista nuorin asuu vielä kotona
- Harrastaa järjestötoimintaa, puutarhanhoitoa ja vuodenaikojen mukaan eri liikuntalajeja. Iloa arkeen tuovat kaksi koiraa, Aapo ja Betty.

Lääkäriliitto on tärkein vaikuttamisen kanava

Tämän hetken tärkein edunvalvojarooli Marjutilla on Lääkäriliiton hallituksen jäsenyys vastuualueenaan yksityissektori sekä jäsenyys kahdessa liiton kolmesta jaoksesta, edunvalvontajaoksessa ja terveyspoliittisessa jaoksessa.

– Tehtäviini kuuluvat kolumnit Lääkärilehdessä neljästi vuodessa, olen pyrkinyt kirjoittamaan aina yksityislääkäreitä koskevista asioista. Liitossa on juuri toteutettu laaja strategia- ja organisaatiouudistus ja siinä on riittänyt myös valmistelutehtäviä. Teemme myös Helsingin lääkäripäiville edunvalvontaan liittyviä koulutusosioita, tulevillakin päivillä minulla on sekä puheenjohtajuus että oma esitys. Kokouksia on riittämiin. Vaikka olen vastaanotolla periaatteessa viitenä päivänä viikossa, kokoukset syövät työaikaa niin, että käytännössä minulla on keskimäärin 15 vastaanottopäivää kuukaudessa.

Ura edunvalvojana on ollut monen sattuman summa. Yksi tehtävä on aina johtanut toiseen.

– En kai ole osannut kieltäytyäkään. Olen kokenut tärkeäksi, että edes joku lähtee toimimaan. En ole kokenut tehtäviä vaikeiksi ja tunsin jo etukäteen paljon lainsäädäntöä ja opastin joskus kollegojakin näissä kiemuroissa. Kun on mukana, on hyvin informoitu ja verkostoitunut, se on etu. Jos lupaudun johonkin, luonteeni on sellainen, että myös teen lupaamani. Toisaalta olen ollut jo niin kauan mukana, että voisihan sitä jo alkaa luopuakin, ei liiton hallituksessakaan olla määräänsä pidempään.

Mukavat ihmiset ja älylliset keskustelut ovat Marjutille tehtävän suola.

– Neuvotteluja etujen ajamiseksi tarvitaan, mikään ei tule ilmaiseksi ja annettuna. Liiton henkilökunta ei voi ilman meitä luottamusmiehiä hoitaa asioita. Innokkaita ihmisiä tarvitaan ja onneksi gynekologit ovat psykiatrien lisäksi tässä joukossa melko aktiivisia, verrattuna moniin muihin spesialiteetteihin.

Haasteita terveydenhuollossa piisaa

Terveydenhuollossa eletään muutosten ja haasteiden aikaa.

– Omalla alallamme tärkeitä haasteita terveyspoliittisesti tuovat terveydenhoitolaki, kuntauudistus ja sitä kautta se, mitkä sairaalat jatkavat toimintaansa tulevaisuudessa. Alamme on veturi, jonka jatko ratkaisee pitkälti, missä laajuudessa kyseisen sairaalan toiminta jatkuu. Päivystyskorvaukset ja tapa päivystää tulee ratkaistavaksi, EU:n työaikadirektiivin tulo on suuri haaste.

– Privaatissa Kela-korvausten kohtalo herättää varmasti keskustelua. Laki yksityisestä terveydenhuollosta on avattu ja nähtäväksi jää, millaisen kannan esimerkiksi uudet ministerimme tähän ottavat.

Ruotsin mallin toteutumiseen lähivuosina Marjut ei usko.

– Sivutoimisen yksityislääkärinä toimimisen kieltäminen saattaisi jopa johtaa siihen, että kuntapuolesta tulisikin häviäjä lääkäreiden paetessa yksityissektorille. Kela-korvausten poistamisella ei kenties olisi kovinkaan suurta vaikutusta yksityisten lääkäripalvelujen käyttöön – ihmiset hankkisivat vain entistä innokkaammin sairauskuluvakuutuksia. Julkinen puoli tuskin pystyy ainakaan nopeasti korvaamaan yksityislääkäreiden tekemää työtä, ainakaan keskeisimmillä aloilla silmätaudeissa, gynekologiassa ja psykiatriassa.

Yksityislääkärin muuttuva rooli

Paljon on tapahtunut muutoksia yksityislääkärin työoloissa kolmessakymmenessä vuodessa.

– Kun aloitin yksityisvastaanoton -83, ei ollut sopimuksia, vuokrat olivat pienet, jopa puolet nykyisestä. Lääkärin ja aseman suhde oli paljon persoonallisempi, vastaanottohuone oli toiveiden mukaisesti järjestetty ja palkkion sai kassalta kotiin lähtiessään, muistelee Marjut.

– Nykyisin asemat ovat osa suuria lääkäriasemaketjuja ja ammatinharjoittajan autonomiaa pyritään monin tavoin kaventamaan. Jokaisen on oltava tarkkana etujensa suhteen. Sopimukset pitäisi olla kunnossa, liitolla on oma sopimusmalli ja uutta ollaan sorvaamassa vastaamaan nykyistä lainsäädäntöä. Sinänsä isot yksiköt eivät ole paha asia, volyymi ja raha antavat laajemmat toimintamahdollisuudet. Lääkäreiden pitää vain vaatia, että työskentelyolosuhteet ovat kunnossa. Huonoilla ultraäänilaitteilla ei voi tehdä tutkimuksia eikä niillä tehtävistä tutkimuksista voi laskuttaa, muistuttaa Marjut esimerkkinä.

Lääkäriasemin ketjuuntuminen lienee saavuttanut jo huippunsa, jo kilpailulainsäädäntökin vaikuttaa tähän.

– Jotkut uumoilevat jo, että jossain määrin oltaisiin palaamassa vanhaan, syntyisi lääkäriomisteisia asemia. Jokainen ei kuitenkaan voi omistaa omaa asemaa, hallinnoiminen on aina pois omasta kliinisestä työstä.

Vakuutusyhtiöt tulevat tulevaisuudessa yhä useammin olemaan yksityislääkäreiden neuvottelukumppaneita.

– Vakuutuslaitokset pyrkivät sanelemaan taksoja ja määrittelemään toimintaa, kartelliakin on alettu epäillä. Tuoreimmat kiistat on käyty sairauskertomusten toimittamiseen liittyvästä kohtuulliseksi katsottavasta korvauksesta. Asiassa saatiin juuri hovioikeuden päätös, jossa yksityislääkäri voitti. Hänen pyytämänsä korvaus tietojen siirrosta oli kohtuullinen. Vakuutusyhtiön on maksettava lääkärille hänen pyytämänsä 73 euron palkkio vakuutusyhtiön maksaman 20 euron sijaan. Tärkeää onkin muistaa, että jokainen määrää itse palkkionsa, se on ammatinharjoittajuuden kulmakivi.

Yksityislääkäri tarvitsee hyvän ammattitaidon

CME (Continuous Medical Education) tulee, siitä Marjut on varma.

– Liitto on jo valmistautumassa siihen, sillä CME eli jatkuvan ammattitaidon ylläpidon vaatimus ja sen seuranta on toteutettu jo useassa Euroopan maassa. Liitto on tässä aktiivinen, sillä haluamme, että lääkärit itse kontrolloivat koulutusta. Meillä on kehitteillä järjestelmä, työnimellä Taitopuu, johon lääkäri itse kirjaa koulutuksensa ja siellä tehdään kollegavertailua. Näin voimme osoittaa, että meillä on jo toimiva jatkuvan kouluttautumisen seurantajärjestelmä. Tätä asiaa ajaa Lääkärien ammatillisen kehittymisen tuki ry (Pro Medico), jossa ovat mukana Suomen Lääkäriliitto, Duodecim ja Finska Läkarsällskapet. Mallia tähän järjestelmään on otettu erityisesti Kanadasta ja ohjelman prototyyppi on jo koekäytössä. On sanomattakin selvää, että hyvän ammattitaidon vaatimus koskee myös yksityislääkäreitä, toteaa Marjut. ■

■ Teksti LEENA VAARA ja JORMA PAAVONEN

Synnytys- ja naistentautiopin tutkimussäätiö 20 vuotta

Synnytys- ja naistentautiopin tutkimussäätiö täyttää 20 vuotta, mutta sen juuret ulottuvat vielä kauemmaksi. Suomen Gynekologiyhdistys on jakanut apurahoja nuorille tutkijoille 1960-luvun lopulta lähtien, ensin Gynekologian Tutkimusrahastona ja vuodesta 1988 Gynekologian Kehitysrahastona.

Vuosina 1988–1991 jaettiin apurahoja 23 nuorelle tutkijalle. Säätiön perustaminen oli jo silloin suunnitteilla. SGY:n hallituksen kokouksessa 9.1.1986 Hotelli Vaakunassa Helsingissä puheenjohtaja Antti Kauppila SGY:n vuosikokouksen (8.11.1985) valtuuttamana avasi keskustelun kertyneiden varojen käytöstä apulaislääkärijäsenten koulutuksen tehostamiseksi. Nils-Erik Backas valtuutettiin selvittämään Naistentautien tutkimussäätiön perustamista. Synnytys- ja naistentautiopin tutkimussäätiö perustettiin SGY:n hallituksen kokouksessa Kalastajatorpalla 15.11.1989. Säätiön sääntöehdotus hyväksyttiin SGY:n kevätkokouksessa Porissa 3.5.1990. Säännöissä varmistettiin SGY:n päätäntävalta säätiön asioissa. Oikeusministeriö vahvisti säätiön perustamisen ja säännöt 15.5.1991. Gynekologinen kehitysrahasto lakkautettiin ja sen varat, noin 500 000 mk siirrettiin Säätiölle. SGY:n hallituksen kokouksessa 13.11.1991

Taulukko 1.

Väitöskirja-apurahan saajat

1992: Marja-Liisa Hirvioja, Eila Lahti, Pirkko Sipilä, AydinTekay, Helena Tinkanen, Maija Tuppurainen
1993: Candido Tomas, Eeva Ekholm, Antti Hakala, Raimo Kekkonen, Kristiina Patronen, Harri Polvi
1994: Marita Räsänen, Tomi Mikkola, Satu Suhonen, Hannele Laivuori, Virpi Rantanen, Heikki Virtanen
1995: Heikkinen Anna-Mari, Heikkinen Heli, Juntunen Kaisa, Poranen Anna-Kaisa, Raudaskoski Tytti, Aulikki Saari-Kemppainen
1996: Annika Auranen, Seppo Heinonen, Mika Nuutila, Päivi Pakarinen, Anneli Pouta, Anna-Maija Tapper
1997: Pirjo Engblom, Saila Kauppila, Leea Keski-Nisula, Juha Korhonen, Varpu Ranta, Viveca Söderström-Anttila, Pekka Taipale
1998: Sirkka-Liisa Ala-Fossi, Mervi Haarala, Maija Harrela, Hanna-Leena Helin-Martikainen, Päivi Härkki-Siren, Ilkka Järvelä, Marja Komulainen, Sinikka Nuojua-Huttunen, Päivi Polo-Kantola, Eila Suvanto-Luukkonen
1999: Maarit Anttila, Laure Morin-Papunen, Piia Vuorela-Vepsäläinen, Johanna Tapper, Anne Talvensaari-Mattila, Maija-Riitta Orden, Leila Unkila-Kallio, Merja Kurkinen-Räty, Susanna Sumiala
2000: Riitta Koivunen, Kaarin Mäkikallio, Jaana Poutamo, Susanna Sainio, Terhi Saisto, Marja Simojoki
2001: Annaleena Heikkilä, Rita Isaksson, Varpu Jokimaa, Juuso Kallinen, Minnamaija Kekki, Nonna Makkonen, Saila Piippo
2002: Marianne Hinkula, Seija Korhonen, Nina Kuuva, Jaana Laasanen, Heini Lassus, Marko Niemimaa, Raija Räty, Merja Vainio, Tarja Vihtamäki
2003: Pauliina Aukee, Helena Honkanen, Sari Koivurova, Anniina Laurema, Kari Nieminen, Terhi Piltonen, Marjut Rintala, Kirsimarja Sallinen, Saara Taponen
2004: Eini Nikander, Tanja Saarela, Beata Stach-Lempinen, Antti Valpas
2005: Tarja Kalme, Liisa Karinen, Katriina Rautio, Marjut Rintala, Outi Palomäki, Sari Toivonen, Veli-Matti Ulander, Mervi Väisänen-Tommiska
2006: Riikka Aaltonen, Sirpa Eviö, Eija Laurikainen, Päivi Lehtovirta, Maarit Niinimäki, Piia Poikkeus, Kaisa Raatikainen, Kati Tihtonen
2007: Katja Lampinen, Jouko Järvenpää, Salla Kumpulainen, Hanna Sallinen, Minna Tikkanen
2008: Katja Ahinko-Hakamaa, Mervi Haapsamo, Maija Jakobsson, Ester Jääskeläinen, Päivi Rovio
2009: Heli Lyytinen, Heli Saarelainen, Jonna Salonen, Pauliina Tuomikoski, Outi Uimari
2010: Piritta Hynninen, Minna Jääskeläinen, Sinikka Oksa, Jatta Pirkola, Päivi Rahkola, Leena Rahkonen, Kirsi Rinne, Yrtti Valinen
2011: Susanna Jaakkola, Hanna Kahila, Riitta Koivisto-Korander, Jaana Marttala, Maarit Mentula, Reita Nyberg, Johanna Puurunen, Marjaleena Setälä

Säätiön historiikin kirjoittajat professori Jorma Paavonen ja opetushoitaja Leena Vaara.

nimitettiin ensimmäinen Synnytys- ja naistentautiopin tutkimussäätiön hallitus: Olavi Ylikorkala (puheenjohtaja). Antti Kauppila (varapuheenjohtaja), Patrick Zilliacus (sihteeri), Nils-Erik Backas (rahaston hoitaja) sekä jäseninä Matti Grönroos, Reijo Punnonen, Eeva-Marja Rutanen ja Seppo Saarikoski. Varajäseninä toimivat Pentti Jouppila, Paavo Mäntyviita, Carl Gustaf Nilsson, Tuula Salmi, Rita Siegberg, Sakari Suonio, Risto Tuimala ja Pekka Ylöstalo. Tilintarkastajiksi nimettiin Ilkka Haarlaa (KHT) ja Olavi Karjalainen. Ensimmäinen kokous pidettiin 15.11.1991 Tampere-talossa, Tampereella.

Apurahat 1992–2011

Säätiö on jakanut 328 500 euroa peräti 138 väitöskirjaa tekevälle tutkijalääkärille (Taulukko 1) ja hakijoita on ollut n. 300 (Kuva 1). Kuvassa 2 ovat apurahan saajat yliopistoittain. Post-doc apurahoja on vv. 1998–2011 jaettu viisi (Taulukko 2).

Säätiön pääoman kehitys

Säätiön alkupääoma oli siis 500 000 mk. Varainhoitajina ovat toimineet Nils-Erik Backas 1992–2006 ja vuodesta 2007 Marjut Laurikka-Routti. SGY on lahjoittanut Säätiölle vv. 1992–2010 yht. 669 910 euroa. Säätiön varoja hoitaa OP-Pohjola. Säätiöllä on sijoitustoiminnan seurantaryhmä, johon kuuluvat Nils-Erik Backas, Carl Gustaf Nilsson, Marjut Laurikka-Routti ja Tomi Mikkola. Sijoitussalkun kehitys on ollut suhteellisen hyvä (Kuva 3).

Taulukko 2.

Post-doc apurahan saajat
1999: Tomi Mikkola
2000: Pekka Taipale
2001: Ilkka Järvelä
2003: Kaarin Mäkikallio-Anttila
2010: Terhi Piltonen

Säätiö tänään

Säätiön hallituksessa on 7 varsinaista jäsentä ja 7 varajäsentä (Taulukko 3).

Taulukko 3

Synnytys- ja naistentautiopin tutkimussäätiön hallitus	
Varsinen jäsen	Varajäsen
Jorma Paavonen, Helsinki, puheenjohtaja	Aila Tiitinen, Helsinki
Juha Mäkinen, Turku, varapuheenjohtaja	Antti Perheentupa, Turku
Marjut Laurikka-Routti, Helsinki, varainhoitaja	Paavo Mäntyviita, Helsinki
Seppo Heinonen, Kuopio	Marjo Tuppurainen, Kuopio
Johanna Mäenpää, Tampere	Maarit Vuento, Tampere
Markku Ryynänen, Oulu	Juha Tapanainen, Oulu
Maarit Anttila, Kuopio	Leea Keski-Nisula, Kuopio
Tomi Mikkola, Helsinki	Oskari Heikinheimo, Helsinki

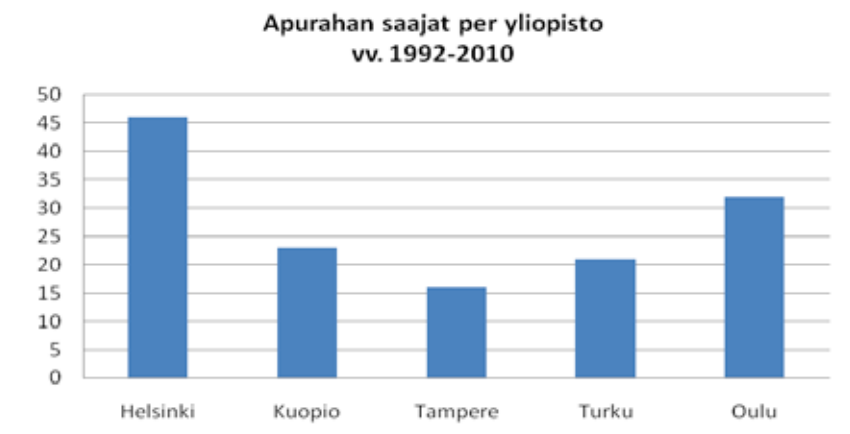
Synnytys- ja naistentautiopin tutkimussäätiö 20 vuotta

Teknisenä sihteerinä on toiminut Leena Vaara lähes alusta saakka. Säätiön hallitus kokoontuu 1–3 kertaa vuodessa pääsääntöisesti puhelinkokouksena. Yhteiskokouksia SGY:n hallituksen kanssa on pidetty noin joka toinen vuosi.

Pirkka-stipendi

Vuonna 2007 Karoliina Halmesmäen väitöksen yhteydessä syntyi ajatus Pirkka-stipendistä. Keskon pääjohtaja Matti Halmesmäki lahjoitti 10 000 € käytettäväksi sellaisen nuoren tutkijan tukemiseen, jonka väitöskirja käsittelee kliinistä aihetta ja jolla on ollut käytännön seurauksia klinikassa tai stimuloiva vaikutus myöhemmälle tutkimukselle. Säätiö jakoi summan kolmeksi erilliseksi stipendiksi. Ensimmäinen Pirkka-stipendi jaettiin SGY:n 80-vuotisjuhlassa 2008 Kaisa Raatikaiselle. Vuonna 2009 palkinnon sai Maija Jakobsson ja 2010 Maarit Niinimäki.

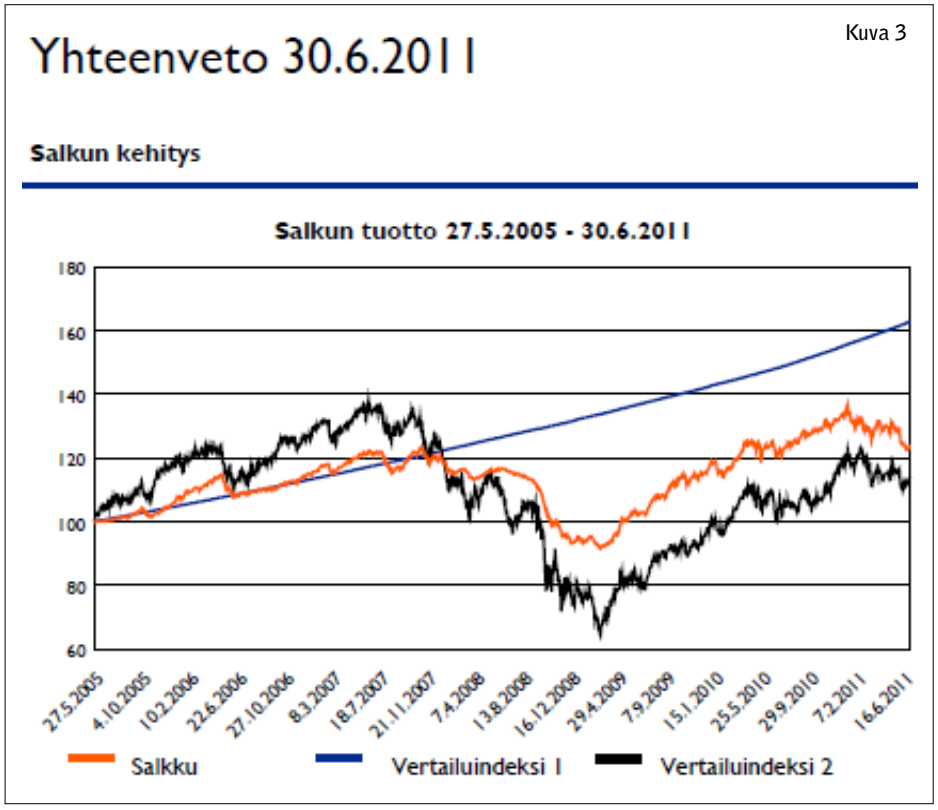
Kuva 2



Lopuksi

Tutkimussäätiön 20 vuotta ovat olleet suuri menestystarina. Säätiöllä on tukeva pääoma, jota säätiö on onnistunut kartuttamaan kansallisen ja kansainvälisen taloustilanteen turbulensseista huolimatta. Varainhoito on osaavissa käsissä. Pääoma on sijoitettu säätiön sääntöjen mukaisesti riskiä välttäen. Sijoituskohteet ja eri sijoitusinstrumenttien painotukset päätetään vuosittain asiantuntijoiden avulla. Johtavana periaatteena on tuoton jakaminen apurahoina pääomaan kos-

Kuva 1



kematta. Tämä strategia on toiminut vuosien saatossa hyvin. Säätiön panos synnytys- ja naistentautien tutkimuksen tukemisessa on huomattava. Sen avulla sairaalavirassa olevat erikoistuvat tutkijalääkärit voivat keskittyä tutkimukseen virkavapauden turvin. Tällaisen tarve ja kysyntä on ilmeinen, joka varsinkin viime vuonna näkyi hakemusten määrän huomattavana lisääntymisenä.

Mitä uutta?

Säätiön hallitus on pohtinut hakemuslomakkeen parempaa strukturoimista sekä e-lomakkeen käyttöön siirtymistä. Tämä siirtyminen tullee onnistumaan lähitulevaisuudessa. Näin halutaan yhdenmukaistaa hakemuksia niin, että struktuuri ja muoto paranevat. Olemme toiveikkaita sen suhteen, että lähivuosinakin säätiö pystyy tukemaan synnytys- ja naistentautien tutkimusta ainakin samassa määrin kuin tähän asti. ■

Hallituksen pöydältä

■ Poiminut AILA TIITINEN

• Hallitus on kesän aikana kokoontunut kahdesti; kesäkuun kokous oli poikkeuksellisesti maamme rajojen ulkopuolella, kävimme Tallinnassa. Tässä yhteydessä tutustuimme Tallinnan toiseen suureen naistentauti- ja synnytysklinikkaan. Vierailu oli mielenkiintoinen, virolaiset näyttävät olevan meitä edellä esimerkiksi sähköisissä potilastietojärjestelmissä. Muutenkin toiminta oli mutkatonta ja samalla tehokasta.

• Taloudellisesti yhdistyksen vuosi on sujunut hyvin. Naistentautien Tutkimussäätiö täyttää tänä syksynä 20 vuotta, ja sen kunniaksi hallitus päätti lahjoittaa Säätiölle 40 000 euroa. Tällä tavoin yhdistys haluaa tukea oman alamme tieteellistä tutkimusta. Tämän lisäksi tänä vuonna päätettiin jakaa erikoistuvien lääkäreiden kongressimatka-apurahoja tavanomaista useampia.

• Yhdistyksen tilitoimisto on vaihtunut. Taloudenhoitaja Pauli Wirta raportoi, että toimeksiantosopimus Tilitoimisto Riikka Olinin kanssa on allekirjoitettu 10.8.2011. Tehtävät siirtyvät uudelle tilitoimistolle tilikauden alusta 1.9.2011.

• Hallitus keskusteli kevään koulutuspäivien palautteesta. Kokoukset keskussairaalapaikkakunnilla katsottiin jatkossakin tärkeiksi. Kuopion vuosikokouksen luento-ohjelmaa jouduttiin muokkaamaan tavallista enemmän. Perinteistä presymposiumia ei myöskään järjestynyt. Hot topics -session aiheet sovittiin: erikoistumiskoulutuksen auditointi (Juha Mäkinen), bevasitsumabin (Avastin) käyttö (Johanna Mäenpää) ja ajankohtainen obstetrinen aihe (Veli-Matti Ulander).

• Syksyn 2012 Oulun kokousohjelman vastuuhenkilöt ja teemat sovittiin. Toisen päivän teema on ”Hoidon rajat ja eettiset valinnat”. Tässä sessiossa aihetta voidaan käsitellä esimerkiksi onkologin, infertiliteettilääkärin ja terveystaloustieteilijän näkökulmasta. Ohjelman suunnittelussa kiinnitetään huomiota erityisesti siihen, että keskustelulle jää aikaa. Toisena teemana ovat GI-sairaudet, otsikoiksi ehdotettiin muun muassa keliakiaa, tulehduksellisia suolistosairauksia, alavatsakivun erotusdiagnostiikkaa ja naisen maksasairauksia.

• Yhdistys järjestää hallintoon ja johtamiseen liittyvän koulutuksen. Seminaari järjestetään Lääkäriliiton tiloissa 9-10.2.2012. Tilaisuus on tarkoitettu sekä erikoistuville että erikoislääkäreille, mukaan mahtuu 90 osallistujaa. Aiheiksi on toivottu muun muassa kriisiviestintää, ohjeita sosiaalisen median kanssa toimimiseen sekä muuttuvaa johtamista. Ohjelma on syksyn kuluessa nähtävissä kotisivuilla ja Syklissä. Tilaisuuteen ei tule osallistumismaksua.

• Tämän vuoden lopussa pienryhmille valitaan uudet puheenjohtajat seuraavaksi kolmivuotiskaudeksi. Pienryhmiä pyydetään toimittamaan ryhmän vuosikertomus ja toimintasuunnitelma 30.9.2011 mennessä. EGOn koulutustoimintaan liittyvä sopimus seuraavasta kolmivuotiskaudesta on allekirjoitettu MSD:n kanssa.

• THL:n toimenpideluokituksen erikoisalakohtaisten asiantuntijaryhmien kokoonpano vaihtui 30.6.2011. Erikoisalayhdistyksiltä pyydettiin ehdotukset jäsenistä ajalle 1.8.2011–31.12.2013. Yhdistyksen puolesta jäseniksi esitettiin Leena Petas (Diacor), Riikka Aaltonen (TYKS) ja Veli-Matti Ulander (Kätilöopiston sairaala). ■

SGY on jäsenenä monissa kansainvälisissä järjestöissä, jotka esitellään nyt alkavassa artikkelisarjassa. Sarjan aloittaa itseoikeutetusti FIGO.

■ Teksti MARKKU SEPPÄLÄ ■ Kuva Merja Metsä-Heikkilä

FIGO – globaali gynekologien kattojärjestö

Kansainvälinen gynekologiyhdistysten liitto (The International Federation of Gynecology and Obstetrics, FIGO) perustettiin Geneven yliopiston professori Hubert de Wattevillen aloitteesta 1954. Perustamiskirjan allekirjoittivat Genevessä 42 maan gynekologiyhdistysten edustajat, mukana Suomi.

FIGO rekisteröitiin Geneveen osallistujamaiden jäsenyhdistysten federaatioksi. Se on voittoa tavoittelematon hyväntekeväisyysjärjestö, jonka rahoituslähteitä ovat jäsenmaksut, lahjoitukset, projektisopimukset ja tulot kolmivuosittaisista kongresseista.

FIGO:n viralliset kielet ovat englanti, ranska ja espanja. FIGO sai asiantuntijaorganisaationa I luokan konsultaatiostatuksen YK:ssa. Vuonna 2005 FIGO rekisteröitiin Lontooseen, missä sen toiminta käynnistyi virallisesti vuoden 2008 alussa.

FIGO:n missio perustamisasiakirjan mukaan

a) Edistää gynekologiaan ja obstetriikkaan liittyvää tieteellistä tutkimusta tavoilla, joilla voidaan parantaa naisten, äitien ja heidän lastensa fyysistä ja henkistä terveyttä ja edistää alan tiedonvälitystä, koulutusta ja kansainvälistä yhteistyötä.

b) Laatia suosituksia menettelytavoista, joiden avulla näitä päämääriä voidaan toteuttaa jäsenyhdistysten kautta.

c) Edustaa jäsenyhdistyksiä yhteisten tieteellisten projektien suunnittelemisessa ja toteuttamisessa.

d) Tehdä aloitteita ja auttaa jäsenyhdistyksiä kaikissa a-kohdassa määritellyissä asioissa.

e) Järjestää kaikkia jäsenmaita tai tiettyjä maaryhmiä käsittäviä kansainvälisiä kongresseja. Mikäli olosuhteet niin sallivat, kaikkia maita koskevat kansainväliset kongressit tulee järjestää vuorotellen eri maanosissa, ja kaikkien jäsenyhdistysten jäsenet voivat osallistua näihin kongresseihin.

FIGO
INTERNATIONAL FEDERATION OF GYNECOLOGY & OBSTETRICS

Toiminnan taustalla naisten oikeudet

FIGO:n toiminnan taustavaikuttajina ovat olleet naisten terveyden ja lisääntymisoikeuksien laiminlyönnin seuraukset.

● 585 000 naista vuodessa kuolee raskauteen liittyviin komplikaatioihin. Äitikuolemista 90 % tapahtuu Aasiassa ja Saharan eteläpuolisessa Afrikassa, 10 % muissa kehitysmaissa ja vain alle prosentti teollisuusmaissa.

● 200 000 naista kuolee vuosittain raskauden ehkäisypalveluiden puuttumisen vuoksi.

● 120–150 miljoonaa raskauksiensa lukumäärän rajoittamista haluavaa naista on tehokkaiden kontraseptiivisten palveluiden ulkopuolella.

● 75 miljoonaa 175 miljoonasta raskaudesta on ei-toivottuja. Niistä seuraa 45 miljoonaa aborttia tai keskenmenoa ja 30 miljoonaa synnytystä.

● Miljoona ihmistä kuolee vuosittain seksuaalivälitteisiin sairauksiin, mukaanlukien HIV-AIDS. Arviolta 333 miljoonaa ihmistä saa vuosittain jonkin sukupuolitaudin.

● Monissa maissa kuusi naista kymmenestä on sairastanut jonkin sukupuolitteitse tarttuvan taudin, mistä voi seurata infertiliteettiä, kohdunkaulan syöpää ja muita terveyshaittoja.

● 120 miljoonaa naista on läpikäynyt genitaalien silpomisen – 2 miljoonaa vuosittain siitä huolimatta, että heidän maansa hallitus on kieltänyt sen. Käytäntö on yleinen 28 maassa.

Säännöt elävät muuttuvassa maailmassa

Perustamiskokouksessa laadittuja sääntöjä on hiottu maailmankongressien yhteydessä pidetyissä yleiskokouksissa 1958, 1964, 1970, 1985, 1997, 2000 ja 2003 (Taulukko 1). Alun perin federaatioon kuului vain yksi jäsenjärjestö kustakin maasta. Vuoden 2000 yleiskokouksessa Washington DC:ssä jäsenyhdistysten määrä oli ylittänyt sadan, ja Kiinan gynekologiyhdistys liittyi 100 000 jäsenensä voimalla FIGO:on. Tämä tapahtui kuitenkin ehdollisena Taiwanin kysymyksen vuoksi. Kiinan mukaan tulon mahdollisti muodollisesti se, että muutetut säännöt sallivat poikkeustapauksissa useamman kuin yhden jäsenjärjestön edustuksen samasta maasta tai alueelta (esimerkkeinä Kiina ja Taiwan; Kiina ja Hong Kong; Israel ja Palestiina).

Vuoden 2003 säännöissä (Int J Gynecol Obstet 2004;86:190-201) federaation missio määritellään seuraavasti: "…edistää naisten terveyttä ja hyvinvointia maailmanlaajuisesti kehittämällä gynekologian ja obstetriikan hoitokäytäntöjä, parantaen naisten asemaa ja edistämällä naisten osallistumista erikoisalan toimintaan." Vuonna 2009 hyväksytyissä säännöissä ei ole mainintaa missiosta eikä tavoitteista, sen sijaan ne löytyvät nettiversion http://www.figo.org otsikosta Mission & Vision Statement.

Taulukko 1. **FIGO:n Maailmankongressit ja niiden puheenjohtat**

Vuosi	Kongressipaikka	FIGO:n puheenjohtaja kongressin aikana
1954	Geneve	Hubert de Watteville (Sveitsi)*
1958	Montreal	Leon Gérin-Lajoie (Kanada)
1961	Wien	Raymond Keller (Ranska)**
1964	Mar del Plata	Howard C. Taylor (USA)
1967	Sydney	Giuseppe Tesauro (Italia)
1970	New York	Alfonso Alvarez-Bravo (Meksiko)
1973	Moskova	Sir John H. Peel (UK)
1976	Mexico City	Bhalkchandra N. Purandare (Intia)
1979	Tokio	Roberto Caldeyro Barcia (Uruguay)
1982	San Francisco	Keith P. Russell (USA)
1985	Berliini	Claude Sureau (Ranska)
1988	Rio de Janeiro	Shan S. Ratnam (Singapore)
1991	Singapore	José Aristodemo Pinotti (Brasilia)
1994	Montreal	John J. Sciarra (USA)
1997	Kööpenhamina	Mahmoud Fathalla (Egypti)
2000	Washington DC	Markku Seppälä (Suomi)
2003	Santiago de Chile	Shirish Sheth (Intia)
2006	Kuala Lumpur	Arnaldo Acosta (Paraguay)
2009	Kapkaupinki	Dorothy Shaw (Kanada)
2012	Rooma	Gamal Serour (Egypti)

*Puheenjohtajuuden jälkeen Hubert de Watteville toimi FIGO:n pääsihteerinä vuoteen 1976 saakka.
**Prof. Kellerin sairastumisen vuoksi Hubert de Watteville toimi yleiskokouksen puheenjohtajana.

Taulukko 2. **FIGO:n toimintayksiköt**

FIGO/WHO Alliance for Women's Health
FIGO Committee for the Ethical Aspects of Human Reproduction and Women's Health
FIGO Committee on Gynecologic Oncology
FIGO Committee on Perinatal Health
FIGO Committee on Women's Sexual and Reproductive Rights
Working Group on FIGO Classification of Female Urinary Incontinence

Toimintayksiköt toteuttamaan missiota

FIGO:ssa toimi 1970–90 luvuilla pysyviä komiteoita (Standing Committees) tai työryhmiä (Study Groups) gynekologisen syövän, perinataalisen terveyden, nuorisogynekologian, STD/AIDS -kysymysten, teknisten menetelmien arvioinnin, rintarauhasen tutkimuksen, urogynekologian, eettisten kysymysten, koulutuksen sekä naisten aseman ja lisääntymisoikeuksien aloilla. Komiteoiden puheenjohtajat raportoivat toiminnastaan hallitukselle ja heillä oli läsnäolo-oikeus hallituksen kokouksissa. Suomalaisista professori Lauri Rauramo toimi nuorisogynekologia-komitean (Joint Committee for the Study of Gynecological Problems in Childhood and Adolescence) puheenjohtajana 1980-luvulla.

Tämä toimintamalli oli käytössä vuosikymmeniä, mutta osoittautui kalliiksi. Kun kussakin komiteassa tai ryhmässä oli jopa kymmenen jäsentä, matkakustannukset kokouksiin olivat suuret. Tuloksia taas ei saatu rahoituksen puutteeseen vedoten. Jotkut ryhmien puheenjohtajista järjestivät FIGO:n nimissä omia kongressejaan ilman, että FIGO pystyi vaikuttamaan niiden sisältöön saati saamaan niistä tuloja. Näin tapahtui erityisesti Italiassa. Sen vuoksi 1990-luvun alkupuolella päätettiin ryhtyä toimenpiteisiin komiteoiden määrän vähentämiseksi. Jäsenet pitivät kuitenkin tiukasti kiinni asemistaan, ja siksi 1997 FIGO:n kaikki komiteat lakkautettiin ja tilalle perustettiin 21 neuvoa-antavaa asiantuntijapaneelia (Advisory Panels), joihin entiset komiteoiden ja työryhmien jäsenet suostumuksensa ja asiantuntemuksensa mukaisesti sijoitettiin. Yhteydenpito toimi sähköisesti. Samalla perustettiin uudet toimintayksiköt (Taulukko 2). Sittemmin asiantuntijapanelit jäivät pois organisaation toiminnasta, ja uusia toimintoja on komiteoiden muodossa syntynyt. ▶

FIGO

Esimerkkeja toiminnasta

FIGO/WHO Aliance for Women's Health. Koko olemassaolonsa ajan FIGO on toiminut läheisessä yhteistyössä Genevessä päämajaansa pitävän Maailman Terveysjärjestön kanssa. Yhteistoiminnan kehittämisessä WHO/FIGO Task Force loi perustan yhteistyölle 1980–90 luvuilla, kun WHO:n reproduktiojohtajana toiminut Mahmoud Fathalla toimi ryhmän vetäjänä myös FIGO:ssa. Task Forcen työtä jatkoi 1997 perustettu FIGO/WHO Allianssi, jossa puheenjohtajuuden jakoivat FIGO:n ja WHO:n edustajat. Allianssiin kuuluivat FIGO:n ja WHO:n lisäksi IPPF (International Planned Parenthood Federation), UNFPA (YK:n väestörahasto), UNICEF ja Maailmanpankki. Maailmanpankin saaminen mukaan yhteistyöhön hyödyttti kaikkia osapuolia eri organisaatioiden strategioita koskevan informaatiovaihdon parantuessa. FIGO:n vahvuus tässä oli hyvät yhteydet ruohonjuuritasolle. Vuoden 2003 kokouksessa Maailmanpankin edustajana oli ruotsalainen Jerker Liljestrand, josta tuli myöhemmin FIGO:n rahastonhoitaja. Hän toi FIGO:n toimintaan taloudellista tukea myös Ruotsin SIDA:lta (Swedish International Development Cooperation Agency). WHO/FIGO Allianssin tehtävänä oli toimia myös World Report on Women's Health -kirjan toimituskuntana ja FIGO:n Pelastakaa äidit -projektin neuvonantajana. Allianssi kiinnitti toiminnassaan huomiota myös moniin epäkohtiin: naisiin kohdistuva väkivalta; naisen genitaalien silpominen; epätasa-arvo palveluiden saatavuudessa; naisten yhteiskunnallisen tasa-arvon parantaminen koulutuksen kautta; naisten tarvitsemien terveyspalveluiden niukkuus. Allianssi saattoi niin ikään valmistella FIGO:n yleiskokouksen esityslistalle päätöslauselmaehdotuksia.

Eettinen komitea Vuosien varrella punnittuja komitean kannanottoja (Taulukko 3) on julkaistu monta kertaa. Ne heijastavat aikakautensa ajattelutapoja ja kehitystä ja ovat muuttuneet vuosien saatossa.

Syöpäkomitea ylläpitää ja päivittää gynekologisen syövän maailmanlaajuista luokitusta, johon nykyinen diagnostiikka ja hoito perustuvat. Lisäksi komitea on julkaissut kolmivuosittain kirjaa FIGO Annual Report on the Results of Treatment in Gynecologic Cancer. Se sai alkunsa jo 1928 Kansainyhteisön terveysjärjestön syöpäkomission (Radiological Subcom-

Pelastakaa äidit – advokaatiosta implementaatioon

Joka vuosi 60 miljoonaa naista synnyttää olosuhteissa, joissa synnytystä avustaa joko täysin kouluttamaton henkilö, perheenjäsen tai ei kukaan. Kehitysmaissa jokainen raskaus on naiselle vaarallinen, koska komplikaatioiden hoito on puutteellista. Vain 53 %:ssa synnytyksistä avustaa lääkäri tai kätilö. Tämän tiedon valossa käynnistettiin 1997 Pelastakaa äidit -demonstraatioprojekti, jonka päämääränä oli osoittaa, että äitikuolleisuuteen voidaan vaikuttaa.

Ohjelman ensimmäisessä vaiheessa valittiin WHO/UNICEF -tiedostoista sellaiset suuren äitikuolleisuuden maat, joissa oli sekä yhteistyöhaluinen FIGO:n jäsenyhdistys että yhteistyöhaluinen maan hallitus, jonka intressissä oli edistää naisten terveyttä. Kehittyneistä maista valittiin FIGO:n jäsenjärjestö, joka oli halukas ryhtymään kehitysmaaparinsa kanssa yhteistoimintaan. Luodut maaparit olivat: Mosambik – Italia (portugalin kielen vuoksi yhtyshenkilönä toimi professori Anibal Faúndes Brasiliasta); Uganda – Kanada; Etiopia – Ruotsi; Pakistan – Iso Britannia ja Keski-Amerikan maat (El Salvador, Nicaragua, Honduras ja Guatemala) – Yhdysvallat.

Kehitysmaiden alueista tehtiin tarveharkinta, jossa kiinnitettiin erityistä huomiota kolmeen äitikuolleisuuttta aiheuttavaan viiveeseen:
1) viive päätöksessä hakea apua
2) viive hoitopaikkaan pääsyssä
3) viive hoidon saamisessa hoitopaikassa ja hoidon laatu.

Päämääränä oli, että yli 15 % synnytyksistä tulisi tapahtua synnytyslaitoksissa ja että keisarileikkausten osuuden tulisi olla vähintään 5–15 %.

Alueet valittiin viidestä maasta. Mosambikissa, jossa väkiluku oli 19 miljoonaa, oli 19 gynekologia. Kaikki toimivat suurissa kaupungeissa, ja heistä yksi oli maan pääministeri. Elinaikainen äitiyskuoleman riski oli 1:9. Kaupunkien ulkopuolisesta väestöstä suuri osa ei ollut koskaan tavannut synnytyslääkäriä. Keisarileikkaukset olivat harvinaisia ja koulutetut teknikot tekivät ne. Tulva-alueilla hoitoonpääsy oli kanootin varassa niin vaikeaa, ettei tällaisia alueita pystytty ottamaan mukaan lainkaan. Etiopiaa taas rasitti sota Eritrean kanssa, Ugandassa olosuhteet olivat paremmat, samoin Pakistanissa ja Keski-Amerikan maissa. Hankkeen alueet valittiin sen mukaan, onko siellä jo hätäapuun pystyviä synnytysyksiköitä, joissa lääkehoito, verensiirto ja keisarileikkaus ovat mahdollisia. Jos niitä ei ole, on turha ensin lisätä avohoitoa, sillä tutkimukset ovat osoittaneet, että myös kehitysmaissa odottavat äidit hakeutuvat komplikaation sattuessa suoraan sairaalaan, jos vain sellainen on olemassa. Jos toimiva hoitoyksikkö oli olemassa, tehokas investointi saattoi olla perheen sairaankuljetukseen ja hoitoon tarvittavat kustannukset kattavan lainan takaaminen.

Kolmannessa vaiheessa siirryttiin jäsenjärjestöjen ja viranomaisten kanssa demonstraatioprojekteihin, joissa viiveisiin pyritettiin puuttumaan (Duodecim 1998; 114: 2212-14). Useimmat äitikuolemista johtuivat verenvuodosta, pahoista tulehduksista (lapsivuodekuume, likaiset abortit), pre-eklampsiasta ja synnytyksen pysähtymisestä. Hoidotta jättäminen tekee niistä hengenvaarallisia. Hallinnollisissa interventioissa kiinnitettiin huomiota lainajärjestelyihin, sairaankuljetukseen,

mission of the Cancer Commission of the Health Organisation of the League of Nations) toimeksiannosta, jotta kohdunkaulan syövän sädehoitotuloksia voitaisiin vertailla eri levinneisyysasteiden ja hoitolaitosten välillä. Vuonna 1958 FIGO:sta tuli raportin virallinen tuottaja, ja sitä on julkaistu vuodesta 1973 lähtien FIGO:n maailmankongressien yhteydessä. Toimitustyö tehtiin pitkään Oslon Radiumhemmetissä, kunnes gynekologisen syövän hoito muuttui enenevässä määrin sädehoidosta kirurgiseksi. Kirjan toimittamisesta on sen jälkeen vastannut FIGO:n syöpäkomitea. Niukan raportoinnin vuoksi kirjan arvostus ei ole ollut kovin suuri. Sädehoidon ja kirurgisen hoidon vertailun vuoksi levinneisyyden luokittelu perustui aluksi preoperatiiviseen diagnoosiin, mutta kun kliininen diagnoosi muuttui usein leikkauslöydöksen perusteella, levinneisyysluokittelu perustuu nykyään leikkauslöydökseen jatkohoidon valitsemiseksi. Luokittelua on myös laajennettu koskemaan kaikkia gynekologisia syöpiä.

Naisen seksuaalinen terveys ja oikeudet. Tämän kansainvälisen työryhmän toiminnassa vaikutusvaltaisimmat edustajat olivat Dorothy Shaw ja kansainvälisen oikeuden asiantuntijat Rebecca Cook ja Bernard M. Dickens. Toiminnasta on julkaistu arvokkaita artikkeleita FIGO:n julkaisusarjassa.

FIGO antaa tunnustusta ja palkitsee

Hubert de Wattevillen muistoluento on pidetty vuodesta 1991 lähtien. Se pidetään FIGO:n ja IFFS:n kongressissa molempien järjestöjen perustajan kunniaksi. FIGO:n kongressissa viimeisimmät luennoitsijat ovat olleet Alan Trounson 2009, Martin Pera 2006, Markku Seppälä 2003, Mahmoud Fathalla 2000 ja Egon Diczfalusy 1997.

The Ovidon Trust Prize jaettiin ensimmäistä kertaa Kapkaupungissa 2009. Palkintoluennon piti Harald Zurhausen, nobelisti ja Helsingin yliopiston kunniatohtori, joka keksi papilloomaviruksen ja kohdunkaulan syövän yhteyden.

FIGO julkaisijana

International Journal of Gynecology and Obstetrics ilmestyy kuukausittain. Sen ensimmäinen päätoimittaja oli italialainen professori Giuseppe Tesauri 1963–68, jota seurasivat Harold Kaminetsky 1968–85, John J. Sciarra 1985–2006 ja Timothy R.B. Johnson 2007–, kaikki USA:sta.

FIGO Newsletter ilmestyy kolmasti vuodessa ja käsittelee ajankohtaisen toiminnan tiedottamista jäsenjärjestöille. ▶

tukihenkilöihin ja puhelinyhteyksiin. Sairaalatasolla huomio kiinnitettiin ympärivuorokautiseen veren saantiin ja sen säilytykseen, välineisiin ja leikkausolosuhteisiin. Tavoitteena oli osoittaa prosessi- ja toimintaindikaattoreiden avulla, että menettely kannattaa (esimerkiksi riskisynnytysten määrä sairaaloissa suurentui, samoin keisarileikkausten määrä). Toimintaindikaattorit voivat intervention jälkeen osoittaa, että raskauskomplikaatioiden vuoksi hoitoa saaneiden naisten määrä on suurentunut, aika hoitoon pääsyyn on lyhentynyt ja henkiin jääneiden osuus raskaushäiriöiden vuoksi hoidettujen joukossa on suurentunut. Näiden tulosten toivottiin vakuuttavan hallituksia jatkamaan toimintaa projektin päätyttyä. Kuoleman pitäminen mittarina olisi edellyttänyt suuriin väestörekistereihin kohdistuvia tutkimuksia, eikä sitä voitu käyttää, koska luotettavat rekisterit puuttuivat.

Rahoitusta ohjelmalle saatiin FIGO:n jäsenjärjestöjen ohella YK:n väestörahastolta, Maailmanpankilta ja Pharmacia-Upjohn -yhtiöltä, joiden edustajat osallistuivat FIGO/WHO Allianssin kanssa ohjeman valvontaan. Myöhemmin tukijoihin liittyi myös Bill ja Melinda Gates -säätiö muun muassa tietokoneistamalla jäsenyhdistysten toimintaa. ■

Taulukko 3. **FIGO:n eettisen komitean kannanottoja**

Sex selection (1994)
Informed consent (1995),
Doctor/patient relationship (1995)
Cloning in human reproduction (1997)
Patenting human genes (1997)
Research on pre-embryos (1989)
Sale of gametes and embryos (1989)
Altering genes in humans (1996)
Donation of genetic material for human reproduction (1994)
Use of embryonic or fetal tissue for therapeutic clinical applications (1992)
Prevention of iatrogenic multiple pregnancy (2000)
Surrogate motherhood (1988)
Prenatal diagnosis in the conceptus (1991)
HIV and reproduction (1996)
Caesarean delivery for non-medical reasons ((1998)
Definition of pregnancy (1998)
Management of severely malformed fetus (1995)
Selective reduction of multiple pregnancy (1989)
Termination of pregnancy following prenatal diagnosis (1991)
Anencephaly and organ transplantation (1988)
Collection of cord blood (1988)
Threshold of viability of newborn infants (1997)
Management of malformed newborn infants (1995)
Sterilization (1989/2000)
Use of antiprogestins (1994)
Induced abortion for non-medical reasons (1998)
Privacy and confidentiality in reproductive medicine (2002)
Testing for genetic disposition to adult onset disease (2002)
Emergency contraception (2002)
Advertising and marketing (2003)
Physicians' relationship with industry (2003)
Advertising of credentials & education (2003)
Medical information and advertising on the web (2003)

FIGO

Annual Report on the Results of Treatment in Gynecologic Cancer ilmestyi aikaisemmin joka kolmas vuosi. Sittemmin Syöpäkomitea on julkaissut päivitettyä yhteenvetoa gynekologisen syövän luokittelusta.

World Report on Women's Health ilmestyy kolmivuosittain, toimittajina ovat perinteisesti olleet tulevat presidentit: Mahmoud Fathalla1994; Markku Seppälä 1997; Shirish Sheth 2000; Arnaldo A. Acosta & Louis Keith 2003; Dorothy Shaw & Louis Keith 2006 ja Gamal Serour 2009, ja kirjan asiantuntijaraatina on toiminut WHO/FIGO Allianssi.

Yleiskokous päättää hallituksen esityslistalle tuomista asioista

Yleiskokouksella (General Assembly) on järjestön ylin päätösvalta. Se pidetään kerran kolmessa vuodessa maailmankongressin yhteydessä, puheenjohtajana FIGO:n puheenjohtaja (Taulukko 1). Hallitus valmistelee esityslistan ja vain esityslistan asioita käsitellään. Yleiskokous voi muuttaa organisaation sääntöjä hallituksen esityksestä määräenemmistöllä (2/3 annetuista äänistä). Yleiskokous päättää myös hallituksen toimintakertomuksen ja tilinpäätöksen hyväksymisestä ja valitsee hallituksen jäsenet ja valintavuorossa olevat virkailijat seuraavaksi kolmevuotiskaudeksi.

Koska yleiskokousen edustajat tulevat erilaisista kulttuureista, heillä on monenlaisia käsityksiä siitä, miten päätöksenteon on tapahduttava. Sen vuoksi menettelytavat on selvitettävä yleiskokouksen alussa. Niissä FIGO noudattaa länsimaisen parlamentarismin klassisia periaatteita, jotka on kuvattu kirjassa "Robert's Rules of Order". Yleisperiaate on, että enemmistö päättää, vähemmistöä on kuultava ennen päätöstä ja yksilöillä on oikeus tulla kuulluksi. Koska FIGO on kansallisten jäsenjärjestöjen federaatio, sanalla "yksilö" tarkoitetaan yleiskokouksessa kansallisen jäsenjärjestön edustusta, jonka äänimäärä riippuu jäsenyhdistyksen koosta.

Elleivät säännöt toisin määrää, useimmissa tapauksissa asioista päätetään yksinkertaisen enemmistön äänillä. Kaikilla äänikelpoisilla jäsenjärjestöillä on oikeus äänestää tai olla äänestämättä, eikä puuttuvia tai tyhjiä ääniä lasketa. Sen jälkeen kun kokouksen laillinen päätösvalta on todettu, vain annetut äänet ratkaisevat. Kun laillinen päätösvalta on todettu (esimerkiksi 100 äänen raja ylitetty), ja jossain äänestyksessä annetaan yhteensä vain 70 ääntä, niin päätösvaltainen enemmistö näistä äänistä on 36. Äänten kokonaisäänimäärä voi vaihdella kahdessa peräkkäisessä äänestyksessä, jopa samasta asiasta. Siihen ei puututa, koska äänivaltaisella jäsenellä on myös oikeus olla äänestämättä milloin hyvänsä. Näiden seikkojen vuoksi äänestysprosessi vaatii yleiskokouksen osallistujilta erityistä valppautta ja sääntöjen ymmärtämistä.

Hallitus (Excecutive Board), jossa on 24 jäsenmaan edustajaa ja 6 virkailijaa, kokoontuu vähintään kaksi kertaa vuodessa. Se päättää järjestön toiminnasta ja administraatiosta. Henkilökohtaisten tapaamisten lisäksi suuri osa toiminnasta tapahtuu sähköisen tiedonvälityksen kautta. Jäsenyhdistykset voivat esittää pääsihteerin kautta hallitukselle asioita, joita haluavat järjestön hallituksen käsittelevän.

Luottamuspohjaiset virkailijat (Officers) ovat hallituksen jäseniä. Heitä ovat puheenjohtaja, varapuheenjohtaja, tuleva puheenjohtaja, toimikautensa välittömästi päättänyt puheenjohtaja, pääsihteeri, ja rahastonhoitaja. Kokouksissa on myös läsnä seuraavan kongressin tieteellinen puheenjohtaja. Virkailijat kokoontuivat tarvittaessa useita kertoja vuodessa hoitamaan organisaation toimintaa. Yleensä kokoukset pidettiin FIGO:n päämajassa Lontoossa, jossa käytettävissä on palkattu monikielinen (englanti, espanja, ranska) sihteeristö.

Suhtautuminen aborttiin on edelleen kansainvälisesti vaikea kysymys

Yleiskokouksen asialistalle voidaan ottaa päätöslauselmia (resolution). Hyväksyttyä päätöslauselmaa ei voida muuttaa samassa istunnossa, tästä on hankala esimerkkikin: Vuoden 2000 FIGO/WHO Pre-congress Workshopissa keski-amerikkalainen kollega pyysi FIGO:lta apua tapauksessa, jossa raiskattu nainen oli tullut raskaaksi ja joutui vankilaan. Puheenjohtajalta perättiin, eikö FIGO:lla ole virallista kantaa aborttiin, kun monilla jäsenmaillakin on. Uskonnollisista eroista johtuen FIGO:lla ei ole virallista kantaa, mutta sen Eettinen komitea on julkaissut oman kannanottonsa. Columbia-yliopiston (New York) professori Allan Rosenfield kysyi, eikö FIGO:lla ole rohkeutta ottaa aborttiasiaa esille. Yleensä eri maissa kanta aborttiin noudattaa maan vallitsevaa lainsäädäntöä. Oli tiedossa, että professori Rosenfieldiltä oli tulossa yleiskokouksen asialistalle päätöslauselmaehdotus. Hän suostui ottamaan ehdotukseensa mukaan FIGO:n eettisen komitean kannanoton, joka noudatti Kairon 1994 ja Pekingin 1995 väestökongressien julkilausumia. Myös Suomi oli aikanaan vahvistanut ne. Pekingin julkilausuman perusteella aborttilainsäädäntö on kunkin maan suvereniteettiin kuuluva asia, ja jos abortti on maassa lain perusteella sallittu, niin sen tulee olla naiselle mahdollisimman turvallinen. Näin muotoiltu lause esitettiin yleiskokouksessa Rosenfieldin resoluutiotekstissä, ja se meni läpi keskusteluitta. Kuitenkin puolen vuoden kuluttua katolinen kirkko reagoi tähän päätöslauselmaan voimakkaasti. Kirjatusta päätöslauselmasta (http://www.figo.org/projects/reproductive_and_sexual_health) ei mainittua lausetta enää löydy. Tuolloin FIGO:n pääsihteerinä toimi katolisena tunnettu Rooman yliopiston professori. Menettelytapaa tosin pehmensi se, että yleiskokousraportissa mainittiin "the dilemma of unsafe abortion", johon 70 000 naista kuolee vuosittain ja lukematon määrä muita kärsii infektioista ja muista terveyteen liittyvistä komplikaatioista.

Ongelmalliset jäsenmaksut

Jäsenmaksut on kerätty jäsenmäärän mukaan, kuitenkin siten, että suurten maiden jäsemaksuille on asetettu katto (5000 jäsentä), jonka yläpuolella jäsenmaksu ei enää suurennu. 1990-luvulla yritettiin toimia ilman kattoa, mutta tämä ei sopinut suurvalloille. USA:n jäsenjärjestössä (ACOG) oli 36 000 jäsentä. Heidän edustajansa Ralph Hale kertoi, että ACOG harkitsee eroa FIGO:sta, koska jäsenet eivät katso saavansa rahoillensa (36 000 x 2,75

USD) vastinetta. Totta on, että FIGO:n toiminta on suuntautunut vahvasti kehitysmaiden naisten terveyden parantamiseen, ja USA:n yksityislääkäreiden huolta voi siinä valossa ymmärtää. Muutkin suuret maat olivat katon kannalla. Mieleen tulee tässä Euroopan Unionin suurten maiden toiminta. Kuitenkin pienille maille mukanaolo on parempi vaihtoehto kuin poissaolo.

Jäseneksi hyväksymisensä jälkeen Kiinan delegaatio esitti yleiskokouksessa maansa hallituksen kirjeen, jossa ilmoitettiin, ettei Kiina voi liittyä FIGO:on ennen kuin Taiwanin jäsenyhdistys on muuttanut nimeään sellaiseksi, että siitä käy ilmi Taiwanin olevan osa Kiinaa. Taiwanin delegaatio vastusti nimen muutosta äänekkäästi. Asian käsittely torjuttiin yleiskokouksessa, koska se ei ollut asialistalla ja koska FIGO ei keskustele jäsenmaidensa poliittisista kysymyksistä. Jäsenmaksua ei Kiinalta ehdollisen jäsenyyden vuoksi saatu, ja maan sähköinen äänestyspaneli oli sen vuoksi yleiskokouksessa mykkä. Myöhemmin FIGO:n pääsihteeri kävi Kiinassa sovittelemassa asiaa ja toi sieltä mukanaan jonkin rahasumman symbolisena jäsenmaksuna. Tässäkin reaalipolitiikka taisi voittaa: vähän on parempi kuin ei mitään. Lordi Patel totesi asiasta, että ”Small is beautiful but power is power”. ■

MARKKU SEPPÄLÄ on synnytys- ja naistentautiopin emeritussprofessori Helsingin yliopistosta. Hän oli FIGO:n hallituksen jäsen 18 vuoden ajan, siitä SGY:n edustajana 1985–94 ja virkailijana kolme 3-vuotiskautta (president-elect – president – immediate past president) 1994–2003. FIGO/WHO Allianssin puheenjohtajana hän toimi 2000–03.

Kansainvälisyys ja naisen terveys edelleen valokeilassa

■ Teksti SEIJA GRÉNMAN
■ Kuvat Seija Grénmanin arkisto

Minut valittiin Suomen edustajaksi FIGO:n Executive Boardiin Kapkaupungissa 2009 pidetyssä yleiskokouksessa, jonka äänestyskäytäntö on kaksivaiheinen ja tarkkuutta vaativa, kuten professori Markku Seppälä mainitsi. Suomalaiset edustajat pysyivät äänestyskiemuroissa hyvin mukana ja taisivat saada Kiinankin äänestämään Suomea toisella kierroksella tiukassa Executive Boardin jäsenten vaalissa. Oli ilo mennä mukaan FIGO:n toimintaan Markku Seppälän jälkeen, hän on niin laajalti tunnettu ja arvostettu FIGO:n hallituksen jäsenten keskuudessa.

Executive Boardin jäsenet edustavat omaa maataan, mutta kokoukseen osallistuvat myös Aasian ja Euroopan Gynekologiyhdistysten edustajat, hongkongilainen professori Pak Chung Ho ja tanskalainen Peter Horrnes. Kukin maa maksaa edustajansa matkakulut kokouksiin, joita nykyisin pidetään vain kerran vuodessa. NFOG:n hallitus toivoi kuitenkin aiempaa tiiviimpää yhteydenpitoa kulloisenkin Pohjoismaisen edustajan ja

Seija Grénman (viides vasemmalta) kertoi Executive Boardin Mexicon kokouksessa HPV:sta ja kohdunkaulasyövän ehkäisystä.

Mexicon kokouksen puhujia.

FIGO:n presidentti Gamal Serour johtaa puhetta.

NFOG:n välillä ja teki 2009 päätöksen huolehtia vuosittaisista matkakustannuksista. Sen vuoksi olen ollut sekä SGY:n että NFOG:n hallituksen kokouksissa kertomassa ajankohtaisista FIGO:n asioista. Roomassa 7.–10.10. 2012 pidettävän maailmankokouksen yksi tärkeimmistä asioista tulee olemaan se, pidetäänkö FIGO:n kokoukset jatkossa kahden vai kolmen vuoden välein. Vuoden 2009 yleiskokouksessa äänet menivät tasan ja kokousten väli pysyi kolmena vuotena. Koostaan huolimatta FIGO ei ole taloudellisesti vahva organisaatio ja sen toiminta on täysin riippuvaista eri säätiöiden tuesta sekä maailmankongressien tuloista, joten asia tulee uudelleen harkittavaksi 2012.

Boardin kokoukset kiertävät eri maanosissa

FIGO:n nykyinen presidentti, egyptiläinen Gamal Serour on aloittanut uuden käytännön: Executive Boardin kokoukset pidetään eri maanosissa ja niiden yhteydessä pidetään yksipäiväinen kokous paikallisen gynekologiyhdistyksen kanssa sekä tutustutaan johonkin paikalliseen sairaalaan. Tarkoituksena on tuoda esiin eri maiden terveydenhuollon ongelmia, jotta ne voidaan huomioida eri komiteoiden ja työryhmien toiminnassa. Toisaalta Executive Boardin jäseniä käytetään luennoitsijoina yhteisessä kokouksessa. Kesäkuussa 2010 kokous pidettiin Tansaniassa ja vuoden 2011 kokous oli Mexico Cityssä. Laittomat abortit ja synnytyksen jälkeinen vuoto olivat molempien yhteiskokousten ohjelmassa, mikä kuvastaa näiden ongelmien suuruutta eri puolilla maailmaa. FIGO pyrkii useilla eri tavoilla lanseeraamaan misoprostolin käyttöä synnytyksen jälkeisen vuodon ehkäisemisessä. Minua pyydettiin puhumaan Mexicon kokouksessa HPV:sta ja kohdunkaulan syövän ehkäisystä. Mexico City on lähes 30 miljoonan asukkaan kaupunki, terveydenhuollon ongelmat sen ▶

Näkymä perinataalisairaalasta.

mukaiset ja hoidon taso erittäin vaihteleva. Me tutustuimme korkeatasoiseen perinataalisairaalaan, jossa hoidetaan 5000 riskiraskautta vuodessa. Toiminnan laajuutta kuvastaa se, että siellä tehdään muun muassa yli 50 kohdunsisäistä laserhoitoa feto-fetaali-transfuusion hoitamiseksi. Skandinaavisesta käytännöstä poiketen hoitohenkilökunnan ja potilaiden turvallisuutta oli takaamassa useita aseistettuja vartijoita joka kerroksessa. Erityisesti pelätään lasten kidnappausta ja keskushermostoon vaikuttavien kipulääkkeiden varkauksia.

Tukea kansalliseen koulutukseen

Edellä mainittujen yhteiskokousten lisäksi FIGO:n hallitus perusti vuonna 2010 komitean (Capacity Building in

Excutive Boardin jäseniä ja isäntiä.

Education and Training), jonka tarkoituksena on auttaa eri maiden yhdistyksiä koulutustilaisuuksien järjestämisessä. Komitean puheenjohtajana toimii espanjalainen professori Luis Cabero Roura, joka on 2010–2011 järjestänyt FIGO:n piiristä lukuisia esitelmöitsijöitä eri puolilla maailmaa pidettyihin kokouksiin. Kokouspalkkioita ei makseta, mutta paikalliset järjestäjät maksavat matkakustannukset. FIGO:n presidentti Gamal Serour pyrkii osallistumaan mahdollisimman paljon eri maailman kolkilla järjestettäviin kansallisiin tai kansainvälisiin alamme kokouksiin ja on lupautunut pitämään avajaisluennon myös Bergenissä 16.–19.6. pidettävässä NFOG:n kokouksessa.

Kokoustauolla vasemmalta Mexicon gynekologiyhdistyksen puheenjohtaja Alberto Kably Ambe, isäntäsairaalan johtaja Javier Mancilla ja FIGO:n presidentti Gamal Serour.

SGY:n kehitysyhteistyöpienryhmä toteuttaa FIGO:n missiota

SGY ei pysty tukemaan merkittävällä taloudellisella panoksella FIGO:n toimintaa, kuten esimerkiksi Ruotsi on tehnyt SIDA:n kautta. Nykyisen hallituksen aikana on kuitenkin perustettu Pekka Lähteenmäen vetämä SGY:n kehitysyhteistyöpienryhmä, joka pyrkii käynnistämään tietotaitoon perustuvaa toimintaa Afrikassa. Toimin tarvittaessa linkkinä tämän työryhmän ja FIGO:n välillä. Pienryhmän jäsenten matkakustannusten kattamiseen on mahdollista saada tukea NFOG:n säätiöltä ja myös SGY:n hallitus on ilmaissut positiivisen kantansa työryhmän toiminnan tukemisessa. Mainittakoon, että Väestöliiton ylilääkäri Dan Apter on osallistunut FIGO:n Women´s Sexual and Reproductive Rights komitean toimintaan.

FIGO on laajalla rintamalla toimiva, arvokasta työtä tekevä erittäin kansainvälinen organisaatio. Sen toimihenkilöiltä edellytetään hyvää kykyä verkostoitua ja toimia eri kulttuureissa. On ilo seurata heidän toimintaansa ja saada mahdollisuus kantaa kortensa kekoon luentojen muodossa sekä edustamalla Pohjoismaista näkökulmaa FIGO:n hallituksessa. ■

Professori Sir Sabaratnam Arulkumaran Englannista (FIGO:n President- Elect) ja oikealla egyptiläinen FIGO:n nykyinen presidentti Gamal Serour aterialla suomalaisen edustajamme Seija Grénmanin kanssa.

■ Teksti ja kuvat PEKKA VENESMAA

Napoleonin saarella

Ankanrintaa Nizzassa.

Tällä kertaa ruuanlaiton innoittajan on ollut korsikalainen keittiö. Innoitus syntyi purjehduslomalla Välimerellä, Odysseuksen maisemissa.

Viime keväänä ystäväni Antti soitti minulle ja Kaarinalle tarjoten ainutlaatuista tilaisuutta osallistua miehistönä Välimeren purjehdukseen Nizzasta Korsikaan. Purjeveneemme oli 44-jalkainen Joule nimeltään Rêve D'Icare, Ikaroksen uni, jonka omistivat Antin tytär ja tämän mies. Vene oli jo edellisenä vuonna purjehdittu Nizzan länsipuolella olevaan Marina Baie des Angesiin. Käytimme kesäkuun puolivälissä maanantainpäivän veneen varusteluun ja nautimme sataman ravintoloiden antimista. Varhain tiistaiaamuna lähdimme jokseenkin tuulettomalle Välimerelle suuntana Korsikan luoteisrannikolla oleva Calvin kaupunki. Purjehduksen sijasta 100 meripenikulman matka taittui koneella. Matkan varrella näimme tonnikalojen kisailua ja lukuisia delfiiniparvia, joista osa tuli hyvin lähelle venettämme. Merkittävin kokemus kaikille oli varmaankin kahden sillivalaan näkeminen noin 40–50 kilometrin etäisyydellä Korsikan länsirannikosta. Olimme opaskirjoista jo etukäteen lukeneet tästä, joten aivan yllätyksenä valaiden näkeminen ei tullut. Pääsimme veneellä noin 30–40 metrin etäisyydelle toisesta valaasta ja oli todella mahtava elämys nähdä läheis veneemme kokoisen "selkämöykyn" häviävän syvyyksiin. Valokuva jäi saamatta, kun en huomannut käyttää kameran videotoimintaa.

Kuunpimennystä odotellaan Girolatassa.

Kuun pimennys illallisseurana

Illan suussa saavuimme Calviin, jota vartioivassa linnoituksessa toimii edelleen muukalaislegioonan koulutuskes-

Calvin satama.

kus, joten itse linnoitukseen ei ollut pääsyä, mutta muureilta pääsi ihailemaan ympäristöä. Seuraavana aamuna suuntasimme matkan etelään Korsikan länsirannikon tuntumassa. Tavoitteemme oli suojaisen lahden pohjukassa oleva Scandolan luonnonsuojelualueella oleva pieni Girolatan kylä. Sinne ei ole tieyhteyksiä, huolto tapahtuu meriteitse tai muulin selässä tavaroita kuljettaen. Varsinaista satamaa kylässä ei liioin ole, vaan veneet kiinnitetään lahdessa oleviin poijuihin sekä perästä että keulasta, joten ne eivät pääse kolistelemaan toisiaan vasten. Kylässä on pari ravintolaa, joista toiseen suunnistimme illallista nauttimaan. Illan hämärtyessä ihmettelin nousevan kuun edessä jatkuvasti pysyttelevää pilveä, joka himmensi kuun ääriviivat. Sitten muistimme, että sinä iltana oli kuun pimennys, jota pääsimme ihailemaan oikein aitiopaikalta.

Homeroksen jäljillä

Seuraava päivä vei meidät Ajaccioon, Napoleonin syntymäkaupunkiin. Napoleonin perheen kotimuseo oli tietenkin välttämätön tutustumiskohde. Illan suussa siirryimme etelämmäksi Valincon lahteen pienen Campomoron kylän edustalla olevaan suojaisaan ankkuripaikkaan. Seuraavana aamuna jatkoimme jälleen konepurjehdusta heikossa tuulessa kohti Bonifacciota, joka sijaitsee Korsikan lounaiskärjessä. Kaupunki on rakennettu korkean kalkkikivikallion päälle, jonka jyrkässä merenpuoleisessa seinämässä on luolia, jotka kaukaa katsottaessa näyttivät nielevän niiden edessä purjehtivia veneitä. Tosiasiassa veneet pujahtavat kapean salmen kautta erittäin suojaiseen kallioiden välissä olevaan pitkään lahteen, jonka jo Homeros on kuvannut eepoksessaan Odysseia. Bonifaccio oli meidän osuutemme päätepiste, josta palasimme maitse Ajaccioon jatkaaksemme paluumatkaa Suomeen. Antti perheineen jäi jatkamaan matkaa Sardiniaan, jonne seuraava täydennysmiehistö oli tulossa.

Keittotaitoa tuliaisina

Ajacciosta hankin pienen keittokirjan La Cuisine Corse, jonka ohjeisiin tässä artikkelissa olevat reseptit perustuvat. Joitakin raaka-aineita olen joutunut korvaamaan meiltä saatavilla aineksilla. Coppa, jota tarvittaisiin jänis- ja kanaresepteissä, on possun ulkofileestä, viinin ja yrttien avulla maustettu ja sitten 6 kuukautta kuivattu ja miedosti savustettu tuote, jonka näis- ▶

Campomoron "kallioveistos".

sä resepteissä korvasin maalaispalvilla. Maku ei varmaan ole sama kuin alkuperäisissä, mutta ihan syötävää tuli. Kesäkurpitsan täytteeseen tarvittaisiin brocciu-juustoa, joka on vuohen tai lampaan maidosta valmistettua tuorejuustoa, minkä korvasin ricottalla.

Courgettes farcies au brocciu

Juustolla täytetyt kesäkurpitsat
(4 annosta)

4	*250 g:n painoista kesäkurpitsaa*
250 g	*tuoretta korsikalaista brocciu-juustoa tai ricottaa*
3	*valkosipulinkynttä*
2	*kananmunan keltuaista*
4 rkl	*oliiviöljyä*
	timjamin lehtiä
	korppujauhoja tarpeen mukaan
4	*pientä kirsikkatomaattia tai 4 tomaattikiekkoa*
	suolaa ja pippuria

Leikkaa pois kurpitsojen päät ja halkaise ne pitkittäissuunnassa kahdeksi puolikkaaksi. Ryöppää niitä 10 minuuttia kiehuvassa vedessä. Koverra sisus pois pikkulusikalla niin, että hedelmän lihaa jää jäljelle sentin kerros. Redusoi kurpitsan sisusta öljyn kera paistinpannussa muutaman minuutin ajan puukauhalla hämmennellen ja sekoita se juuston kanssa, lisää joukkoon morttelissa murskatut valkosipulinkynnet ja keltuaiset. Lisää suola, pippuri ja timjamin lehdet. Sekoita huolellisesti ja koristele koverretut kurpitsat tällä täytteellä.

Sirottele halutessasi korppujauhoja täytettyjen kurpitsojen pinnalle ja koristele kirsikkatomaateilla tai tomaattikiekoilla. Laita kurpitsat oliiviöljyllä voideltuun uunivuokaan vierekkäin ja valele öljyä myös kurpitsojen pinnalle. Laita vuoka 215 asteiseen uuniin kahdeksikymmeneksi minuutiksi. Ennen tarjoilua voit ruskistaa kurpitsojen pintaa grillivastuksen alla 4 minuuttia.

Lapin à l'ail

Valkosipulilla maustettu jänis
(6 annosta)

1	*noin 1800 g painava jänis (maksa mukana)*
1	*palvikinkun (coppa) viipale leikattuna kuutioiksi*
1	*suuri punasipuli*
1	*pieni kokonainen valkosipuli*
	yrttejä: persiljaa,

Courgettes farcies au brocciu.

Lapin à l'ail.

Girolatasta merelle.

	kirveliä, rakuunaa, basilikaa
1	*yrttikimppu (timjamia, laakerinlehtiä, rosmariinia)*
75 cl	*kuivaa valkoviiniä*
6 rkl	*oliiviöljyä*
	suolaa ja mustapippuria

Leikkaa jänis 8–10 palaksi. Suolaa ja pippuroi lihapalat ja ruskista niitä oliiviöljyssä padassa. Lisää palvikinkun kuutiot, kuoritut ja murskatut valkosipulin kynnet sekä ohuiksi viipaleiksi leikattu sipuli.

Heti kun sipuli alkaa ruskistua, lisää valkoviini pataan ja sitten myös yrtit ja yrttikimppu sekä maksa. Hauduta miedolla lämmöllä noin 45 minuuttia ja kääntele lihapaloja pari kertaa hautumisen aikana. Lisää mausteita tarpeen mukaan. Nostele jäniksen palaset ja maksa tarjoilulautaselle. Sirottele päälle silputtuja basilikan lehtiä ja tarjoile pastan kera.

Aubergines farcies à la bonifacienne

Täytetyt munakoisot Bonifaccion tapaan
(4 annosta)

2	*400 g:n painoista munakoisoa*
2	*pientä valkosipulinkynttä*
6	*basilikan lehteä*
2	*kananmunaa*
20 g	*silputtua sipulia*
2	*juomalasillista maitoa*

Jänistarvikkeita.

Muukalaislegioonan linnake Calvissa.

150 g	*raastettua esim. parmesaania tai muuta kovaa lampaan tai vuohen juustoa*
200 g	*vaaleaa vuokaleipää maitoon liotettuna ja kuivaksi puristettuna*
150 g	*prosciuttoa*
1	*hyppysellinen timjamin lehtiä*
5 cl	*oliiviöljyä*
	suolaa ja mustapippuria

Poista munakoisojen päät ja halkaise ne pitkittäin kahteen osaan. Ryöppää niitä vain muutama minuutti kiehuvassa vedessä, jotta ne säilyvät kiinteinä. Anna niiden jäähtyä ja valmista sillä välin täyte maidolla kostutetuista ja kuiviksi puristetuista leipäviipaleista, juustoraasteesta, kuivakinkusta, silputusta sipulista ja valkosipulista, kananmunista, liuskoiksi leikatusta basilikasta, suolasta, pippurista ja hyppysellisestä timjamia. Kun munakoisot ovat jäähtyneet, niin koverra sisus pois pienellä lusikalla. Puserra munakoison sisus siivilän läpi ja sekoita se täytteeseen. Täytä munakoisojen puolikkaat tällä seoksella. Kuumenna oliiviöljy suuressa kasarissa ja ruskista aluksi seitsemän minuuttia munakoisojen ulkopintaa, käännä ne sitten ja ruskista vielä täytepintaa kolme minuuttia. Tarjoile munakoisot suurella lämmitetyllä lautasella halutessasi hyvin maustetun tomaattikastikkeen kera.

Aubergines farcies à la bonifacienne.

La sauce tomate

Tomaattikastike

4	*suurta tomaattia kuorittuina ja siemenet poistettuina*
50 g	*hienonnettua sipulia*
3	*valkosipulinkynttä*
3	*basilikan lehteä*
1	*persiljan oksa*
1	*hyppysellinen timjamia muutama rosmariinin lehti*
10 cl	*oliiviöljyä*
1	*palvikinkun (coppa) viipale silputtuna*
1	*lusikallinen ruokosokeria*
	suolaa ja mustapippuria

Ruskista öljyssä sipuli, valkosipuli, persilja, basilika, kuutioidut tomaatit ja silputtu kinkku. Lisää suola ja pippuri, mausta timjamilla ja rosmariinilla sekä lisää sokeri. Hauduta miedolla lämmöllä 10 minuuttia.

Poulet à la sauge

Salvialla maustettu kana
(6 annosta)

1	*noin 2 kilon painoinen kana*

Täytetty kana paistovalmiina.

Bonifaccion majakka.

6	*salvian lehteä*
200 g	*vaaleaa vuokaleipää maitoon liotettuna ja kuivaksi puristettuna*
3	*pientä valkosipulinkynttä*
1	*pieni palvikinkun (coppa) viipale silputtuna*
1	*yrttikimppu (timjamia, laakerinlehtiä, salviaa)*
5 cl	*rypäleviinaa (marc) – konjakki tai brandy käy myös*
75 cl	*kuivaa valkoviiniä*
10 cl	*oliiviöljyä*
	timjamia
	suolaa ja mustapippuria

Tee täyte maidolla kostutetuista ja kuiviksi puristetuista leipäviipaleista, hienonnetusta salviasta, murskatuista valkosipulinkynsistä, silputusta palvikinkusta, mausta suolalla ja pippurilla. Täytä kanan sisus tällä seoksella ja sido kana. Hiero kanan pintaan suolaa, mustapippuria ja timjamia. Kuumenna oliiviöljy sopivan kokoisessa padassa ja ruskista kana. Kun se on kunnolla ruskistunut, vähennä lämpöä ja flambeeraa kana rypäleviinalla.

Kaada valkoviini pataan ja lisää yrttikimppu. Tarkista mausteet.

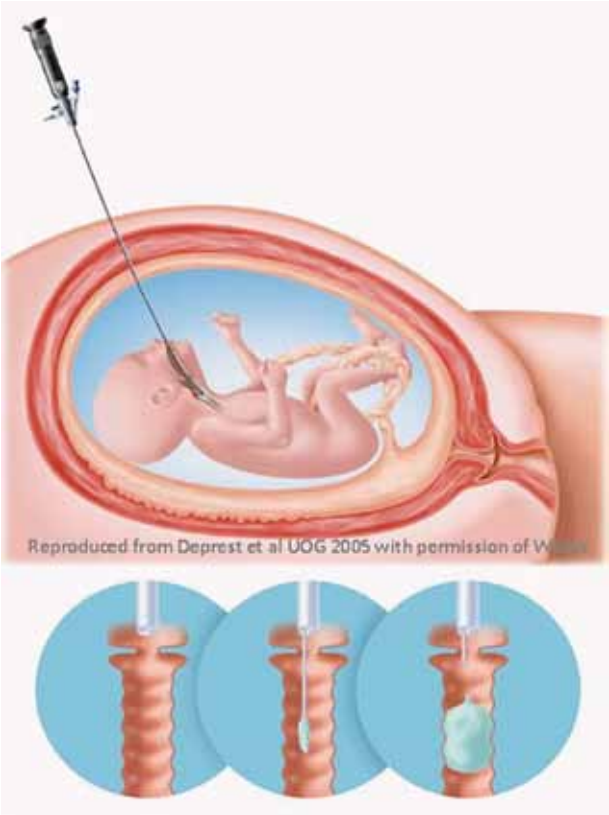
Peitä pata kannella ja hauduta 50 minuuttia. Käännä kanaa pari kertaa hautumisen aikana. Jaa kana kahdeksaan palaan. Asettele kanapalat kuumalle tarjoiluvadille ja tarjoile erillisessä kulhossa täyte, johon on sekoitettu kanasta kypsymisen aikana muodostunut liemi. ■

Poulet à la sauge.

■ MAIJA-RIITTA ORDÉN, ayl, naistentautien ja synnytysklinikka, KYS

Sikiön palleatyrän hoitoa oppimassa

Olin toukokuussa 2011 Leuvenissa Belgiassa Gasthuisbergin yliopistosairaalassa tutustumassa sikiön palleatyrän fetoskooppiseen hoitoon. Viikon aikana näin yhden FETO (fetoscopic endoluminal tracheal occlusion) -hoidon ja kaksi transfuusiogemineiden laserhoitoa. Olin myös seuraamassa toisen palleatyräsikiön tutkimusta ja neuvontatilaisuutta.



Toimenpiteet ovat päivystysluonteisia, joten parhaiten niitä pääsee katsomaan, kun on valmis lähtemään reissuun hälytyksestä. Näin minä tein. Olin sopinut Leuvenin Prenatal Diagnosis and Fetal Therapy -yksikön johtajan professori Jan Deprestin kanssa, että Leuvenista ilmoitetaan minulle, kun potilaita ilmaantuu.

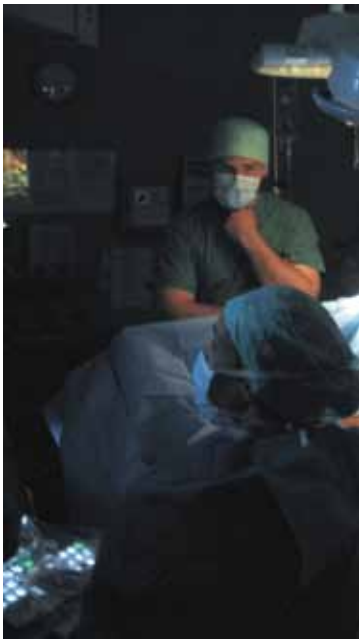
Klinikassa käy paljon vierailijoita ympäri maailmaa. Nytkin meitä oli Sri Lankasta, Brasiliasta, USA:sta, Hollannista ja Suomesta. Potilaat ovat myös varsin kansainvälisiä. Näkemäni fetoskopiapotilaat tulivat Israelista, Itävallasta, Saksasta ja Tsekistä. Myös pohjoismaisia potilaita on klinikassa ollut hoidossa.

Professori Jan Deprest on itse mukana kaikissa toimenpiteissä. Hän reissaa ympäri maailmaa luennoimassa ja opettamassa sekä tutkijakokouksissa. Vierailuviikollani hän käväisi Kiinassa ja Englannissa toimenpiteiden välissä. Fetoskooppisia toimenpiteitä Leuvenissa tehdään vuosittain noin 200.

Ennusteen arviointia helpottavia mittareita

Sikiön palleatyrää esiintyy 1/3000–1/5000 vastasyntyneellä. Tyristä 85 % on vasemman puoleisia, 13 % oikean puoleisia ja 2 % molemmin puoleisia. Liitännäisanomalioita on 40 %:lla. Lapsen eloonjäämisennuste isoloidussa viassa on keskimäärin 65 %. Ennusteeseen vaikuttaa tyrän koko. Mittaamalla tyrän vastakkaisen keuhkon koko ja arvioimalla, onko maksakudosta noussut rintaonteloon, voidaan vastasyntyneen ennustetta arvioida. Maksan herniaatio rintaonteloon pienen-

Balonki



Operaatio käynnissä.

tää lapsen eloonjäämisennustetta keskimäärin 25 %:lla.

Vastasyntyneen ennustetta on arvioitu mittaamalla lung-to-head -ratio (LHR) eli mittaamalla tyrän vastakkaisen puolen keuhkon koko ja jakamalla lukema pään ympäryksellä. Ennustetta paremmin kuvaa observed/expected LHR (o/e LHR). Kaava tämän laskemiseksi löytyy alla olevasta Clausin ja kumppaneiden artikkelista. Vasta avatuilta nettisivuilta www.totaltrial.eu löytyy laskuri, jolla o/e LHR on helpoin selvittää. Sivuille kirjautumalla saa tunnukset, joilla laskuri ilmaantuu käyttöön. Sivuilta löytyy myös paljon hyvää tietoa potilaille sikiön palleatyrästä ja sen hoidosta.

Vastasyntyneen ennustetta on arvioitu myös sikiön keuhkoverenkiertotutkimuksilla. Näistä tutkimuksista kliinisessäkin käytössä on oksygenaatiotesti, jossa mitataan sikiön keuhkoverenkierron vastusta ultraäänellä ennen ja jälkeen äidin hapetuksen. Tämän testin me KYS:ssakin otimme käyttöön uuden professorimme Juha Räsäsen toimesta.

Hoito perustuu trakean tukkimiseen

Synnynnäisessä palleatyrässä vatsaontelon elimiä työntyy rintakehän puolelle. Sieltä löytyy yleensä vatsalaukku, perna, suolistoa ja 50 %:ssa vasemmankin puoleisista tyristä osa ▶

Jan Deprest.

Operaatio käynnissä.

Jan Deprest vasemmalla, lastenkirurgit Brasiliasta ja USAsta sekä allekirjoittanut.

maksaa. Vatsaontelon elimet painavat tyrän puoleisen keuhkon kasaan, mediastinum siirtyy ja sydän tyypillisesti vasemman puoleisessa palleatyrässä on siirtynyt oikealle. Viasta johtuen sekä ilmateiden että keuhkoverisuonten kehitys häiriintyy ja johtaa vastasyntyneen keuhkohypoplasiaan ja pulmonaalihypertensioon.

FETO-hoidossa sikiön henkitorveen asetetaan fetoskopiassa balonki, joka tukkii trakean ja aiheuttaa keuhkonesteen kertymisen. Lisääntynyt hengitystiepaine aiheuttaa soluproliferaatiota, lisää alveolaaritilaa ja kypsyttää keuhkoverisuonistoa. Keuhkojen kypsymistä ja surfaktanttituotantoa lisää okluusion purkaminen ennen synnytystä. Balonki pyritään asentamaan raskausviikoilla 26–28 ja poistamaan viikolla 34.

Hoito parantaa merkittävästi ennustetta

Vuodesta 2001 lähtien FETO-hoitoa on tarjottu huonon ennusteen potilaille (LHR <1 ja maksa ylhäällä). Hoitoja tehdään Euroopassa Leuvenissa, Barcelonassa ja Lontoossa. Vuonna 2009 Jani ym. julkaisivat 210 potilaan aineiston, jossa vastasyntyneen eloonjäämisennuste vasemman puoleisissa palleaherniatapauksissa parani 24,1 %:sta 49,1 %:iin ja oikean puoleisissa nollasta 35,3 %:iin. Hoito johti lapsiveden menoon kolmen viikon sisällä toimenpiteestä 16,7 %:lla. Synnytys tapahtui keskimäärin raskausviikolla 35,3. Potilaista 30,9 % synnytti ennen H34. Nyt hoitoa tarjotaan jo lievemmissäkin vioissa osana kliinistä tutkimusta (Totaltrial: Tracheal Occlusion to Accelerate Lung Growth).

Toimenpiteet Leuvenissa sujuivat hyvin. Ne tehtiin synnytyssalissa sijaitsevassa sektiosalissa. FETO-toimenpide kestää siellä keskimäärin kymmenen minuuttia. Nopea toimenpide vähentää lapsivedenmenoriskiä. Troakaarin koko on 3,3 mm ja fiberoskoopin 1,3 mm. Toimenpiteet tehdään paikallispuudutuksessa ja antibioottisuojassa. Sikiö sedatoidaan ja relaksoidaan fentanyylillä ja pancuroniumilla. Äidille annetaan 20 mg

Leuvenin kaupunkimaisemaa.

nifedipiiniä tunti ennen toimenpidettä estämään supistuksia.

Hoitoa suomalaisillekin?

Mielestäni hoitomahdollisuudesta täytyy informoida potilaita. Vaikeissa vioissa, joissa sikiön ennuste on huono ja perhe ei halua raskauden keskeytystä, kannattaa hoitoa harkita. Hinta ei ole este. Leuven laskuttaa toimenpiteestä ja kahdesta postoperatiivisesta päivästä 5000 euroa. Asia, joka perheitä varmasti mietityttää, on se, että äidin toivotaan pysyvän Leuvenissä balongin asettamisen ja poistamisen välisen ajan. Tämä johtuu siitä, että muualla tapahtuneissa ennenaikaisissa synnytyksissä on ollut suuria ongelmia balongin poistossa päivystystilanteissa. Balonki voidaan tyhjentää neulalla UÄ-ohjauksessa, poistaa uudessa fetoskopiassa tai keisarileikkauksessa lapsen ollessa vielä istukkaverenkierron varassa. Leuvenissa on ystävällinen case manager -hoitaja auttamassa perheitä käytännön järjestelyissä. Leuven on kaunis Kuopion kokoinen vanha yliopistokaupunki. Se on alle puolen tunnin junamatkan

Minä ja Manneken Pis.

päässä Brysselistä eli matkustaminen sinne on helppoa.

Kiitän lämpimästi Suomen Gynekologiyhdistystä saamastani apurahasta. Se innosti tähän vierailuun, joka oli antoisa ja selvensi minulle ja toivottavasti vähän teille muillekin sitä, missä nyt ollaan menossa sikiön synnynnäisen palleatyrän diagnostiikassa ja hoidossa.

Kun harkitset mahdollisuutta tarjota potilaallesi FETO-hoitoa, ota yhteys professori Jan Deprestiin (jan.deprest@uzleuven.be). Potilaiden käytännön asioita Leuvenissa hoitaa case manager Najima El Handouni (najima.elhandouni@uzleuven.be). ■

KIRJALLISUUTTA:

Jani JC ym. Severe diaphragmatic hernia treated by fetal endoscopic tracheal occlusion. Ultrasound Obstet Gynecol 2009;34:304-310

Deprest JA, Nicolaides K, Gratacos E. Fetal surgery for congenital diaphragmatic hernia is back from never gone. Fetal Diagn Ther 2011;29:6-17

Claus F ym. Prenatal anatomical imaging in fetuses with congenital diaphragmatic hernia. Fetal Diagn Ther 2011;29:88-100

Done E ym. Maternal hyperoxygenation test in fetuses undergoing FETO for severe isolated congenital diaphragmatic hernia. Ultrasound Obstet Gynecol 2011;37:264-271.

■ MARJA-LIISA MÄNTYMAA

Huonoa ja turhaa?

British Medical Journalin yleislääkärikolumnisti Des Spence otsikoi keväällä kaksi peräkkäistä palstaansa rajusti: ”Bad Medicine”. Taatusti keskustelun sytykkeiksi tarkoitetuissa kirjoituksissaan hän tuomitsi huonoksi ja aikansa eläneeksi lääketieteeksi kaksi allekirjoittaneen sukupolvelle perin juurin kunnianarvoisaa kliinistä tutkimusta: gynekologisen sisätutkimuksen ja peräsuolen tunnustelun.

Kirjoittajan perusteet heijastivat varmasti paljon hänen lääkärityönsä viitekehystä, jossa tutkimusten vaatima aika, potilaiden kokema epämukavuus ja intimiteettivaatimukset todennäköisesti vaikuttavat enemmän kuin omassa ympäristössämme. Kirjoittaja perusteli näkemystään pääasiassa nykyaikaisilla tutkimusmahdollisuuksilla, jotka korvaavat vanhat konstit. Tottahan on, että klamydiainfektion diagnoosi voidaan tehdä ilman lääkäriä itsepalvelunäytteenotolla, ja ainakin kohdun koon, alkuraskauden ja merkittävät munasarjamuutokset näyttävä ultraäänitutkimuslaite mahtuu pienimmillään lääkärin taskuun. Kirjoittaja haastoi myös lukijan perustelemaan, mitkä ovat näiden kajoavien tutkimusten todelliset järkevät aiheet.

Kirjoitusten herättämässä keskustelussa erikoislääkäripuoli näytti yksituumaisesti pitävän kolumnistin johtopäätöksiä huonosta lääketieteestä ennenaikaisina. Henkilökohtaisesti pidän kliinisen tutkimisen mukanaan tuomaa ihmisläheisyyttä yhtenä erikoisalamme parhaista puolista. Harva potilas hoidetaan

pelkkien konetutkimusten perusteella, ja suurin osa potilaista hoidetaan ilman erikoisalan ulkopuolisia konetutkimuksia.

Vaikka emme siis toteaisikaan gynekologista tutkimusta aikansa eläneeksi, on kaikkien terveydenhuollon toimijoiden myönnettävä, että kaikki turhat tutkimukset, toimenpiteet ja perustelemattomat rutiinikäytännöt ovat huonoa lääketiedettä. Useimmat alalla pidempään toimineet ovat varmasti ainakin silloin tällöin ihmetelleet, miten sairaaloiden kapasiteetti on riittänyt kaikkiin niihin hoitopäiviin, toimenpiteisiin ja kontrollitutkimuksiin, jotka olivat vielä 90-luvun alussa pyhiä. Osa näistä rituaaleista on jäänyt pois hoitokäytäntöjen ja leikkaustekniikoiden muuttumisen myötä, osa puhtaasti tutkimustiedon ansiosta.

Kesä on terveydenhuollossa turhuuden minimoimisen aikaa. Perussairaaloissa pohditaan päivystäjien riittävyyttä, sijaisten saatavuutta ja tasoa sekä vuodeosastosulkuja. Yliopistoklinikoiden huonosti korvattavissa olevat erityisosaajatkin pitävät kesälomansa. Turhuuteen ei ole varaa, koska se on pois välttämättömästä. Turhuutta on myös potilasta juoksuttava liian niukka hoito, joka ei ratkaise ongelmia kunnolla tai yksisilmäinen protokollien toteuttaminen potilasta kuulematta. Talouden synkkiä uutisia seuraavalle ei ole epäselvää, että terveydenhuollon käytettävissä olevat resurssit eivät lisäänny lähiaikoina, joten turhuudelle on entistä vähemmän sijaa.

Miten yllä kirjoittamani sitten liittyy SGY:een ja omaan alkutaipaleeseeni yhdistyksemme hallituksessa? Hallitustyön ydintä on koulutuksen järjestäminen ja mahdollistaminen jäsenkunnalle. Tiedon tuottaminen on parasta turhuuden estohoitoa. Toivon, että koulutustarjonta on koko jäsenkuntaa kiinnostavaa ja yhdistävää.

Tätä kirjoittaessani ilta on jo loppukesäisen pimeä ja lämmin. Kesän hellejakso toi yhden erikoisen asiakkaan Kotkan synnytysvastaanotolle. Kuumuuden takia hetken avoinna ollut ulko-ovi houkutteli pienen siilin tutustumaan tiloihin. Henkilökunta ohjasi tulokkaan hellävaraisesti ulos todettuaan, että kysymyksessä ei ollut päivystystapaus. ■

Tehokas ja hyvinsiedetty rautalääke on oikea valinta raskausaikana. Obsidan sisältää rautaa helposti imeytyvässä muodossa sekä C-vitamiinia, mikä tehostaa raudan imeytymistä.

Suomen käytetyin rautalääke*

Obsidan Fe++ 100 mg kapselit. Raudanpuutostilojen hoitoon. Vaikuttava aine: ferroglysiinisulfaatti. Annostus: Aikuiset ja yli 6-vuotiaat lapset: 1 kapseli päivässä. Obsidan sopii käytettäväksi myös raskauden ja imetyksen aikana. Rautavalmisteet saattavat vaikuttaa muiden lääkeaineiden imeytymiseen. Ruuansulatuskanavan haavaumia sairastavien tulee noudattaa varovaisuutta Obsidanin käytössä. Pakkaus: 100 mg Fe++ 50 kapselia. Hinta 1.1.2011 (vmh sis. alv): 15,23 €. Tutustu huolellisesti pakkausselosteeseen. Apteekista. *Suomen Lääkedata Oy 07/2011.

www.rautainfo.fi

VERMAN

■ ANNIKA TULENHEIMO-SILFVAST

GYNAECOLOGI PRACTICI RY

Hoida kuntoon työterveydenhuoltosi!

Näin lomien loppuessa täyttyvät kuntosalit ja jumpparyhmät. Monella on loman aikana kypsynyt ajatus pitää parempaa huolta itsestäänkin – työksemmehän huolehdimme kyllä muiden terveydestä. Mutta hyvä ammatinharjoittaja, oletko järjestänyt työterveydenhuoltosi? Asia kyllä muistuu mieleen hädän hetkellä, mutta se olisi pitänyt hoitaa kuntoon jo kauan sitten. Palkansaajilla työnantaja vastaa lakisääteisesti työterveydenhuollosta, mutta ammatinharjoittajalle oman työterveydenhuollon järjestäminen on vapaaehtoista. Yrittäjä voi järjestää itselleen yleislääkäritasoisen sairaanhoidon osana työterveydenhuoltoa.

Monilla lääkäriasemilla on kiinnostusta omien ammatinharjoittajien työterveydenhuollon järjestämiseen. Sopimusneuvotteluihin tulee työterveyslääkärin ja -hoitajan osallistua alusta asti. Heidän tehtävänään on paneutua työn vaatimuksiin ja terveyteen vaikuttaviin tekijöihin sekä olosuhteisiin, olla selvillä työpaikkojen työkyky- ja turvallisuusolosuhteista. Hyvä työterveydenhuolto ei siis tarjoa valmiita palvelupaketteja, vaan esittää kuhunkin tilanteeseen sopivia ratkaisuja, joilla voidaan tukea työkykyä ja hyvinvointia. Toiminnan suunnitteluun on syytä paneutua huolellisesti.

Ammatinharjoittaja voi neuvotella esimerkiksi toimistomaksun, laskutuslisän tai laitososuuksien hinnoittelusta. KELA korvaa yrittäjälle 60 % ennaltaehkäisevän työterveyshuollon ja 50 % sairaanhoidon tarpeellisiksi ja kohtuullisiksi määritellyistä kustannuksista. Jäljelle jäävän osuuden voi ammatinharjoittaja vähentää verotuksessaan elinkeinotoiminnan kuluina.

Hiljattain ilmestyneessä Duodecimin pääkirjoituksessa käsitellään hyvän terveydenhuollon järjestämistä. (Duodecim 2011; 127:1413-4). Artikkelissa todetaan hyvän työterveydenhuollon merkityksen korostuvan siinä, miten pystytään arvioimaan työpaikalla tarvittavan työterveyshuollon lääketieteellistä sisältöä ja niitä toimenpiteitä, joilla selvitetään työkykyyn ja terveyteen liittyviä riskejä sekä niiden ennaltaehkäisyä. Myös työterveydenhuoltoon liittyvä sairauden hoito on työkyvyn kannalta erittäin tärkeää, pitkäaikaissairauksien huomioiminen työkyvyn tukemisessa on edellytys pitkään työssä jaksamiselle.

Lisätietoa työterveydenhuollon järjestämisestä löytyy KELAn sivuilta sekä Lääkäriliiton julkaisemasta Ammatinharjoittajan oppaasta. ■

Pre-eclampsia: The role of soluble VEGF receptor-1 and related anti-angiogenic factors beyond

LL Katja-Anneli Wathén,
Helsingin Yliopisto

Raskausmyrkytykseen sairastuu noin 5 % odottavista äideistä. Siihen on todettu liittyvän seikkoja, jotka muistuttavat metabolista oireyhtymää, tärkeintä sydän- ja verisuonisairauksille altistavaa oirekokonaisuutta. Raskausmyrkytyksen sairastaneilla naisilla onkin kaksinkertainen riski kuolla metabolisen oireyhtymän tunnusomaisiin sairauksiin, kuten sepelvaltimo- ja sokeritautiin, myöhemmin elämässään. Ennaltaehkäisevää tai parantavaa hoitoa ei raskausmyrkytykselle ole, ja sen syy on edelleen avoin. Vain istukan poistuminen johtaa lopulta oireiden helpottamiseen.

Raskausmyrkytykseen sairastuneella istukan heikentyneeseen toimintaan liittyy kohdun verisuonten tavanomaista huonompi kehitys jo alkuraskaudessa. Lisäksi äidin endoteelisolujen toiminta myös muualla elimistössä on häiriintynyt.

Väitöskirjatyössä selvitettiin Helsingin Naistenklinikalla vuosina 2001–2007 otetuista veri- ja istukkanäytteistä raskausmyrkytykselle ominaista istukan poikkeavaa verisuonikasvua ja verisuonen sisäpinnan, endoteelin, toimintahäiriötä. Tutkimukseen haettiin varhais- ja keskiraskauden ultraääniseulontatutkimusten yhteydessä kerätystä verinäytepankista sekä raskausmyrkytystä että yleisesti tunnetuista syistä riippumatonta ja varhaisessa vaiheessa raskautta ilmenevää sikiön kasvunhidastumaa poteneet naiset noin kahden vuoden ajalta.

Väitöstutkimus kohdentui keskeisimpään verisuonten kasvua ja toimintaa säätelevistä tekijöistä, verisuonten endoteelikasvutekijään (VEGF) ja sen liukoiseen reseptoriin (liukoinen VEGFR-1), joka sitoo veressä kiertävää VEGF:ää. Verisuonten poikkeavan uudiskasvun yhteydessä on näiden tekijöiden tuotanto toisiinsa nähden epätasapainossa. Raskausmyrkytyksessä istukan erittämän liukoisen VEGFR-1:n tuotanto on havaittu kiihtyneeksi, ja sen pitoisuudet sekä lapsivedessä että äidin veressä ovat vastaavasti merkittävästi kohonneet terveisiin äiteihin verrattuna.

Ohjaajat Ulf-Håkan Stenman ja Piia Vuorela, väittelijä, vastaväittäjä Seppo Heinonen ja kustos Aila Tiitinen.

Tavoitteena oli myös selvittää biokemiallisia ennustetekijöitä raskausmyrkytyksen kehittymiselle. Tällaisen työkalun löytyminen antaisi mahdollisuuden tunnistaa naiset, joita raskausmyrkytys jatkossa uhkaa. Tutkimuksen perusteella totesimmekin, että kohonnut liukoisen VEGFR-1:n pitoisuus äidin verenkierrossa ennustaa myöhempää raskausmyrkytystä jo toisen raskauskolmanneksen alussa, raskausviikoilla 16–20. Se on täten varteenotettava ehdokas etsittäessä merkkiainetta, jolla raskausmyrkytystä voitaisiin tehokkaasti ennustaa. Alkuraskauden verinäytteistä määritettiin myös muita endoteelisolujen toimintaan epäsuotuisasti vaikuttavia tekijöitä, kuten endostatiinin ja angiopoietiini-2:n pitoisuuksia. Raskausmyrkytysriskin tunnistava merkkiaine voisi osaltaan toimia lähtökohtana uusien diagnostisten menetelmien kehittämiselle.

Sen lisäksi, että liukoisen VEGFR-1:n määrät olivat selkeästi suuremmat naisilla, joille myöhemmin kehittyi raskausmyrkytys, havaittiin, että myös verenkierron endostatiini- ja angiopoietiini-2 -taso oli heillä terveisiin naisiin nähden kohonnut. Yhdistämällä näistä merkkiaineista kaksi pystyttiin riskiä arvioimaan yhä paremmin.

Tupakoivilla äideillä raskausmyrkytyksen todennäköisyys on aiempien tutkimusten mukaan merkittävästi tupakoimattomia naisia pienempi. Tutkimuksessa tarkasteltiin siten tupakoinnin vaikutusta liukoisen VEGFR-1:n esiintymiseen raskaana olevien naisten veri- ja istukkanäytteissä, mutta toteutetussa koeasetelmassa ei havaittu tilastollisesti merkitsevää eroa tupakoivien ja tupakoimattomien naisten välillä. Tutkimus auttaa kuitenkin osaltansa selvittämään yleisiä VEGF -kasvutekijäperheen välittämiä tupakoinnin verisuonivaikutuksia.

Viimeisin osa tutkimusnäytteistä kerättiin aikasarjana joko suunniteltujen raskaudenkeskeytysten tai keisarinleikkausten yhteydessä liukoisen VEGFR-1:n biologisen puoliintumisajan määrittämistä varten. Istukan poistuessa myös liukoisen VEGFR-1:n lähde poistuu, jolloin sen puoliintumisaika voidaan märittää varsin luotettavasti. Totesimme, että tämä merkkiaine eliminoitui kaksivaiheisesti ja että sen puoliintumisajat olivat samankaltaisia kuin vertailuna sekä myös aiemmin istukkahormoonille (hCG) mitatut. Istukan poistuttua todettiin samalla myös vapaan VEGF:n pitoisuuden normalisoituvan, kun se raskauden aikana oli liukoisen VEGFR-1:n vaikutuksesta lähes mittaamattoman matala. Näitä tuloksia voidaan mahdollisesti hyödyntää tutkittaessa jatkossa muun muassa verisuonisairauksien ja syövän syntyä. ■

■ Teksti OSKARI HEIKINHEIMO,
Suomen edustaja Scientific Committeessa

Uuden NFOG-fundin apurahoja jaettu jo kahdesti

Pohjoismaisen yhdistyksemme aiemmat apurahastot – NFOG-Visitor ja Collaborative Programs – yhdistettiin vuonna 2010 yhdeksi NFOG-fundiksi. Lisäksi jaettavan apurahan määrää lisättiin selvästi.

NFOG-fundin apurahaa voi hakea muun muassa yhteispohjoismaisiin tutkimushankkeisiin, toiseen pohjoismaahan tai pohjoismaiden ulkopuolelle suuntautuvaan klinikkavierailuun tai opintomatkaan sekä kehitysmaissa tehtävään kehitys- tai vapaaehtoistyöhän. Eri pohjoismaiden gynekologiyhdistykset voivat myös anoa rahoitusta vuosikokouksessa puhuvan, toisesta pohjoismaasta tulevan puhujan matkakustannuksiin. Pohjoismaissa tapahtuvat aktiviteetit ovat tärkeysjärjestyksessä korkealla.

Apurahan hakuaika on nyt!

Apurahoja haetaan kaksi kertaa vuodessa – deadline on sekä maaliskuun että lokakuun ensimmäinen päivä. Hakeminen on helppoa ja tapahtuu sähköisesti. Yhdistyksen kotisivulta löytyy elektroninen hakulomake, johon yhdistetään tarvittavat liitteet (www.nfog.org -> NFOG-fund -> Application form). Yhdistyksen Scientific Committee tekee ehdotuksen apurahojen jaosta NFOG:n Boardille. Hakijat saavat tiedon päätöksistä kahden kuukauden kuluessa hakupäivämäärästä.

Apurahoja on jaettu nyt kahdesti. Suomalaiset ovat hakeneet ja saaneet apurahoja hyvin. Erityisen ilahduttavia ovat olleet pohjoismaisia voimavaroja yhdistävät tutkimushankkeet, joista lähes kaikissa on ollut suomalainen kädenjälki mukana. Myönnettyjen apurahojen määrä on vaihdellut muutamista tuhansista aina useisiin kymmeniin tuhansiin Tanskan kruunuihin.

Apurahat ja erityisesti yhteispohjoismaisen toiminnan kannustaminen ovat NFOG:n ydintoimintaa. Nämä apurahat kannattaakin ehdottomasti pitää mielessä ja hakea herkästi. Seuraava deadline on jo lokakuussa! ■

Synnytys- ja naistentautien 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 naistentautien erikoislääkäreiden toiseen koti- tai ulkomaiseen klinikkaan tapahtuvaan vierailuun, jonka tarkoituksena on ammattitaidon kehittäminen. Apuraha on tarkoitettu kattamaan matkustus- ja majoituskuluja.

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

Apurahahakemuksen liitteet:
- Hakijan lyhyt Curriculum Vitae
- Suunnitelma apurahan käytöstä
- Klinikkavierailun/ koulutuksen tarkoitus, ajankohta ja paikka sekä vastuuhenkilö

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

Erikoistuvien lääkäreiden matka-apurahat

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

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

Hakemus: Yhdistyksen sihteerille osoitettuun vapaamuotoiseen 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

Suomen Menopaussitutkimusseura ry:n stipendi

Suomen Menopaussitutkimusseura tulee vuonna 2011 syyskokouksessa jakamaan yhden tai useamman apurahan vaihdevuosia käsittelevää tutkimusta tekevälle jäsenelleen. Apurahojen yhteissumma vahvistetaan myöhemmin. Apurahan käytöstä tulee toimittaa vapaamuotoinen selvitys vuoden sisällä myöntämisestä.

Vapaamuotoiset hakemukset viitenä kappaleena sekä julkaisu- tai tutkimussuunnitelma pyydetään lähettämään 21.10.2011 mennessä Suomen Menopaussitutkimusseuran sihteerille: Jarna Moilanen, Väestöliiton klinikat OY, Helsingin klinikka, Fredrikinkatu 47, 00100 Helsinki (puh. 09-616 221).

Tomi Mikkola
Suomen Menopaussitutkimusseuran puheenjohtaja

The NFOG FUND
Call for applications
Deadline 1 October 2011

The NFOG General Assembly at the the 37th Nordic Congress of Obstetrics and Gynecology 15-18 June 2010 in Copenhagen decided to establish the **NFOG Fund**. It will replace the NFOG Visitor and Collaborative Programs and provide support for a wider range of activities.

Purpose:

The purpose of the NFOG Fund is to support further development of professional skills, research, and clinical and scientific collaboration in the fields of obstetrics and gynecology.

Who can apply:

Members of the national societies of NFOG who are specialists in obstetrics and gynecology or trainees who have completed two years of specialist training (at the time of application deadline).

The following fields within obstetrics and gynecology can be covered:

1: Clinical or scientific visits outside country of residence with the purpose of improving skills and/or developing and sharing expertise.
2: Voluntary or project work in developing countries.
3: Courses outside the applicant´s country of residence.
4: Collaborative clinical or scientific projects between members of the national societies of NFOG.
5: Each national society can apply once per year for the coverage of expenses to bring one lecturer from another Nordic country to speak at one annual meeting arranged by the society.

In case the number of applications exceed the funding, applications regarding activities within the Nordic countries will have the highest priority. In general support is given for one year at a time and for no longer than three years with new updated application for each year.

The grants will only cover:

- Course fee.
- Traveling expenses: Public transport, air fare on economy class, only one return ticket.
- Modest accommodation. For longer visits hotels are not accepted. Accommodation will only be covered for the duration of the stay and no longer than one month.
- Meeting expenses for collaborative projects (point 4 above)
- Modest expenses required in order to work in developing countries (point 2 above)
- Only expenses of NFOG members will be covered by the grants. This rule does not apply for lecturers at societies annual meetings (point 5),

Grants will not be given for:

- Congresses, symposias, pre and post congress courses.
- Courses arranged by NFOG.
- Salary or daily allowance shall not be covered
- Training of other professions than gynaecologists/obstetricians.
- Only future activities will be considered for support. Retrospective applications will not be taken into consideration.

Application must include:

- Applicant should be submitted on a special NFOG Fund application form which can be found at www.nfog.org and should include:
- Applicant's motivations and reasons for applying.
- Short Curriculum Vitae (no more than two pages). In collaborative projects, short CV from the principal investigator of each participating Nordic country
- Detailed budget.
- Copy of course announcement (point 3)
- In collaborative projects, short description of the research / clinical project, including information on appropriate approvals. Total length up to five pages.
- Letter of recommendation from head of department, including comment in relation to the budget of the clinic (points 1-3).
- In case of clinical visit or voluntary work: acceptance letter from head of department at the clinic where the visit is to take place or the organization which is responsible for the program.
- Information on whether or not the applicant has applied for or received other grants for the same purpose, and how much.

A short written report to the NFOG Board must be send to the NFOG Treasurer within 3 months after the activity. The report will be published on the Website. Expenses will be refunded, when the NFOG Treasurer receives documentation of expenses and the written report. Claim form can be found at www.nfog.org.

Deadline for applications

Application dates are March 1st and October 1steach year. Applicants will be notified within two months of the application dates. The next deadline is October 1st 2011:

Applications must be submitted as a single file, preferably pdf, with file named with applicant´s name to nfogfund@nfog.org.

Further information

Further instructions can be found at www.nfog.org or obtained from members of the NFOG Scientific Committee (see NFOG webpage)

Alexander Kr Smárason
Chairman of the Scientific Committee
Department of Obstetrics and Gynaecology
Akureyri Hospital
600 Akureyri
Iceland

Suomen Gynekologiyhdistyksen koulutuspäivät 17.–18.11.2011 Kuopio, Musiikkikeskus

Torstai 17.11.2011

10.00 Koulutuspäivien avaus SGY:n pj. Aila Tiitinen

Teema: Nainen ja ravitsemus
Pj: Marja Komulainen ja Merja Metsä-Heikkilä
10.10 Ravitsemuksen trendejä
Erikoissuunnittelija Heli Reinivuo, THL
10.50 Miksi kaikki eivät liho?
FT Tiina Lappalainen, Itä-Suomen Yliopisto
11.20 Mitä todella tiedetään vitamiineista?
Dos. Ursula Schwab, Itä-Suomen Yliopisto

12.00 Lounas ja näyttely

13.00 Mitä raskaana olevan pitää syödä ja mitä pitää välttää?
Ylitarkastaja Ulla Karlström, Evira
Dos. Leea Keski-Nisula, KYS
13.50 Kasvisdieetit
TtM, ravitsemussuunnittelija Anne Tuovinen, Kuopion Kaupunki
14.30 Kahvitauko ja näyttely

15.30 **Seth Wichmann luennoitsijan esittely**
SGY:n pj. Aila Tiitinen
15.35 **Seth Wichmann -luento**

Teema: jatkuu
Pj: Marja Komulainen ja Merja Metsä-Heikkilä
16.00 Nuorten syömishäiriöiden päivitys
LT Anna Keski-Rahkonen, HYKS
16.30 Suklaa ja punaviini – terveysvaikutteisia elintarvikkeita?
Prof. Timo Strandberg, OYS

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 Conservative treatment of urinary incontinence
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 Pikkukeskosten 5-vuotisennuste – hoidon organisoinnin vaikutus
LT Liisi Rautava, PHKS
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 majoituskapasiteettia kiintiöllä jäsenillemme. Avecien 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 alaosaston vuosikokous

19.30 Iltajuhla, hotelli Crowne Plaza

Kuopio Scandic hotelli, Satamakatu 1,
70100 Kuopio
puh 017195111, 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 !

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.

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: Sairaalasuunnittelun 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 & tapausselostuksia 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 tapausselostuksia

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

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 15th	DKK 1800,-
NFOG member, late registration after September 15th	DKK 2500,-
Non-NFOG members, registration available from September 15th	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 Jonsdottir)	
13.05 - 13.30	Overactive bladder	Tareq Alsaody (S)
13.30 - 14.00	Painful bladder syndrome	Ralf Peeker (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

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, neurokirugia
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 osalistujan/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.
Ilmoittauminen:
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, varaustunnus BGYN131011 19.9.2011 mennessä. 1hh 102 e/huone/vrk ja 2hh 122 e/huone/vrk sisältäen arvonlisäveron ja buffetaamiaisen.
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 Menopaussitutkimusseuran syyskokous Helsinki, Pörssitalo 4.11.2011

Perjantai 4.11.2011

"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 Farma
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
17.30–18.00	Suomen Menopaussitutkimusseuran kokous
18.30–	Suomen Menopaussitutkimusseuran sosiaalinen ohjelma: Kiasma, opastus
20.00–	Illallinen, Novo Nordisk Farma, Pörssitalo
22.00–	Kuljetukset Turku, Tampere

Osallistumismaksu 80 € maksetaan Suomen Menopaussitutkimusseuran tilille: Tampereen seudun osuuspankki TSOP 573257-214649. Ilmoittautuminen kokoukseen katsotaan jäsenanomukseksi Menopaussitutkimusseuralle. Menopaussitutkimusseuran jäsenmaksu 15 € / vuosi peritään keskitetysti Lääkäriliiton kautta. Koulutus anotaan erikoislääkärikoulutuksen teoreettiseksi kurssimuotoiseksi koulutukseksi 3 tunnin ajalta naistentautien ja synnytysten, työterveyshuollon ja yleislääketieteen erikoisaloille (Helsingin yliopisto).

Novo Nordisk järjestää Turusta bussikuljetuksen Helsinkiin TYKS:n äitipkl:n edestä klo 10, samoin Tampereelta TAYS:n edestä klo 10. Paluukuljetukset järjestetään illallisen jälkeen. Ilmoittautumiset (HUOM! Ilmoitathan, kuulutko vanhana jäsenenä/ haluatko liittyä Suomen Menopaussitutkimusseuraan, ja osoitteesi, e-mail/puhelinyhteystietosi, osallistumisen bussikuljetukseen, Kiasman käynnille ja illalliselle, ja mahd. erityisruokavalion) pe 21.10.2011 mennessä Satu Lakaniemelle, e-mail: satl (at) novonordisk.com

Ohjeet myös Menopaussitutkimusseuran nettiosoitteessa www.menopaussiseura.net.
Tiedustelut: Näyttelyasiat rahastonhoitaja Eila Suvanto, e-mail: eila.suvanto (at) ppshp.fi. Muut tiedustelut sihteeri Jarna Moilanen, e-mail: jarna.moilanen (at) vaestoliitto.fi, puh 09-616 221.

Kutsu Menopaussitutkimusseuran syyskokoukseen

Suomen Menopaussitutkimusseura ry:n syyskokous pidetään Pörssitalolla Helsingissä perjantaina 4.11.2011 klo 17.30 alkaen.
Kokouksessa käsitellään sääntöjen määräämät asiat.

Tervetuloa
Hallitus

WWW.NFOG2012.NO

WELCOME TO

38TH NORDIC CONGRESS OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

17–19 JUNE 2012, BERGEN, NORWAY

38TH NORDIC CONGRESS OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Norsk gynekologisk forening
DEN NORSKE LEGEFORENING

■ MARJA KOMULAINEN

2011

SYYSKUU

- 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 Endoscopy 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
- 27.-30.9. 9th International Meeting of the Royal College of Obstetricians and Gynaecologist (RCOG) Ateena, Kreikka. www.rcog2011.com

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.
- 27.-28.10. Suomen endokrinologiyhdistyksen ENDO-päivät Biomedicum Helsinki.
- 28.-29.10. Advances in Fetal Imaging Pariisi, Ranska. www.ultrasound2011.org

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 Menopaussitutkimusseuran 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
- 17.-20.11. The 14th World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology & Infertility Pariisi, Ranska. www.congressmed.com/paris2011

• 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 Lääketieteellis-Biologinen Ultraääniseura ry: syyskokous Mauno Koivisto-keskus, 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

JOULUKUU

• 2.12. 2nd Trope-Kolstadmöte, Oslo Norja.
• 18.-20.12. 10th World Congress: International Association of maternal and Neonatal Health, Rooma, Italia.

2012

TAMMIKUU

• Helsingin lääkäripäivät
www.laakaripaivat.fi
• 6.-7.1. BFS Annual Meeting 2012, Leeds, Englanti.
www.britishfertilitysociety.org.uk

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 Cynecological Endocrinology, Firenze, Italia.
www.gynecologicalendorinology.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
• 9.-12.5. 22nd European Congress of Obstetrics and Gynaecology, EBCOG 2012, Tallinna, Viro.
www.ebcog2012.com
• 17.-20.5. International congress on Cardiac Problems in Pregnancy, Berliini, Saksa.
www.cppcomgress.com

KESÄKUU

• 1.-5.6. 48th ASCO Annual Meeting Chicago, Illinois, USA www.asco.org
• 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

• 11.-15.8. 45th Annual Meeting of the Society for the Study of Reproduction Tentatively, the Penn State University State College Pensylvania, USA.
www.ssr.org/meetings
• 30.8. 4th Congress of the Asia Pacific Initiative on Reproduction (ASPIRE 2012).

SYYSKUU

• 4.-8.9. 2012 Annual Meeting of IUGA (International Urogynecological Association), Brispane Australia. www.iuga.org
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 (ESSO) Valencia, Espanja.
www.ecco.org.eu
• 28.9.-2.10. 37th ESMO Congress Wien Itävalta. www.esmo.org

Syklin ilmestymisaikataulu

Numero	Aineistopäivä	Ilmestyy
2011		
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@carea.fi

Anna Luomaranta
HYKS Kätilöopiston 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

■ MERJA METSÄ-HEIKKILÄ

Oletko Facebookissa?

Olen pitkään kieltäytynyt kaikenlaisesta sosiaalisessa mediassa esiintymisestä muissa kuin hyvin rajatuissa ammatillisissa asioissa. Olen pelännyt yksityisyyden menettämistä ja vähän halveksinutkin jatkuvasti netissä roikkuvia – hankkikaa elämä!

Sähköpostiin olen kuitenkin melkein riippuvuussuhteessa, puhelimeen en niinkään. Seuraan päivittäin muutamia blogeja. Olen esiintynyt nimelläni Pienen Taidekoulun blogissa ja pidimme keväisellä pyhiinvaelluksella blogia, jossa kerroin matkan etenemisestä ja tunnelmista. Pahalla on ollut jo pikkusormi.

Naamakirjassa on kuitenkin mennyt raja. Sinne – ei ikinä!

Kunnes tapasin keväällä hyvän ystäväni ja arvostamani kollegan, joka kertoi vähän ihmetelleensä, miksi en ole Facebookissa. Selitin ja kuulin, että käsitykseni naamakirjasta on ollut vähintäänkin rajoittunut. Siellä voi toki tilittää jokaisen päivittäisen liikahduksensa, mutta monet käyttävät naamakirjaa ihan muihin tarkoituksiin. Facebookiin voi linkittää kiinnostavia artikkeleita tai videoita, kertoa ilmiöistä, tapahtumista, kirjoista, levyistä, elokuvista etc. Ja kannustaa kanssasisaria ja -veljiä ”tykkäämällä”. Siis ihan järkevää toimintaa ilman, että on pakko kertoa mieliruokaansa tai nukkumaanmenoaikaansa.

Siispä kirjauduin Facebookiin. Sivusto tarjosi minulle heti joukon potentiaalisia kavereita (mistä se tiesi?) ja lähetin oitis kaveripyynnön pojalleni. Vastaukseksi sain kauhistuneen puhelun: ”Mutsi, sä oot menny feisbuukkiin – mihin tämä maailma on menossa!” Hyväksyi hän minut kuitenkin kaverikseen samalla muistuttaen, että kaikkia postauksiaan ei ole pakko laittaa kaikkien nähtäväksi.

Facebook on tarjonnut uudenlaisen maailman. Siellä on yllättävän paljon tuttuja kollegoja, kaiken ikäisiä. Facebookissa käydään kiinnostavia keskusteluja ja kommentoidaan myös maailmanmenoa. Sitä kautta saa tietoa tuttujen kuulumisista, vaikka kirjoitukset eivät olisikaan kovin henkilökohtaisia tai paljastavia. Kuten: M:n ulkomailla asuva poika meni äskettäin naimisiin. Toinen M oli Savonlinnassa ja piti kuulemastaan. H:n mökin maalaus alkaa olla loppusuoralla.

Taun©

Minulla ei ole laajaa fb-kaveripiiriä. Olen vähän varovainen sen suhteen. Myös Lääkäriliitossa fb:n merkitystä lääkärin arjessa on mietitty ja annettu suositus esimerkiksi pidättäytyä fb-kaveruudesta potilaiden kanssa (SLL 2011;7:526-527). Samaa ovat puineet opettajat suhteestaan oppilaisiin. Lääkärin on syytä olla varovainen myös potilaisiin – nimettöminäkään – liittyvien asioiden tuomisessa fb-sivustolleen.

”Maailma on netissä. On tyhmää, jos sitä ei käytä. On hyvä tuoda positiivista materiaalia itsekin.” Näin on sanonut dosentti Eeva Pyörälä Helsingin yliopistosta. Erityisen ajankohtaiseksi tämän lausuman teki Norjan joukkomurha. Nettikeskustelu on saanut aivan uudenlaisen merkityksen. Vaikka keskustelijoina olisi hyvin pieni piiri, sen vaikutukset näyttävät koskettavan meistä jokaista. Monilla palstoilla kirjoittelua ei voikaan sanoa keskusteluksi. Samanmieliset harrastavat huutelua nimimerkin suojissa ja komppaavat itseään toisella nimimerkillä.

En vieraile näillä sivustoilla, pahoittaisin vain siitä vihasta mieleni. Olen kuitenkin seurannut jonkin verran Fimnetin keskustelupalstaa. Pääosa keskustelusta on täysin asiallista, mutta sielläkin on aktiivinen, tosin pieni joukko, jonka liipasinsormi vihan ja ennakkoluulojen esiintuomisessa on herkässä. Monet kommentit vaikkapa potilaista ovat vähintäänkin lääkärin etiikan vastaisia. Pitäisiköhän tähän puuttua – tai ainakin käydä asiasta keskustelua? ■