

Sykli

**Gynekologina
Tansaniassa s. 6**

Kättä päälle

Syklin raportit simulaatioiden
ja hands on -koulutuksen käytöstä
gynekologiassa ja obstetriikassa
alkavat s. 32

Suomen Gynegologiyhdistyksen Kevätkoulutuspäivät 8.–9.05. Tampereella

Kevätkoulutuspäivät 2014
järjestetään jälleen Tampereella,
Presidentin juhlista tutussa
Tampere-talossa.
Ilmoittautuminen SGY ry:n
kotisivujen kautta:
www.gyneekologiyhdistys.fi

Tervetuloa!





Sykli

SISÄLTÖ 2/14

Pääkirjoitus 5

Kevättalvinen tervehdys
Savon suunnalta

Pj *Juha Räsänen*

Maailmalta 6

Liisa Raatema työskenteli
Tansaniassa

KYSGY:n kuulumiset
puheenjohtajalta

Gynaecologi Practici 12

Annika Tulenbeimo-Silfvast
pohtii e-reseptiä

UÄ-laitteen hankkiminen 14

Tommi Vimpeli

Olavi Lempi 16

ja onnellisuuskysymykset

Väitelleet 18



SLANGY on parikymppinen! 20

Pirkko Brusila tiivistä tarinan
historiikkiin

Koulutusta 22

Koulutuskalenteri 26

Hallituskolumni 28

Mervi Halttunen-Niemisen
naistentautien aakkoset

Hallituksen pöydältä 30

Kättä päälle: 32

Hätäsektiosimulaatio
Oulun tapaan

Korpeimme kuiskintaa 35

Marja-Liisa Mäntymaa syrjähtää
yliopistoklinikkaan

Wienin viemät 36

Dimitrios Scordas ja kumppanit
klinikkavierailulla

Päätoimittaja 42

nurisee tyhjästä

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

Mari Aaltonen
p. 050 3536 460
mari.aaltonen@sll.fimnet.fi

Sykli verkossa: www.sykli.gyn.fi

Ilmoitusmyynti

Mari Aaltonen
Viikinsaarenkatu 1 B
33250 TAMPERE
p. 050 3536 460
mari.aaltonen@sll.fimnet.fi

Osoitteenmuutokset

SGY:n sihteeri
Henna Kärkkäinen
Lähettilötoimisto,
PL 100, 70029 KYS
henna.karkkainen@kuh.fi

Ulkoasu: Taitotasku Oy
Repro / Paino: PunaMusta Oy

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

Sykli julkaisee myös muiden
yhdistysten koulutusilmoituksia,
vuonna 2014 hintaan 300 e/sivu
ja 150 e/puoli sivua.

Seuraava Sykli 3/2014

ilmestyy 19.9.2014,
aineiston ja ilmoitusten
jättöpäivä on 15.8.2014

■ Kannessa vaihtuvat
tänä vuonna vuodenaajat,
kuva: Raili Leppänen, Tampere.



Qlaira®

-ehkäisyn
aloitukseen ja
vaihtoon

Q Ainoa e-pilleri, joka on hyväksytty runsaiden kuukautisten hoitoon.

Keskimäärin kuukautisvuoto vähenee 88 %

(Ehkäisytabletit vähentävät yleensä vuodon määrää 20-50 %)

Q Sisältää estradiolia ja dienogestia, joiden yhdistelmällä saadaan hyvä vuotokontrolli.²

Q Hyvä valinta naiselle, joka kärsii hormonivaihteluun liittyvistä oireista.³ Tasainen estradiolipitoisuus läpi 28 päivän syklin.⁴

QLAIRA® Käyttöaihe: Raskauden ehkäisy. Runsaiden kuukautisten hoitoon naisille, joilla ei ole elimellistä sairautta ja jotka haluavat käyttää ehkäisytabletteja. **Vaikuttavat aineet ja niiden määrät:** Pakkauksessa on 28 tablettia seuraavassa järjestyksessä: 2 tummankeltaista tablettia sisältäen 3 mg estradiolivaleraattia (EV), 5 keskipunaista tablettia sisältäen 2 mg EV ja 2 mg dienogestia (DNG), 17 vaaleankeltaista tablettia sisältäen 2 mg EV ja 3 mg DNG, 2 tummanpunaista tablettia sisältäen 1 mg EV, 2 valkoista lumetablettia. **Annostus ja antotapa:** Tabletit otetaan pakkaukseen merkityssä järjestyksessä yksi päivässä 28 peräkkäisen päivän ajan, ilman taukoja. Uusi pakkaus aloitetaan heti seuraavana päivänä edellisen loputtua. Tyhjennysvuoto alkaa tavallisesti viimeisten tablettien ottamisen aikana eikä välttämättä ole päättynyt ennen seuraavan pakkauksen aloittamista. **Vasta-aiheet:** Valtimo- tai laskimotromboosi, tromboosianamneesi tai tromboosin ennako-oire. Tämänhetkinen tai aiemmin sairastettu aivoverisuonitapahtuma. Huomattavat laskimo- tai valtimotromboosin riskitekijät: diabetes mellitus, johon liittyy verisuonioireita, vaikea hypertensio tai vaikea dyslipoproteinemia. Perinnöllinen tai hankittu laskimo- tai valtimotromboosialttius. Haimatulehdus, johon on liittynyt vaikea hypertriglyseridemia. Vaikea maksasairaus. Maksakasvain, myös aiempi. Sukupuolielinten tai rintojen sukuhormoniriippuvaiset maligniteetit. Emätinverenvuoto, jonka syy on selvittämättä. Fokaalioirein esiintyvä migreeni. Yliherkkyys jollekin tabletin aineosalle. **Varoitukset ja käyttöön liittyvät varotoimet:** Ennen aloitusta lääkärintarkastus, sukuanamneesi ja verenpaineen mittaus. Huomioitavaa: verenkiertohäiriöt: laskimon tai valtimon tromboottisten / tromboembolisten tapahtumien tai aivoverisuonitapahtuman oireita tai niiden vakavia tai useita riskitekijöitä. Muita: diabetes, SLE, hemolyttis-ureeminen oireyhtymä, krooninen tulehduksellinen suolistosairaus ja sirppisoluanemia. Jos migreenikohtaukset tiheenevät tai voimistuvat, tulee valmisteesta käyttö lopettaa heti. Muut, ks. Pharmacia Fennica (PF). **Raskaus ja imetys:** Ei saa käyttää raskauden aikana. **Haittavaikutukset:** Yleisimpiä ovat kuukautiskierron häiriöt, rintojen aristus, päänsärky, vatsakipu, pahoinvointi ja akne. Muut, ks. PF. **Pakkaukset ja hinnat:** 1.1.2014 VMH+ALV: 1x28 tabl. 13,86 €, 3x28 tabl. 39,72 €, 6x28 tabl. 77,80 €. Reseptilääke. Ei SV-korvattava. Lisätietoja PF ja Bayer Oy, puh. 020 785 21, www.bayer.fi

Viitteet: 1) Runsaat kuukautisvuodot. Duodecim Käypä hoito –suositus 2009. www.kaypahoito.fi 2) Ahrendt H-J, et al. Contraception 2009;80:436-444

3) Macías G, et al. J Obstet Gynecol 2013;33:591-96. 4) Zeun S, et al. Eur J Contracept Reprod Health Care 2009;14(3):221-32.



Tervehdys kaikille kollegoille täältä Savon sydänmailta!

Kuopio ja sen lähiympäristö ovat maankuuluja niiden tarjoamista erinomaisista puitteista talviurheilulajien monipuoliseen harrastamiseen, aina murtomaahiihdosta mäkihyppäämiseen ja retkiluisteluun Kallaveden kauniissa maisemissa. Viime talvena minäkin päätin herätellä vanhaa murtomaahiihtoharrastustani liian pitkäksi venähäneestä horroksesta. Tähän suuren kimmokkeen antoi kollegani Seppo Heinonen, joka on tunnetusti uuttera vapaan tyylin hiihtomies. Kaivelin sukset naftaliinista. Voiteet suksien pohjissa olivat peräisin vuoden 2005 Oulun Tervahiihdosta. Valitettavasti viime talvi pyörähti ohi turhan nopeasti ja lumi oli sulanut ennen kuin sain sukset varastosta ulos raahattua. Tästä viisastuneena varauduin tätä talvea varten jo hyvissä ajoin syksyllä ja kannoin sukset parvekkeelle talven tuloa odottelemaan. Luontoäiti päätti toisin: kulunut talvi ei hiihtäjää suosinut. Tätä kolumnia kirjoittaessani maaliskuun alkupuolella keli Kuopiossa on samanmoinen kuin yleensä Vapun seudussa. Ehkä sitten ensi talvena homma onnistuu.

Viime vuonna hallituksen toimesta järjestettiin kollegoiden keskuudessa jäsenkysely kartoittamaan jäsenistön toiveita yhdistyksen toiminnan kehittämiseksi. Vastausprosentti oli varsin hyvä ja siitä kiitokset kaikille kyselyyn osallistuneille. Jäsenkyselyn tulokset on julkaistu Syklin numerossa 4/2013. Kaiken kaikkiaan kyselyn tulokset olivat varsin myönteisiä tukien hallituksen toimintaa ja sen tekemiä linjauksia. Haluaisin kuitenkin nostaa pari asiaa kyselystä esiin. Henkilökohtaisesti olin hieman pettynyt siihen, että meidän omaa pohjoismaista lehteämme,

Actaa, hyödynnetään varsin vähän, etenkin sen sähköistä versiota. Itse olen toiminut reilun vuoden ajan Actan toimituskunnassa yhtenä Suomen edustajana. Voin vakuuttaa, että toimituskunta parhaan kykynsä mukaan yrittää poimia suuresta käsikirjoitusten tulvasta ne, jotka olisivat kiinnostavia pohjoismaisille kollegoille. Ilmeisesti tässä emme riittävän hyvin ole onnistuneet ja toimituskunnan on syytä miettiä parannuksia tähän asiaan. Yksi ratkaisu voisi olla, että alan pohjoismaiset tutkijat lähettäisivät niin sanotusti parempia töitään omaan lehteemme, jolloin sen arvostus lähtisi nousemaan.

Toinen asia, jota haluan kommentoida, on koulutuspäivien lukumäärä. Usein esitetään, että yksi koulutuspäivä vuodessa olisi riittävä määrä. Itse olen asiasta eri mieltä. Kahdesti vuodessa olevat päivät mahdollistavat suuremman kollegajoukon osallistumisen edes kerran vuodessa koulutukseen. Lisäksi silloin saadaan kattavampi ohjelma ja jokainen voi valita kiinnostavimman koulutuksen. Kahdesti vuodessa järjestettävä koulutus lisää painetta sairaaloita kohtaan, koska toimintaa joudutaan päivien aikana supistamaan. Tätä ongelmaa helpottamaan syksyn 2014 ja 2015 koulutuspäivät järjestämme kokeiluluontoisesti samaan aikaan operatiivisten päivien kanssa.

Kun suunnittelette tulevan kesän lomareissuja, muistakaa NFOG:n kokous Tukholmassa kesäkuun puolivälin paikkeilla. Olisi mukavaa saada sinne oikein runsas edustus Suomesta! ■

Haaveesta tositarinaksi Ilembulassa

Rotary-lääkäripankin
vapaaehtoistyöntekijänä
Tansaniassa syksyllä
2011 ja 2013

Olen gynekologina jo työelämäni
iltapuolella, mutta minulla on
ollut lähes elämäni haave
päästä työskentelemään kehitys-
maissa.

Rotary-lääkäripankki on perustettu Suomeen 1999. Sen kautta vuosittain noin 30 lääkärinä pystytään lähettämään vähintään kuuden viikon työrupeamalle Tansaniaan. Avustuskohdeeksi on valittu luterilaisen kirkon sairaaloita, jotka tietyllä tavalla hoitavat noin 40 prosenttia julkisesta sairaanhoidosta. Työ on vapaaehtoistyötä, eikä siitä makseta palkkaa, mutta lennot, malarialääkkeet ja muut pakolliset kulut korvataan. Lisäksi tarjotaan 45 euron päiväraha, jolla kustannetaan ruoka ja asuminen Tansaniassa. Tämä raha riittää myös viikonloppujen retkiin.

Ensikosketus Ilembulaan

Ensimmäinen työrupeamani oli syksyllä 2011, kohteena Ilembulan sairaala lounais-Tansaniassa, kaukana kaikesta. Seutu on ylänköaluetta 1400 m merenpinnan yläpuolella. Ilmasto on lämmin muttei tukahduttava ja aamut ja illat raikkaita. Oli kuivan kauden loppu ja talvisateet alkoivat työkauteni loppuvaiheessa.

Väriiloista synnyttäneiden osastolta.
Potilailla pitää olla kapsäkillinen omia
kankaita joita käytetään lakanoina, peit-
toina, hameena sekä huivina – ja joihin
käärätään vauvakin.



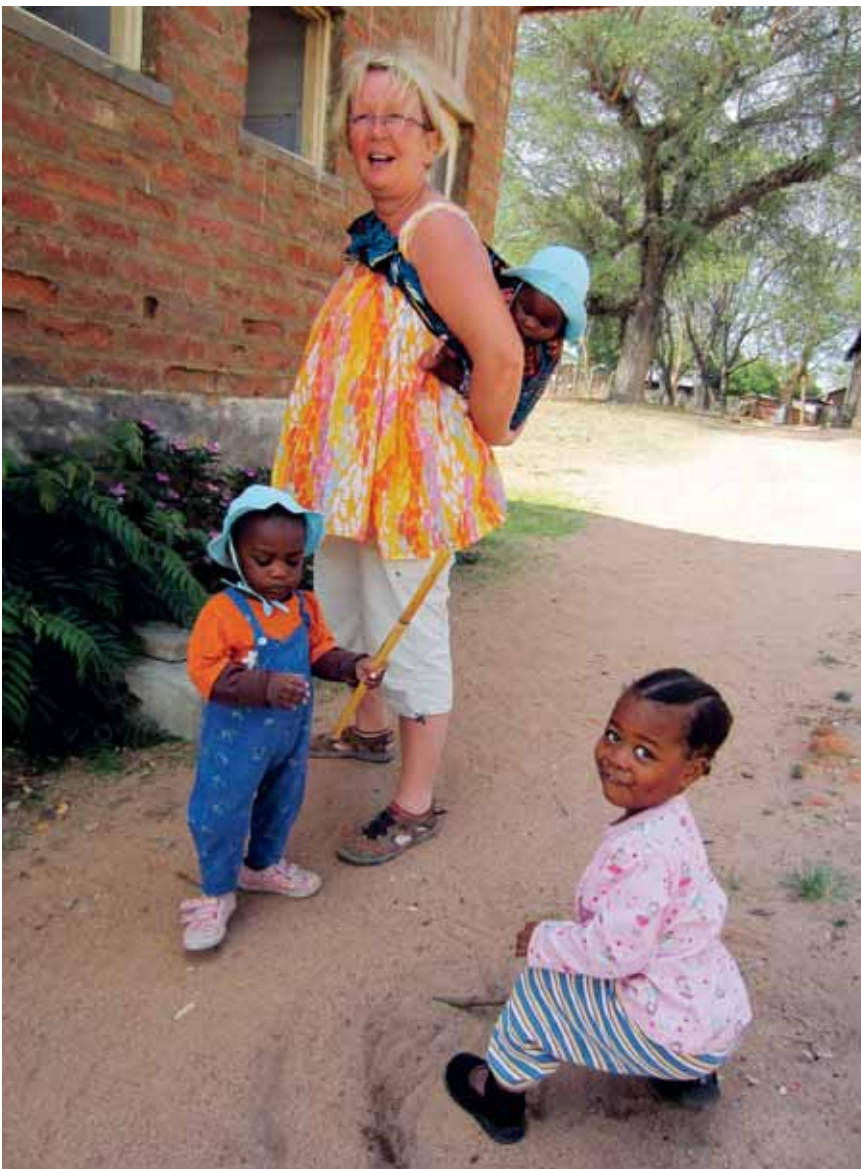


Kulttuurishokki oli melkoinen heti Ilembulaan saapumiseni jälkeen. Pari viikkoa meni ihmetellessä ja sopeutuessa. Ensin tuntui, ettei siellä voi tehdä työtään, kun lähes kaikki, mitä pitää tärkeänä kotimaassa, oli joko mahdotonta, tai siitä ei välitetty.

Sairaalassa on yli 300 potilaspaikkaa, jotka kuivana kautena eivät olleet täynnä, mutta kuulemani mukaan sadekautena, kun infektiot lisääntyvät, potilaita voi olla kaksinkertainen määrä. Synnytyksiä on noin 2000 vuodessa ja sektioprosentti on 42. Ihmettelin tuota prosenttia jo ennen lähtöäni, kun kuvitelmani oli, että kehitys-

maassa tehdään hyvää obstetriikkaa ja yritetään välttää sektioita.

Sairaalassa on synnytysosasto sekä leikkausosasto, jossa on kaksi salia ja niinsanottu "minor theatre" pieniä toimenpiteitä varten. Vuodeosastot ovat lapsille, naisille ja miehille erikseen. Kirurgiset ja sisätautiset potilaat sijoitetaan samoille osastoille. Teho-osastokin löytyy, mutta se on alun perin perustettu postoperatiiviseksi seurantaosastoksi. Käytössä on vain yksi sydänmonitori ja yksi happikondenssaattori, jolla pystyy antamaan happea yhdelle potilaalle. Suonensisäiset nesteet tehdään sairaalassa.



Ilembulassa on orpola löytölapsille ja synnytyksissä orvoksi jääneille vauvoille. Ulkoiluhetki orpolan lasten kanssa.



Kohdunpoistoa Ilembulassa, assistenttina ruotsalainen kandipoika.



Liisa Raatemaan sielunmaisema Ilembulasta, 30 km savannia ja taustalla Kipengere-vuoret.



Laboratoriossa on muutamia analyysilaitteita, mutta reagensseja ei ole, joten diagnostiset keinot ovat olemattomat. Hemoglobiini ja virtsan valkuainen tuntuivat joskus ylivoimaisilta tutkimuksilta.

HIV on kovin yleinen: pahimmillaan seudulla yli 30 prosenttia väestöstä on ollut HIV-positiivisia. Heille on amerikkalaisella rahoituksella järjestetty sairaalan yhteyteen seuranta-klinikka, jossa potilaat käyvät kolmen kuukauden välein ja saavat lääkkeit mukaansa. Toisaalta CD4 -solujen mittaaminen ei ole ollut mahdollista reagenssin puutteen takia.

Saksasta lahjoitettuja ultraäänilaitteita oli kaksi, molemmat kovin vanhoja ja huonoja. Niillä näki juuri ja juuri sikiön sykkeen ja tarjonnan. Imukuppeja tai pihtejä ei ole. Oksitosiinia pidetään vaarallisena. Sikiöitä seurataan synnytyksen aikana vain hyvin harvakseltaan torvella, vaikka joitakin CTG-laitteitakin sairaalassa on. Cytotec-tabletteja vein mennessäni ja sairaalan apteekissa niitä oli myös.

Obstetriikkaa ja gynekologiaa tansanialaisittain

Sairaalaa pyörittävät päivystysaikana AMO:t eli assistant medical officerit, löyhästi koulutetut paikalliset kollegat. Yliopistossa opiskelleita lääkäreitä on vain muutama. Sektion he osaavat tehdä, alakeskiviillosta melko krouvis-ti. Profylaktisena antibioottina on kloramfenikoli kolmen vuorokauden ajan suonensisäisesti.

Synnytykset hoidettiin sektiolla usein kovin löyhin indikaatioin. Partogrammi oli, mutta varsin kummallinen sellainen. Sektiolle löytyi aina indikaatio, esimerkiksi pysähtyneelle synnytykselle löytyi neljä erilaista sanallista diagnoosia. Yksi aiempi sektio oli myös indikaatio keisarileikkaukseen. Sairaalassa työskentelyni aikana tehtiin 11 geminisektiota joista vain yhdessä oli etukäteen tieto gemineistä. Odotettiin yhtä isoa ja syntyi kaksi pientä. Lasketut ajat olivat myös hämärän peitossa, sillä monikaan äideistä ei tiennyt tai muistanut kuukautisiaan. Myös vakavia tilanteita, kuten ►



Teho-osastolta: omainen hoitaa potilaan, pesee ja ruokkii. Kuvassa näkyvät monitori ja happilaitte ovat ainoat käytössä olevat. Siniset moskiittoverkot ovat myös tärkeitä.

kohturuptuuroita leikkaamattomassa kohdussa ja napanuoraprolapseja oli selvästi enemmän kuin kotimaassa. Potilaat käyttivät synnytystä käynnistääkseen paikallisia yrttejä, jotka olivat todella potentteja.

Joitakin gynekologisia leikkauksia oli sinä aikana, kun työskentelin Ilembulassa. Muun muassa leikattiin joku ovariottumori, joista kaksi oli virheavioita, toisessa ainoastaan suoliadheesiot. Elämäni suurimman kohdun poistin tuossa sairaalassa. Sterilisaatio Pomeroyn tapaan tehtiin paikallispuudutuksessa.

Raskaudenkeskeytys ei ole millään indikaatiolla sallittu Tansaniassa. Yksi erittäin paha komplikaatio tuli puoskarin tekemän abortin jäljiltä: 21-vuotiaalla yhden lapsen äidillä todettiin kohdussa ja sigmasuolessa nyrkinmentävä reikä. Potilaalle tehtiin avanne ja henkiin hän jäi.

Sydän vei uudelleen Tansaniaan

Tansania on yksi maailman köyhimpiä maita. Maaseutukylissä, jollainen Ilembulakin on, ihmiset viljelevät maissia pikku peltotilkuillaan. Valtaosa synnyttäjistäkin ilmoitti ammatikseen maanviljelijä. Pientä kauppaa käydään: joku myy hedelmiä ja vihanneksia, joku lihaa. Pikku ompelimoita on katujen varsilla. Ihmiset ovat iloisia ja perus-



Afrikan muotokuva: tummahipäinen, iloinen, yritteliäs, värikäs ja vähän villi.

tyytyväisen oloisia kaikessa köyhyydessään. Kun on juhlan aika, niin silloin tanssitaan, musiikki soi ja syödään hyvin. Monet ovat myös liikuttavan kiitollisia sairaalassa saamastaan avusta.

Nämä ihanat ihmiset ja heidän pohjaton avuntarpeensa olivat syy, miksi halusin lähteä Ilembulaan uudestaan syksyllä 2013. Minulla oli missio: vein sairaalaan lahjoituksena saamani ultraäänilaitteen ja CTG-laitteen, ja halusin sitouttaa jonkun paikallisen kollegan opettelemaan ja käyttämään laitetta. Lisäksi minulla oli lahjoitusrahaa, jolla ostin lääkkeitä. Lahjoitin Palliative care -toimintaan eli HIV-positiivisten potilaiden kyläklinikkatoimintaan osan, ja loput sai joku tyttö-lapsi koulunkäyntinsä rahoittamiseksi. Onnistuin ultraäänilaitteen osalta mutta CTG-laite ei tullut vielääkään käyttöön – siinä haastetta seuraavalle työkeikalle. Pistorasioiden puute voi myös olla esteenä sille, että jokaiselle synnyttäjälle saataisiin seuranta. Lisäksi antibioottien käyttö on onnetonta: lääkkeitä on kohtalaisesti mutta niitä määrätään vailla ajatusta ja järkeä. Siinä riittää myös haastetta.

Viime syksyn työrupeama jaettiin kahteen kolmen viikon jaksoon: ensin Ilembulaan ja sen jälkeen Mateman sairaalaan. Mateman sairaala sijaitsee Malawi-järven pohjoispäässä tuon ihanan järven hiekkarannalla. Sairaala on puolet Ilembulaa pienempi: synnytyksiä on noin 1000 vuodessa ja sektio-prosentti on 11,9. Siellä on moni asia paremmin kuin Ilembulassa, osin suuremman kansainvälisen tuen ansiosta, osin paikallisten, todella hyvien kollegoiden monipuolisen työpanoksen ansiosta. Oli ilo seurata heidän työtään ja osallistua kliiniseen päätöksentekoon sekä opettaa siellä olevalla ultraäänilaitteella sekä obstetristen että gynekologisten potilaiden tutkimista. Lisäksi tein kohdunpoistoja, joissa paikalliset lääkärit toimivat assistentteina ja näkivät erilaisia tapoja operoida.

Viikonloppuisin teimme useita retkiä. Malawi-järvi ympäristöineen on ihana, vaikkakin kuuma – joskus tuskastumiseen asti – eikä 31 asteinen järvivesikään ihmeemmin virkistänyt. Ruahan luonnonpuisto on mielenkiintoinen ja maisemiltaan upea paikka, jossa näkee paljon erilaisia eläimiä: lei-

onia on paljon, ja näimme myös leopardin. Savannikävelyt Ilembulassa ja mukava kansainvälinen pieni yhteisö siellä toivat iloa vapaa-aikaan. Siellä on myös sauna.

Kokemani mukaan Tansaniassa on myös turvallista, ainakin maaseudulla. Tosin pimeällä ei pidä lähteä mihinkään. Liikenne on vaarallista ja henkilöautoja vähän: eniten on rekkoja ja bussiliikennettä. Ylinopeus on kovin tavallista.

Viimeisimmällä matkallani sainme kotiinlähtöä edeltävänä iltana osallistua lähetystön itsenäisyysjuhliin Dar es Salaamissa. Juhla tuntui todella juhla kuuden viikon puskassa olon jälkeen. Esiintymässä oli oikea Lapin kolta joikaamassa ja maasait laulamassa ja tanssimassa. Upealta kuulosti myös heidän spontaani yhteisesiintymisensä, jossa kaksi erilaista alkukantaista musiikkilajia rumpuineen, joikuineen ja tansseineen sopi erinomaisesti yhteen.

Kehitysväyryskentely, kaikkine vaikeuksineen, antaa varmasti enemmän kuin ottaa. Ainakin elämänarvot saavat uuden järjestyksen ja turhan valittaminen unohtuu. ■

■ MERJA METSÄ-HEIKKILÄ

Mukaan kehitysyhteistyötoimintaan!

SGY:n kehitysyhteistyöryhmä perustettiin vuonna 2011 kollega Pekka Lähteenmäen aloitteesta, yhdyssiteeksi oman yhdistyksen ulkopuolella erilaisissa kehitysyhteistyöhankkeissa toimiville gynekologeille sekä edistämään yhdistyksen toimintaa tällä saralla.

Köyhissä maissa keskeisiä seksuaali- ja lisääntymisterveyden haasteita ovat turvalliseen äitiyteen – sekä raskauteen että synnytykseen – liittyvät kysymykset ja oikeus perhesuunnitteluun. Näitä kysymyksiä ovat omalta osaltaan pyrkinet edistämään myös FIGO ja NFOG omilla ohjelmillaan.

Ryhmässä on aktiivisesti pyritty kartoittamaan sekä toiminnallisia että rahoitukseen liittyviä yhteistyömahdollisuuksia eri järjestöjen kanssa. Olemme olleet yhteydessä myös ICA Foundationiin hormonikierukan saamiseksi kehitysmaihin ja tarjonnet koulutustukeamme niin kierukka- kuin ehkäisykapselikoulutuksessa.

Seuraava aktiviteettimme tulee olemaan yhdistyksen syksyn 2014 koulutuspäivien luentosession järjestäminen. Eri järjestöt tulevat sinne esittelemään gynekologien mahdollisuuksia osallistua kansainvälisiin projekteihin omalla panoksellaan.

Pekka Lähteenmäki toimi alkuvuodet ryhmän aktiivisena ja innostuneena vetäjänä, kunnes vuoden 2014 alusta vetovastuu siirtyi Merja Metsä-Heikkilälle. Jokainen asiasta kiinnostunut on tervetullut mukaan toimintaamme; ydinjoukoksi on kuitenkin sääntöjen



mukaan nimetty Teija Kulmala, Helena Laasonen, Miira Klemetti, Juhani Toivonen ja Pekka Lähteenmäki. Ota yhteyttä! ■

Merja Metsä-Heikkilä
merja.metsa-heikkila@kolumbus.fi
040 730 4283

E-reseptiuudistus aiheuttaa päänvaivaa privaattisektorilla

Pitkin kulunutta vuotta on edunvalvonnassa ollut esillä e-reseptikysymys. Yksityissektorilla sähköisen reseptin tulee olla käytössä 1.4.2014 alkaen niillä toimijoilla, joilla on sähköinen potilastietojärjestelmä. Vaatimus tulee valtion hallinnosta, mutta kustannukset säilytetään lääkäriasemille ja lääkäreille. Lääkäriasemat joutuvat kustantamaan järjestelmään liittymisen laitteisto- ja tietoliikennekustannukset ja jokainen lääkäri varmennekortin, mikä tietenkään ei yksilöä kohden ole iso kustannus. Jokaisesta sähköisesti määrätystä lääkkeestä lääkäriasema joutuu maksamaan 0.21 euroa, mutta apteekki puolestaan saa 2.5 euroa käsittelykorvauksia lääkettä kohti. Niin se demokratia toimii.

Tämän hetken käsityksen mukaan vuoteen 2016 asti voi vielä muita kuin PKV-lääkkeitä määrätä myös puhelimitse tai paperireseptillä. Pienimuotoista psykiatrin vastaanottoa pitävälle

aiheutuu iso ongelma, ellei älypuhelimella tai tietokoneella toimivaa kevyempää mobiiliversiota saada valmiiksi. Muissa Pohjoismaissa on säilytetty rinnakkain paperi-, puhelin- ja sähköinen resepti. Meidän suomalaisen luontoommehan tunnetusti kuuluu olla puritaanisempia kuin puritaanit itse. Niinpä nytkin siis vaikeimman kautta järjestetään myös tämä reseptikysymys. Asiaa mutkistaa se, että halutessamme kirjoittaa eurooppalaisen lääkemääräyksen, on se tehtävä paperisena.

On sovittu, että Kela toteuttaa tietokoneilla ja mobiililaitteilla toimivan palvelun, jota lääkärit voivat käyttää nettipankin tapaan ilman yhteyttä potilastietojärjestelmiin. Sosiaali- ja terveysministeriön antaman lupauksen mukaan tämän järjestelmän käyttöönotto on ilmaista ja käyttökustannus on korkeintaan euron lääkemääräystä kohden. Lääkäri vastaa mobiililaitteiden ja nettiyhteyksien kustannuksista. Epäselvää on, keneltä



lääkemääräyksen käyttökustannus peritään. Kelan toteuttama sovellus valmistuu ennen vuotta 2016, jolloin kaikki reseptit on kirjoitettava sähköisesti.

E-reseptiä koskevat sopimusohjat ovat valmiina ja löydettävissä Lääkäriliiton nettisivuilta. Niiden laadintaan on osallistunut KELA, STM, THL, LPY sekä eri lääkärijärjestöt. Sopimusohjat on erikseen laadittu ammatinharjoittajan ja lääkärikeskuksen sekä lääkäriliiton ja lääkärikeskuksen väliseksi.

Reseptin uusimisen kannalta selkeä ongelma on, että sähköisessä järjestelmässä ei ole reseptin laskutusmahdollisuutta. Tällä hetkellä Lääkäriliitto on suositellut tekemään e-reseptin tilalle puhelinreseptin ja perimään siitä asianmukaisen palkkion. Myöskin logististen ongelmien vuoksi moni lääkärikeskus on päättänyt olemaan uusimatta sähköistä reseptiä ainakin toistaiseksi. ■



Eshre:n ja ASRM:n välinen hiihtokilpailu Cortina d' Ampezzossa 1.3.2014. Suomen edustusta Euroopan joukkueessa. Eurooppa voitti.

Femostonin neljä eri vahvuutta mahdollistavat potilaan yksilöllisen hoidon

Jatkuva sekventiaalinen hoito, kuukauttainen vuoto hoidon aikana



- 14 x 1 mg estradiolia
- 14 x 1 mg estradiolia + 10 mg dydrogesteronia

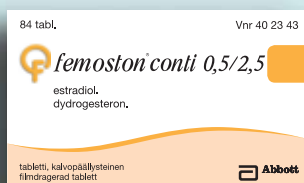


- 14 x 2 mg estradiolia
- 14 x 2 mg estradiolia + 10 mg dydrogesteronia

Jatkuva yhdistelmähoito, ei vuotoa hoidon aikana



- 28 x 1 mg estradiolia + 5 mg dydrogesteronia



- 28 x 0,5 mg estradiolia + 2,5 mg dydrogesteronia



Femoston 1/10 ja 2/10, kalvopäällysteinen tabletti. Femoston conti 0,5/2,5 ja 1/5, kalvopäällysteinen tabletti. **Vaikuttavat aineet:** Femoston 1/10: 14 tablettia, joissa on 1 mg 17 β -estradiolia (hemihydraattina) ja 14 tablettia, joissa on 1 mg 17 β -estradiolia (hemihydraattina) ja 10 mg dydrogesteronia. Femoston 2/10: 14 tablettia, joissa on 2 mg 17 β -estradiolia (hemihydraattina) ja 14 tablettia, joissa on 2 mg 17 β -estradiolia (hemihydraattina) ja 10 mg dydrogesteronia. Femoston conti 0,5/2,5: 28 tablettia, joista jokainen sisältää 0,5 mg 17 β -estradiolia (hemihydraattina) sekä 2,5 mg dydrogesteronia. Femoston conti 1/5: 28 tablettia, joista jokainen sisältää 1 mg 17 β -estradiolia (hemihydraattina) sekä 5 mg dydrogesteronia. **Vaikuttavat apuaineet:** laktoosimonohydraatti. **Käyttöaiheet:** Femoston 1/10 ja 2/10: Hormonikorvaushoito postmenopausaalisten naisten estrogeenivajauksesta johtuviin oireisiin naisille, joilla on vähintään 6 kuukautta viimeisistä kuukautisista. Osteoporoosin ehkäisyyn vaihdevuosi-ikäisillä naisilla, joilla on suuri murtumariski ja joille muut osteoporoosin estoon hyväksytyt lääkkeet ovat vasta-aiheisia tai eivät sovi. Femoston conti 0,5/2,5: Hormonikorvaushoito postmenopausaalisten naisten estrogeenivajauksesta johtuviin oireisiin naisille, joilla on vähintään 12 kuukautta viimeisistä kuukautisista. Femoston conti 1/5: Hormonikorvaushoito postmenopausaalisten naisten estrogeenivajauksesta johtuviin oireisiin naisille, joilla on vähintään 12 kuukautta viimeisistä kuukautisista. Osteoporoosin ehkäisyyn vaihdevuosi-ikäisillä naisilla, joilla on suuri murtumariski ja joille muut osteoporoosin estoon hyväksytyt lääkkeet ovat vasta-aiheisia tai eivät sovi. Yli 65-vuotiaiden naisten hoidosta saatu kokemus on vähäinen. **Annostus ja antotapa:** Femoston 1/10 ja 2/10: Jatkuvaan, sekventiaaliseen hoitoon tarkoitettu suun kautta annosteltava hormonikorvausvalmiste. Estrogeenia annostellaan jatkuvasti. Keltarauhashormonilla on 14 päivän ajan sekventiaalisesti jokaisessa 28 päivän sykissä. Hoitoa tulee jatkaa keskeytyksittä ilman, että pakkausten välillä pidetään taukoja. Valmiste voidaan ottaa ruokailuista riippumatta. Femoston conti 0,5/2,5 ja 1/5: Suun kautta otettava, jatkuvaan hoitoon tarkoitettu yhdistelmähormonikorvausvalmiste. Estrogeenia ja progesteronia annostellaan päivittäin ilman taukoja. Annostus on yksi tabletti päivässä 28 päivän syklin ajan. Valmistetta tulee käyttää jatkuvasti ilman taukoja pakkausten välillä. Valmiste voidaan ottaa ruokailuista riippumatta. Femostonia ei ole tarkoitettu lasten käyttöön. **Vasta-aiheet:** Todettu, sairastettu tai oletettu rintasyöpä, todetut tai oletetut estrogeeniriippuvaiset pahanlaatuiset kasvaimet (esim. endometriumien syöpä), selvittämätön verenvuoto emättimestä, hoitamaton endometriumien hyperplasia, aiempi tai tämänhetkinen laskimoperäinen tromboembolia (syvä laskimotukos, keuhkoembolia), todettu veren hyytymisen häiriö (esim. C-proteiini, S-proteiini tai antitrombiinin vajuus), aktiivinen tai äskettäin todettu valtimoperäinen tromboembolinen sairaus (esim. sepelvaltimotauti, sydäninfarkti), akuutti tai aiemmin todettu maksasairaus, kun maksan toimintakokeet eivät ole palautuneet normaaleiksi, porfyria, todettu yliherkkyys vaikuttaville aineille tai jollekin valmisteen apuaineille. **Varoitukset ja käyttöön liittyvät varoitukset:** Vaihdevuosi-ikäisten hoitaminen hormonikorvaushoidolla käyttäen tulisi aloittaa ainoastaan silloin, kun oireet vaikuttavat haitallisesti elämän laatuun. Kaikissa tapauksissa tulee vähintään vuosittain tehdä huolellinen hyöty-/haitta-arviointi ja hormonikorvaushoitoa jatkaa vain niin kauan kuin hyöty on riskiä suurempi. Ennen hormonikorvaushoidon aloittamista tai uudelleenaloittamista tulee potilasta ja perhettä koskeva tautihistoria selvittää ja tehdä potilaalle perusteellinen lääkärintarkastus (mukaan lukien rintojen tutkiminen ja gynekologinen sisätutkimus) kiinnittäen erityisesti huomiota käytön vasta-aiheisiin ja käyttöä koskeviin varotoimenpiteisiin. Mikäli jokin seuraavista tautitiloista todetaan, on todettu aiemmin ja/tai on pahentunut raskauden tai aiemman hormonikorvaushoidon aikana, on potilaan tilaa seurattava huolellisesti. On otettava huomioon, että Femoston-hoito saattaa palauttaa tai pahentaa näitä tiloja: leiomyooma (myoomat) tai endometriosis, tromboembolian viittaavat vaaratekijät, estrogeeniriippuvaisen kasvainten vaaratekijät, esim. rintasyövän esiintyminen 1. asteen sukulaisilla, kohonnut verenpaine, maksan toimintahäiriöt (esim. maksan adenooma), diabetes mellitus, johon liittyy tai ei liity mikro- tai makroangiopatiaa, sappikivitauti, migreeni tai (vaikea) päänsärky, SLE (systeeminen lupus erythematosus), sairastettu endometriumien liikakasvu, epilepsia, astma, otoskleroosi, meningeoma. Hoito tulee lopettaa, jos jokin vasta-aiheista ilmaantuu sekä seuraavien tilojen yhteydessä: keltaisuus tai maksan toiminnan heikkeneminen, huomattava verenpaineen nousu, migreenityyppisen päänsäryn puhkeaminen, raskaus. On olemassa näyttöä siitä, että estrogeeni-progestiiniyhdistelmähoidon liittyy lisääntynyt rintasyöpäriski. Hormonikorvaushoito lisää mammografiakuvissa näkyvän rintarauhasen tiheyttä, mikä voi hankaloittaa rintasyövän radiologisten toteamista. Munasarjasyöpä on rintasyöpää harvinaisempi. Pitkäaikaisen (vähintään 5 - 10 vuotta jatkuvan) estrogeenikorvaushoidon yhteydessä on todettu hieman lisääntynyt munasarjasyövän riski. Hormonikorvaushoitoon liittyy 1,3 - 3-kertainen laskimoperäisen tromboembolian eli syvän laskimotukoksen tai keuhkoembolian suurentunut riski. Tällainen todetaan todennäköisimmin ensimmäisen hormonikorvaushoitoavuoden aikana kuin myöhemmin. Hormonikorvaushoito suositellaan keskeytettäväksi tilapäisesti 4-6 viikkoa ennen elektiviä leikkauksia, jos leikkauksista seuraa pitkittynyt immobiliisaatio. Jos 1. asteen sukulaisilla on nuorella iällä todettu trombooseja, voidaan tarjota seulonatutkimuksia. Jos todetaan vakava trombotilainen häiriö, hormonikorvaushoito katsotaan vasta-aiheeksi. Jos hoidon aloittamisen jälkeen ilmenee laskimoperäisiä tromboembolioita, valmisteen käyttö on lopetettava. Sepelvaltimotaudin suhteellinen riski on hieman lisääntynyt estrogeeni-progestiiniyhdistelmähoidon aikana, ja tapausten määrä nousee iän myötä. Estrogeeni-progestiiniyhdistelmähoidon ja pelkkää estrogeenia sisältävään hoitoon liittyy enintään 1,5-kertainen iskeemisen aivohalvauksen riski. Suhteellinen riski ei muutu iän tai menopaussin alkamisesta kuluneen ajan myötä. Estrogeenit saattavat aiheuttaa nesteretentiaa, minkä vuoksi sydämen tai munuaisten vajaatoimintaa sairastavia potilaita tulee tarkkailla huolellisesti. Naisia, joilla on aiemmin todettu hypertriglyseridemia tulee tarkkailla huolellisesti estrogeeni- tai hormonikorvaushoidon aikana. Potilaiden, joilla on harvinaisen perinnöllinen galaktoosi-intoleranssi, saamelaisilla esiintyvä laktaasinpuutos tai glukoosi-galaktoosi-imeytymishäiriö ei pidä käyttää Femoston-valmistetta. Femostonia ei ole tarkoitettu raskauden ehkäisyyn. **Yhteisvaikutukset muiden lääkevalmisteiden kanssa sekä muut yhteisvaikutukset:** Yhteisvaikutuksia ei ole tutkittu. Estrogeenin ja progestiinin metaboliaa saattaa lisätä sellaisten lääkeaineiden samanaikainen käyttö, joiden tiedetään indusoivan lääkeainemetabolian vaikuttavien entsyymien, erityisesti sytokromi P450-entsyymien (Hypericum perforatum) sisältävät rohdosvalmisteet voivat indusoida estrogeenin ja progestiinin metaboliaa. **Raskaus ja imetys:** Femoston-valmistetta ei ole tarkoitettu raskauden ehkäisyyn. **Yhteisvaikutukset muiden lääkevalmisteiden kanssa:** Sekä estradiolin että dydrogesteronin toksisuus on alhainen. **Pakkausko, hinta ja korvattavuus:** 84 kalvopäällysteistä tablettia; PVC/alumiinipainopakkauks kotelossa. Femoston 1/10 23,94€; Femoston 2/10 25,15€; Femoston conti 1/5 25,82€; Femoston conti 0,5/2,5 25,82€; Femoston conti 0,5/2,5 25,82€ PEK, YK (101, 121) 02/2014 **Myynti- ja jakelijat:** Abbott Healthcare Products B.V., Hollanti. Femoston conti 0,5/2,5: Abbott Oy, Espoo, Suomi. **Lisätietoja:** Pharmacia Fennica tai Abbott Oy, Pihatörmä 1 B, 02240 Espoo (09) 75184120 220114T

Ultraäänilaitteen hankinta

Ultraäänilaitteen hankinta on klinikassa usein merkittävä teko, koska ultraäänilaitetta käytetään erikoisalamme lähes jokaisen potilaan tutkimisessa. Laitteen käyttäminen mahdollisimman optimaalisesti vaatii ottamaan huomioon useita asioita. Pysin valottamaan ultraäänilaitteen hankintaa kokonaisuutena. Mitä pitää miettiä, kun laitetta suunnitellaan ostettavaksi?

Mitä ominaisuuksia ultraäänilaitteessa tulee olla?

Ultraäänilaitteet lienee monelle kuten moderni kännykkä. Laitteessa on ominaisuuksia, joista useat eivät ole koskaan kuulleetkaan. Peruserätykset ovat yhteneväiset kaikissa laitteissa mutta toiminnot löytyvät erilaisten nappuloiden takaa. Paljon tietoa löytyy laitteen ohjekirjasta.

On muutamia asioita, jotka ovat laadukkaan UÄ-laitteen perusominaisuuksia.

1. hyvä B-kuva
2. hyvä Doppler
3. helppo käyttölogiikka
4. toimintavarmuus
5. toimiva huolto

Laitteessa on paljon muutakin tärkeää, mutta edellä mainitut ovat peruskriteereitä, joista ei voi tinkiä. Minäkäläinen on hyvä B-kuva? Se on aina henkilökohtainen päätelmä. Toinen pitää karkeammasta kuvasta ja toinen pehmeämmästä, mutta erottelukyky on tärkeä (=kuinka lähellä kaksi pistettä voi olla, että laite kykenee kuvaamaan nämä kahtena erillisenä pisteinä). Klinikassa samaa laitetta käyttää runsaslukuinen ja vaihtuvakin

henkilöstö, joten laitteen käyttölogiikka tulisi olla yksinkertainen ja helposti opetettavissa seuraavalle. Ultraäänilaitte ei saisi tietokoneensa vuoksi "kaatua" säännöllisen epäsäännöllisesti. Huolto täytyy toimia niin, että laiteviat korjataan nopeasti. Klinikkan normaali toiminta kärsii jo muutaman päivän laiterikon vuoksi. Harvassa klinikassa on varakoneita saatavilla. Erilaisia osia pystytään lähettämään kaukaakin muutamassa päivässä, mutta kätevinä on että huoltomies löytyy kotimaasta.

Ultraäänilaitteen hinta

Ultraäänilaitte ei ole kallis hankinta, mikäli laitetta käytetään paljon. Olen alla olevaan taulukkoon kuvannut laitteen hankintahintaa suhteessa siihen, kuinka paljon tutkimuksia laitteella tehdään. Oletamus on, että laitetta käytetään viisi vuotta, 50 viikkoa vuodessa ja 5 päivää viikossa. Eli ultraäänilaitetta ei kannata hankkia, ei edes halpaa, jos sitä ei käytetä koko työpäivää! "Kalliskin" laite on hyvin käytettynä edullinen!

Verinäytteen otto maksaa osastolla kierron yhteydessä 8 €, päivystyksenä 25 €, kvantitatiivinen hCG 10,20 € ja Ca-12-5 9,30 € (TAYS laboratorion keskus). Nämä muutamana esimerkkinä potilaan hoidosta kertyvistä kuluista. Tässä valossa hyvin käytetty kalliskin ultraäänilaitte on kohtuullinen kustannuksiltaan.

Taulukko. Yksittäisen ultraäänitutkimuksen hinta (euroa) uä-laitteen hankintahinnan ja tutkimusten määrän mukaan. Ei sisällä työntekijästä aiheutuneita kustannuksia.

	UÄ-laitteen hankintahinta				
tutk./pv	20 000 €	40 000 €	60 000 €	100 000 €	150 000 €
2	8	16	24	40	60
6	2,7	5,4	8	13,3	20
10	0,8	1,6	4,8	8	12
20	0,4	0,8	2,4	4	6
Koneita käytetään 5 vuotta, 50 viikkoa/vuosi, 5 päivää/viikko					





Hankintapyyntö

Julkisella sektorilla koneen hankinnassa auttaa hankintatoimisto. Toimistosta löytyy se ammattitaito, joka tarvitaan hankintapyynnön tarkkaa muotoilua varten. Hankintapyyntöä muotoillessa on erityisesti muistettava, että hankintapyynnössä mainitsemattomia asioita ei voi ottaa huomioon hankintapäätöstä tehtäessä.

Tämä tarkoittaa sitä, että jos olet pyytänyt 20 tuuman näyttöä laitteeseen, niin et voi hyväksyä muuta kokoa. Kerro hankintapyynnössä, miten hankinnan valinta perustellaan. Pyydä laitteet koekäyttöön aina minimissään viikoksi, mieluummin kahdeksi. Suunnittele koekäytöt ja kirjaa koekäytön tulokset. Huomioi huollon ominaisuudet ja varmista, onko huollon tai korjauksen ajaksi saatavilla varalaite.

Laitteen käyttökoulutus

Uuden laitteen käyttökoulutus on tärkeää, jotta kaikki ominaisuudet osataan hyödyntää optimaalisesti. Laitteen myyjät tarjoavat mielellään käyttökoulutusta. Laitteen klininen käyttö on kuitenkin lääkärin omalla vastuulla.

Olen pitänyt useamman koulutuksen ultraäänien perusteista terveyskeskuslääkäreille, neuvolalääkäreille sekä alallemme erikoistuville lääkäreille. He ovat antaneet yhtenevän palautteen, että ultraäänien perusteita ei voi opettaa ilman käytännön hands on -opetusta. Opiskelijalle täytyy ensin opettaa perusfysiikka ja artefaktat pienryhmäopetuksessa esimerkkejä käyttäen. Heti seuraavaksi opetettu asia pitää demonstroida potilaan kanssa. Samalla opettaja antaa ohjeita ja kannustaa opiskelijaa säätämään kuvaa ja kokeilemaan laitteen ominaisuuksia.

Ultraäänitutkimuksia aloitteleva ei hyödy pelkästä luento-opetuksesta juuri mitään. Kaikille alallamme tuleville erikoistuville lääkäreille tulisi antaa ultraäänitutkimusten peruskursusi. Näin opetetaan myös seulontatutkimuksia tekeviä terveydenhoitajia ja kättilöitä. Heillä koulutusjärjestelmä on jo olemassa. Tästä seuraa paradoksi, joka tulisi ratkaista. Miten erikoistuva lääkäri voi ilman kunnollista koulutusta toimia konsulttina ja ratkaista hyvin koulutetun hoitajan kohtaaman ongelman? ■

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



Onnen kätäjät

”No, ootkos ollu onnellinen”. Tuohon kysymykseen yritetään vastata aika usein, eikä vastaaminen ole helppoa. Jos onnellisuus näkyisi naamasta selkeänä ja kirkkaana kuin auringonpaiste, ei uteluun olisi aihetta. Mutta kun ei. Ja mitä se onni on? Missä se luuraa?

Wikipediasta löytyy kuivakas vastaus: onni on toimijan kannalta edullinen, sattumanvarainen tapahtuma. Toisin ilmaistuna onni on jonkin mahdollisen, mutta epäedullisen tapahtuman jääminen tapahtumatta. Emme osaa määrittellä mitä se onni on, mutta tunemme sen kun sitä ei ole tai kun näemme sen ”muualla”. Vähän samaan tapaan on tahtomisen kanssa: ihmiset eivät kykene ilmaisemaan mitä haluavat, mutta tietävät tarkasti mitä eivät halua.

Mitkä ovat onnen taustatekijät? Ansiokkaassa kirjassaan ”The how of happiness” (2008) Sonja Lyubomirsky jakaa onnen mahdollistajat näin: Noin 50 % onnellisena olemisesta pohjautuu perimään, 40 % omaan toimintaan ja vain 10 % elämän olosuhteisiin. Tuo jakauma on paljolti muuta, kuin mitä ihmiset yleensä luulevat. Arvellaan, että ylelliset olot ja varakkuus tuovat onnea. Raha tuo kyllä mukanaan onnellistavia asioita, mutta vain niukalti ja lyhyeksi

aikaa. Ihminen sopeutuu nopeasti varakkuuden nousuun ja hyvin pian tulee vastaan laskevan rahan hyödyn ankara laki. Rahakkuuden ja onnellisuuden korrelaatio on huono, vain 0.2 (Kari Nars: Raha ja onni, 2006). Onnellisuus ei näytä myöskään liittyvän asumispaikkaan tai ilmastoon, jonkin verran kyllä yhteiskuntajärjestykseen. Onnellisuutta on mitattu, vaikka se taipuukin huonosti mitattavaksi, monin eri metodein: yleisimmin erilaisilla kysymyssarjoilla, jotka siis kuvaavat ihmisen subjektiivista onnellisuutta. Yksi tavallisimmista on Oxford Scale, jossa on 29 kysymystä. Eri maiden onnellisuutta on tutkittu jo 1990-luvulta alkaen. Tulokset ovat löydettävissä *World Happiness Database*sta. Viimeisimmässä tutkimuksessa onnellisin valtio oli Costa Rica arvolla 8,5 (asteikko 0–10), hopealle pääsi Tanska ja pronssille Islanti, Suomi oli sijalla 7 (7,9) ja Ruotsi sijalla 8 (7,8). Tutkittuja maita oli 149. Onnettomimmaksi valtioksi osoittautui Togo (2,6). *Happiness net* käytti yksikertaista

jakoa kysymyksessään: hyvin ja aika lailla onnelliset vs. ei kovin ja ei ollenkaan onnelliset. Nyt keulilla olivat Islanti, Ruotsi ja Tanska, suomalaiset sijalla 15. Jos kysymyssarjojen sijaan käytetään onnellisuusindeksiä, joka kuvaa odotettavissa olevien onnellisten elinvuosien määrää jaettuna sillä, kuinka paljon resursseja maa kuluttaa, on tulos toisenlainen. Ihme kyllä, Costa Rica voittaa jälleen ja lähellä ovat Dominikaaninen tasavalta, Jamaika, Guatemala ja Vietnam. Suomi on näin arvioituna vasta sijalla 70. Yhdistyneet Kansakunnat käyttää mittaria (Human Development Index), joka ottaa huomioon tulot, koulutuksen, terveyden, eliniän odotteen, kansakunnan talouden, tasa-arvon toteutumisen ja vakauden. Enemmän kuin onnellisuutta tämä mittari näyttäisi kuvastavan elämänlaatua yleensä. Nyt voittajaksi selviytyy Norja, toisena on Australia ja kolmantena Hollanti. Suomi ei mahdu kymmenen sakkiiin, Ruotsi on kymmenes.

Onni näyttäisi tulevan elämässä vastaan täysin yllättäen ja sattumanvaraisesti. Kun näin on, onnea ei kannata jäädä odottamaan. Mahdollisuus onneen näyttää kyllä lisääntyvän iän myötä, miehillä naisia myöhemmin. Miesten onnellisuushuippu osuu 65 ikävuoden tietämiin. Voisiko onnen saavuttaa omin toimin? Ehkä. Antti S. Mattila kirjassaan ”Näkökulman vaihtamisen taito” (2006) listaa mahdollisuuksia: Pyri vaikuttamaan vain niihin asioihin, joihin voit vaikuttaa. Anna muiden asioiden tapahtua, salli se. Ajattele positiivisesti, ihmettele, ole utelias, ota vastaan

haasteita, pyri olemaan rento, käytä huumoria, aseta tavoitteita ja päämääriä. Ennen kaikkea pyri vaihtamaan näkökulmaa aina, kun se on mahdollista. Älä jähmety, älä uraudu.

Esimerkin seuraaminen on oiva oppimisen muoto. Eli jos et oikein tunne itseäsi onnelliseksi, voit pyrkiä ottamaan oppia niiltä, jotka ovat onnellisimpia. He ovat omistautuneet perheelleen ja ystävilleen, ilmaisevat kiitollisuutta, tarjoavat apua ilman että sitä anotaan, ajattelevat optimistisesti, elävät hetkessä ja nauttivat, liikkuvat sään-

nöllisesti, sitoutuvat tavoitteisiin ja selviävät kriiseistä. Ja vielä: ovat naisia, uskovaisia ja naimisissa. Onpa tuossa mallia kerrakseen, ja haastetta.

Petri Tamminen on määrittänyt onnen ("Mitä onni on", 2008). Suomalaisille se on kuin Ruotsin-laiva: sitä odotetaan kieli pitkällä ja kohta on kaikkilla kivaa. Kun sitten ollaan laivassa, niin eihän täällä ole kivaa eikä täältä saa mitään, onneksi jää vain se että pääsee pian kotiin! Lyhyesti, siinä on suomalaisuus laitettu purkkiin. Monilla mittareilla arvioituina olemme val-

lan onnellisia, mutta raskasmielisyys meidän taakan alta emme sitä oivalla, emmekä laske pintaan. Ilo ja onni kuplii helpoimmin ja lyhytaikaisesti alkoholin virratessa veressämme. Eino Leino, suomalaisen runouden satakieli, on kuvannut onnen kätkemistä oivallisesti runossaan Laulu Onnesta: "Kell' onni on se onnen kätkeköön/kell' aarre on se aarten kätkeköön/ja olkoon onnellinen onnestaan/ja rikas riemustansa yksin vaan. Ei onni kärsi katseit' ihmisen/kell' onni on se käyköön korpehen/ja eläköhän hiljaa, hiljaa vaan/ja hiljaa itkeköhön onnestaan." ■

**Suomen
suosituin
rautalääke³⁾**



- Vatsaystävällinen¹⁾
- Imeytyy tehokkaasti²⁾
- Kapseli päivässä

Obsidan Fe⁺⁺ 100 mg kapselit. Raudanpuutostilojen hoitoon. **Vaikuttava aine:** ferroglysiinisulfaatti. **Annostus:** Aikuiset ja yli 6-vuotiaat lapset: 1 kapseli päivässä. Tarvittaessa kapselin voi avata ja niellä rakeet sellaisenaan pureskelematta veden kera. 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 1.3.2014 (vmh sis. alv): 15,37€. Tutustu huolellisesti pakkausselosteeseen. Apteekista.

¹⁾ Dietzfelbinger H.1991, Deutsches ÄrzteMagazin 39:30-36 ²⁾ Heinrich H. 1986, Schweiz Apotheker Zeitung 124: 1231-1256 ³⁾ Suomen Lääkedata 12/2013



obsidan®

www.rautainfo.fi

Ihmisen papilloomavirusrokotteen aikaansaama vasta-ainetuotanto on erinomainen sekä tytöillä että pojilla



Kuvassa (vasemmalta) Professori Seija Grénman, Professori Matti Lehtinen ja väittelijä naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri Tiina Petäjä.

HPV-infektiota, joka on yleisin sukupuoliteitse ja muissa limakalvokontakteissa tarttuva oireeton tauti, esiintyy sekä naisilla että miehillä. Korkean riskin HPV tyyppien infektiot, joista HPV16 ja 18 ovat yleisimmät, voivat pitkittyessään aiheuttaa esiasteiden kautta syöpää mm. kohdunkaulan, peräaukon,

suun ja nenänielun ja sukupuolielinten alueilla. HPV aiheuttaa maailmanlaajuisesti 10 % naisten ja 5 % miesten kaikista syövästä. Vaikka organisoidulla papa-seulonalla kohdunkaulasyöpä on Suomessa saatu vähenemään jopa 80 %, HPV-infektiot ovat silti lisääntyneet nuorilla. Maailmalla on havaittu HPV-infektioihin liittyvien peräaukon-

syöpien ja suun- ja nenänielunsyöpien esiintymisen nopea lisääntyminen viime vuosikymmenen aikana. Tämän takia infektion esiintymisen vähentäminen rokotuksen avulla on ensisijaisen tärkeää.

Väitöstutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kaksivaikutteisen HPV16/18-rokotteen synnyttämää immuunivastetta. Väitöstyössä todettiin, että rokote aikaansaa korkeita vasta-ainepitoisuuksia veressä sekä tytöillä että pojilla. Nuorilla 10–14-vuotiailla rokotetuilla tytöillä vasta-ainetasot ovat merkittävästi korkeammat kuin 15–25-vuotiaiden rokotettujen, saati luonnollisesti HPV16/18-infektion sairastaneiden naisten vasta-ainetasot. Jokaisella tutkittavalla vasta-ainetasot pysyivät korkeina neljän vuoden seurannassa. Tutkimuksessa todettiin, että rokotetuilla nuorilla naisilla, joilla oli korkeat veren vasta-ainepitoisuudet, vasta-aineet siirtyivät aina limakalvoille, kun taas matalammat veren vasta-ainepitoisuudet eivät tuottaneet mitattavissa olevia vasta-aineita limakalvoilla. Vasta-aineiden esiintyminen limakalvoilla antaa tärkeän suojan HPV-infektiota vastaan ja tartuttavuus vähenee. Myös 10–18-vuotiailla pojilla ja nuorilla miehillä vasta-aineet olivat korkeammat kuin 15–25-vuotiailla nuorilla naisilla. Rokotettujen nuorten miesten virtsanäytteissä HPV:n esiintyminen väheni jonkin verran neljä vuotta rokottamisen jälkeen, mikä myös antaa viitteen tartuttavuuden vähenemisestä.

Työssä rokotettiin 10–14-vuotiaita tyttöjä ja 15–25-vuotiaita nuoria naisia HPV16/18-rokotteella (0,1 ja 6 kk) ja tutkittiin rokotteen aikaansaamia HPV16- ja HPV18-vasta-ainetasoja veressä 7, 24, 36 ja 48 kuukautta rokottamisesta. Rokotettujen 10–18-vuotiaiden poikien ja nuorten miesten vasta-aineita veressä tutkittiin 7 kuukautta rokottamisesta. Veren ja kohdunkaulan limakalvolle siirtyneiden rokotteen vasta-aineiden tasoa vertailtiin nuorilla naisilla 24, 36 ja 48 kuukautta rokottamisesta. HPV:n esiintymistä vertailtiin HPV16/18-rokotettujen ja



Elina Keikkalan oikealla puolella vastaväittäjä ja kustos sekä väittelijän vasemmalla puolella hänen tutkimustyötään ohjanneet Piia Vuorela ja Ulf-Håkan Stenman.

Pre-eklampsian ennustaminen

rokottamattomien 18–19-vuotiaiden nuorten miesten virtsassa neljä vuotta rokottamisen jälkeen.

Tutkimustyö tehtiin Tampereen Yliopiston, Terveystieteen laitoksella rokotevalmistaja GlaxoSmithKlinen, Syöpäjärjestöjen ja Suomen Akatemian rahoittamana tutkimuksena vuosina 2004–2013.

Vuonna 2007 myyntiluvan saanut HPV16/18-rokote otettiin Suomessa 12–13-vuotiaiden tyttöjen rokotusohjelmaan tavoitteena vähentää HPV-infektiota ja siten HPV:stä johtuvan kohdunkaulasyövän ja esiasteiden esiintymisen. Nuorten parempi vasta-ainetuotanto puhuu sen puolesta, että rokote kannattaa antaa teini-ikässä ennen aktiivisen seksuaalielämän alkamista. HPV-infektio on kuitenkin myös miesten infektio, eikä HPV:n esiintyminen tai tarttuminen vähene, jos vain tytöt rokotetaan. HPV16/18-rokote aikaansaa erinomaisen immuunivasteen myös nuorilla miehillä, jotka toimivat tartuttajina mutta saattavat myös itse sairastua HPV-infektioon. Lauma-immuniteetin aikaansaamiseksi ja HPV:n esiintymisen, tautitaakan ja tartuttavuuden vähentämiseksi tulisi rokotaa sekä tytöt että pojat.

Tampereen Yliopiston, Terveystieteen laitoksen epidemiologian alaan kuuluva el Tiina Petäjän väitöskirja ”Human papillomavirus vaccine immune response and protectivity” tarkastettiin Seinäjoella 7.3.2014. Kustoksena professori Matti Lehtinen Tampereen Yliopiston Terveystieteen laitokselta ja vastaväittäjänä naistentautien professori Seija Grénman Turun Yliopistosta. ■

Pre-eklampsia eli raskausmyrkytys todetaan Suomessa noin 3 %:lla eli vuosittain noin 1800:lla raskaana olevista naisista. Se voi aiheuttaa istukan vajaatoimintaa, sikiön kasvuhidastumaa ja hapenpuut-ta tai jopa sikiökuolemia. Kehitysmäis-sä pre-eklampsia aiheuttaa myös äiti-kuolemia. Pre-eklampsia johtaa usein keskossuuteen, koska muuta parantavaa hoitoa ei ole kuin raskauden päättäminen – joko keisarileikkauksella tai käynnistämällä synnytys. Erityisesti varhainen, ennen 34 raskausviikkoa alkava, pre-eklampsia on usein taudinkuvaltaan vaikea.

Pre-eklampsiaa vaarassa olevia naisia ei ole toistaiseksi kyetty luotettavasti tunnistamaan, vaikka sen myötä saattaisi olla mahdollista ehkäistä pre-eklampsian kehittyminen tai ainakin vähentää sen aiheuttamia komplikaatioita. Tässä tutkimuksessa selvitettiin mahdollisuutta ennustaa pre-eklampsian kehittyminen yhdistämällä ennen 20. raskausviikkoa otettavan verinäytteen tulos äitien kliinisiin riskitekijätietoihin.

Kuopion yliopistollisessa sairaalassa valittiin 12 615 Downin syndrooman seulontaan osallistuneen joukosta 213 pre-eklampsiaan sairastunutta naista ja 510 verrokkia. Helsingin yliopistollisessa keskussairaalassa 3240 seulontaan osallistuneiden joukosta valittiin 49 pre-eklampsiaan sairastunutta ja 59 verrokkia. Verinäytteet otettiin raskausviikoilla 8–20.

Tutkimuksessa hyödynnettiin Downin syndrooman seulontaan kuuluvien istukkaproteiini A:n (PAPP-A) ja istukagonadotropiinin (hCG) nk. raskaushormonin vapaan β -alaysikön

(hCG β) -pitoisuuksia. Verinäytteistä määritettiin tutkimusta varten lisäksi hCG:n runsaasti sokeroitunut eli hyperglykosyloituneen muodon (hCG-h) pitoisuudet sekä verisuonikasvuun vaikuttavien istukkakasvutekijän (PIGF), verisuonten endoteelikasvutekijän liukoisen reseptori 1:n (sVEGFR-1), angiopoietiini-1:n (Ang-1), angiopoietiini-2:n (Ang-2) ja liukoisen endoteelisolureseptorin (sTie-2) -pitoisuudet.

Tärkeimmät tulokset saatiin varhaisen, ennen 34 raskausviikkoa alkavan pre-eklampsian ennustamisessa. Yhdistämällä äidin alkuraskauden verenpaine-arvo ja tieto aiempien synnytysten lukumäärästä raskausviikoilla 8–13 mitattuun veren PAPP-A-pitoisuuteen ja hCG-h pitoisuuden osuuteen veren kokonais-hCG:stä (%hCG-h) pystyttiin tunnistamaan 69 % varhaisista pre-eklampsiatapauksista 90 %:n tarkkuudella, eli noin 170 naista vuodessa. Istukkakasvutekijän eli PIGF-pitoisuuden avulla puolestaan voitaisiin tunnistaa 53 % varhaisista pre-eklampsiatapauksista 90 %:n tarkkuudella raskausviikkojen 14–17 aikana, eli noin 130 naista vuodessa. Ennen 16. raskausviikkoa aloitettu asetyyli-salisyylilihappon-hoito saattaisi vähentää heidän riskiään sairastua varhaiseen pre-eklampsiaan.

Lääketieteen lisensiaatti Elina Keikkalan väitöskirja ”Predicting pre-eclampsia – Angiogenic factors and various forms of human chorionic gonadotropin” tarkastettiin Helsingin yliopistossa 24.1.2014. Vastaväittäjänä toimi dosentti Jukka Uotila Tampereen yliopistosta ja kustoksena professori Aila Tiitinen. ■

SLANGY 20 vuotta —nuori aikuinen

19.11.1993 Dan Apterin aloitteesta ja 16 gynekologin toimesta perustettiin Suomen Lapsi- ja nuorisogynekologinen yhdistys SLANGY. Sen tehtäväksi tuli kehittää lapsi- ja nuorisogynekologiaa sekä tukea alan tutkimusta ja koulutusta Suomessa.

Ensimmäisen toimintavuoden lopussa oli yhdistyksessä 59 lasten ja nuorten asioista kiinnostunutta terveydenhuollon ammattilaista: gynekologeja, lasten- ja koululääkäreitä, kättilöitä ja terveydenhoitajia. Yhdistysrekisteriin SLANGY merkittiin kesäkuussa 1995 ja vahvistettiin yleishyödylliseksi yhdistykseksi, minkä jälkeen SGY luovutti Slangylle jäsenyyspaikkansa FIGIJ:ssä (Federation Internationale de Gynecologie Infantile et Juvenile).

Jäsenmäärä pysyi jokseenkin samana (59) kymmenen ensimmäisen toimintavuoden ajan. Koulutustulojen verovapauden saamiseksi verottaja alkoi edellyttää osallistujilta jäsenyyttä, mistä johtuen jäsenmäärä kasvoi nopeasti nykyiseen 233:een.

Hallitusaktiivisuus

Perustamisesta aina vuoteen 2009 toimi itseoikeutetusti puheenjohtajana Dan Apter, suomalaisen lapsi- ja nuorisogynekologian tienraivaaja. Hänen jälkeensä ovat puheenjohtajina toimineet Minna Joki-Erkkilä ja Satu Suho. Tämän kevään vuosikokouksessa on uutena puheenjohtajana ruoriin tarttunut Laure Moren-Papunen. Monet eri alojen edustajat ovat antaneet aikaansa SLANGY:n kehittämiseksi

toimimalla vuosikausia hallituksessa vastuunkantajina.

Toiminta

Koska Slangyn jäseniksi hyväksyttiin lasten ja nuorten hyvinvoinnin parissa toimivien eri ammattiryhmien edustajia, muodostui koulutusyhteistyökin moniammatilliseksi. Kotimaassa on koulutusta järjestetty yhdessä monien lääketieteellisten järjestöjen kanssa sekä lukuisille tahoille suunnattuna. Kansainvälisinä yhteistyökumppaneina ovat olleet WHO, IPPF ja FIGO.

Jäsenistölle tarkoitetut koulutustemat ovat käsitelleet monipuolisesti laidasta laitaan lasten ja nuorten elämään sekä heitä hoitavien ammattilaisten haasteisiin liittyviä asioita. 20 vuoden aikana on monia teemoja kerrattu ja päivitetty. On käsitelty mm. seksuaalisen identiteetin kehittymistä, seksuaalisuuden moninaisuutta, transseksuaalisuuteen liittyviä kysymyksiä, kehitysanomalioita, kehitysvammaisuutta, perinnöllisiä sairauksia ja niiden hoitoja, ehkäisykysymyksiä, teiniraskauksia, sukupuolitauteja, syömishäiriöitä, kulttuurisia näkökohtia nuorten kehityksessä sekä seksuaalista hyväksikäyttöä. Kouluttajat ovat olleet pääasiassa kotimaisia asiantuntijoita mutta kansainvälisistä osaajista on syytä muistaa erityisesti itävaltalainen Francesca Navratil, joka vieraili Lahden gynekologipäivilläkin puhumassa tyttöjen seksuaalisen hyväksikäytön tutkimisesta.

Kansainvälisyys on ollut periaatteen SLANGY:n taipaleen alkumetreiltä lähtien. Runsaslukuisen joukon kanssa käytiin v 1997 tutustumassa Tallinnan uuteen perhesuunnittelupoliklinikan vastaanottoon ja kaupungin sukupuolitautipoliklinikkaan. Yhteistyö on jatkunut myöhemmin tukena ra-

jan takaisessa seksuaalikasvatuksessa ja HIV:n vastustamistyössä.

Vuonna 1997 Matlidenin lukiolaisien kanssa SLANGY osallistui kehitysmaaprojektiin Namibiassa. Eräissä matkalta säilyneessä valokuvassa Dan Apter megafoni kädessä vastaa nuorten kirjallisesti jättämiin seksuaaliterveyskysymyksiin. Kun ulkoministeriö tuki vuonna 2000 Väestöliittoa "Support to Namibian fight against HIV/AIDS among children and adolescents"-hankkeessa, osallistui SLANGY siihen SGY:n rinnalla gynekologi Maija Kajanin toimiessa yhteyshenkilönä Namibiassa.

FIGIJ:n maailmankongressin järjestäminen Suomessa vuonna 1998 on ollut yhdistyksen taipaleen suurin





ponnistus. Koolle saatiin joukko arvostettuja kansainvälisiä asiantuntijoita luennoitsijoiksi sekä liki 600 osallistujaa 60 eri maasta. Kooltaan kongressi oli PAG:n historian suurin siihen mennessä. Onnetonta oli kuitenkin, että kongressin käytännön järjestelyt hoitanut kongressitoimisto kavalsi SLANGY:lle kuuluneen voiton, josta oli toivottu saatavan tutkimusapurahojahaja tulevaisuuteen.

Muu toiminta

Onnistuneen maailmankongressin jälkeen puheenjohtaja Apter sai kansainvälisiä luottamustehtäviä. FIGIJ:n pääsihteeriyyden jälkeen hän toimi järjestön presidenttinä 6 vuotta ja sen jälkeen vielä kansainvälisten suhteiden

hoitajana. Slangyn jäsenillä on ollut mahdollisuus osallistua kansainväliseen IFEPAG-tenttiin, jonka raadisessa Dan Apter on edustanut Suomea. Oppikirjaan Pediatric and Adolescent Gynaecology pediatri Katri Makkonen on antanut osakirjoittajana suomalaisen panoksen yhdessä Dan Apterin kanssa.

FIGIJ perusti 2007 EURAPAG:n apujärjestökseen ja SLANGY liittyi sen jäseneksi vuonna 2013. Suomen myötävaikutuksella on perustettu erityisesti pohjoismaisia tarpeita huomioiva NASH (Nordic working group for adolescent sexual and reproductive health), jonka puitteissa SLANGY on valmis järjestämään koulutusta lapsi- ja nuorisogynekologisissa teemoissa.

Alan kansainvälisissä kongresseissa on vuosittain ollut osallistujia myös Suomesta. Tallinnan tapaisia vierailuja ei ole kuitenkaan enää tehty. SLANGY:n vuosien työ lapsi- ja nuorisogynekologian saamiseksi omaksi erikoksalaksi ei tuottanut toivottua tulosta. Sittenkin onkin päädytty tukemaan nuorisolääketieteen erikoistumisalapyrkimyksiä. Vähitellen on päästy toteuttamaan myös alkuperäisiä tavoitteita voida jakaa matka- ja tutkimusapurahojia.

Kunnianosoituksia

Professori Olof Widholm, suomalaisen lapsi- ja nuorisogynekologian uranuurtaja ja isä, kutsuttiin vuonna 1995 SLANGY:n ensimmäiseksi suomalaiseksi kunniajäseneksi mutta hän kuoli 6 vuotta myöhemmin. Ensimmäisenä ja toistaiseksi ainoana kansainvälisenä kunniajäsenenä oli USA:sta professori Samuel S.C. Yen, joka kuoli 5 vuotta myöhemmin. SLANGY:n ensimmäisen, pitkäaikaisen puheenjohtajan kunniaksi pidettiin vuonna 2011 ensimmäinen, sittenkin aina vuosikokouksen yhteydessä pidettävä Dan Apter-symposium. Dan kutsuttiin myös ensimmäiseksi yhdistyksen kunniapuheenjohtajaksi keuhällä 2013.

Tulevaisuuden haasteita

Myös lapsi- ja nuorisogynekologia kehitty. Alan tutkimusta tarvitaan ja siinä SLANGY voi osaltaan olla tukijana kansainvälisten yhteyksien vaalimisen ohella. Lasten ja nuorten hyvinvointi on SLANGY:n jäsenille tärkeä tavoite, jonka eteen ollaan valmiita tekemään työtä niin kotimaassa kuin kansainvälisilläkin foorumeilla. Tasokkaana koulutusorganisaationa toimimisen ohella SLANGY on ollut – ja pyrkii olemaan jatkossakin – kodikkaan lämmin yhteisö jäsenilleen. Juhlinnan jälkeen SLANGY suuntaakin tarmokkaan nuoren aikuisen voimalla tulevaisuuteen.

Lämpimät kiitokset jo tehdystä työstä ja menestyksekkäitä vuosia SLANGY:lle toivottaa Pirkko Brusila, kunniajäsen vuodelta 2013. ■

Suomen Gynekologiyhdistyksen koulutuspäivät 8.–9.5.2014 Tampere



Torstai 8.5.2014

Tietoisku:

- 9.00 Synnytys sairaalan ulkopuolella:
Obstetrikon näkökulma Dos. Eeva Ekholm
Suunniteltu kotisynnytys Kätilö Anneli Skovbjerg
Lastenlääkärin näkökulma LT, neonatologi
Kalle Korhonen
- 10.00 Koulutuspäivien avaus SGY:n pj. Juha Räsänen

Teema: Ultraääni

Pj: Juha Räsänen ja Veli-Matti Ulander

- 10.10 Sikiöseulonnat Suomessa tänään
LT Veli-Matti Ulander, HYKS
- 10.40 Subtle but important fetal brain anomalies
(Ultrasound and MRI)
Prof. Roya Sohaey, OHSU, Portland, USA
- 11.25 Fetal GU tract anomalies
Prof. Roya Sohaey, OHSU, Portland, USA

12.00–13.00 Lounas

Teema: jatkuu

Pj: Juha Räsänen ja Veli-Matti Ulander

- 13.00 Ultraäänitutkimuksen/doppler-UÄ fysiologiset
perusteet
Prof. Juha Räsänen, KYS
- 13.45 Brain or liver: fetal priorities
Prof. Torvid Kiserud, Bergen

14.30–15.30 Kahvitauko ja näyttely

Teema: jatkuu

Pj: Juha Räsänen ja Veli-Matti Ulander

- 15.30 Complicated Adnexal Diagnoses: Everything but
the ovaries
Prof. Roya Sohaey, OHSU, Portland, USA
- 16.15 Ultrasound case reports
- 17.00 SGY:n kevätkokous
SLL:n Suomen Gynekologit alaostaston vuosikokous
- 19.30 Iltajuhla

Perjantai 9.5.2014

Teema: Perhesuunnittelu

Pj: Antti Perheentupa ja Mervi Halttunen-Nieminen

- 8.30 Miten näkemyksemme steroidihormonien
vaikutuksesta on vuosien saatossa jalostunut?
Prof. Olli Jänne, HY
- 9.00 Ehkäisyhormonien metaboliset vaikutukset
LT Terhi Pilttonen, OYS
- 9.30 Onko estrogeenin ja progestiinin valinnalla vaikutusta
ehkäisyssä?
Dos. Oskari Heikinheimo, HYKS

10.00–10.45 Kahvitauko ja näyttely

Teema: Perhesuunnittelu jatkuu

Pj: Antti Perheentupa ja Mervi Halttunen-Nieminen

- 10.45 Mitä uutta kohdunsisäisestä ehkäisystä?
LT Merja Metsä-Heikkilä
- 11.15 Synnytyksen jälkeinen raskauden ehkäisy
Dos. Satu Suhonen, Helsingin kaupunki
- 11.45 SGY tutkii 3 x 15 min
SGY:n varapj. Seija Grénman

12.30–13.30 Lounas

Teema: Perhesuunnittelu jatkuu

Pj: Antti Perheentupa ja Mervi Halttunen-Nieminen

- 13.30 Family planning – a European perspective
Prof. Kristina Gemzell-Danielsson, KI
- 14.00 Raskaudenkeskeytys eurooppalaisesta näkökulmasta
Prof. Mika Gissler, THL
- 14.30 Ehkäisyneuvonnan yhteydessä annettava
fertiliteettineuvonta
Dos. Mervi Halttunen, HYKS
- 15.00 Vaikuttaako raskaudenkeskeytys tulevaan
lisääntymisterveyteen?
LT Maarit Niinimäki, OYS
- 15.30 Päivien päätös
SGY:n pj. Juha Räsänen



Suomen Gynekologiyhdistyksen koulutuspäivät 27.–28.11.2014 Turku



Torstai 27.11.2014

9.00–10.00 Edunvalvontasymposium:
Valinnanvapaus terveydenhuollossa
SLL, Suomen gynekologit-alaosasto

10.00 **Koulutuspäivien avaus**
SGY:n pj. Juha Räsänen

Teema: Raskauden suunnittelu erityistilanteissa
Pj: Tytti Raudaskoski, Anna-Maija Tapper

10.10 Lisääntymisterveyden trendejä
Prof. Mika Gissler, THL
10.40 Hedelmöityshoidot erityistilanteissa
Prof. Aila Tiitinen, HYKS
11.20 Eettisiä ja lainsäädännöllisiä näkökulmia
hedelmöityshoitoihin
OTT, Dos. Riitta Burrell, STM

12.00–13.00 Lounas ja näyttely

Teema: jatkuu
Pj: Tytti Raudaskoski, Anna-Maija Tapper

13.00 Naisen synnyttämisen sydänvika
Prof. Risto Kaaja, TY/SatKS
13.30 Raskaus elinsiirron jälkeen
Dos. Risto Tertti, TYKS
14.00 Lapsuusiän syöpähoidon jälkeinen raskaus
Dos. Eeva Ekholm, TYKS

14.30 Kahvitauko ja näyttely

15.20 Seth Wichmann-luento

Teema: jatkuu
Pj: Tytti Raudaskoski, Anna-Maija Tapper

15.50 Raskaus ja komplisoitunut diabetes
Dos. Marja Vääräsmäki, OYS
16.25 Obstetrisen katastrofin jälkeinen raskaus
LT Kati Ojala, OYS
17.00 SGY:n vuosikokous
19.30 Iltajuhla

Perjantai 28.11.2014

8.30 Hot topics

9.30–10.00 Kahvitauko ja näyttely

Teema: Suomalainen gynekologi auttajana maailmalla
Pj. Merja Metsä-Heikkilä

10.00 Suomen kehityspolitiikka
LL, Senior Adviser Gisela Blumenthal
10.30 Lääkärin Sosiaalinen Vastuu – suomalaisten
lääkäreiden kehitysyhteistyöjärjestö
LL Miira Klemetti, EKKS
10.50 Rotary -järjestön avustusprojektit lääkäreille
EL Liisa Raatema, EKKS
11.10 Lääkärit SPR:n delegaatteina erilaisissa tehtävissä
HR Coordinator Lotta Vallaskangas, SPR
11.30 Millaisia tehtäviä Suomen Lähetysseura tarjoaa
gynekologeille työalueillaan
luennoitsija avoin
11.50 Kysymykset ja keskustelu
pj. Merja Metsä-Heikkilä

12.00–13.00 Lounas ja näyttely

Teema: Seksologiaa gynekologille
Pj. Pirkko Brusila

13.00 Mielen seksuaalisuus – avain oman seksuaalisuuden
ymmärtämiseen
Prof. Osmo Kontula, Väestöliitto
13.30 Naisen kokema haluttomuus
Psyko- ja seksuaaliterapeutti Tarja Santalahti,
Väestöliitto
14.00 Naisen seksuaalisilla toimintahäiriöillä
geneettinen tausta?
FT Annika Gunst, Åbo Akademi
14.30 Herkän siemensyöksyn vaikutus parisuhteeseen
Dos. Juhana Piha, Mehiläinen Turku
15.00 **Päivien päätös**
SGY:n pj. Juha Räsänen



GKS KOULUTUSPÄIVÄT

Biomedicum, Helsinki 18.–19.9.2014

ERIKOISTUVIEN PRESYMPOSIUM

HYKS Kätilöopisto sairaala 17.9.2014 klo 15.00–18.00

TORSTAI 18.9.2014

- 9.00 Ilmoittautuminen, näyttely ja kahvi
10.00 Avaussanat, GKS pj. Päivi Härkki

FAST TRACK -KIRURGIA I 10.00–12.00, pj. Päivi Härkki

- 10.00 LEIKOPÄIKILYHKI,
Ulla Keränen, Hyvinkään sairaala
10.30 Polikliininen toimenpide,
Ritva Hurskainen, Hyvinkään sairaala
10.50 Preoperatiivinen tarkistuslista ja käynti,
Kari Nieminen, Tays
11.10 Hoitajan potilasohjaus,
Merja Nord-Saari, Hyvinkään sairaala
11.30 Miksi leikkausprosesseja kannattaa lyhentää,
Jyrki Jalkanen, K-SKS

LOUNAS JA NÄYTTELY 12.00–13.20

FAST TRACK -KIRURGIA II 13.20–15.00 pj. Pia Suvitie

- 13.20 FINPOP-tietoisku, Nina Mattsson, K-HKS
13.30 Polikliininen inkontinenssileikkaus,
Tomi Mikkola, HYKS
13.45 Polikliininen endometriumablaatio,
Sari Ahonkallio, OYS
14.00 Polikliininen ja päiväkirurginen laskeumaleikkaus,
Kaisa Raatikainen, KYS
14.20 Outpatient hysterectomy,
Charlotte Møller, Århus, Denmark

KAHVI JA NÄYTTELY 15.00–15.30

KONSTIT OPTIMAALISEEN TOIPUMISEEN 15.30–17.00, pj. Jyrki Jalkanen

- 15.30 Gynekologin niksit,
Päivi Pakarinen, HYKS
16.00 Anestesia- ja lääketieteen konstit,
Antti Väänänen, HYKS
16.30 Kirurgin näkökulma,
Tom Scheinin, HYKS

Vuosikokous 17.00

Iltajuhla 19.30

PERJANTAI 19.9.2014

LIVEKIRURGIAA 8.00–9.30, pj. Kari Nieminen

Laparoskooppinen kohdunpoisto (TLH), Päivi Härkki

GYNEKOLOGISEN KIRURGIAN PERUSTEITA 9.30–11.30, pj. Riitta Koivisto-Korander

- 9.30 Leikkausta edeltävä arviointi – Käypä hoito päivitys,
Pirjo Mustonen, KSKS
10.00 Tarpeelliset leikkausvalmistelut?
Kirsi Kuismanen, Tays
10.25 Neulat, langat ja haavan sulku,
Ilkka Koskivuo, TYKS
10.50 Laparoskooppinen ompelu,
Pia Suvitie, TYKS
11.10 Energiainstrumentit,
Kari Nieminen, Tays

LOUNAS JA NÄYTTELY 11.30–12.30

GYNEKOLOGISEN KIRURGIAN UUSIA KÄYTÄNTÖJÄ 12.30–14.00, pj. Ewa Jokinen

- 12.30 Training in gynecological endoscopy,
Rudi Campo, Leuven, Belgium
13.15 Mitä tehdä postmenopausaalisen naisen
munasarjoille, Eija Tomás, Tays
13.35 Munajohtimien profylaktinen poisto,
Riitta Koivisto-Korander, HYKS

14.00–14.30 KAHVI JA NÄYTTELY

GYNEKOLOGINEN PERUSKIRURGIA TÄNÄÄN 14.30– 16.00, pj. Marja-Liisa Eloranta

- 14.30 Kohdunpoisto,
Marjaleena Setälä, P-HKS
15.00 Munasarjakystat,
Maarit Anttila, KYS
15.30 PID ja postoperatiivinen infektio, milloin leikataan?,
Pontus Molander, HYKS
16.00 Päätössanat, Päivi Härkki



Koulutuspäivät 18.–19.9.2014

Ilmoittautuminen GKS:n kotisivujen kautta www.gks.fi

Luentopaikka: Biomedicum Helsinki, Haartmaninkatu 8, 00290 Helsinki

Osallistumismaksu koulutuspäiville 18.–19.9.2014:

350 €/ 2 pv ja 200 €/ 1 pv (alv 0 %) sisältäen luennot, lounaat, kahvit ja iltajuhlan aterioineen. Maksu GKS:n tilille IBAN FI51 3131 1001 2584 45 ja BIC HANDFIHH. Maksun viestikenttään tulee liittää osallistujan/osallistujien nimet. Eräpäivä 8.9.2014, jonka jälkeen maksu nousee (400 €/ 2 pv ja 250 €/ 1 pv). Eräpäivän jälkeen tehdyissä peruutuksissa osallistumismaksua ei palauteta.

Majoitus:

1. Hotelli Sokos Helsinki, Kluuvikatu 8, 00100 Helsinki, www.sokoshotels.fi. Varaukset suoraan hotellin kautta: puh 020-1234 600 tai sokos.hotels@sok.fi 28.8.2014 mennessä. Varaustunnus on: "Gynekologisen Kirurgian Seura". Hinnat: 1 hh 140 €/ huone/vrk ja 2 hh 160 €/ huone/vrk sisältäen arvonlisäveron ja buffetaamiaisen.

2. Hotelli GLO Kluuvi, Kluuvikatu 4, 00100 Helsinki, www.glohotels.fi. Varaukset suoraan hotellin kautta: puh 09-5840 9540 tai kluuvisales@glohotels.fi 28.8.2014 mennessä. Varaustunnus on 1709HUS. Hinnat: 1 hh 169 €/ huone/vrk ja 2 hh 184 €/ huone/vrk sisältäen arvonlisäveron ja buffetaamiaisen. Hotelleilta pääsee luentopaikalle raitiovaunulla numero 4. Iltatilaisuus 18.9.2014 klo 19.30: Ravintola Pörssi, Fabianinkatu 14, 00100 Helsinki
Näyttelyvastaava: Marja-Liisa Eloranta
(marja-liisa.eloranta@kuh.fi)

Presymposium 17.9.2014

Erikoistuvien presymposium pidetään HYKS Kättilöopiston sairaalassa, Sofialehdonkatu 5A, Helsinki keskiviikkona 17.9.2014 klo 15–18. Presymposium sisältää 2 erillistä kurssilla: A. Basic: laparoskopiasimulaattoriharjoittelu ja B: Advanced: laparoskooppinen ompelu. Ilmoittautua voi vain yhteen kurssiin: basic aloittelijalle ja advanced jo laparoskopiaa tehneille. Kurssille ilmoittaudutaan sähköpostitse ewa.jokinen@hus.fi. Etusijalla ovat ne, jotka eivät ole aikaisemmin osallistuneet vastaavalle kurssille. Osallistumismaksu on 75 € sisältäen kurssin ja tarjoilun. Maksu GKS:n tilille IBAN FI51 3131 1001 2584 45 ja BIC HANDFIHH. Maksun viestikenttään tulee liittää osallistujan nimi sekä maininta presymposiumin kurssista.

Koulutuspäivät on tarkoitettu vain seuran jäsenille. Jos et ole vielä jäsen, voit anoa jäsenyyttä kotisivujen www.gks.fi kautta kohdasta "Hae seuran jäsenyyttä".



Kevätkoulutuspäivät Tampereella 8.–9.05.2014, Tampere-talo

Kevätkoulutuspäivät 2014 järjestetään jälleen Tampereella, Presidentin juhlista tutussa Tampere-talossa Yliopistonkatu 55, 33100 Tampere. www.tampere-talo.fi.

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

Ilmoittautumislomakkeessa ovat pakolliset osiot, jotka täyttämällä lomakkeen saa lähetetyksi suoraan Duodecimiin.

Ilmoittautuminen on tehtävä 24.4.2014 mennessä. Ilmoittautumisia koskevat tiedustelut: koulutussihteeri@duodecim.fi. Sähköposti on tärkeä ilmoittaa, koska haluessasi todistuksen osallistumisesta saat kokouksen jälkeen arviointilomakkeen sähköpostilla.

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

HUOM! Maksukäytäntö on muuttunut.

Osallistumismaksusta lähetetään lasku kaksi viikkoa ennen koulutuspäiviä ilmoittautujan antamaan osoitteen.

24.4. jälkeen tehtävissä peruutuksissa osallistumismaksua ei palauteta. 24.4. jälkeen ilmoittautuneilta peritään osallistumismaksun lisäksi toimistokuluja 15 €.

Iltajuhla vietetään Hotelli Ilveksen uudistetussa Ball Roomissa www.kokoustampereella.fi/tila/ball-room. AVECien iltajuhlamaksu on 80 €.

Majoituskiintiöt:

Hotelli Cumulus, Koskikatu 5, 33100 Tampere, puh +358 0 32424111
Tunnuksella SGY varattavissa 3.4.2014 saakka 100/125 € (yhden/ kahden hengen huone)
www.cumulus.fi/hotellit/koskikatu/fi_FI/koskikatu

Sokoshotelli Ilves, Hatanpään valtatie 1, 33100 Tampere, puh +358 20 1234631
Tunnuksella SGY varattavissa 21.2.2014 saakka 115/135 € (yhden/ kahden hengen huone)
www.sokoshotels.fi/fi/tampere/sokos-hotel-ilves

Tervetuloa !!!



Koulutuskalenteri SGY

■ PEKKA YLITALO päivitetty 25.3.2014 (pekka.ylitalo (ät) helsinki. fi) Ilmoitusehdotuksia otetaan vastaan!

2014

MAALISKUU

- 26.-29.3. SGI (Society for Gynecologic Investigation) Annual Scientific Meeting, Florence Italia. www.sgonline.org
- 28.-30.3. RCOG World Congress (Royal College of Obstetricians & Gynaecologist), Hyderabad, Intia. www.rcog.org.uk/rcog2014

HUHTIKUU

- 3.-4.4. Suomen Perinatologinen Seura ja SOAT: Kevätkoulutuspäivät, Helsinki. www.perinatologinenseura.net
- 11.-12.4. Suomen Fertilitteettiyhdistyksen kevätkokous, Helsinki. www.suomenfertilitteettiyhdistys.fi
- 23.-27.4. Fifth Phoenix Fetal Cardiology Symposium, Phoenix USA. www.fetalcardio.com
- 30.4.-3.5. 12th World Congress on Endometriosis, Sao Paulo Brasilia. www.endometriosis.ca/world-congress/wce2014

TOUKOKUU

- 5.-8.5. SFOG (Svenska Förening för Obstetrik & Gynekologi) Advanced course in gynecological ultrasound, Malmö Ruotsi. SFOG.se
- 7.-10.5. 23rd EBCOG (European Board & College of Obstetrics and Gynaecology), Glasgow Skotlanti. www.ebcog2014.org
- 8.-9.5. SGY kevätkokous, Tampere
- 16.-18.5. 3rd Regional IGCS Meeting 2014, Kapkaupunki Etelä-Afrikka. www.igcsreg2014.com
- 22.-23.5. EGO-päivät: Endokrinologia, Helsinki
- 26.-28.5. Euroson 2014 (Congress of the European Federation of Societies for Ultrasound in Medicine and Biology), Tel Aviv Israel. www.euroson2014.org
- 26.-30.5. 15th World Congress for Cervical Pathology and Colposcopy (IFCPC), Lontoo Iso-Britannia. icfpc2014.com
- 30.5.-3.6. The 50th ASCO Annual Meeting, Chicago, Yhdysvallat. <http://am.asco.org>

KESÄKKUU

- 4.-7.6. 19th ECPM (European Congress on Perinatal Medicine), Firenze Italia. www.europerinatal.eu
 - 9.-11.6. British Maternal and Fetal Medicine Society, British Association of Perinatal Medicine and The Neonatal Society Joint Meeting, Harrogate Iso-Britannia. www.perinatalmedicine2014.ukevents.org
 - 10.-12.6. 39th Nordic Congress of Obstetrics and Gynecology, NFOG 2014, Tukholma
 - 13.-14.6. NSGO Annual Meeting, Selfoss, Islanti. www.nsgo.org
 - 29.6.-2.7. 30th Annual Meeting - ESHRE 2013, München Saksa. www.eshre.eu
 - 29.6.-3.7. 13th World Congress in Fetal Medicine, Nizza Ranska. www.fetalmedicine.com
- #### HEINÄKKUU
- 20.-23.7. 18th International conference of ISPD (International Society for Prenatal Diagnosis), Brisbane Australia. www.ispdhome.org

My-Sure



MyoSure-menetelmä polyyppien ja myomien poistoon hysteroskooppisesti.

MyoSure-menetelmällä polyypit ja myomat poistetaan mekaanisesti hoitokärjen leikkaavalla terällä ja toimenpiteet voidaan tehdä polikliinisesti.

MyoSure instrumentaatio

- MyoSure -laite ja jalkapoljin
- MyoSure -skoopit 0° optiikalla
- kertakäyttöiset hoitokärjet

Lisätietoa:

Anu Parviainen
tuoteryhmäpäällikkö
0400 606 476

anu.parviainen@steripolar.fi



uusia innovaatioita hoitotyöhön

Steripolar

Puh. 09 417 606 00, fax 09 417 606 90
www.steripolar.fi

Iso 9001:2008, ISO 14001:2004

• 21.-26.7. Annual meeting of IUGA (International Urogynecological Association), Washington DC Yhdysvallat.
www.iuga.org

SYYSKUU

• 2.-4.9. World Congress of Reproductive Biology, Edinburgh Skotlanti.
www.wcrb2014.org
• 7.-11.9. 33rd Annual Meeting IFMSS, Massachusetts, Yhdysvallat.
www.ifmss.org
• 11.-13.9. Follow Up in Gynaecological Malignancies, Torino Italia. www.esgo.org
• 14.-17.9. ISUOG 24th World Congress, Barcelona Espanja. www.isuog.org
• 18.-19.9.2014. Gynekologisen Kirurgian Seuran koulutuspäivät, Helsinki.
www.gks.fi

LOKAKUU

• 2.-3.10. Perinatologipäivät, Oulu.
www.perinatologinenseura.net
• 8.-10.10. 60th Congress of DGGG (German Society of Obstetrics and Gynecology), München Saksa.
www.dggg.de/dggg-kongress
• 15.-18.10. NAMS 25th Annual Meeting (North American Menopause Society), Maryland Yhdysvallat.
www.menopause.org
• 18.-22.10. 70th Annual Meeting of the ASRM, Hawaii USA. www.asrm.org
• 24.10.2014. Suomen Lääketieteellisen Biologinen Ultraääniseuran koulutus, Helsinki. www.ultraaaniseura.fi
• 20.-24.10. ICS Annual Meeting (International Continence society), Rio de Janeiro, Brasilia. www.ics.org/2014
• 26.-29.10. ISSHP World Congress, New Orleans Yhdysvallat. www.isshp.org
• 27.-31.10. Annual Congress of ICS (the International Continence Society), Rio de Janeiro, Brasilia.
www.icsoffice.org

MARRASKUU

• 8.-11.11.2014 15th Biennial Meeting of the International Gynecologic Cancer Society (IGCS), Melbourne Australia.
www.igcs.org
• 16.-19.11. The 15th Congress of the International Society of Twin Studies, Budapest Hungary. www.twinstudies.org
• 27.-28.11. SGY Vuosikokous, Turku.

2015

MAALISKUU

• 18.-21.3 16th World Congress on Human Reproduction, Berliini Saksa.
www.humanrep2015.com
• 25.-28.3. SGI Annual Scientific Meeting, San Francisco USA.
www.sgionline.org

HUHTIKUU

• 16.-17.4. SGY Kevätkokous
LOKAKUU
• 4.-9.10. XXI FIGO World Congress, Vancouver, Kanada. www.figo.org
• 10.-15.10. ISUOG 25th World Congress, Montreal Kanada. www.isuog.org
• 17.-21.10. 71st Annual Meeting of the ASRM, Baltimore USA. www.asrm.org
• 21.-24.10. 11th Congress of the European Society of Gynaecology, Praha Tšekki. www.seg2015.com
• 24.-27.10. European Gynaecological Oncology Congress 2015, Nizza Ranska. www.esgo.org
• 31.10. Ultraääniseuran koulutuspäivät, Helsinki. www.ultraaaniseura.fi
MARRASKUU
• 26.-27.11. SGY Vuosikokous

2016

MAALISKUU

• 16.-19.3. SGI Annual Scientific Meeting, Montreal Kanada. www.sgionline.org

HUHTIKUU

• 14.-15.4. SGY kevätkokous, Kuopio.
SYYSKUU
• 24.-29.9. IFFS 22nd World Congress on Fertility and Sterility, New Delhi Intia. http://www.iffs-reproduction.org
MARRASKUU
• 24.-25.11. SGY syyskokous

2017

MAALISKUU

• 15.-18.3. SGI Annual Scientific Meeting, Florida USA. www.sgionline.org

Sykli on facebookissa!

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



Syklin ilmestymisaikataulu

Numero	Aineistopäivä	Ilmestyy
2014		
3. Syyskuu	15.8.	19.9.
4. Marraskuu	3.10.	7.11.

SGY:n hallitus

www.gynekologiyhdistys.fi

Puheenjohtaja

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

Varapuheenjohtaja

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

Sihteeri

Henna Kärkkäinen
Lähettilöimistö,
PL 100
70029 KYS
henna.karkkainen@kuh.fi

Varainhoitaja

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

Klubimestari

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

Jäsenet

Annika Tulenheimo-Silfvast
yksityisgynekologi
Kaakkurikuja 1
00200 Helsinki
annika.tulenheimo-silfvast@fimnet.fi

Kirsi Kuismanen

TAYS
PL 2000
33521 Tampere
kirsi.kuismanen@pshp.fi

Kaarin Mäkilallio

OYS, Naistenklinikka
PL 24
90029 OYS
kaarin.makikallio@oulu.fi

Mervi Halttunen-Nieminen

HYKS/Nkl PI 140
00029 HUS
mervi.halttunen@hus.fi

Marja-Liisa Mäntymaa

Kymenlaakson KS/Naistentaudit
Kotkantie 41
48210 Kotka
marja-liisa.mantymaa@careia.fi

Pekka Ylitalo

HYKS, Naistenklinikka
Haartmaninkatu 2
00290 Helsinki
pekka.ylitalo@helsinki.fi

Naistentautien ja Synnytysopin henkilökohtaiset aakkoseni

A = Anatomia, osaa se. Erikoisalaamme liittyy hyvin paljon erilaisia toimenpiteitä. Tämä on yksi tärkeimpiä asioista, joiden varaan voi rakentaa oman erikoisosaamisen.

B = Baby. Obstetrinen tulos, jonka täydellisyyteen ja täysaikaisuuteen tähtäämme. On yksi erikoisalamme raskaimpia seikkoja kohdata se, kun raskauden aikana kaikki ei menekään oppikirjan mukaan ja erinomaisesti.

C = Child. On se kumma kun kahdesta pienestä solusta aikaansaatu lapsi kasvaa, ja kasvaessaan kasvattaa läheisiään ja ympäristöään. Jokaisella lapsella tulisi olla oikeus turvalliseen ja tasapuoliseen kasvuun ja kehitykseen. Cysta. Että niitä löytyykin ultraääni-tutkimuksessa. On tärkeää osata erottaa vaarattomat, toiminnalliset muutokset niistä, jotka edellyttävät välillä nopeaakin hoitoa.

D = Dysplasia. Onneksi maailmassa on älykkäitä ihmisiä, joilla on tiedonjano ja halu selvittää asioiden ja sairauksien syyt. Kiitos tutkijoille, jotka ovat selvittäneet HPV:n merkityksen dysplasioiden taustalta.

E = E-pilleri, ehkäisy. En osaa edes kuvitella enää aikakautta, jolloin raskauden ehkäisy ei ollut hyväksyttyä tai saatavilla. Valitettavasti nykyäänkään suuri osa maailman naisista ei tavoita turvallista, tehokasta ja edullista ehkäisymenetelmää. Endometrioosi, kiusallinen sairaus, joka niin moninaisesti voi haitata naisen elämää: on kipuja, vuotohäiriöitä, lapsettomuutta.

F = Follikkeli, munarakkula. Oma työni on välillä päivittäistä munarakkulan kasvun seurantaa ja munasolujen keräystä koeputkihedelmöitystä varten. Fetus; fertiliteetti. Lapsenteko ei aina ole ihan yksinkertaista ja nautinnollista. Hedelmällisyyden iänmukaisen heikkenemisen tiedostaminen on tärkeää. Yhtä tär-

keää on myös hedelmällisyyden suojaaminen. Vaikka IVF-hoito on tehokasta ja turvallista, niin yli 40-vuotiaan naisen kohdalla raskauden alkamisen mahdollisuus on sangen pieni.

G = Gynekologia. Puolet erikoisalaamme. Ammatillinen identiteettini on hyvin vahva. Ja vaikka työtehtäviä on hyvin monella saralla (opetus, tutkimus, akatemia), miellän ensisijaisesti olevani gynekologilääkäri.

H = Hysterektomia, kohdunpoisto. Erikoisalamme kehittyy yhä non-invasiivisempaan suuntaan. Enää erikoistumisvaiheen aikana ei poisteta kohtuja yhtä suuressa määrin kuin erikoistuessani itse 90-luvulla.

I = IVF. Lapsettomuuden hoito on kehittynyt valtavasti. Ensimmäinen koeputkilapsi maailmalla lähenee keski-ikää, ja Suomen ensimmäinen IVF-poika viettää kolmikymppisiä tänä keväänä. Peräti kolme prosenttia kustakin ikäluokasta saa alkunsa lapsettomuushoidoilla. Inkontinenssi. Lantionpohjan lihaskuntotreeni on helppoa ja hauskaa, eikä siihen tarvita kuntosalin jäsenyyttä.

J = Junktio. Metaplasiaavyöhyke. Ihmiskehossa muuttuvat solut ovat herkkiä kaikelle ulkopuoliselle ärsytykselle.

K = Kudos. Hyvä kudostuntemus on hyvän operatöörin edellytys. Hyvä kudostuntemus tulee näkyviin jo gynekologisen tutkimuksen teossa: miten käyttää käsiä, miten spekulaa, ja miten palpoo.

L = Lapsi. Toivottavasti toivottu. Lapsivesi. Merkitys Lkiistaton. Onko sopivasti, liikaa tai liian vähän? Laparoskopia. Kirurgian kehitys mini-invasiiviseen suuntaan. Uusimpana robottikirurgia, jonka taitajia löytyy jo meilläkin.



M = Muna, munanjohdin. Munasolun irrotessa on **M**sangen ihmeellistä, että se päätyy 'avaruuden-matkan' munanjohtimen fimbriapäähän, jossa siittiöt odottelevat. Munanjohtimen värekarvaepiteelin merkitys alkion siirtämisessä kohti kohtua on kiistaton.

N = Nainen. Noh, niitä riittää. Lähes kaikki potilaat **N**ovat naisia, ja erikoisalamme kollegakunta on nuoremasta päästä sangen naisvoittoista. Vaikka naiset ovat ihania, totean kuitenkin, että on tosi tärkeää, että myös miehiä tulee tälle erikoisosalalle.

O = Obstetriikka. Sekä merkittävä osa erikoistumista **O**että puolet erikoisalaamme. Suuri päivystysrasitus ja päivystysten rankkuus johtuu etupäässä obstetriikan yllätyksistä. Opetus. Opetus on osa meidän kaikkien työtä.

P = Papa; papilloomavirusinfektio. Valtaosa ihmisistä sairastaa papilloomavirusinfektion. Osa äkäisistä virustyypeistä aiheuttaa edetessään vakavia muutoksia. Miksi vain osalle kehittyi niitä? Onko kyse myös omasta immunologisesta vasteesta? Hyvä, että maassamme otettiin papilloomavirusrokote kansalliseen rokotusohjelmaan vihdoinkin. Toivottavasti myös poikien rokotaminen tulee samaan ohjelmaan.

Q = Question. Niitä riittää. Q-kautinen. Hauska **Q**oivallus helsinkiläisen kandilehden nimeksi.

R = Rintarauhanen. Rintasyöpä lisääntyy, lähes **R**5000 naista saa MaCa-diagnoosin tänä vuonna. Rintojen tutkiminen kuuluu gynekologiseen tarkastukseen.

S = Synnytys. On aina ihme. Hyvin sujuessaan ilo **S**ekä perheelle että hoitavalle henkilökunnalle. Seulonta. Kysymys: miksi varsinkin nuoret naiset liian vähäisesti osallistuvat papaseulontaan? Miten tätä osallistumista voisi tehostaa: näkyvyyttä SOME:en.

T = Työ. Onpa hienoa, kun päivittäin on mukavaa **T**mennä töihin. Toki työni on haasteellista ja välillä raskasta ja työyhteisössä on ajoittain säpinää, mutta päällimmäisenä tunteena on työn ilo. Läheisimmät gynekologiystäväni näyttävät jakavan tämän tunteen. Saman ilon soisin kaikille.

U = Uterus. Kohtu. Hysterian alkulähde? Ultraääni. **U**Se alkaa olla nykygynekologin oikean käden jatke. Laitteiden kehittymisen myötä diagnostiikka on parantunut ja hoidon valinta ja sen tarpeellisuuden arviointi ovat selkiytyneet.

V = Vagina, emätin. Aina ihmettelen tätä kieleemme **V**rumuutta. Äiti on valittu suomenkielen kauneimmaksi sanaksi, mutta emätin...

W = Wäitöskirja. Tutkimustyö on vaativaa, mutta **W**inspiroivaa. Väitös on opinnäyte ja tutkimusnon soisi jatkuvan sen jälkeen.

X = Kromosomit XX, tavallisin nainen.

Y = Kromosomit XY, tavallisin mies.

Z = Ommel, joka oikein asetettuna on erittäin **Z**tukeva. Laparoskopiassa hyvän ompelutekniikan taitaminen on vaativaa ja sitä täytyy harjoitella.

Ä = ?

Ä = Äiti.

Ö = Ööh, Isä. Näihin kahteen viimeiseen liitän vielä **Ö**näkemykseni: sosiaalinen vanhemmuus ja läsnäolo ovat ratkaisevia lapsen kehityksessä. ■

- Tämän vuoden ensimmäinen hallituksen kokous järjestettiin tammikuun loppupuolella Helsingissä. Rahastonhoitajan tilannekatsauksesta kävi ilmi, että yhdistyksen taloustilanne ja maksuvalmius on pysynyt hyvänä. Tilinkäyttöasiasta oli toivottu täsmennystä pankkien toimesta, lähinnä siitä kuka on rahastonhoitajan varajäsen. Hallitus totesi että tilinkäyttöoikeus on ainoastaan rahastonhoitajalla ja täsmensi, että rahastonhoitajan varajäsenenä hallituksessa on edellinen rahastonhoitaja, jolla säilyvät verkkopankkitunnukset kaiken varalta. Viime syksynä Helsingin järjestetyt koulutuspäivät olivat voitolliset. Kokouksessa keskusteltiin myös uudesta laskutustavasta. Kevätkokouksesta 2014 lähtien kokousmaksun maksaminen muuttuu siten, että Duodecim hoitaa jatkossa laskutuksen. Osallistumismaksusta lähetetään lasku kaksi viikkoa ennen koulutuspäiviä ilmoittautujan antamaan osoitteeseen. Näin ollen Syklistä jätetään tilinumerot pois ja muutenkin uudet maksamisohjeet tulevat Sykliin.
- Hallitus käsitteli syksyn koulutuspäivien palautteen, joka oli pääasiassa positiivinen. Palautekyselyyn oli vastannut 88 henkilöä. Koulutuspäiville osallistui yhteensä n. 200 osallistujaa, joten vastausprosentti oli huono. Palautteen antaneista arvottiin yhdelle henkilölle ilmainen kevään 2014 Tampereen koulutuspäivien paketti ja arpaonni suosi Merja Kosusta Raumalta. Onnittelut Merjalle! Viestiseinä sai positiivista palautetta. Viestiseinän käyttöä päätettiin jatkaa myös seuraavien koulutuspäivien yhteydessä. Hallitus oli huolissaan ja myös pettynyt siitä, että kukaan 27 uudesta jäsenestä ei ollut vastaanottamassa jäsenkirjaansa. Tämä asia otetaan esille

seuraavassa keskussairaaloiden ylilääkärikokouksessa.

- Kevään 2014 koulutuspäivien tietoisuuden aiheista keskusteltiin ja lopulta päädyttiin aiheeseen ”Synnytys sairaalan ulkopuolella”. Syksyn 2014 koulutuspäivät ohjelman ja järjestelyiden osalta ovat loppusuoralla. Koulutuspäivät järjestetään samanaikaisesti operatiivisten päivien kanssa. Kevään 2015 koulutuspäivien ohjelmaa valmistellaan, perjantain ohjelmasta vastaa obstetrinen pienryhmä. Syksyn 2015 koulutuspäiviä alustavasti suunniteltiin pidettäväksi operatiivisten päivien yhteydessä Messukeskuksessa. Hallituksen pelko on, että jäsenmäärältään pienempänä yhdistyksenä jääme isompien jalkoihin, lisäksi yhteistyö muiden yhdistysten kanssa saattaisi sisältää verotuksellisesti riskejä. Keskustelun jälkeen päätettiin pitää omat erilliset koulutuspäivät, toki operatiivisten päivien aikaan ja samassa kaupungissa. Perjantain ohjelman suunnitteluvuorossa on urogynekologinen pienryhmä.
- Todettiin, että Mari Aaltonen on Syklin päätoimittajana tehnyt erinomaista työtä, ja päätettiin nostaa hänen palkkionsa edeltäjänsä tasolle. Kotisivut on saatu päivitettyä ajan tasalle hallituksen vaihduttua. Tilintarkastajien toiveesta yhdistyksen sihteeri oli selvittänyt Lääkäriliiton ja yhdistyksemme välistä sopimusta jäsenmaksujen keräämisestä. Kävi ilmi, että mitään allekirjoitettua dokumenttia sopimuksesta ei ole. Tämä on Suomen Lääkäriliiton käytäntö myös muiden jäsenyhdistysten osalta. Lääkäriliitossa on mietitty virallisenkin sopimuksen laatimista. THL:n lausuntopyyntöön seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisestä on vastattu ja tästä suuri kiitos yhdistyksemme seksologisen pienryhmän jäsenille. ■

Taitoa

on valita oikeat välineet.



**HITACHI
ALOKA**



F37 uusi ergonominen väriduppler gynekologiaan Hitachi Alokalta. Tutustu. Ihastu.

stanS3I™



Stan S31 korkeatasoinen KTG-laite synnytyssoleihin, johon saa optiona mm. äidin parametrit, ST-analyysin sekä STV-mikrovaihteluanalyysin.

SONESTA®



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

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

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

UUTUUS!

TÄYSIN UUSI TAPA HOITAA YLIAKTIIVISTA RAKKOA.¹

- Uusi vaikutusmekanismi^{1,2}
- Tehoa kaikkiin keskeisiin yliaktiivisen rakon oireisiin^{1,2}
- Suun kuivuminen plasebon luokkaa^{1,2}

 **Betmiga® 50 mg**
mirabegroni

 **astellas**

Viitteet: 1. Khullar et al. European Urology 63;(2013):283–295. 2. Nitti et al. J Urol 2013;189:1388–1395.
▼ Tähän lääkkeeseen kohdistuu lisäseuranta. Tällä tavalla voidaan havaita nopeasti uutta turvallisuutta koskevaa tietoa. Terveystieteiden ammattilaisia pyydetään ilmoittamaan epäillyistä lääkkeen haittavaikutuksista. **Betmiga 50 mg ja 25 mg depottabletti. Vaikuttava aine:** Mirabegroni. **Käyttöaiheet:** Yliaktiivisen virtsarakon aiheuttaman äkillisen virtsaamispakon, tihtyneen virtsaamistarpeen ja/tai virtsan pakkokarkailun oireenmukaiseen hoitoon aikuisilla potilailla. **Annostus ja antotapa:** Suositeltu annos on 50 mg kerran vuorokaudessa ruoan kanssa tai ilman. Munuaisten ja maksan vajaatoiminta: Betmiga-valmistetta ei ole tutkittu potilailla, joilla on loppuvaiheen munuaissairaus (GFR < 15 ml/min/1,73 m² tai hemodialyysia tarvitsevat potilaat) tai vaikea maksan vajaatoiminta (Child–Pugh-luokka C), eikä sitä siksi suositella käytettäväksi näille potilasryhmille. Seuraavassa taulukossa ovat vuorokausiannoksia koskevat suositukset henkilöille, joilla on munuaisten tai maksan vajaatoiminta ja jotka joko saavat tai eivät saa vahvoja CYP3A:n estäjiä.

		Vahvat CYP3A:n estäjät ³	
		Ei estäjiä	Estäjä
Munuaisten vajaatoiminta ¹	Lievä	50 mg	25 mg
	Kohtalainen	50 mg	25 mg
	Vaikea	25 mg	Ei suositella
Maksan vajaatoiminta ²	Lievä	50 mg	25 mg
	Kohtalainen	25 mg	Ei suositella

1. Lievä: GFR 60–89 ml/min/1,73 m²; kohtalaisen vaikea: GFR 30–59 ml/min/1,73 m²; vaikea: GFR 15–29 ml/min/1,73 m².
2. Lievä: Child–Pugh-luokka A; kohtalaisen vaikea: Child–Pugh-luokka B.
3. Vahvat CYP3A:n estäjät, kuten itrakonatsoli, ketokonatsoli, ritonaviiri ja klaritromysiini.

Turvallisuutta ja tehoa alle 18-vuotiaiden lasten hoidossa ei ole varmistettu. Tabletti otetaan kerran vuorokaudessa nesteen kanssa. Tabletti pitää niellä kokonaisena, eikä sitä saa pureskella, jakaa eikä murskata. **Vasta-aiheet:** Yliherkkyys

Ensimmäinen yliaktiivisen rakon hoitoon
hyväksytty β_3 -agonisti.

Peruskorvattava 1.11.2013 alkaen hoitavan lääkärin B-lausunnolla*

valmisteen sisältämille aineille. **Varoitukset ja varotoimet:** Ei suositella potilailla, joilla on loppuvaiheen munuaissairaus; joilla on vaikea munuaisten vajaatoiminta, ja jotka saavat samanaikaisesti vahvoja CYP3A:n estäjiä; joilla on vaikea maksan vajaatoiminta; joilla on kohtalaista maksan vajaatoimintaa, ja jotka saavat samanaikaisesti vahvoja CYP3A:n estäjiä. Betmiga-valmistetta ei ole arvioitu potilailla, joilla on vakava hallitsematon hypertensio; siksi sitä ei suositella käytettäväksi tälle potilasryhmälle. Tietoja asteen 2 hypertensiota sairastavista potilaista on niukasti. Varovaisuutta on noudatettava potilailla, joilla tiedetään esiintyneen QT-ajan pidentymistä tai joiden käyttämien lääkevalmisteiden tiedetään pidentävän QT-aikaa. **Yhteisvaikutukset:** Potilailla, joilla on lievä tai kohtalaisen vaikea munuaisten tai lievä maksan vajaatoiminta ja jotka saavat samanaikaisesti vahvoja CYP3A:n estäjiä (itrakonatsoli, ketokonatsoli, ritonaviiri, klaritromysiini), suositeltu annos on 25 mg kerran vuorokaudessa. Varovaisuuteen on syytä, jos mirabegronia annetaan samanaikaisesti lääkevalmisteiden kanssa, joilla on kapea terapeuttinen indeksi ja jotka metaboloituvat pääasiallisesti CYP2D6:n välityksellä (tiordatsiini, ryhmän 1C rytmihäiriölääkkeet, trisykliset masennuslääkkeet), ja kun mirabegronia annetaan samanaikaisesti sellaisten CYP2D6-substraattien kanssa, joiden annos titrataan yksilöllisesti. Potilailla, jotka aloittavat Betmiga-valmisteen käytön yhdessä digoksiinin kanssa, tulisi aluksi määrätä digoksiinin pienin annos. Seurauksena digoksiinipitoisuuksia on seurattava ja digoksiiniannos on titrattava niiden perusteella halutun klinisen vaikutuksen saamiseksi. **Raskaus ja imetys:** Ei suositella raskauden aikana, eikä naisille, jotka voivat tulla raskaaksi eivätkä käytä ehkäisyä. Mirabegroni erittyy jrsijoiden maitoon ja siksi sitä oletetaan olevan ihmisen rintamaidossa. Ei pidä käyttää imetyksen aikana. **Ajaminen ja koneiden käyttö:** Ei vaikutusta ajokykyyn tai koneiden käyttökykyyn. **Haittavaikutukset:** Yleiset: virtsatieinfektio, takykardia. Melko harvinainen: eteisvärinä. **Reseptilääke. Pakkaukset ja hinnat 11.03.2014** (sis. alv 10 %): Betmiga 25 mg 30 tabl. 53,15 €, 25 mg 90 tabl. 137,87 €, 50 mg 30 tabl. 53,15 €, 50 mg 90 tabl. 137,87 €. ***Korvattavuus:** Betmiga 50 mg on rajoitettuihin peruskorvattava 1.11.2013 alkaen. **Erilliselvytys:** Lääkärinlausunto B hoitavalta lääkäriltä. **Lääketeolliset edellytykset:** Yliaktiivisen virtsarakon aiheuttaman äkillisen virtsaamispakon, tihtyneen virtsaamistarpeen ja/tai virtsan pakkokarkailun oireenmukaiseen hoitoon aikuisille potilailla, jotka eivät siedä antikolinergisesti vaikuttavaa lääkettä tai joille antikolinergisesti vaikuttava lääke ei tehoa tai on vasta-aiheinen. **Lisätiedot:** Pharmacia Fennica. **Myyntiluvanhaltija:** Astellas Pharma Europe B.V. **Markkinoija Suomessa:** Astellas Pharma, Technopolis Innopoli 3, Vaisalanatie 2-8, 02130 Espoo, info.fi@astellas.com. Teksti perustuu 06.02.2014 päivättyyn valmisteyhteenvedon. Muokattu 10.02.2014

Hätäsektio!

Simulaation avulla yllätystilanteisiinkin tulee varmuutta

Kättä päälle -juttusarja esittelee gynekologiaan liittyviä käytännön koulutus- ja harjoittelutapoja, kuten hands on -koulutusta ja simulaatioita eri klinikoissa. Oulun Naisten-klinikassa käytössä on hätäsektiosimulaatio.

Idean takana ovat alkujaan OYS:in kätilöt, jotka saivat kollega Hilka Ijäksen mukaan kehittämään hätäsektiosimulaatiotyöryhmää. Työryhmän järjestämien simulaatioharjoitusten tavoitteina on tiimityön toteutumisen arviointi, kommunikoinnin parantaminen, toiminnan joustavuuden tarkastelu eri ammattiryhmissä, potilasturvallisuuden parantaminen sekä uusien työntekijöiden perehdyttäminen toimintaan.

Simulaatio käytännössä

Oululaisten hätäsektiosimulaatio on järjestetty tähän mennessä neljä kertaa, kahdesti vuodessa. Ajankohta on



Simulaatio alkamassa. Alkuinfoa antaa Jaana Huovinen. Tarkkailijoilla vihreät asut ja mysyt, toimijoilla siniset. Vain oranssilla "huomiotarralla" varustetut saivat tulla sektiosaliin.



Tipan laitto. Kipeä ja pelokas potilas (tässä tarvitaan vähän näyttelijän lahjoja).



Leikkaussalissa.



Simulaatio alkanut, potilas soittanut kätilön huoneeseen.



Siirto paareille.



Raportin anto.



Lääkäri paikalla. Tarkkailija näyttää KTG-käyrää.



Matkalla leikkaussaliin. Potilas sanoi, että vauhti tuntui aika hurjalta kapeilla paareilla.



Anestesiaalääkäri kuuntelee tarkkaan. Tarkkailija seuraa tilannetta.

Oulun Yliopistollisen Sairaalan hätäsektiosimulaatiotyöryhmä:

Kätilöt: Mary Viander-Laine,
Jaana Huovinen, Hanna Tervo
Instrumenttihoitaja: Päivi Rounaja
Anestesiahoitaja: Johanna Pyökkilehto
Anestesia lääkäri: Anne Vuotikka
Gynekologi: Hilkka Ijäs

yleensä perjantai kello 12, jolloin elektiivinen kiireetön leikkaussalitoiminta on valmiiksi suljettuna esimerkiksi koulutuspäivien johdosta. Simulaatio-tilanne suunnitellaan sopivan potilastapauksen pohjalta ja ennakkoon valitaan simulaation toimijat ja tarkkai-

lijat. Nämä esivalmistelut ja valinnat tekee simulaatiotyöryhmä.

Simulaatioon osallistuvat saavat lyhyen ennakkoinfon tilanteesta ja he voivat etukäteen tutustua klinikan hätäsektio-ohjeistuksiin. Potilastapauksesta he saavat vain hieman ennakotietoa ja tapahtumien edetessä heidän täytyy osata selvittää tiettyjä potilaaseen liittyviä asioita, kuten esimerkiksi allergiat, veriryhmävasta-aineet ja verivaraukset.

Potilastapaus:

On perjantai, kello on 0.00 (päivystysaika, jolloin kätilö tulee mukaan instrumentteihin).

Potilas: G2P1, edellinen synnytys sektioilla perätilan vuoksi elektiivisesti. Tullut h 39+5 synnyttäjien vastaanotolle supistusten ja lapsivedenmenon vuoksi. Kotona lorahtanut myös hiukan veristä vuotoa, mutta vastaanotolle tullessa tulee vain hiukan verensekaista lapsivettä. KTG on tullessa hiukan monotoninen. Kohdunsuu on neljä senttimetriä auki, kanavaa kaksi senttiä. Synnyttäjä on kipeä. Normaalien valmisteluiden jälkeen synnyttäjä on siirretty synnytyshuoneeseen 15 minuuttia aiemmin. Hoitava kätilö on käynyt esittäytymässä ja tutkimassa tilanteen sekä laittanut IU-valvonnan.

Synnyttäjä soittaa kelloa ja hoitava ►



Leikkausvalmisteluja.



Peittelyt.



Leikkaussalihoitaja ohjeistaa peittelyissä.
Instrumentteihin menneellä kätilöllä jäänyt takki ja maski auki.



Simulaatio loppuu vauvan syntymään. Sisäänmenovaihe simuloidaan, jotta instrumenteissa olevalle kätilölle selkenisi tarvittavat instrumentit. Vaiheet käydään sanallisesti läpi: nyt aukaistaan faskia, nyt peritoneum jne.



Debriefing. Pöydän päässä tilaisuuden vetäjänä Hilkka Ijäs.



Debriefing.

kätilö menee huoneeseen. Potilas on tullut kovasti kipeäksi ja hänellä on veristä vuotoa (mansikkasoppaa) siteissä. KTG-käyrässä on bradykardia. KTG ei kuitenkaan ole heti niin paha, että hätäsektiopäätös pitäisi tehdä saman tien, jotta kätilöt ehtivät tehdä tiettyjä valmisteluja ennen sektiopäätöstä.

Varsinaisessa simulaatiossa toimijat hoitavat potilasta. Tarkkailijat seuraa-

vat tilannetta ja arvioivat tapahtumien pohjalta osaltaan oman vastuualueensa toimintaa, johtajuuden toteutumista, raportoinnin onnistumista ja kommunikaatiota. Simulaatiotyöryhmä seuraa tapahtumia ja vetää lopuksi simulaation jälkeisen debriefing-tilaisuuden.

Jälkipuinti

Debriefing-tilaisuudessa simulaatiotilanne käydään yksityiskohtaisesti läpi tapahtumajärjestyksessä. Keskustelussa huomioidaan sekä positiiviset asiat että kehittämisen kohteet. Tilaisuus on aina luottamuksellinen ja siihen osallistuvilla on vaitolovelvollisuus.

Debriefingeissä tunnelma on yleensä leppoisa. Ensimmäisellä kierroksella käydään läpi onnistumisia ja sitä mitä tilanne tuntui. Kaikki saavat vuorolaan kommentoida. Toisella kierroksella käydään läpi esimerkiksi kehittämisen kohteita.

Esimerkkejä edellisessä simulaatiossa esiin nousseista asioista:

– Anestesiapuoli miettii, onko tarvetta lisätä tapauksen vaikeusastetta (kuten että äiti on syönyt vastikään tai hänellä on ollut aiempi hankala intubaatio).

– Vuorovaikutuksessa on huomioitava, että leikkaava lääkäri sanoo selkeästi, kun potilaan saa nukuttaa.

– Kätilöt ja gynekologi pitivät harjoitusta riittävän haasteellisena

– Erityisesti vastikään klinikassa aloittaneet kätilöt ja anestesiaan erikoistuva lääkäri pitivät harjoitusta erinomaisena perehdytys- ja oppimistilanteena, vaikka kokivatkin tilanteen hyvin jännittävänä.

– Leikkaussalihoitajat toivovat, että mikäli hätäsektiotilanne on yhtään ennakoitavissa, heitä informoitaisiin valmiiksi

Jokaisessa simulaatiossa on nousut esille pieniä, mutta toiminnan sujuvuuden kannalta tärkeitä asioita, joihin oikeissa tilanteissa kannattaa kiinnittää huomiota. ■



Puregon®

rekombinantti FSH
folitropiini beeta

Kun valitset potilaallesi päivittäin pistettävän FSH:n



Helppokäyttöinen ja uudelleenkäytettävä

► **Puregon Pen®-injektiokynä¹**

Viite: 1. Puregon Pen® -käyttöohjeet

Tutustu Puregon® -valmisteyhteenvetoon ennen lääkkeen määräämistä.



PUREGON®

Vaikuttavat aineet ja niiden määrät: PUREGON 300 IU/0,36 ml, 600 IU/0,72 ml ja 900 IU/1,08 ml. Injektioneiden vaikuttava aine on folitropiini beeta (rekombinantti foliikkeliä stimuloiva hormoni, FSH). Vaikuttavan aineen pitoisuus vesiliuoksessa on 833 IU/ml. **Lääkemuoto:** Injektioneste, liuos. Kirkas ja väriltön liuos. Injektioikynässä käytettävä sylinteriampulli. **Käyttöaiheet:** Naiset: Anovulaatio naisilla, jotka eivät ole saaneet vastetta klomifeenisitraattihoitoon. Hallittu munasarjojen hyperstimulaatio useiden follikkeleiden kypsymiseksi samanaikaisesti keinoalkuisissa lisääntymismenetelmissä. **Annostus ja antotapa:** PUREGONia suositellaan käytettäväksi vain hedelmättömyyden hoitoon erikoistuneen erikoislääkärin valvonnan alaisena. Munasarjat reagoivat hyvin yksilöllisesti eksogeenisiin gonadotropiineihin, ja vaste saattaa vaihdella myös samalla potilaalla. Tämän vuoksi yhtenäisiä annosteluohjeita ei voida antaa. Annostus sovitetaan yksilöllisesti munasarjavasteen mukaan. Tämä edellyttää ultraäänitutkimuksia ja estradiolipitoisuuksien seurantaa. Injektioikynällä voidaan annostella tarkasti siihen asetettu annos. Vertailevien kliinisten tutkimustulosten perusteella PUREGONia on tarkoituksenmukaista antaa pienempinä annoksina kuin virtsasta eristettyä FSH:ta. Ks. valmisteyhteenveto. **Vasta-aiheet:** Yliherkkyys vaikuttavalle aineelle tai apuaineille. Munasarja-, rintaa-, kohtu-, aivolisäkkeen ja hypotalamuksen kasvaimet. Tuntemattomasta syystä johtuva emätinverenvuoto. Primaari sukupuolirauhasten toimintahäiriö. Munasarjakystat tai suurentuneet munasarjat, joilla ei ole yhteyttä munasarjojen monirakkulatautiin (PCOS). Lisääntymiselinen epämuodostumat ja kohdun leiomyoomat, jotka tekevät raskauden mahdottomaksi. **Varoitukset ja käyttöön liittyvät varoitukset:** Ks. valmisteyhteenveto. **Yhteisvaikutukset:** PUREGONin ja klomifeenisitraatin samanaikainen käyttö saattaa voimistaa follikkelivastetta. **Fertiliteetti, raskaus ja imetys:** Fertiliteetti: PUREGONia käytetään naisille, joille tehdään munasarjojen käynnistäminen tai hallittu munasarjojen hyperstimulaatio keinoalkuisissa lisääntymismenetelmissä. Raskaus: PUREGONille ei ole käyttöaihetta raskauden aikana. Imetys: Folitropiini beetan erittymisestä maitoon ei ole tietoa ihmisillä tai eläimillä tehdyistä tutkimuksista. PUREGONia ei pidä käyttää imetyksen aikana. **Vaikutus ajokykyyn ja koneiden käyttökykyyn:** PUREGONilla ei ole haitallista vaikutusta ajokykyyn tai koneiden käyttökykyyn. **Haittavaikutukset:** Paikallisia injektiokohdan reaktioita, valtaosa lieviä ja ohimeneviä (3%:lla potilaista). Melko harvoin esiintynyt yleistyneitä yliherkkyysreaktioita (noin 0,2 %:lla kaikista PUREGONilla hoidetuista potilaista). Kliinisissä tutkimuksissa noin 4 %:lla munasarjojen hyperstimulaatio-oireyhtymään liittyviä merkkejä ja oireita. Lisäksi on raportoitu kohdunulkoisia raskauksia, keskenmenoja sekä monisikiöisiä raskauksia. Näiden katsotaan liittyvän keinoalkuisiin lisääntymismenetelmiin tai niitä seuraaviin raskauksiin. PUREGON/hCG-hoidon aikana on harvinaisina tapauksina esiintynyt tromboemboliaa. **Kesto aika:** 3 vuotta. Käytössä oleva sylinteriampulli säilyy korkeintaan 28 päivää. **Säilytys:** Säilytä jääkaapissa (2–8 °C). Ei saa jäätä. Pidä sylinteriampulli ulkopakkauksessa. Potilasmukavuutta ajatellen potilas voi säilyttää PUREGONia 25 °C:ssa tai sen alle olevassa lämpötilassa yksittäisen, enintään kolmen kuukauden pituisen ajanjakson. **Pakkaukset ja hinnat 01/2014** (VOH+alv 10 %): 300 IU/0,36 ml x 1 (+ 6 neulaa) (151,44 €), 600 IU/0,72 ml x 1 (+ 6 neulaa) (285,66 €) ja 900 IU/1,08 ml x 1 (+ 9 neulaa) (4419,89 €). **Korvattavuus:** Ylempi erityiskorvausryhmä (100 %). Aivolisäkkeen etulohkon vajaatoiminta (101), sukurauhasten vaikea vajaatoiminta (121).

Tutustu PUREGON-valmisteyhteenvetoon ennen lääkkeen määräämistä, www.parempaaelamaa.fi/laakareille

Lisätiedot: Valmisteyhteenveto (tekstin muuttamispäivämäärä 12.9.2013) tai MSD, Keilaranta 3, 02150 Espoo, puh. (09) 804 650. www.msd.fi, www.parempaaelamaa.fi

Copyright © 2013 Merck Sharp & Dohme Corp., a subsidiary of Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA. All rights reserved. 2-2015 WOMN-1072609-0000



Kaapin ja pöydän paikka



Toivon tätä palstaa lukevien antavan anteeksi syrjähdyseni keskussairaalamaailmasta yliopistosairaaloiden kulmalle, mutta toivon viimeisten kappaleiden aasinsiltojen selittävän harharetkeni. Mediaa hallitsevien sote-uudistussuunnitelmien lisäksi on nimittäin putkahtanut esiin pieni, mutta merkittävä terveydenhuollon uutinen. Muutama tamperelainen onkologikollega on irtisanoutunut todennäköisesti tyytymättöminä ylihoitajan valintaan toimialuejohtajan sijaiseksi. Valintapäätös on tehty kaiketi johtosäännön sallimalla tavalla. Sijaisjohtajan alaisuuteen tulneiden kirurgi- ja onkologikollegoiden lähes yksimielinen oikaisuvaatimus ei herättänyt päättäjissä vastakaikua. Sijaisjohtajan toimivaltaa on myös rajoitettu: lakisääteisesti lääkärin koulutusta vaativia päätöksiä hän ei voi tehdä, eikä päättää lääkäreiden palkkauksesta tai heidän työnsä vaativuudesta. Näin rajoitetuin valtuuksin toimivaa johtajaa voitaneen perustellusti kutsua poliittikkotermillä rammaksi ankaksi, jonka päätöksentekokyky riippuu liian monessa tilanteessa hänen alaistensa asiantuntemuksesta.

Lääkärinäkökulmasta on helppo Lymmärtää kollegoiden tyytymättömyys, mutta kansan keskuudessa yleinen mielipide näyttää vakaasti tuomitsevan lääkärin pelkäänsä ahneiksi ja kateellisiksi marisijoiksi, joiden ei kannattaisi vajavaisine johtamistaitoineen kyseenalaistaa hallinnon ja hoitotieteen tohtoritasoisen asiantuntijan kykyä hoitaa tehtäväänsä.

Lääketieteen ja terveystieteiden Tohtorit rinnastetaan huoletta yhtäläisen kyvykkäiksi päättämään potilaan hoitoon liittyvistä asioista, vaikka jo vilkaisu aloilta tehtyjen väitöskirjojen otsikoihin selvittäisi

Kansan keskuudessa yleinen mielipide näyttää vakaasti tuomitsevan lääkärin pelkäänsä ahneiksi ja kateellisiksi marisijoiksi, joiden ei kannattaisi vajavaisine johtamistaitoineen kyseenalaistaa hallinnon ja hoitotieteen tohtoritasoisen asiantuntijan kykyä hoitaa tehtäväänsä.

useimmille näiden tieteiden välisen eron. Erikoislääkärin 12 vuotta kestävä minimikoulutusaika ja useimpien yliopistosairaalakollegoiden hankkima akateeminen pätevyys tai laaja hallinnollinen lisäkoulutus eivät julkisuuden puurokupeissa paina.

Sekä perustyössä että hallinnossa menestymisen perusedellytys on kyky hyvään yhteistyöhön kaikkien ammattiryhmien välillä. Niin syövä kuin synnytystenkin menestyksellä hoito on mahdollista, jos toiminta perustuu vain yhden henkilön tai ammattiryhmän kyvykkyyteen. Hyvälle ammattitaidolle on annettava arvo tekijän koulutustaustasta riippumatta, eikä toisaalta korkeakaan akateeminen status takaa automaattisesti kliinisen työn laatua tai johtamiskykyä. On myös myönnettävä, että kaikki vanhan liiton lääkäriesimiehet eivät ole johtamis- ja hallintotyössä mukavuusalueellaan, ja joskus se myös näkyy. Nykymallin mukainen erikoistuvien lääkäreiden hallinnon koulutus antaa toivoakseni tulevaisuuden lääkärijohtajille paremmat uran lähtökohdat. Orastavaa johtamismielenkiintoa ei saa tappaa kehtoonsa ainakaan harkitsemattomilla, pomoja parjaavilla kahvipöytäkommenteilla.

Kaikki terveydenhuollon hallinnollista työtä tekevät joutuvat

hakemaan lisätietoa ja konsultoimaan yhteistyökumppaneitaan pohtiessaan vaikkapa kalliiden lääkehoitojen ja hoitolaitteiden kustannustehokkuutta tai uusien menetelmien käyttöönottoa. Väitän, että lääkärikoulutetulta terveydenhuollon käytännön toiminnan johtajalta tämä pohdinta onnistuu edelleen muita ammattiryhmiä kevyemmin ja moniulotteisemmin. Jos ette usko, niin miettikääpä loppukevennykseni pienen muutoksen hankalaa päätöksentekomallia:

Keskussairaalassa haluttiin virkaviivaistaa ja monipuolistaa virka-aikana annettavia poliklinisia hoitoja, ja muutoksia varten poliklinisten tilojen huonejärjestyksiä muutettiin reippaasti. Muutosten sivuvaikutuksena huomattiin ”yllätteen” (ylilääkärin useista huomiota vaille jääneistä etukäteiskommenteista huolimatta), että päivystysalueelta hävisi gynekologisten päivystyspotilaiden tutkimiseen käytetty vastaanottohuone ultraäänilaitteineen ja tutkimuspöytineen – se kun oli toisaalle muuttaneiden urologien kanssa yhteiskäytössä. Päivystysalueen tiloista vastaavan osastonhoitajan vakuuttaminen gynekologisen tutkimisen erityistarpeista ja tutkimushuoneen minimipinta-alasta kaikkien tilojen ollessa kortilla onkin osoittautunut sen jälkeen hienosti sanottuna haasteelliseksi. Muiden metodien ja puheen osoittauduttua huonotehoiseksi oli ylilääkärin pidettävä lopulta tutkimuspöytä- ja ultraäänilaitesulkeiset kalusteiden oikean paikan ja tilatarpeen osoittamiseksi. Onhan asiallisten työolosuhteiden järjestäminen toki esimiestyötä, mutta olisin arvostanut sitä, että vaatimattomat toiveeni olisivat menneet kevyemmin läpi. Pöydän ja kaapin paikan näyttäminen ei tuo nautintoa, jos kaapin paikkaa ei oikeastaan tarvitsikaan muuttaa. ■

Scientific Dialog

Klinikkavierailu Wienin

Wienissä pääsimme tutustumaan kotimaisesta terveydenhuollostamme poikkeavaan järjestelmään. Terveyskeskuksia ei juurikaan ole, vaan potilaat ottavat ensisijaisesti yhteyttä yleislääkäreihin. Yleislääkärit pitävät vastaanottoaan usein yksin omissa, siihen tarkoitukseen järjestetyissä asunnoissaan. Gynekologisissa ongelmissa naiset ottavat yhteyttä gynekologeihin, jotka voivat toimia omalla, Wienin sosiaaliturvalaitoksen WGKK:n korvaamalla vastaanotolla tai yksitysvastaanotolla ilman korvausta. Mikäli potilaan ongelmaa ei voida hoitaa vastaanotolla, gynekologi tekee lähetteen sairaalan poliklinikalle.

Wienissä on kymmenen keskussairaala, jotka kuuluvat KAV-Wien-ryhmään (Wiener Krankenanstalten-verbund) ja ovat kunnan omistuksessa. Kaikkiaan Wienistä löytyy 35 sairaalaa. Osa niistä on yksityissairaaloita, kuten esimerkiksi Wiener Privatklinik, yksi on armeijan sairaala Heeresspital, ja muutamat ovat niin sanottuja katolisia sairaaloita, esimerkiksi Göttlicher Heiland. Katoliset sairaalat ovat kirkon yksityisomistuksessa, mutta potilaan hoitokulut korvaa Wienin sosiaaliturvalaitos WGKK samoin kuin kunnan (KAV) sairaaloissa.

Idea lähteä Itävaltaan klinikkavierailulle syntyi Pohjois-Karjalan keskussairaalassa lappeenrantalaiskollegoiden klinikkavierailun jälkeen. Kollegani Esa Korkeela sai ruokatauolla tämän idean ja muut kollegat innostuivat heti. Ajattelin, että matka voisi olla

melko hankala järjestää itävaltalaisen hierarkian takia. Tietysti myös innostuin ideasta, olisihan se hyvä syy vierailulla taas omassa kotikaupungissani.

Vaikka idean toteutuminen vaikutti aluksi mahdottomalta, lopulta Wienin naistentautien ja synnytysten ylilääkäri, professori Peter Husslein vastasi viestiini ja pyysi suomalaiskollegat vierailulle. Suuniteltu ohjelmakin vaikutti jännittävältä.

Matkajoukkomme koostui viiden eri sairaalan väestä: mukana olivat Kuopion yliopistollinen sairaala, Pohjois-Karjalan keskussairaala, Savonlinnan keskussairaala, Naistenklinikka ja Jorvin sairaala.

Kun joukkomme saapui Wieniin, päätettiin klinikkavierailuun yhdistää myös kaupunkiin tutustuminen. Kun Suomessa vielä odotettiin kevättä, nautimme me ensimmäistä illallista Heuriger Grinzingin viinialueella.



Klinikan aamumeeting

yliopistosairaalaan 2012





Belvedere -museo

Seuraavana aamuna tapasimme professorit Dadakin ja Umekin yliopiston aulassa. He saattoivat meitä aamumee-tingiin. Wienin yliopistollinen keskus-sairaala on rakenteltaan erittäin mo-nimutkainen ja siellä eksyy helposti.

Rakennuksen sisällä oli ensin vaikea ymmärtää olevansa sairaalassa. Aula-tila muistutti ostoskeskuksen aulaa lu-kuisine liikkeineen ja kahviloineen.

Aamumee-tingissä huomasimme heti keskierooppalaisen hierarkian. Ylilää-

käri Husslein istui yksin pöydän pää-dyssä ja kuunteli päivystysraportin. Osastonlääkärit istuivat pöydän toi-sella puolella ja muut paikalla olevat nautiskelivat seisomapaikoista.

Aamuraportin jälkeen aloitettiin kli-nikkavierailun luennot. Kuunneltiin kiinnostavia aiheita Itävallan gyneko-logisista, obstetrisista ja endokrinologi-sista näkökulmista. Me puolestamme pidimme esitykset Suomen terveyden-huoltojärjestelmästä sekä gynekologik-si erikoistumisesta Suomessa.

Luentojen jälkeen meidät jaettiin kolmeen ryhmään ja pääsimme tutus-tumaan klinikkaan. Poliklinikkatyön li-säksi oli mahdollista seurata fertilos-kopiaa ja sektioita. Itävallassa keisa-rileikkauksessa on usein kaksi lääkä-riä, seniori ja erikoistuva lääkäri sekä eurovaiheen lääkäri tai lääketieteen kandidaatti. Erikoistumisvaiheessa sai-raalalääkärit eivät vielä hoida operatii-visia synnytyksiä itsenäisesti. Sektios-sa instrumenttihoitaja on sivussa ja ainoastaan ojentaa tarvittavat instru-mentit. Toimenpiteen aikana potilas on gynekologisessa asennossa, jotta ylimääräinen assistentti mahtuu tar-vittaessa avustamaan leikkausta poti-laan jalkojen välistä.

Ryhmän huomio kiinnittyi erityisesti toimenpidettä edeltävään perusteelli-sen tarkistuslistan läpikäymiseen koko leikkaustiimin voimin. Se tapahtui leik-kaussalin välitilassa hyvissä ajoin en-nen toimenpiteen alkua. Tämän asian suhteen tuli meistä monelle mieleen katsoa peiliin.

Wienin Yliopistosairaalan tilastoja (v. 2010):

Allgemeines Krankenhaus Wien – AKH

Lapsia	2636	2636	100 %
Lapsia elävänä	2604	2636	98,79 %
Lapsia kuoleena	32	2636	1,21 %
Äitejä	2402	2402	100 %
Lapsia (elävänä)	2604	2604	100 %
Yksisikiöiset synnytykset	2213	2402	92,13 %
Geminisynnytykset	179	2402	7,45 %
Trigeminisynnytykset	10	2402	0,42 %
Lapset < 2500g	573	2604	22 %
< H 37 (36+6)	615	2604	23,62 %
< H 34 (33+6)	326	2604	12,52 %
Alatiesynnytyksiä	1211	2402	50,42 %
PSC	1094	2402	45,55 %
Imukuppisynnytykset	117	2402	4,8 %
Sektiot	1191	2402	49,58 %
Elektiiviset Sektiot	820	1191	68,85 %
Kiireelliset Sektiot	329	1191	27,62 %
Hätäsektiot	42	1191	3,53 %
Episiotomiat	172	1211	2,07 %





Klinikkavierailujoukkomme sairaalan edustalla

Synnytysosastolla ehdimme keskustella myös alalle erikoistuvan lääkärin kanssa hänen työnsä lomassa. Sairaalassa on selvästi hyvin tutkimusmyönteinen ilmapiiri: erikoistuvan lääkärin työpäivään sisältyy iltapäivisin pari tuntia aikaa tutkimustyölle. Päivystysrasite erikoistuvilla on melko suuri. Siihen vaikuttaa luonnollisesti myös lääkärivetoinen synnytysten hoitokulttuuri. Päivystysaikainen lääkärimiehitys on selvästi vahvempi kuin mihin Suomessa on jo vuosikymmenet totuttu.

Osalle joukostamme järjestettiin mahdollisuus tutustua myös yksityissairaalan IVF-osastoon.

Klinikkakan tutustumisen jälkeen ohjelmassamme oli nähtävyyksiä. Vietimme kauniin, aurinkoisen iltapäivän

Schönbrunnin puistossa ja siihen kuuluvassa Gloriette -kahvilassa.

Klinikkavierailun sosiaalinen ohjelma alkoi aikaisin illalla meille järjestetyllä yksityisesittelyllä kuuluisessa Belvedere-museossa. Museon johtaja Agnes Husslein, professori Hussleinin vaimo, tervehti meitä aulassa ja kertoi Belvederen kiintoisasta historiasta. Kuulimme myös esitelmän psykopatologisista aspekteista Klimtin, Messerschmidtin ja Schielen taideteoksissa.

Myöhemmin pääsimme kutsuvieraina professori Hussleinin kotiin illalliselle. Illallisen aikana kutsuimme puolestamme itävaltalaiset kollegat klinikkavierailulle Suomeen.

Seuraavana päivänä jatkoimme nähtävyyksien ihastelua Wienissä. Kau-

punki on kaunis ja tunnelmallinen monine ravintoloineen ja varsinkin keisarinaikaisine kahviloineen. Tietysti tuli myös kuuluisa Sacher kakku maistettua – ehdottomasti kermavaahdon kanssa. Wieniä voi lämpimästi suositella kaupunkilomakohteeksi, etenkin keväisin ja syksyisin. Medänkin matkamme aikana lämpötila pysytteli reilusti yli 25 asteessa ja iltaisinkin tarke- ni hyvin ilman takkia.

Kiitämme lämpimästi Wienin kollegoitamme hienosta ohjelmasta. Matka oli antoisa niin erilaisen hoitokulttuurin näkökulmiin perehtymisen osalta kuin sosiaalisestikin, mistä erittäin iso kiitos myös matkaseuranamme olleille kollegoille. ■

NUVARING®
etonogestreeli/etinyyliestradioli ehkäisyrenkas
vapauttaa 0,120 mg/0,015 mg vuorokaudessa

**Tarjoa asiakkaallesi
kerran kuukaudessa
annosteltava
NuvaRing®^{1,2}**

**Luotettava ja
helppokäyttöinen!^{1,2}**

NuvaRing®

Vaikuttavat aineet ja niiden määrät: Etonogestreeli 11,7 mg. Etinyyliestradioli 2,7 mg. Emätinrenkaasta vapautuu keskimäärin 0,120 mg etonogestreeliä ja 0,015 mg etinyyliestradiolia vuorokaudessa 3 viikon ajan. **Käyttöaiheet:** Raskauden ehkäisy. **Annostus ja antotapa:** Nainen voi itse asettaa NuvaRing-renkaan emättimeen. Lääkärin tulee neuvoa potilaalle valmisteeseen asetus ja poisto. NuvaRingin tarkalla sijainnilla emättimessä ei ole merkitystä ehkäisytehon kannalta. Kun NuvaRing on asetettu paikalleen, se jätetään emättimeen yhtäjaksoisesti kolmeksi viikoksi. NuvaRing on poistettava 3 viikon käytön jälkeen samana viikonpäivänä kuin se asetettiin. Viikon tauon jälkeen asetetaan uusi rengas. Tyhjennysvuoto alkaa yleensä 2–3 päivän kuluttua NuvaRingin poistamisesta ja saattaa jatkua vielä kunon aikaan asetettavuusirengas. Muuttiedot ks. valmisteyhteenveto. **Vasta-aiheet:** Laskimotromboosit tai laskimotromboosin oireet, johon on taieiole liittynyt keuhkoembolia. Valtimotromboosit tai valtimotromboosin oireet (esim. aivoverisuonitapahtuma, sydäninfarkti) tai tromboosin ennako-oire (esim. angina pectoris tai TIA-kohtaus). Tunnettu taipumus laskimo- tai valtimotromboosille, johon liittyy tai ei liity peritty alttius kuten aktivoitunut proteiini C:n (APC)-resistenssi, antitrombiini III:n puutos, proteiini C:n puutos, proteiini S:n puutos, hyperhomokysteinemia ja fosfolipidivasta-aineet (kardioliipini vasta-aineet, lupusantikoagulantti). Migreeni, johon on liittynyt fokaalisia neurologisia oireita. Diabetes mellitus, johon liittyy verisuonikomplikaatioita. Myöshuomattavat tai useat laskimo- tai valtimotromboosien riskitekijät voivat olla käytön vasta-aiheita (ks. valmisteyhteenveto Varoitukset ja käyttöön liittyvät varoitimet). Haimatulehdus tai aikaisempi haimatulehdus, jos siihen liittyy vakava hypertriglyseridemia. Väikeä maksasairaus, nykyinen tai aiemmin ilmennyt, niin kauan kuin maksat arvot eivät ole palautuneet normaaleiksi. Nykyinen tai aiemmin ilmennyt hyvän- tai pahanlaatuisen maksakasvain. Tiedot tai oletetut sukupuolielinten tai rintojen maligniteetit, joihin sukupuolihormonit vaikuttavat. Vaginaverenvuoto, jonka syytä ei ole selvitetty. Yliherkkyys vaikuttaville aineille tai jollekin NuvaRingin apu-aineelle. **Varoitukset ja käyttöön liittyvät varoitimet:** NuvaRingin käytöstä aiheutuvaa hyötyä on punnittava siitä mahdollisesti koituvia haittoja vasten erikseen kussakin tapauksessa, ja käyttäjän kanssa on keskusteltava asiasta ennen kuin hän päättää käytön aloittamisesta. Ks. valmisteyhteenveto. Jos jokin näistä sairauksista tai riskitekijöistä ilmaantuu ensimmäistä kertaa tai pahenee, käyttäjän on otettava yhteys lääkäriin. Lääkärin tulee tällöin päättää käytön mahdollisesta keskeyttämisestä. Yhteisvaikutukset muiden lääkevalmisteiden kanssa sekä muut yhteisvaikutukset: Ks. valmisteyhteenveto. **Raskaus ja imetys:** NuvaRing ei ole tarkoitettu käytettäväksi raskauden aikana. Jos raskaus havaitaan NuvaRing-renkaan käytön aikana, tulee rengas poistaa. Estrogeenit voivat vaikuttaa imetykseen, sillä ne voivat vähentää rintamaidon määrää ja muuttaa sen koostumusta. Siksi NuvaRing-renkasta tulisi yleisen suosituksen mukaisesti käyttää vasta, kun lapsi on vieroitettu rintamaidosta. Pieniä määriä kontraseptiivisiä steroideja ja/tai niiden metaboliitteja voi erittyä rintamaitoon, mutta tämän haitallisuudesta lapsen terveydelle ei ole näyttöä. **Haittavaikutukset:** Yleisimpiä (Yleiset $\geq 1/100$, $\leq 1/10$) haittavaikutuksia ovat emätintulehdus, masennus, libidon heikkeneminen, päänsärky, migreeni, vatsakivut, pahoinvointi, akne, rintojen arkuus, sukupuolielinten kutina naisella, kuukautiskivut, lantion kipu, valkovuoto, painonnousu, renkaan ekspulsiio, lääkinnällisen laitteen aiheuttama epämukavuus. Muut haittavaikutukset, ks. valmisteyhteenveto. **Pakkaukset ja valmisteen kuvaus:** NuvaRing on pakattu pahvikoteloon, joka sisältää 1 tai 3 yksittäispakattua rengasta. **Säilytys:** Apteekista toimittamisen jälkeen: 4 kk, säilytä alle 30°C:ssä. Säilytä alkuperäispakkauksessa. **Hinnat ja hoitokustannukset** (VOH+alv 01/2014): 1 x ehkäisyrenkas 17,79 € ja 3 x ehkäisyrenkas 46,60 € (15,53 €/kk). **Korvattavuus:** Ei sv-korvattava. **Lisätiedot:** Valmisteyhteenveto (tekstin muuttamispäivämäärä 10.5.2013) tai MSD, Keilaranta 3, 02150 Espoo, puh. (09) 804 65, www.parempaaelamaa.fi, www.ehkaisy.com

1. NuvaRing valmisteyhteenveto 2. Roumen FMJE, et al. Hum Reprod 2001;16:469-75

Tutustu NuvaRing-valmisteyhteenvetoon ennen lääkkeen määräämistä
www.msd.fi • www.parempaaelamaa.fi

Muista valittaa pikkuasioista

Olavi Lempi käsittelee onnellisuutta toisaalla tässä lehdessä. Lieneekö keski-ikäistymisen tuoma ilmiö, mutta yhä useammin sitä huomaa pohtivansa, miten hyvin asiat oikeastaan omalla kohdalla ovatkaan. Että mahdankohan olla suorastaan onnellinen, ja mitähän hirveyksiä siitä vielä seuraakaan?

Etenkään suomalaisen ei sovi olla näkyvästi tyytyväinen elämäänsä. Onneksi onnellisen ja tyytyväisen yksilön paljastumisen riski onkin pieni, sillä pientä nurinan ja valittamisen aihetta löytyy hyvin helposti. Kaikenlaista suorastaan kiukustuttavaa tulee eteen päivittäin. Olisi järkyttävän tylsää, jos työpaikan kahvihuonekeskusteluissa kukaan ei valittaisi, vaan kaikki hehkuttaisivat, kuinka hyvin tässä hurisee parhaillaan.

Itseäni nurisuttaa jatkuva riittämättömyyden tunne sekä tasaisen painostava stressi, joka hetkittäin tekee vielä riehakkaan akseleraation elinvoimaisuutensa merkiksi. Muun muassa näin käy aina, kun on päästy seuraavan Syklin aineistopäivään. Ilman sitä tosin tätäkään kolumnia ei olisi olemassa, sillä en koskaan saa sitä aikaiseksi ennen kuin viime hetken pakossa ja stressin paisuttua persuksille potkivaksi järkäleeksi.

Kai se tosiaan on niin, että elämä kalkaisi junnata pahasti paikallaan, jos kaikki olisi aina hyvin helppoa ja sujuvaa. Kummasti vastoinikäymiset auttavat arvostamaan hyviä asioita. Toisaalta yksilön mielenterveyttä varmasti suojaa se, että useimmat päivät kuluvat varsin arkisissa ajatuksissa ja pakahduttavimmat hetket tulevat harvoin.

Lähipiirissäni on parhaillaan monella ihmisellä paljon surua ja suurta huolta. Oman elämäntilanteen seesteisyys ja se, että itsellä on pohjimmitaan kaikki hyvin, tuntuu kovin epäreilulta ja ansaitsemattomalta. Valittaminen omista

pikkumurheista vaikuttaa tyhjän vinkumiselta. Ja toki onkin sitä. Toisaalta kenen tahansa elämä voi muuttua hetkessä. Koko ajan ei voi vertailla tilannettaan muihin, eikä harmituksien ja huolenaiheiden mittasuhteita pysty arvioimaan toisen puolesta.

Olen koittanut opetella sen, että jos valitan, niin valitan itsekeskeisesti siitä miltä minusta tuntuu. Koitan olla syyllistämättä muita kurjuudestani. Ennen kuin rähisen puolisolteni tai lapselleni, yritän miettiä, onko kyseessä oleva asia kovinkin suuri verrattuna tämän ihmisen arvoon elämässäni. Harvoin onnistun ja syyllistän ja rähisen silti.

Etuoikeutettu on se, ken saa pikkuasioista valittaa! Jatkakaamme ajoittaista nurinaa kahvikuppien äärellä. Yhtä terapeutista kuin nauraa käkättäminen, jota ei onneksi myöskään voi pitkään välttää ainakaan omien, loistavien kollegoideni seurassa.

P.S. Koska minulla on ollut niin kamala kiire ja muutenkin rasittavaa, enkä ehtinyt sitten tätäkään kolumnia tehdä ajoissa, täytän osan palstatilastani oheisilla valokuvilla. Niissä esiintyvät tärkeimmät nurinanpoistajani. ■





Kuva: Hombre Golf Club

Hei, Sinä golfia harrastava gynekologi!

Tule mukaan kolmansiin gynekologien mestaruusmittelöihin hyvässä seurassa!

GynGolf pelataan jälleen tänä vuonna Siuntiossa pohjoismaiden suurimmalla Golf Clubilla upealla mutta vaativalla Forest – kentällä (www.pickalagolf.fi) lauantaina 6.9.2014 klo 12.

Kilpailun osallistumismaksu on noin 65 e, joka maksetaan kilpailupäivänä suoraan Caddiemasterille ennen kilpailua. Ilmoittautuminen viimeistään 17.8.2014 mennessä veli-matti.ulander@hus.fi tai 0504143303. Osallistumisoikeus on Green Cardin omaavilla gynekologeilla. Mukaan mahtuu 20 osallistujaa ilmoittautumisjärjestyksessä. Pelimuotona on tasoituksellinen pistebogey ja lyöntipeli. Lisäksi palkitaan erikoiskilpailujen parhaat tulokset pisin drive - ja lähimmäksi lippua sarjoissa ja luonnollisesti kilpailun tsemppari.

Osallistumismaksu kattaa tulospalvelun, bägikärryt, saunan kilpailun jälkeen ja illallisen.

Tervetuloa mukaan!



Kuvia posti- kortteihin

Osaatko valokuvata tai
omaatko taiteilijan vikaa?

SGY suunnittelee omia postikortteja, joiden
myynti alkaa tulevilla syksyn koulutuspäivillä
marraskuussa.

Korttien tuotto ohjataan Synnytys- ja Naisten-
tautiopin tutkimussäätiön hyväksi. Tarvitsemme
kuva-aiheita kortteja varten.

Lähetä oma ehdotuksesi SGY:n sihteerille!
henna.karkkainen@kuh.fi

Jos kuvasi valitaan kortteihin, palkkioksi saat
hyvän mielen ja tietenkin nimesi mainitaan kortin
kääntöpuolella.