4.2014 Marraskuu 30. vuosikerta Suomen Gynekologiyhdistys ry. / Finlands Gynekologförening rf.

Sykli

Urogynekologiaa s. 14

Turun SGY-päivät 27.–28.11.
Muista ilmoittautua!
s. 42

Asiaa auditoinneista s. 32

Suomen Gynegologiyhdistyksen Syyskoulutuspäivät 27.–28.11. Turussa

Syyskoulutuspäivät 2014 järjestetään Turussa, uudistetussa Marina Palacessa Turun keskustassa, Aurajoen rannalla.

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

Tervetuloa!

Suomen Gynekologiyhdistyksen jäsenlehti 30. vuosikerta **Numero 4 Marraskuu 2014**

Sykli

SISÄLTÖ 4/14

Pääkirjoitus 5
Juha Räsänen jututti johtajaylilääkäri *Jorma Penttistä* SOTE-uudistuksesta

Kättä päälle! 6
Kolme sairaalaa yhdisti hands on -koulutusvoimansa erikoistuvien hyväksi

Klamydiakongressi kalifornialaisittain 10
Tiina Rantsin matkaraportti

Urogynekologian pienryhmä koulutti Helsingissä 14
Laskeumat ja urodynamiikka valokeilassa

FINPOP 19
Tietoisku vuonna 2015 käynnistyvästä tutkimuksesta

Korpeimme kuiskintaa 20
Marja-Liisa Mäntymaa vetää kotiin päin!

Väitelleet 21

Kollegan sanomaa 23
Sari Tanuksen asiaa raskauden-keskeytysten hoitoa koskevan kansalaisaloitteen tiimoilta

Kesän muistoja Tukholmasta 24
Kati Korhosen raportti NFOG:n kokouksesta

Hallituskolumni 28
Kaarin Mäkikallio-Anttilan listat

Laskeumakirurgiaa oppimassa Strasbourgissa 30
Kolme näppärää naista kurssilla IRCAD/EITS -koulutuskeskuksessa

Ajankohtaista auditoinneista 32
Juha Mäkisen katsaus

SGY:n vuosikertomus 2013–2014 36

Hallituksen pöydältä 38

Gynaecologi Pracitci 39
Kollegiallisuus kunniaan

Tupakoiva äiti on haaste äitiyshuollolle 40
Hannu Vierolan puheenvuoro Itä-Suomen Lääketiedepäiviltä

Koulutusta 42

Koulutuskalenteri 48

Päätoimittajalta 50
Aakkosia

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.

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
Lähettitoimisto,
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 1/2015 ilmestyy 20.2.2015, aineiston ja ilmoitusten jättöpäivä on 16.1.2015

■ Kannessa vaihtuvat tänä vuonna vuodenajat.

Jaydess®

Vapautta ehkäisyn rutiineista

Ei päivittäistä, viikoittaista tai kuukausittaista muistamista

- Minikierukka nuorelle naiselle 3 vuodeksi
- Paikallinen ehkäisyvaikutus
- Hormonaalisen ehkäisyn matalahormonisin vaihtoehto

Vaikuttavat aineet ja niiden määrät: Levonorgestreelia 13,5 mg depotlääkevalmiste, kohtuun. **Käyttöaihe:** Raskauden ehkäisy. **Annostus ja antotapa:** Jaydess® asetetaan kohtuonteloon ja siellä sen teho säilyy kolme vuotta. Jaydess® asetetaan kohtuonteloon seitsemän päivän kuluessa kuukautisten alkamisesta. Kohdussa olevan Jaydess®-valmisteen erottaa muista hormonikierukoista ultraäänitutkimuksessa näkyvä hopearengas. Vaihtaminen uuteen sekä muut asettamiseen liittyvät tiedot ks. Pharmaca Fennica (PF). **Vasta-aiheet:** Raskaus, akuutti tai toistuva sisäsynnytintulehdus tai tila, joka lisää sisäsynnytintulehdusten riskiä, akuutti kohdunkaulan tulehdus tai emätintulehdus, synnytyksen jälkeinen kohtutulehdus tai tulehduksellinen keskenmeno viimeisen kolmen kuukauden kuluessa, hoitamaton kohdunkaulan epiteelisoluatypia, pahanlaatuinen kohdun tai kohdunkaulan kasvain, progestiiniriippuvaiset kasvaimet, kuten rintasyöpä, epänormaali emätinverenvuoto, jonka syytä ei ole selvitetty, synnynnäinen tai hankittu kohdun anomalia, mukaan lukien myoomat, jotka voivat haitata hormonikierukan asetusta ja/tai paikallaan pysymistä, akuutti maksasairaus tai maksakasvain, yliherkkyys vaikuttavalle aineelle tai apuaineille. **Varoitukset ja käyttöön liittyvät varotoimet:** Valmisteen käyttöä voidaan jatkaa varovaisuutta noudattaen erikoislääkärikonsultaation perusteella, tai sen poistoa on harkittava, jos potilaalla ilmenee ensimmäistä kertaa jokin seuraavista tiloista: migreeni, aurallinen migreeni, johon liittyy epäsymmetristä näön menetystä, tai muita ohimenevää aivoverenkiertohäiriöön viittaavia oireita, poikkeuksellisen voimakas päänsärky, keltaisuus, voimakas verenpaineen nousu, vakava valtimoperäinen sairaus, kuten aivohalvaus tai sydäninfarkti. Naisille, jotka harkitsevat valmisteen käyttöä, tulee kertoa kohdunulkoisen raskauden merkeistä, oireista ja riskeistä. Jos nainen tulee raskaaksi valmistetta käyttäessään, kohdunulkoisen raskauden mahdollisuus täytyy ottaa huomioon ja poissulkea. Noin puolet valmisteen käytön aikana alkaneista raskauksista on todennäköisesti kohdunulkoisia. Jaydess® ei ole ensisijainen valinta ehkäisymenetelmäksi synnyttämättömille naisille, koska kliininen kokemus on rajallista. Muut, ks. PF. **Haittavaikutukset:** Hyvin yleisiä ovat kuukautismuutokset, päänsärky, kipu vatsan tai lantion alueella, akne, seborrea, munasarjakysta ja vulvovaginiitti. Yleisiä ovat masennus, migreeni, pahoinvointi, alopesia, sisäsynnytintulehdus, rintojen kipu/arkuus, ekspulsio ja valkovuoto. Ks. harvinaiset haittavaikutukset PF. **Pakkaus ja hinta:** 1 kpl **153,02 €** (vmh sis. alv 1.1.2014). Reseptilääke. Ei SV-korvattava. Lisätietoja PF ja Bayer Oy, puh. 020 785 21, **www.bayer.fi**.

▼ Tähän lääkkeeseen kohdistuu lisäseuranta. Tällä tavalla voidaan havaita nopeasti uutta turvallisuutta koskevaa tietoa.

jaydess®
13,5 MG LEVONORGESTREELI

L.FI.06.2014.2621

■ JUHA RÄSÄNEN

Sote-uudistus etenee

Räntäsateen värittämiä terveisiä kaikille täältä savonmaalta. Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistus on ollut tapetilla kovasti tässä syksyn aikana ja pyysin, että vanha soteveteraani, johtajaylilääkäri Jorma Penttinen Kuopion yliopistollisesta sairaalasta antaisi ensikäden tietoa uudistuksen vaikutuksista omalla erikoisalallamme. Jorma on kollegamme ja hänen opastuksellaan allekirjoittanut otti ensimmäisiä haparoivia askeleita erikoistumiskoulutuksen alkuvaiheissa. Näin Jorma kommentoi asiaa:

”Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistusta on valmisteltu pitkään ja hartaasti. Maaliskuussa 2014 sote-järjestämislain keskeisistä linjauksista päästiin yhteisymmärrykseen opposition ja hallituspuolueiden puheenjohtajien kanssa ja muutaman kuukauden aikana tehty lakiesitys on nyt ollut lausuntokierroksella.

Uudessa sote-rakennemallissa on terveyspalveluiden palvelujen järjestäminen ja niiden tuottaminen erotettu toisistaan. Järjestämisvastuu tulee olemaan viidellä sosiaali- ja terveysalueella eli sote-alueella. Ne muodostuvat nykyisten erityisvastuualueiden pohjalle.

Kunnilla on edustus sote-alueen ylimmässä toimielimessä: yhtymäkokouksessa tai yhtymävaltuustossa. Kunnat rahoittavat sote-alueiden toiminnan asukaslukuun perustuvalla maksulla, jossa otetaan huomioon tarvetekijöitä, kuten ikärakenne ja sairastavuus. Tuolloin sote-menojen ennustettavuus paranee ja toivottavasti myös KELA-korvauksista ainakin päivärahat ja matka- sekä lääkekorvaukset saadaan jatkossa yksikanavaisen rahoituksen piiriin.

Palvelujen tuottamisesta vastaavat jatkossakin yliopisto-, keskus- ja aluesairaalat. Niiden hallintamuotona on joko kuntayhtymä tai vastuukunta. Esimerkiksi Porin kaupunki on lausunnossaan ilmoittanut haluavansa vastata koko Satakunnan sote-palveluista. KYS-ervalla tavoitellaan maakunnan kokoisia kuntayhtymiä. Voi mennä vielä vuosia ennenkuin toiminta uudella mallilla sosiaalihuollon sekä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integroidulla mallilla toteutuu. Varsinkin kun lakiehdotuksen perustuslaillisista linjauksista vielä kiistellään.

Syyskuussa annettu Sosiaali- ja terveysministeriön asetus kiireellisen hoidon perusteista ja päivystyksen erikoisalakohtaisista edellytyksistä tulee vaikuttamaan nopeammin palvelun tuottamiseen kuin vuoden 2017 alusta voimaan tulevat sote-rakennelain mukaiset tuotantokuntayhtymät. Asetuksen mukaan synnytyksiä voidaan hoitaa sairaaloissa, joissa hoidetaan vähintään noin 1000 synnytystä vuodessa. Tämä vaatimus tulee vähentämään synnytyssairaaloiden määrän nykyisestä 30:stä noin 20:een sairaalaan. Tämän asetuksen perusteena on kustannusten säästö, ei niinkään synnytysten turvallisuuden parantuminen. Suomalaisen potilasvakuutuskeskuksen aineiston perusteella tehdyssä tutkimuksessa ei asfyksian esiintyvyydessä ollut eroa alue-, keskussairaaloiden ja yliopistosairaaloiden välillä. (SLL 2007;18:1859)

Alueen työvoima- ja elinkeinopolitiikan vuoksi on pyritty pitämään kiinni omasta synnytystoiminnasta pienissä alle 500 synnytystä vuodessa hoitavissa sairaaloissa. Synnytysten ja sen piiriin kuuluvan muun päivystyksen järjestämisen kustannukset ovat karanneet huikean korkeiksi, koska päivystys on täytynyt järjestää ostopalveluna.

Äitiyshuollossa sosiaali-ja terveydenhuollon integraatio on toiminut käytännössä jo vuosikymmenien ajan ja osoittautunut toimivaksi. Äitiysneuvolapalvelut pitää jatkossakin tuottaa lähipalveluina. Jokaisessa pikkukunnassa ei tarvita omaa äitiysneuvolan lääkäriä vaan tämä palvelu voidaan tarjota vaikkapa kerran viikossa. Riskiraskaudet pitää tunnistaa ja lähettää synnytystä varten yliopistosairaaloihin, joissa asetus edellyttää riittävää osaamista ja resursointia. Kätilöiden kotikäynnit synnytyksen jälkeen ovat juuri sitä integroitua sosiaalitointa, jota tarvitaan muillakin terveydenhuollon aloilla.”

Jorman mukaan uudessa sote-järjestämislaissa on paljon hyvää. Se on paremminkin mahdollistava kuin määräävä ja sen perusteella voidaan sote-palvelut räätälöidä maan eri osien erilaisiin tarpeisiin. Sosiaalitoimen, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon integraatiolla on mahdollisuus saada ehjiä palvelukokonaisuuksia.

Tässä siis tämänhetkinen tilannekatsaus, mielenkiinnolla jäämme odottelemaan, mitä käänteitä tämä sote-uudistus jatkossa meille tuo.

Mukavaa talven odotusta kaikille ja nähdään Turun koulutuspäivillä marraskuun loppupuolella! ■

■ EWA JOKINEN, MARI AALTONEN
■ Kuvat MARJALEENA SETÄLÄ

Operatiivisen gynekologian hands on -koulutusohjelma

Hämeenlinnalais-hyvinkääläis-lahtelaista yhteistyötä

Hyvinkään sairaala, Keski-Suomen Keskussairaala ja Päijät-Hämeen Keskussairaala ovat yhdessä suunnitelleet ja organisoineet koulutusohjelman, jolla erikoistuvien gynekologien kirurgisten perustaitojen kehittämistä pyritään turvaamaan, vaikka potilasmäärät leikkaussaleissa koko ajan vähenevät. ▶

Operatiivisen synnytyksen harjoittelua Hämeenlinnassa

Yhteistyöllä alkuun

Erkoistuvien gynekologien kirurgisen koulutuksen kehitystarve on selvä, mutta koulutuksen suunnittelussa on omat vaikeutensa. Systemaattisen koulutuksen tulisi alkaa jo alue- tai keskussairaalassa ennen ensimmäisiäkään leikkaussalikokemuksia. Samassa vaiheessa olevia erikoistuvia gynekologeja saattaa olla kuitenkin kerrallaan vain muutama, mikä vaikeuttaa koulutuksen tarjoamista oikea-aikaisesti. Koska sairaalamme sijaitsevat lähellä toisiaan ja koulutustarpeemme ovat yhteneväiset, päätimme alkaa järjestää koulutusta yhteistyössä.

Koska suuri osa gynekologisesta kirurgiasta tehdään tähystysteitse ja siinä oppimiskäyrä on pitkä, päätimme ainakin näin alkuun painottaa koulutusohjelmassa tähystyskirurgiaa. Halusimme kuitenkin sisällyttää ensimmäiseen kurssipäivään opetusta myös muista erikoistumisen alkuvaiheessa tarvittavista operatiivisista taidoista. Myöhemmin koulutusohjelmaan on mahdollista lisätä teemapäiviä halutuista aihekokonaisuuksista.

Halusimme koulutusohjelman sisältävän teoriaakin, mutta painottuvan käytännön harjoitteluun. Osa teoriasta käydään läpi luentomaisena kurssipäivien yhteydessä, osasta erikoistuvat itse pitävät alustukset. Erikoistuvat ohjataan myös omatoimiseen verkkokurssien opiskeluun. Kaikkiin kolmeen sairaalaan oli jo aiemmin hankittu samanlaiset simulaattorilaatikot, mutta selkeä harjoitusohjelma puuttui. Nyt suunnittelimme yhdessä sopivia käytännön harjoitteita ja opastamme erikoistuvia omaehtoiseen harjoitteluun. Lisäksi halusimme tutustuttaa heidät oikeisiin välineisiin ja niiden käyttöön turvallisissa olosuhteissa ennen varsinaista potilastyötä leikkaussalissa.

Suunnittelimme kolmivaiheisen koulutusohjelman, josta yksi osio järjestetään kussakin sairaalassa.

Koulutusohjelman rakenne: Kurssit I–III

Kurssi I: Operatiivista obstetriikkaa ja kirurgiset perusvalmiudet

Koko koulutusohjelman aivan ensimmäinen kurssi pidettiin Hämeenlinnassa 12.3.14, ja siihen osallistui 12 erikoistuvaa lääkäriä. Tämän kokopäivän koulutuksen aamupäivä käsitteli toimenpideobstetriikkaa, ja sisälsi sekä teoriaa että hands on -harjoittelua fantomilla imukuppi- ja perätilasynnytyksissä sekä hartiadystokiatilanteissa. Iltapäivään sisältyi luento ompelun teoriasta sekä hands on -harjoittelua. Käytännön harjoittelussa opettelimme solmun tekoa sekä tavallisen leikkaushaavan ja syvällä olevan haavan sulkua. Kävimme läpi myös perusharjoitteita laparoskopiasimulaattorilla.

Tämän koulutuspäivän jälkeen kaikilla erikoistuvilla oli tiedossa harjoitteet, joita kotisairaalassa oli tarkoitus harjoitella. Kurssilla tutustuimme myös Duodecimin verkkokurssiin ”Gynekologisen laparoskopian perusteet” sekä Winners -projektiin, jonka bachelor-tason teoriavideoita suosittelimme katsottavaksi.

Ewa Jokinen, Marjaleena Setälä ja Nina Mattsson

Kurssi II: Laparoskooppiset välineet ja tekniikat

Koulutusohjelman toinen kurssi järjestettiin Lahdessa 27.8.14. Tähän iltakurssiin osallistui kahdeksan erikoistuvaa gynekologia. Sen sisältö painottui peruslaparoskopiaan. Erikoistuvat pitivät aluksi alustukset gynekologi-

Laparoskopiaharjoituksia Lahdessa

sen laparoskopian perusasioista, ja epäselvistä asioista keskusteltiin. Sen jälkeen siirryttiin päiväkirurgisen yksikön leikkaussaliin, jossa käytiin läpi laparoskopiatornin rakennetta ja harjoiteltiin oikeilla välineillä erilaisia leikkaustekniikoita käyttäen istukkakudosta kohdemateriaalina. Olimme etukäteen suunnitelleet viisi harjoitetta, jotka sisälsivät muun muassa istukan lohkon irrotusta, suonten ja kalvojen preparointia sekä suonten ja napanuoran katkaisua erilaisilla instrumenteilla. Näin erikoistuvilla oli mahdollisuus kokeilla ja käyttää myös erilaisia energiainstrumentteja turvallisissa olosuhteissa ennen oikeita leikkaustilanteita potilailla.

Kurssi III: Laparoskooppinen ompelu

Koulutusohjelman viimeinen osio on tarkoitus järjestää Hyvinkäällä 5.11.14 iltapäiväkurssina. Tuolloin käymme läpi teoriaa laparoskooppisesta ompelusta ja harjoittelemme sitä käytännössä. Vaikkakaan kaikki erikoistuvat eivät heti tarvitse laparoskooppisen ompelun taitoa, toimii se hyvänä ja mielekkäänä harjoittelukohteena. Ompeluharjoituksia on helppo tehdä myöhemminkin omissa sairaaloissa, ja jatkaa silmä-käsi-koordinaation harjoittamista.

Jatkuvuus

Tätä kolmiosaista ohjelmaa on tarkoitus uusia aina tarpeen mukaan vuoden tai puolentoista välein. Tarkoitus olisi, että kaikki erikoistuvamme voisivat osallistua oikea-aikaisesti kaikkiin osioihin. Sisältöä kehitämme omien kokemustemme ja erikoistuvilta saamamme palautteen mukaisesti. Tässä vaiheessa testaamme teoriatietoja internetkurssien yhteydessä olevilla testeillä. Käytännön taitojen testausta tällä hetkellä emme pysty toteuttamaan, ehkä jatkossa voimme käyttää soveltuvin osin Winners -projektin testejä. ■

Lisätietoja kurssin organisoijilta: Marjaleena Setälä, Ewa Jokinen ja Nina Mattsson

■ ANNA-MAIJA ITKONEN, EVL, HUS Hyvinkään sairaala

Erikoistuva lääkäri Anna-Maija Itkonen piti koulutuksia onnistuneina

Koulutus oli molempina päivinä erittäin hyvin järjestetty ja tuntui, että lyhyessäkin ajassa ehdittiin paljon.

Teoriaosuus luentomuodossa tuki käytännön harjoittelua, mutta oli jätetty sopivan lyhyeksi, joten harjoittelulle jäi riittävästi aikaa. Pari- ja pienryhmätyöskentely toimi hyvin.

Obstetrinen harjoittelu ulosauttotilanteista antaa valmiuksia ja varmuutta potilastyöhön. On tärkeää, että nopeiden päätösten tilanteita varten harjoitellaan. Toimintamallit jäävät myös paremmin mieleen käytännön harjoitteiden kautta.

Solmukoulu on hyödyllinen erityisesti aloittaville erikoistuville.

Laparoskopiailtapäivän harjoitteet olivat mielenkiintoisia ja istukkakudoksella harjoittelu oli sopivan haastavaa. Tahattomia tai liian voimallisia liikkeitä tehdessä kudos repeää helposti.

Leikkaussaliopetuksen vähentyessä on tärkeää oppia hyödyntämään simulaattoreita ja harjoitella niillä tarvittavien taitojen saavuttamiseksi.

Oli myös hauska tavata muiden sairaaloiden erikoistuvia ja kuulla eri sairaaloiden erilaisista käytännöistä.

Vastaavaa koulutusta toivon mahdollisuuksien mukaan lisää! ■

■ TIINA RANTSI, evl, HYKS Naistenklinikka

Klamydiatietoutta Kaliforniassa

13th International Symposium on Human Chlamydial Infections, 22.–27.6.2014, Monterey, California USA

ISHCI (International Symposium on Human Chlamydial Infections) on kansainvälinen klamydiakokous, joka pidetään 4 vuoden välein. Tänä vuonna järjestyksessään 13. kongressi järjestettiin kauniissa Pacific Groven rannikkokaupungissa, Montereyssa, Kaliforniassa 22.–27.6.2014.

Matkustimme Kaliforniaan muutama päivä ennen kokouksen alkua, jolloin meillä oli hieman aikaa tutustua San Franciscoon ja lähiympäristöön. Meillä oli vuokrattuna auto, jolla ajoimme pitkin Pacific Highwayta ja ihailimme Pohjois-Kalifornian upeita rannikkomaisemia. Kävimme muun muassa punapuumetsässä sekä viinitilalla Napa Valleyssä.

Klamydiasymposium keräsi yli 160 Chlamydia Trachomatis- ja Chlamydia Pneumoniae -tutkijaa ja kliinikkoa ympäri maailman. Suomesta osallistui minun lisäkseni Jorma Paavonen, Mirja Puolakkainen ja Päivi Joki-Korpela Helsingin Yliopistosta sekä Heljä-Marja Surcel THL:ltä ja Erika Wikström Oulun Yliopistosta. Lisäksi kokouksessa oli kaksi nuorta tutkijaa Helsingin Yliopiston Farmasian laitokselta sekä Maija Leinonen ja Pekka Saikku Oulun Yliopiston Mikrobiologian laitokselta.

Oma tutkimusprojekti

Tutkin C. Trachomatis -infektion immunopatologiaa ja sairastetun klamydiainfektion vaikutusta hedelmällisyyteen ja lisääntymisterveyteen.

Minulla oli kongressissa suullinen esitys ensimmäistä kertaa kansainvälisessä kokouksessa, joten jännitystä oli ilmassa.

Esitykseni aiheena oli väestöpohjainen tutkimus, jossa selvitetään sairastetun klamydiainfektion aiheuttamaa tautitaakkaa ja sairastetun infektion yhteyttä tunnettuihin klamydian pitkäaikaiskomplikaatioihin, kuten kohdunulkoiseen raskauteen, keskenmenoon ja ennenaikaiseen synnytykseen. Tutkimusmateriaalina ovat naispotilaiden seeruminäytteet, jotka on kerätty FMC-seerumipankista (Finnish Maternity Cohort) ja näistä on analysoitu IgG-luokan klamydiavasta-aineet merkkinä aiemmin sairastetusta klamydiatulehduksesta. Nämä tiedot vasta-aineista on yhdistetty ikäryhmittäin Syntymärekisterin ja HILMO:n rekisteritietoihin potilaiden kohdunulkoisista raskauksista, keskenmenoista ja ennenaikaisista synnytyksistä.

Esitykseni oli toisena kongressipäivänä "Sexually Transmitted Infections" -sessiossa ja se sai paljon positiivista huomiota ja herätti runsaasti keskustelua. Ulkomaiset tutkijakollegat ihastelivat Suomen ainutlaatuista ja kattavaa potilasrekisterijärjestelmää, jonka ansiosta korkealaatuisten ja luotettavien väestöpohjaisten tutkimusten tekeminen on mahdollista. Toisesta työs- ▶

Kokous pidettiin Asilomarin kongressikeskuksessa Tyynenmeren rannalla kuvankauniissa maisemissa.

tämme Päivi Joki-Korpela piti posteriesityksen ja sekin herätti runsaasti kiinnostusta sekä keskustelua. Tämä työ on prospektiivinen kliininen tutkimus, jossa HYKS:n lapsettomuuspoliklinikalle tulevien parien seeruminäytteistä tutkitaan klamydiavasta-aineita, haetaan tietoja potilastietojärjestelmästä ja selvitetään onko aiemmin sairastetulla klamydiainfektiolla yhteyttä munanjohdinperäiseen lapsettomuuteen, miehestä johtuvaan lapsettomuuteen tai selittämättömään lapsettomuuteen sekä sairastetun klamydiainfektion vaikutuksesta lapsettomuushoitojen onnistumiseen ja raskaustuloksiin.

Kuinka klamydia taltutetaan?

Raportoidut C. Trachomatis -infektiot lisääntyvät maailmalla huolimatta terveyskasvatuksesta, helposta diagnosointimenetelmästä sekä tehokkaasta hoidosta. Myös Suomessa klamydiainfektioiden määrä on pysynyt korkealla viimeisten kymmenen vuoden aikana. Sen sijaan klamydiaan liitettyjen jälkitautien, kuten PID:n, kohdunulkoisen raskauden ja munanjohdinperäisen infertiliteetin insidenssi vähenee kuitenkin koko maailmassa. Myös klamydian seroprevalenssi on selvästi pienentynyt väestössä, mikä viittaa siihen että toistuvat klamydiainfektiot kasaantuvat riskikäyttäytyjille. Kongressin posterisessioissa oli esillä mielenkiintoisia töitä liittyen mm. seksuaalikäyttäytymiseen sekä tausta- ja riskitekijöihin, joita liittyy klamydiasairastavuuteen.

Kongressissa oli myös kattavasti uusinta tietoa maailmalta klamydian solu- ja molekyylibiologiasta sekä genetiikasta. Jo aiemmin on todettu, että klamydiaan sairastuneiden yksilöiden väliset geneettiset erot sytokiinien tuotannossa vaikuttavat klamydian aiheuttaman kudosvaurion vakavuuteen ja kudosten arpeutumiseen. Kongressissa esiteltiin mielenkiintoinen yhdysvaltalaisen tutkimusryhmän työ, jossa verinäytteestä voisi määrittää oireettomassa klamydiainfektiossa DNA-microarray -menetelmällä geneettisen alttiuden klamydia-PID:n ja kudosvaurioiden kehittymiseen. Australialaiset tutkijat puolestaan esittelivät kiinnostavan hiirityön, jossa Chlamydia muridarum -bakteerilla infektoituneilla uroshiirillä todettiin heikentynyt spermatogeneesi ja epänormaali sperman morfologia vielä pitkään klamydiainfektion jälkeen. Myös C. Muridarum -infektoituneilla naarashiirillä oli alentunut munasolujen kehitys ja huonommat raskaustulokset verrokkihiiriin nähden.

Montereyn satama-alue

Klamydiainfektion seulonnasta esiteltiin mielenkiintoisia tutkimuksia ja käytiin keskustelua puolesta ja vastaan. Esimerkiksi USA:ssa on seulottu systemaattisesti klamydiainfektioita jo yli 10 vuoden ajan, mutta siitä huolimatta klamydiainfektioiden prevalenssi nousee koko ajan. Sen sijaan infektion aiheuttamien komplikaatioiden määrä vähenee kuten muuallakin maailmassa. Seulonnalla on mahdollisesti saatu aikaiseksi jälkitautien väheneminen, mutta muuten seulonta ei tavoita henkilöitä, jotka toimivat klamydiaepidemiassa taudinkantajina ja infektion levittäjinä. Näillä riskikäyttäytyjillä myös uusintainfektioiden osuus on suuri. Uusimpien tulosten perusteella on mahdollista, että seulonnalla olisi lopulta varsin pieni merkitys klamydiaepidemian taltuttamisessa. Systemaattisen seulonnan sijaan suositeltiin opportunistista seulontaa kohdistuen tiettyihin riskiryhmiin. Näytteenotossa suositeltiin naisilla cervix- tai vaginanäytettä ensivirtsanäytteen sijaan. Etenkin positiivisille tapauksille suositeltiin uusintatestausta muutaman kuukauden kuluttua, koska uusintainfektiot ovat tavallisia ja niihin liittyvät vaikeimmat klamydian jälkitaudit.

Verkostoitumista

Kongressissa oli todella antoisaa tavata maailman johtavia klamydiatutkijoita sekä kliinikoita paitsi gynekologian, myös sisätautien ja dermatologian alalta. Keskustelut alan ihmisten kanssa antoivat runsaasti uusia tutkimusideoita ja ulkomaalaisilta tutkijoilta tuli jopa ehdotuksia kollaboraatiosta. Tunnelma kokouksessa oli ystävällinen ja osallistujat aktiivisia ja meidät nuoret klamydiatutkijat otettiin lämpimästi vastaan. Kongressi huipentui illalliseen, joka järjestettiin upeassa miljöössä Monterey Bay Aquariumissa.

Kaiken kaikkiaan kokousmatka oli onnistunut, inspiroi omaa tutkimustani ja päivitti uusimpia tietoja maailmalta. Suuret kiitokset Suomen Gynekologiyhdistykselle erikoistuvan lääkärin matka-apurahasta ja tutkimustyöni tukemisesta! ■

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. Terveydenhuollon ammattilaisia pyydetään ilmoittamaan epäillyistä lääkkeen haittavaikutuksista. **Betmiga 50 mg ja 25 mg depottabletti. Vaikuttava aine:** Mirabegroni. **Käyttöaiheet:** Yliaktiivisen virtsarakon aiheuttaman äkillisen virtsaamispakon, tihentyneen 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 hemodialyysiä 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 estäjää	Estäjä
Munuaisten vajaatoiminta1	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 valmisteen sisältämille aineille. **Varoitukset ja varotoimet:** Ei suositella potilaille, joilla on loppuvaiheen munuaissairaus; joilla on vaikea munuaisten vajaatoimintaa, 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 potilaille, joilla tiedetään esiintyneen QT-ajan pidentymistä tai joiden käyttämien lääkevalmisteiden tiedetään pidentävän QT-aikaa. Betmigaa tulee määrätä varovaisuutta noudattaen potilaille, joilla on kliinisesti merkittävä virtsarakon ulosvirtauseste tai potilaille, jotka käyttävät antimuskariinista lääkitystä OAB:n hoitoon. **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 (tioridatsiini, ryhmän 1C rytmihäiriölääkkeet, trisykliset masennuslääkkeet), ja kun mirabegronia annetaan samanaikaisesti sellaisten CYP2D6-substraattien kanssa, joiden annos titrataan yksilöllisesti. Potilaille, jotka aloittavat Betmiga-valmisteen käytön yhdessä digoksiinin kanssa, tulisi aluksi määrätä digoksiinin pienin annos. Seerumin digoksiinipitoisuuksia on seurattava ja digoksiiniannos on titrattava niiden perusteella halutun kliinisen vaikutuksen saamiseksi. **Raskaus ja imetys:** Ei suositella raskauden aikana, eikä naisille, jotka voivat tulla raskaaksi eivätkä käytä ehkäisyä. Mirabegroni erittyy jyrsijöiden 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 01.01.2014** (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 rajoitetusti peruskorvattava 1.11.2013 alkaen. *Erillisselvitys:* Lääkärinlausunto B hoitavalta lääkäriltä. *Lääketieteelliset edellytykset:* Yliaktiivisen virtsarakon aiheuttaman äkillisen virtsaamispakon, tihentyneen virtsaamistarpeen ja/tai virtsan pakkokarkailun oireenmukaiseen hoitoon aikuisille potilaille, jotka eivät siedä antikolinergisesti vaikuttavaa lääkettä tai joille antikolinergisesti vaikuttava lääke ei tehoa tai on vasta-aiheinen. **Lisätiedot:** Pharmaca Fennica. **Myyntiluvanhaltija:** Astellas Pharma Europe B.V. **Markkinoija Suomessa:** Astellas Pharma, Vaisalantie 2-8, 02130 Espoo, info.fi@astellas.com. Teksti perustuu 23.04.2014 päivättyyn valmisteyhteenvetoon.

Muokattu 29.5.2014 Astellas Pharma | Vaisalantie 2–8 | 02130 Espoo | Puhelin 09 8560 6000 | info.fi@astellas.com | www.astellas.fi

BET-140120 08.2014 RELEVANS.NET

■ KIRSI KUISMANEN, Ayl, TAYS

Urogynekologisen pien
28.–29.8.2014 Helsinki

Elokuun viimeisinä arkipäivinä kokoontui kolmisenkymmentä urogynekologiaan perehtynyttä kollegaa pienimuotoiseen mutta tiiviiseen koulutukseen Helsingin Marskiin. Ideana oli päivittää yhteisiä hoitokäytäntöjä ja syventää omaa urogynekologista osaamista. Porukka haluttiin pitää pienenä ja keskustelevana ja siksi toimittiin kutsuperiaatteella. Paikkoja jaettiin erva-alueiden perusteella mahdollisimman tasapuolisesti. Varmasti ulkopuolelle jäi useita asiasta kiinnostuneita, mistä pienryhmä on toki pahoillaan. Jatkossa täytyy miettiä osallistujamäärän laajuutta, jos ja kun vastaavaa järjestetään.

Osallistujat yhteisen pöydän ääressä.

työryhmän koulutus

Kuva 1

Mitä opimme?

Koulutuksen aiheiksi valittiin tällä kertaa urodynamiikka ja vaativa laskeumakirurgia. Jokainen osallistuja joutui perehtymään aiheeseen etukäteen vastaamalla oman sairaalan hoitokäytäntöjä ja leikkauslukuja koskeviin kysymyksiin. Lisäksi pyydettiin opettavaisia ja vaikeita potilastapauksia yhdessä käsiteltäviksi.

Torstaina syvennyttiin urodynamiikkaan ja toisaalta inkontinenssileikkauksiin osallistujien sairaaloissa. Saimme perustietoa urodynamiikan perusasioista urologiaan erikoistuvalta gynekologikollega Suvi Niemeltä. Raija Rädyn aiheena oli urodynamiikan käytännön suorittaminen. Seija Ala-Nissilä kertoi kystoskopian indikaatioista ja suorittamisesta.

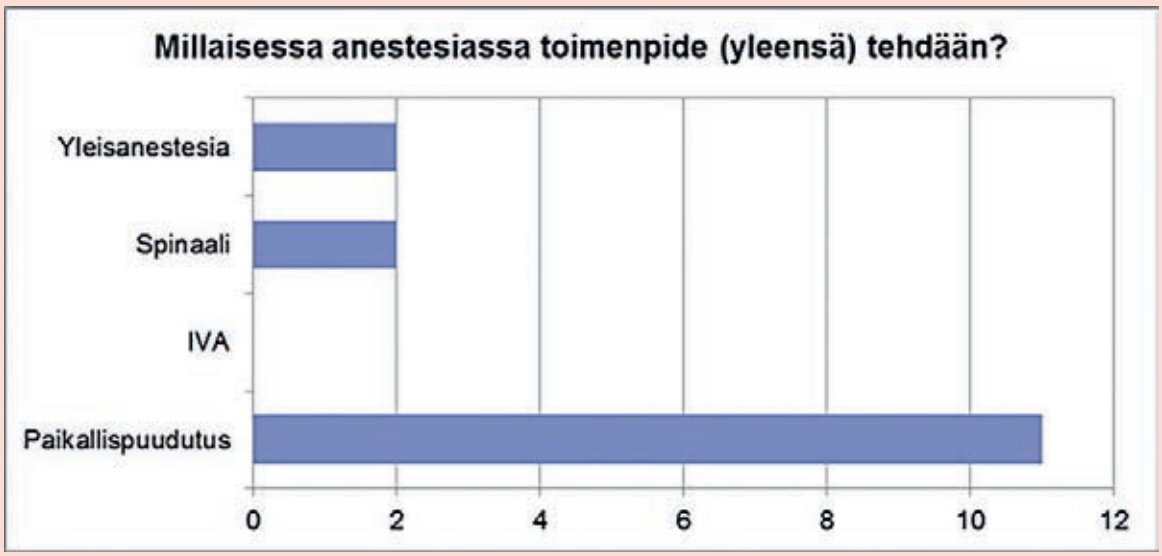
Lopuksi Kirsi Kuismanen esitteli inkontinenssileikkauskyselyn tulokset ja Tapio Väyrynen analysoi urodynamiikkakyselyn pohjalta erilaisia käytäntöjä maassamme. Kyselyssä kävi ilmi, että urodynamiikassa käytettävät laitteistot ovat maassamme varsin samanlaiset, onhan laitevalmistajiakin vain muutama. Sen sijaan urodynamiikan toteutus vaihtelee jonkin verran sairaaloittain.

Perjantaina innokas kuulijakunta perehtyi vaativaan laskeumakirurgiaan. Tomi Mikkola analysoi laskeumakirurgiaa tutkimustiedon pohjalta (EBM). Kaisa Kurkijärvi esitteli tuoreimpia tutkimustuloksiaan laskeumakirurgiasta Suomessa HILMO-lukujen perusteella. Nina Mattsson valmisteli meitä valtakunnalliseen FINPOP-tutkimukseen, joka käynnistyy vuonna 2015 koko Suomessa ja jonka tarkoitus FINHYST-tutkimuksen tapaan on kerätä kattavaa tietoa maamme laskeumaleikkauksista. FINPOP -tutkimuksesta on tarkoitus tulla loppuvuodesta sairaaloihin ja yhteyshenkilöille lisätietoa.

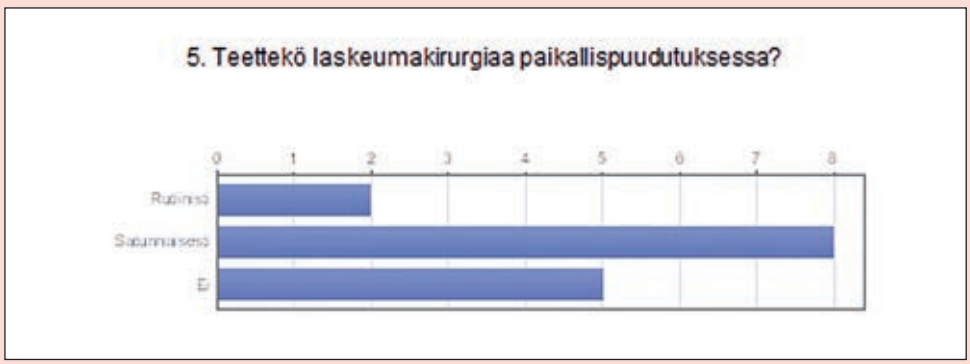
Riikka Aaltonen kertoi laparoskooppisesta sakrokolpopeksiasta, siihen liittyvistä haasteista ja käytännön vinkeistä. Välillä käytiin läpi potilastapauksia, kuten esimerkiksi vaginaalisen verkon laiton jälkeinen kiputila ja eviskeraatio. Päivän päätteeksi palattiin vielä juurille vanhoihin leikkausmenetelmiin ja käytiin läpi kolpokleisia ja Manchesterin leikkausta, jotka molemmat oikein valituilla potilailla puolustavat paikkaansa gynekologisessa leikkausrepertuaarissa. Muutamaan vaikeaan potilastapaukseen tuli yhdessä miettien myös varteenotettavia hoitovaihtoehtoja.

Kysely toi ilmi muutamia yllättäviäkin seikkoja: sairauslomakäytännöt sekä inkontinenssi- että laskeumakirurgiassa vaihtelevat yllättävän paljon sairaaloittain (*kuva 1*). Inkontinenssileikkausten suhteen valinnassa TVT- ja TOT/TVT-O leikkausten välillä on jonkin verran sairaalakohtaisia eroja. Paikoin leikkaukset on keskitetty muutamalle tekijälle, paikoin leikataan ”kaikki pelaa”-periaateella. Myös indikaatiot urodynamiikkaan vaihtelevat yllättävänkin paljon. Osassa sairaaloista urodynaamisen tutkimuksen tekee hoitaja, osassa lääkäri on paikalla tutkimuksen aikana ja osassa lääkäri tekee tutkimuksen yksin. Laskeumaleikkauksissa kriteerit verkkomateriaalin käyttämiselle vaikuttavat olevan varsin yhtenäisiä, mutta selkeitä

Kuva 2



Kuva 3



Kuva 4

ohjeita leikkaustyypin valintaan ei läheskään kaikkialla ole. Myös paikallispuudutuksessa tehtävää laskeumakirurgiaa olisi varmasti varaa monin paikoin lisätä.

Kaiken kaikkiaan koulutus oli varsin onnistunut ja palaute hyvää. Osallistujien yleisarvosana koulutuksesta oli 4,45 (1–5). Erityisen hyvät pisteet saatiin koulutuksen aiheista ja toisaalta käytännön järjestelyistä. SGYN urogynekologinen pienryhmä kiittääkin käytännön puitteista vastannutta Upviseria tuesta, joka mahdollisti koulutuksen järjestämisen. Jatkoa koulutuksille toivottiin monessakin palautteessa.

Koulutuksen luennot ovat kaikkien nähtävillä SGY:n sivuilla (www.gyn.fi).

Loppuun pieni mainospala: urogynekologisen pienryhmän vuoro on järjestää SGY:n syyskoulutuspäivien perjantailuennot 27.11.2015 Helsingissä, tervetuloa sinne kaikki urogynekologian tietoja päivittämään! ■

Puheenjohtajan kommentteja

Joko urogynekologinen pienryhmä kaavailee uutta koulutusta? Millaisia aiheita voisi olla tarpeen käsitellä jatkossa?

Palaute on ollut niin hyvää, että todennäköisimmin jatkamme tätä formaattia; kokoonnumme uudelleen pienehköllä, alaan perehtyneellä, keskustelevalla osallistujajoukolla.

Aiheita on paljon ja keräämme myös palautteista ehdotuksia. Vaikka kohderyhmä on urogynekologian erityisosaajat, aiheet pidettäneen käytännönläheisinä. Myös urogynekologian lisäkoulutusohjelmaan liittyvää aihetta on pohdittu.

Kannatatko vaativien laskeumaleikkausten ja nauhaleikkausten keskittämistä muutamalle osaajalle kussakin yksikössä? Kuuluko näiden leikkaustaitojen opetus missään määrin erikoistuvan lääkärin koulutukseen, vai pitäisikö ne rajoittaa urogynekologian lisäkoulutukseen?

Olen keskittämisen kannalla, koska vain siten voidaan ylläpitää ja kehittää osaamista. Tämä vaatii riittäviä n-määriä ja siksi keskittäminen on järkevää. Viime vuosina tästä on tullut yhä lisää myös tutkimusnäyttöä.

Urogynekologian alan leikkaukset kuuluvat myös erikoistuvien lääkäreiden koulutukseen. On kuitenkin tärkeää painottaa, että ”see one, do one, teach one” ei ole enää tätä päivää eli potilailla ei voi ”harjoitella.” Jokaisen erikoistuvan ei välttämättä tarvitse tehdä kaikkia vaativampia leikkauksia, vaan olla oppimassa ja mukana avustamassa. Yleisemminkin assisteeraamisen arvostusta pitäisi nostaa, samoin simulaattorikoulutuksen ja muiden vastaavien apuvälineiden käyttöä kirurgisessa oppimisessa ja opettamisessa.

Uskotko FINPOP -tutkimuksen tulosten muuttavan jollain lailla laskeumien hoitokäytäntöjä tai tuovan niihin selkeän yhteisen linjan?

Pidän usealla tavalla Finpop-tutkimusta erittäin tärkeänä. Se antaa tietoa laskeumapotilaiden leikkauskäytännöistä, komplikaatioista ja ennen kaikkea vaikutuksesta potilaan elämänlaatuun Suomessa. Lisäksi se toivottavasti on alku koko maan kattavalle haittarekisterille kun käytetään verkkomateriaaleja laskeumaleikkauksissa.

SGY:n urogynekologisen pienryhmän pj. Tomi Mikkola.

Millaisia muutoksia veikkaisit, vai suostutko ennustajaksi?
Toivon sen tuottavan tietoa, jonka avulla voimme yhtenäistää laskeumien leikkauskäytäntöjä suomessa ja päästä vielä parempiin hoitotuloksiin.

Verkkoleikkauksia lisää vai vähemmän jatkossa?
Verkkoleikkausten ja -materiaalien kehitystyö on vielä kesken. On hyvä muistaa, että aikanaan myös tyräleikkauksissa käytettävät verkot vaativat pitkän kehitys- ja tutkimustyön ja näin on varmasti myös gynekologisissa laskeumaverkoissa. Tässä vaiheessa toivon lisää tutkimuksia laskeumaverkoilla, kuten olemme tehneet pohjoismaisessa TVM -ryhmässä. Uusimpia tuloksia tästä tutkimuksesta saadaan pian ja ne tullaan esittämään NUGA -kokouksessa tammikuussa Tukholmassa. ■

■ FINPOP-tutkimusryhmä:
Anna-Mari Heikkinen, Päivi Härkki, Jyrki Jalkanen, Kari Nieminen, Anna-Maija Tolppanen, Marja-Liisa Eloranta, Sari Koivurova, Pia Suvitie ja Nina Mattsson

Kansallinen laskeumaleikkaustutkimus FINPOP 2015 käynnistymässä

Suomessa tehdään vuosittain noin 4000 laskeumaleikkausta ja leikkausten määrän ennustetaan lisääntyvän väestön ikääntymisen vuoksi. Laskeumalla on taipumus uusia ja onkin todettu, että jopa kolmasosa perinteisillä menetelmillä leikatuista laskeumapotilaista joutuu uuteen laskeumaleikkaukseen elämänsä aikana.

Laskeumaleikkausmenetelmien kehittäminen on suurimpia tulevaisuuden haasteita gynekologisen kirurgian saralla. FDA:n varoitus vuonna 2011 vaginaalisiin verkkoihin liittyvistä ongelmista herätti myös Suomessa keskustelua kansallisen komplikaatiorekisterin tarpeesta. Tällainen rekisteri on muissa Pohjoismaissa. Suomessa vastaavan rekisterin perustamiseksi tarvittaisiin lakimuutos eikä myöskään THL:lla toistaiseksi ole resursseja rekisterin perustamiseksi.

Gynekologisen kirurgian seuran (GKS) hallitus päätti 2013 ottaa haasteen vastaan ja käynnisti tutkimusprojektin laskeumaleikkauksiin liittyen. Aiemmin GKS on organisoinut vastaavan tutkimuksen kohdunpoistoleikkauksista (Finhyst 1996 ja 2006).

Tutkimuksen tavoitteet

Laskeumaleikkaus on elämänlaatukirurgiaa. Tutkimuksen tavoitteena onkin selvittää oirelähtöisesti leikkauksen vaikutusta lantionpohjan oireisiin ja potilaan elämänlaatuun. Tavoitteena on selvittää maassamme käytettävät leikkausmenetelmät ja niihin liittyvät haittavaikutukset.

Tutkimuksen menetelmät

Tutkimus toteutetaan kansallisena prospektiivisena kohorttitutkimuksena. Mukaan on kutsuttu kaikki Suomen sairaalat, joissa tehdään gynekologisia laskeumaleikkauksia. Tutkimukseen osallistuvat sairaalat ovat nimenneet vastuulääkärit, joita tutkimusryhmä ohjeistaa tutkimuksen käytännön suorittamiseen liittyvissä asioissa. Tutkimuksessa käytetään validoituja oirekyselylomakkeita (PFDI-20, PISQ-12 ja 15D). Potilaat täyttävät esitietolomakkeen ja oirekyselylomakkeet joko paperisena tai sähköisesti ennen ja 3–6 kk jälkeen leikkauksen. Leikkaava lääkäri täyttää sähköisen kyselyn heti leikkauksen jälkeen. Jos potilas hakeutuu myöhemmin leikkaukseen liittyvän haittavaikutuksen vuoksi hoitoon, täyttää hoitava lääkäri sähköisen jälkikomplikaatiolomakkeen. ■

Lomakkeet löytyvät GKS:n kotisivuilta: gks.fi/finpop

■ MARJA-LIISA MÄNTYMAA

Koulutusmietteitä ja menneen haikailua

Varoitus: sisältää tuotesijoittelua!

Suurin osa SGY:n jäsenistöstä osallistuu yhdistyksemme käytännön toimintaan käymällä koulutuspäivillämme. Jos oma hallituspestini on minulle jotain opettanut, niin se on jäsenkuntamme koko kirjoa kiinnostavan koulutusohjelman laatimisen vaikeus – ja kiinnostavuus. Onhan koulutuksen tarjottava tuoreita aiheita mahdollisimman monelle kollegalle erikoistuvasta juniorista professoriin ja yksityislääkäristä sairaalakonkariin. Sosiaalisen ulottuvuuden ja iltajuhlarientojen merkitystä ei tietenkään voi aliarvioida, mutta pelkästään sen varassa koulutus ei vedä osallistujia, jos asiasisältö ei ole kiinnostava. Kun sekä julkisen että yksityissektorin tehovaatimukset kiristyvät, on koulutukseen osallistuminen entistä tarkemmin harkittava sijoitus. Karu tosiasia on myös se, että koulutukset ovat yhdistyksen talouden kivijalka. Ilman taloudellisesti onnistunutta eli osallistujia kiinnostavaa koulutusta ei yhdistys pysty pitkään tukemaan nuoria tutkijoita tai jakamaan matka-apurahoja.

Osallistujamäärä on luonnollisesti koulutuksen onnistumisen armottomin mittari. Kannustan kollegoja osallistumispäätöksen ohella antamaan palautetta ja ideoita koulutusarviokyselyn lisäksi myös suoraan hallituksen jäsenille. Voin vakuuttaa, että palautteilla on ollut vaikutusta koulutusten suunnitteluun.

Tämän kolumnin laatimisen aikoihin arvelen monen yhdistyksen jäsenen tutkivan mietteliäänä Turun koulutuspäivien ohjelmaa, ja avaavan ilmoittautumislinkkiä tositarkoituksella. Ohjelma on monipuolinen raskaussuunnittelusta kehitysyhteistyön ja globaalin lääkärintyön kautta seksologiaan, sosiaalista munasolupakastusta unohtamatta. Ei kannata myöskään ohittaa Lääkäriliiton Gynekologit -alaosaston järjestämää torstaiaamun edunvalvontatietoiskua ajankohtaisesta terveydenhuollon valinnanvapaudesta. Turussa tavataan toivon mukaan suurella joukolla.

Tulkaa Kotkaan keväällä!

Käytän nyt häikäilemättömästi kolumnioikeuttani ensi kevään Kotkan koulutuspäivien estottomaan kehumiseen ja markkinointiin. Tavan mukaan kevätkoulutuspäiviä kierrätetään keskussairaalapaikkakunnillakin, ja kotikaupungillani on nyt ensimmäisen kerran ilo ja kunnia toimia kokouksen järjestäjänä. Kokouspaikka on perinteikäs Kotkan Höyrypanimo Langinkoskensuun Keisarinsataman rannalla, ja iltajuhla-areena on niin ikään merikaupungin tyylin mukainen pursiseurapaviljonki Meriniemi. Vaikka jo nämä tosiasiat yksin saivatkin Sinut jo ehkä merkitsemään koulutuspäivät kalenteriisi, on varsinainen vetonaula kuitenkin luonnollisesti ohjelma. Kohtusairausteeman korkeatasoisten kotimaisten asiantuntijoiden lisäksi saamme kuulla kohdunsiirron uranuurtajan ja maailman ensimmäisen kohdunsiirtolapsen ”isän” Mats Brännströmin esityksen tästä todella kuumasta ja ajankohtaisesta aiheesta. Perjantain ohjelman ulkomainen luennoitsija Jay Iams on ennenaikaisen synnytyksen ja sen ennustamisen maineikas kansainvälinen ekspertti. Pöytä on siis katettu todella herkullisella ohjelmalla, joten tervetuloa Kotkaan. Onni suosii ensi keväänä muitakin kuin kaikkein rohkeimpia.

Tämä kolumni ei ole viimeiseni Syklissä, mutta se on viimeinen, jota kirjoitan yhdistyksen hallituksen varsinaisena jäsenenä. Nelivuotisen kauden jälkeen on aika jättää paikka syyskokouksen valitsemalle uudelle keskussairaalaedustajalle. Palvelukauteni on ollut antoisa. Koulutusohjelmien ohella pesti on sisältänyt paljon ajankohtaisiin asioihin reagointia ja kannanottojen laatimisia, merkittävimpänä niistä päivystysasetus. Kiitän hyviä hallituskumppaneita, ja kiitän kollegoja siitä luottamuksesta, jota olen saanut nauttia hallituskauteni aikana. Takki ei ole kauden päättyessä suinkaan tyhjä, mutta arvelen, että SGY:n hallituksestakin on kunniallisempaa poistua omin voimin ja omasta aloitteesta kuin väkisin kannettuna. Kolumnipestini jatkuu, jos päätoimittaja suo, joten kokonaan ette pääse minusta eroon. ■

Ulla Ekblad, Erja Halmesmäki, Nanneli Pallasmaa ja Juha Mäkinen

Alatiesynnytys edelleen turvallisin synnytystapa

Naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri, LL Nanneli Pallasmaan väitöskirja ''Cesarean section – short term maternal complications related to the mode of delivery'' tarkastettiin 6.6.2014 Turun Yliopistollisessa sairaalassa. Vastaväittäjänä toimi dosentti Erja Halmesmäki, Helsingin Yliopistollisen sairalaan Naistenklinikasta, ja kustoksena toimi professori Juha Mäkinen Turun Yliopistollisesta keskussairaalasta. Väitöstutkimuksen ohjaajana toimi dosentti Ulla Ekblad Turun Yliopistollisesta keskussairaalasta.

Väitöstyössä selvitettiin äitien keisarileikkauksiin liittyviä välittömiä komplikaatioita ja niiden riskitekijöitä.

Vakavien synnytyskomplikaatioiden esiintyvyyttä eri synnytystavoissa ja eri vuosina selvitettiin rekisteritutkimuksessa, jossa olivat mukana kaikki yksisikiöiset synnytykset vuosilta 1997 ja 2002 (n=110 717). Eri riskitekijöiden vaikutusta vakavien komplikaatioiden esiintyvyyteen eri synnytystaparyhmissä selvitettiin rekisteritutkimuksessa, jonka aineistona olivat kaikki yksisikiöiset synnytykset 5 vuoden ajalla 2007–2011 (n=292 253).

Vakavien synnytyskomplikaatioiden esiintyvyys lisääntyi vuodesta 1997 vuoteen 2002 verrattaessa ja edelleen verrattaessa vuoteen 2007. Vakavia tutkittuja komplikaatioita olivat muun muassa verenmyrkytykset, massiiviset, kohdunpoistoon tai muihin uusintaleikkauksiin johtavat verenvuodot, muut uusintaleikkaukset sekä laskimotukokset. Henkeä uhkaavia komplikaatioita ilmeni 0.54 %–0,86 %:ssa synnytyksistä (v. 1997 ja v. 2007), kun mukaan otettiin kaikki synnytystavat. Esiintyvyys oli matalin alatiesynnytyksissä, korkeampi instrumentaaliavusteisissa alatiesynnytyksissä ja suunnitelluissa keisarileikkauksissa, ja korkein päivystyskeisarileikkauksissa. Tutkitut riskitekijät (äidin ikä, ylipaino, pre-eklampsia, insuliinihoitoinen diabetes) vaikuttivat eri suuruudella eri synnytystaparyhmissä. Alatiesynnytyksen yritys, sisältäen päivystyskeisarileikkauksen riskit, oli turvallisin synnytystapa myös useimmille korkean riskin ryhmiin kuuluville naisille, lukuun ottamatta pre-eklampsia potilaita joilla riski oli samansuuruinen eri synnytystavoilla. Tähän saattoi vaikuttaa keisarileikkauksen kirjaaminen päivystystoimenpiteeksi erityisen vakavissa pre-eklampsiatapauksissa, jolloin nopea synnyttäminen on tarpeen ilman alatiesynnytysyritystä.

Keisarileikkauksiin liittyviä komplikaatioita ja niiden riskitekijöitä selvitettiin seurantatutkimuksessa, jossa kerättiin tiedot 12 synnytysyksikössä tehdyistä 2 496 keisarileikkauksesta vuonna 2005. Seurantatutkimuksessa 27 %:lla keisarileikatuista naisista esiintyi yksi tai useampi komplikaatio leikkauksen tai sen jälkeisen sairaalahoidon aikana, 10 %:lla komplikaatio oli vakava. Leikkauksen kiireellisyys, pre-eclampsia, obesiteetti ja äidin nouseva ikä lisäsivät komplikaatioriskiä.

Yhdessä osatutkimuksessa selvitettiin 12 sairaalan keisarileikkausfrekvenssin yhteyttä asfyksian vuoksi keskolassa hoidettujen vastasyntyneiden osuuteen. Keisarileikkauksien osuus kaikista synnytyksistä vaihteli sairaaloittain 13–25 %:n välillä, ja asfyksian vuoksi keskolassa hoidettujen osuus vaihteli 0.14–2.8 %:n välillä. Leikkausfrekvenssillä ja asfyksioiden osuudella ei ollut yhteyttä. Kolmessa matalimman leikkausfrekvenssin sairaalassa oli myös keskimääräistä vähemmän asfyksian vuoksi hoidettuja lapsia.

Virheellinen käsitys keisarileikkauksen turvallisuudesta madaltaa leikkaukseen ryhtymisen kynnystä, ja saatetaan ajatella että leikkauksen voi tehdä myös ilman lääketieteellistä indikaatiota. Riskien tiedostaminen on tarpeen toisaalta perustellun tietoisen päätöksen tekemiseksi synnytystapaa valittaessa, ja toisaalta jotta korkean riskin tilanteisiin osataan reagoida ja puuttua ajoissa. ■

Simulaatio haastaa kirurgikoulutuksen oppipoikamallin

KM Minna Silvennoisen kognitiotieteen väitöskirja "Training surgical skills in a simulated and authentic environment – Expertise challenges in the development of surgical laparoscopy practice" (Kirurgisten taitojen harjoittelu simuloidussa ja autenttisessa ympäristössä, asiantuntijuuden kehittymisen haasteet laparoskopiaharjoittelussa) tarkastettiin Jyväskylän yliopistossa 4.10.2014. Vastaväittäjänä toimi dosentti Dr. Italo Masiello (Karolinska Institutet, Tukholma) ja kustoksena professori Pertti Saariluoma.

Minna Silvennoinen tutki väitöksessään kirurgien työskentelyä ja tähystysleikkaustaitojen oppimista kahdessa ympäristössä, leikkaussalissa ja simulaatioympäristössä, sekä arvioi kirurgikoulutuksen muutostarpeita. Tutkimuksen tulokset osoittavat, että simulaatioharjoittelun toteuttamisen onnistuminen sairaaloissa vaatii merkittäviä muutoksia kirurgian oppimis- ja harjoittelukulttuuriin.

"Kirurgian oppimis- ja harjoittelukulttuurilla on vuosisatoja vanhat perinteet, joista aika on jo monelta osin ajanut ohi. Perinteisesti kirurgiaa on opetettu sairaaloissa oppipoikamallilla, jossa erikoistuvat kirurgit oppivat työn ohessa seuraamalla kokeneempia kollegojaan. Leikkaussalityöskentelyssä erikoistuvat lääkärit joutuvat tekemään samanaikaisesti useita motorisia ja päätöksentekoon liittyviä, vaativia toimintoja, jolloin heidän kapasiteettinsa joutuu koetukselle ja virheiden ja riskien todennäköisyys kasvaa. Siksi leikkaustaitojen opettelun alkuvaiheessa sekä potilaan, että erikoistuvan kannalta on parempi, jos harjoittelu tapahtuu turvallisesti ja riskittömästi, kuten simulaatioympäristössä. Nykypäivänä potilailla harjoittelu on jopa eettisesti arveluttavaa, kun vaihtoehtoisiakin tapoja leikkaussalitaitojen oppimiseen on tarjolla," toteaa Silvennoinen.

Kirurgien osaamisen haasteet ovat jatkuvasti kasvaneet ja samaan aikaan erikoistumisaikaa sairaaloissa on lyhennetty. Herääkin kysymys, miten tällä yhtälöllä on mahdollista ylläpitää hyvää potilasturvallisuutta? Kirurgien koulutuksessa tulisi lisätä teknologian käyttöönottoa, sillä leikkaustaitojen harjoitteluun on saatavilla simulaattoreita, joilla on mahdollista harjoitella potilasturvallisesti. Vaikka simulaatiota voidaan käyttää hyvin monipuolisesti terveydenhuollon ammattilaisten ja opiskelijoiden koulutuksessa, on tietokonepohjaisten kirurgisten leikkaussimulaattoreiden käyttö Suomessa edelleen kovin vähäistä. Tämä johtuu siitä, että niiden käyttösuositukset ovat puutteellisia tai vaikeaselkoisia ja toisaalta taas siitä, että erikoistumisvaiheeseen ei sairaaloissa ole olemassa varsinaista opetussuunnitelmaa. Useassa Pohjoismaassa ollaan huomattavasti Suomea pidemmällä terveydenhuollon simulaation hyödyntämisessä. Tutkimuksessa merkittävimmäksi simulaatioharjoittelua tukevaksi tekijäksi nousi sairaalan tarjoama tuki työssä oppimiselle.

"Simulaatiokoulutusten toteuttaminen Suomessa on vielä verrattain vähäistä ja niiden määrää voisi huomattavasti lisätä. Uusien koulutusmallien käyttöönotto on kuitenkin vaativaa ja resursseja vievää ja asettaa haasteita terveydenhuollolle. Jokainen investointi laadukkaaseen koulutukseen on kuitenkin askel kohti entistä parempaa potilasturvallisuutta," Silvennoinen sanoo.

Leikkauksissa vaaditaan erityistä asiantuntijuutta, joten kirurgin taidoilla ja tietämyksellä on keskeinen merkitys potilasturvallisuudelle sekä toimenpiteen onnistumiselle. Tietämystä näistä asiantuntijuuden erityisvaatimuksista ja leikkauksiin liittyvistä riskeistä ja virheistä tulisi lisätä, jotta voitaisiin edelleen parantaa potilasturvallisuutta ja ymmärrystä siitä, miten kirurgeja tulevaisuudessa tulisi sairaaloissa kouluttaa. Tältä pohjalta voidaan kehittää koulutusta ja toimintamalleja, jotka ehkäisevät virheitä ja läheltä piti -tilanteita leikkaussaleissa.

"Helposti ajatellaan, että kirurgin asiantuntijuus koostuu suurelta osin motorisesta taitavuudesta, mutta niin sanottujen ei-teknisten taitojen osaaminen on vähintään yhtä tärkeää. Kirurgin rooli leikkaussalissa on joh-

taa moniammatillista tiimiä, joten sen vuoksi oman suorituksen, tilanteen ja resurssien arviointikyky, ongelmanratkaisu- ja tiimityötaidot korostuvat yhä enemmän," kertoo Silvennoinen.

Silvennoisen tutkimustyön pohjalta kehitetty "Lupa leikata" -koulutusmalli on käytössä Keski- Suomen keskussairaalassa. Siinä erikoistuvat lääkärit harjoittelevat ohjatusti leikkaustaitojen perusasiat simulaattorilla ennen leikkaussaliin pääsyä.

Minna Silvennoinen (MinSim Oy, minna.silvennoinen@minsim.fi) kirjoitti ylioppilaaksi Kiteen lukiosta vuonna 1995. Hän valmistui kasvatustieteiden maisteriksi Jyväskylän yliopistosta vuonna 2004. Kun Keski-Suomen keskussairaalan kirurgit ehdottivat yliopistolle yhteistyötä simulaatioita hyödyntävien koulutusten aloittamiseksi vuonna 2005, Silvennoinen aloitti työt tietojenkäsittelytieteiden laitoksella tutkimusavustajana, josta hän jatkoi kognitiotieteen tutkijana. Aikuiskouluttajan pedagogiset opinnot Silvennoinen suoritti väitöskirjatyönsä ohessa 2007.

Vuodesta 2008 alkaen Silvennoinen on toiminut tutkimustyönsä ohella koulutussuunnittelijana Keski-Suomen keskussairaalan simulaatio-oppimiskeskuksessa, Tietotaitopajassa sekä tutkinut ja kehittänyt simulaation käyttöönottoa terveydenhuollon koulutuksissa. Silvennoinen on tutkinut leikkaushoitajien tietokoneavusteista oppimista ja potilasohjausta sairaalaympäristössä PIUHA-hankkeessa vuosina 2010–2014 ja moniammatillisia simulaatiokoulutuksia Meilahden sairaalan yhteistyöprojekteissa vuosina 2010–2013. Vuonna 2013 hän oli toimittamassa ensimmäistä suomenkielistä simulaatio-oppimisen käsikirjaa "Simulaatio-oppiminen terveydenhuollossa". Syksyllä 2013 Silvennoinen työskenteli kaksi kuukautta tietojenkäsittelytieteiden laitoksen tutkijavaihdossa Kööpenhaminassa suuressa simulaatiokeskuksessa, DIMS:ssä. Samana vuonna hän perusti terveydenhuollon simulaatiokoulutuspalveluja tarjoavan yrityksen, MinSim Oy:n Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä työskennelleen opetushoitajan kanssa.

Tutkimusta ovat tukeneet Keski-Suomen keskussairaala sekä COMAS-tutkijakoulu. ■

■ SARI TANUS

www.kansalaisaloite.fi/fi/aloite/860
– Joko olet tutustunut ja kannattanut?

"Terveydenhuollon henkilökunnalle lakisääteinen oikeus kieltäytyä elämän lopettamisesta vakaumuksellisista syistä"

Riittääkö meillä suvaitsevaisuutta, perusihmisoikeuksien kunnioitusta ja halua poistaa Suomesta vakaumukseen perustuva syrjintä opiskelu- ja työpaikkojen suhteen? Eikö olisi aika jo Suomessakin saada lainsäädäntö yleiseurooppalaiselle tasolle? Väitämme olevamme hyvä länsimainen demokratia, jossa syrjintää ei ole. EU-maista vain kolmessa muussa maassa on Suomen kaltainen tilanne, Bulgariassa, Tsekissä ja Ruotsissa. Euroopan Neuvosto on jo vuosia sitten antanut päätöslauselman, minkä mukaan jäsenmaiden on kehitettävä säädöksiänsä niin, että terveydenhuollon henkilökunnalle taataan oikeus ilman mitään rangaistusta tai syrjintää kieltäytyä osallistumasta raskauden keskeytyksiin. Maailman Lääkäriliitto, Kansainväinen gynekologiyhdistys ja monet muut tahot puoltavat sitä – ja se on kirjattu moniin säädöksiin ja lakeihin. Silti se ei edelleenkään meillä Suomessa toteudu!

Potilailla on oikeus hyvään hoitoon. Se ei monilta osin toteudu, jos kiireisen vastaanoton keskellä, jopa päivystysvastaanoton puitteissa heti ensimmäiseltä käynniltä ladataan mukaan raskaudenkeskeytyslausunto.

Itse gynekologialla yli 20 v. olleena – ensin yleislääkärinä eri kokoisissa terveyskeskuksissa, myös yhden lääkärin yksikössä ja sitten eri kokoisissa sairaaloissa erikoistuessani – ja yllätysraskaustilanteessa olevien potilaiden hyvää hoitoa ja loppuelämän hyvinvointia kuin myös hoitajien ja lääkärien työhyvinvointia ajatellen, olen vakuuttunut, että pienin järjestelyin ja vieläpä varmasti euroja säästäen meillä voi olla paremmin toimiva käytäntö helposti toteutettavissa. Siihen sopivat ja tuovat oman hyvän lisänsä myös ne hoitajat, kätilöt ja lääkärit, jotka vakaumuksen vuoksi eivät voi toisen elämää lopettaa.

Kollegiaalisin terveisin
SARI TANUS
Naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri

Lisätietoja: Omantunnonvapaus.fi

Sykli julkaisee mielellään kollegoiden kirjoituksia tärkeäksi kokemistaan aiheista. Tekstit ja avoimet kirjeet sydäntä lähellä olevista, gynekologin ammattiin liittyvistä asioista ovat tervetulleita toimitukseen. Myös vastineita kirjoituksiin voidaan julkaista.

■ KATI KORHONEN

NFOG Tukholma

Kongressiraportti 10.–12.6.2014

Pohjoismaisten gynekologien kokoontuessa Tukholmaan ei Suomessa tiennyt vielä kesälämpöä olevan, mutta aurinkoinen Tukholma otti meidät lämpimänä vastaan. Pääsin posterin kera osallistumaan kongressiin SGY:n tukemana. Tätä on mukava muistaa vuoden käännyttyä taas viileälle puoliskolle.

Pientä haastetta sai aluksi suunnistettaessa prekongressiin Huddingen sairaalaan, jossa luentotilat oli mukavasti hajasijoitettu varsin laajaan ristikkokaavaan eri käytäville. Joku löi hanskat tiskiin, mutta useimmat saivat ajatuksia käytännönläheisistä aiheista. Itse kuuntelin kiteytettyä ktg-fysiologiaa ja -vinkkejä. Huomasin Ruotsin vannovan laktaatin nimeen mikroverinäytteissä. Lopuksi pediatri tenttasi ryhmääni lasten ennusteesta erilaisia ongelmia sisältäneissä esimerkkisynnytyksissä. Vaikka vakuuttavia perusteita kuultiinkin, oli koruton totuus, ettei ennustetta syntymähetkellä voinut juuri mitenkään arvioida.

Waterfrontin kongressikeskus sijaitsee onneksi kätevästi keskusrautatieaseman kupeessa, joten sinne ei suunnistusongelmia tullut – jollei yrittänyt lähestyä rakennusta takapuolelta. Sisällä sai hieman arpoa minkä portaikon valitsee ja onkohan luentosali oikea. Pohjakaavan tultua tutuksi ilmestyivät myös ohjelmalaput oville. Keskuksen sijainti ja läheinen majoitus mahdollistivat kuitenkin mukavasti kohdennetut turistipyrähdykset Drottningsgatanille, shoppailemaan ja vanhaan kaupunkiin.

Luento-ohjelma oli varsin monipuolinen. Sekä tutut että allekirjoittaneelle uudemmat luennoitsijat käsittelivät yleis- ja urogynekologiaa, onkologiaa, obstetriikkaa, hiukan infertiliteettiä ja jopa kohdunvuokrausta eri sessioissa. Mieleen jäi muun muassa ▶

Waterfront -kongressikeskus

Iloista kongressiväkeä liukuportaissa

apikaalisen tuen tärkeys laskeumapotilailla ja verkkoleikkausten jälkeiset kivut kroonisella kipupotilaalla. Obstetriikan riskit: ”low-median-high risk-obstetrician!” – vaan voidaanko asfyksiariskilukua yksi tuhatta synnytystä kohden vielä laskea? Ainakin strukturoidut ohjeet ja koulutus ovat tarpeen. Ja vielä: obesiteetin käsittämättömän kauaskantoiset vaikutukset geenien metylaationkin kautta sikiöiden insuliinisäätelyyn ja jopa rasvoittuvaan maksaan. Misoprostolin käyttö herätti keskustelua luennon ulkopuolellakin: eikö se tehoakaan rektaalisesti annosteltuna?

Free communications -osioissa pääsi kuulemaan tiiviisti lukuisia tutkijoiden tuloksia. Erään kaupallisen lounassession päätteeksi saimme kuulla myös hienon uutisen NFOG:n palkitsemasta suomalaisestakin väitöskirjasta. Onnea Riitta!

Posterisessiot pidettiin päivän päätteeksi. Seinillä nähtiin myös useita suomalaisia töitä. Muutama niistä olisi päässyt suulliseen esittelyyn, mutta asiasta ilmoitettiin juuri ennen kierrosta ja tekijät olivat valitettavasti estyneitä olemaan läsnä. Sitten pitikin pikapikaa ehtiä illalliselle. Ehkä ruotsalaiset on niin luonnonkauniita, etteivät tarvitse ehostusta? No, lopulta ehdittiin jopa kuohuvalle ennen iltajuhlaa.

Ja se illallinen olikin järjestetty kuninkaalliseen tyyllin Nobel -juhlan tiloissa Tukholman kaupungintalossa, jonne tavalliset kaupunkilaiset eivät kuuleman mukaan käytännössä mitenkään pääse. Upeat olivat salit, ruoka komeasti tarjoiltua. Oskari Heikinheimo puhui ”Nobel-pöntössä” ottaessaan vastaan seuraavan kongressin presidenttiyden! Ja hauskaakin oli. Vaan missä oli Suomen lippu muuten niin komeassa rivistössä?

Kaikesta huolimatta ja kaiken ansiosta NFOG:n kongressi oli erittäin antoisa. Moni asia syventyi ja herätti ajatuksia. Muutamat piipahtivat välillä Abban tunnelmissa, mutta pitkiä päiviä jaksettiin luentojakin kuunnella, vaikka ulkona loisti kesä. Kiitän SGY:tä matka-apurahasta, joka mahdollisti kaiken tämän.

Pohjoismaisia käytäntöjä ja asiantuntijoita pääsee taas kuulemaan parin vuoden päästä Helsingissä 12.–15.6.2016! ■

Tukholman kaupungintalon Kultainen sali

■ KAARIN MÄKIKALLIO-ANTTILA

Listalla

Salaatti, viisi tomaattia, kurkku, mangojogurttia, ruisleipää. Kierrän ostoskärryn kanssa kaupan käytäviä kurotellen hyllyjä kohti. Kassalla huomaan, että tomusokeri puuttuu. Kassatyttö hymyilee minulle.

Pidän listoista, kaikenlaisista listoista. Kalentereista, kauppalistoista, bestseller-kirjalistoista, matkaoppaiden top-10 -nähtävyyslistoista, uintikisojen lähtölistoista, ruokalistoista, esityslistoista, leikkauslistoista, poliklinikan potilaslistoista, päivystyslistoista, jopa tekemättömien töiden listoista. Listat helpottavat arkea ja lohduttavat sielua. Jokaisesta rivistä voi nauttia erikseen tai kohdistaa katseensa päämäärään, joka tuntuu saavutettavammalta askel kerrallaan.

Tieteellistä kirjallisuutta listojen suhteen en ole kartoittanut. Kaunokirjallisuuden puolella olen törmännyt useampaankin mielenkiintoiseen kirjaan, jonka sivuilta on yllättäen löytynyt listoja. Erlend Loen Supernaiivi ja Gregoire Delacourtin Onnen koukkuja kuuluvat suosikkeihini. Onnen koukkujen päähenkilö Jocelyne listailee mitä tekisi 18 547 301 euron ja 28 sentin lottovoitollaan. Listausten jälkeen jää pohdittavaksi kannattaako voitto lunastaa. Erlend Loen hulvattomat listat auttavat näkemään arjen uudessa valossa.

Ammatilliselta kannalta listoista puhuminen on jokapäiväistä. Myönnän, että vilkaisu aamulla pitkään poliklinikan potilaslistaan saa (joskus) hartiani vajoamaan hieman. Viimeinen potilas voi kuitenkin kruunata päivän. Sisäinen kovalevyni on taltioinut vuosien takaa peräkylän kookkaan sarkapukuisen ja harvasanaisen miehen, joka saatteli vaimoaan synnytyspelkokäynnille pitkäksi venyneen vastaanottoni viimeisenä potilaana. Kuuntelin haltioituneena miehen verkkaista kertomusta hiljaisen vaimon vieressä. Aviomies oli hoitanut molemmat synnytykset, toisen terveyskeskuksessa ja toisen kotona, sairaalaan ei ehditty. ”Mie hunteerasin, että son suihkuhuone hyä paikka, kivukki niinkö vähempänä lämpimän kraanan alla. Vetasin maton alle, vaimo siihen maata. Sieltä se poika putkahti. Ei se tieny pakkasesta mithään. Lämpimän lonseaa vettä huilutin tulheen suihkukraanasta ko pölkäsin, että vilustuvva siihen molemat. Tulit net ambulanssimiehekki viimen, vaimo kyythiin ja mie matkhaan. Sitte se alko se veren huilaaminen. Net istuit siinä, mittailit paihneita, soittelit ja muuta. Mie että navetassaki laittava tuohon tissile, jos vuotaa. No net siihen, että jo vain, jotaki hormonia kuulemma tullee tissista. Kahen tiiman päästä molimaki jo lasareetissa ja hyä tuli. No nyh met vain vaimon kansa hunteerasimma, että passaisko vaikka tulla varemmin valhmiiksi tänne ja käynnistää.”

Viime viikolla pohdimme yhdessä erikoistuvien EBGOC-lokikirjalistauksia ja niiden soveltuvuutta Suomen oloihin. Tietenkin tietyt päämäärät on saavutettava ja lokikirjanpito auttaa viitoittamaan vahvuuksia ja puutteita. Pohdinnan jälkeen jäin mietiskelemään lokikirjan mittareita, leikkausten ja erilaisten temppujen määriä. Kanadassa lokikirjani kirjautui yliopiston kotisivuille neljännesvuosittain. Toimenpiteiden lisäksi sain tietää miten esitelmäni olivat menneet, ymmärsinkö esimieheni mielestä kliiniset ongelmat oikein, pukeuduinko asianmukaisesti, miten kohtelin potilaita ja miten suhtauduin avustavaan henkilökuntaan. Aluksi ajatus näistä kommenteista hieman huvitti, mutta sittemmin ajatukset ovat karanneet usein ”human doing – human being”-dilemmaan. Miten voimme mitata millaisia olemme lääkäreinä, työkavereina, esimiehinä? Voiko olemista oppia?

Katseet kirpoilevat kohti tulevia listoja. Joulun ruokakauppalista lienee aika perinteinen. Erlend Loen ja Gregoire Delacourtin teosten listoja voin suositella silmäiltäväksi ennen joululahjalistan tekoa. Harkitkaa tarkkaan mitä kirjoitatte – unelmat saattavat toteutua! ■

NuvaRing®

Vaikuttavat aineet ja niiden määrät: Etonogestreeli 11,7 mg. Etinyyliestradioli 2,7 mg. Emätinrenkaasta vapautuu keskimäärin 0,120 mg etonogestreelia ja 0,015 mg etinyyli-estradiolia vuorokaudessa 3 viikon ajan. **Käyttöaiheet**: Raskauden ehkäisy. **Annostus ja antotapa**: Nainen voi itse asettaa NuvaRing-renkaan emättimeen. Lääkärin tulee neuvoa potilaalle valmisteen 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 kun on aika asettaa uusi rengas. **Vasta-aiheet**: Yhdistelmäehkäisyvalmisteita ei pidä käyttää seuraavien tilojen yhteydessä tai jos jokin ao. tiloista ilmenee NuvaRingin käytön aikana, rengas on poistettava heti: laskimotromboembolia (VTE) tai sen riski, laskimotromboembolia – tällä hetkellä esiintyvä VTE tai anamneesissa VTE, tiedossa oleva perinnöllinen tai hankittu laskimotromboembolia-alttius, kuten APC-resistenssi, (mukaan lukien Faktori V Leiden), antitrombiini III:n puutos, C-proteiinin puutos, S-proteiinin puutos, suuri leikkaus ja siihen liittyvä pitkittynyt immobilisaatio, useiden riskitekijöiden aiheuttama suuri laskimotromboembolian riski; valtimotromboembolia tai sen riski, valtimotromboembolia - tällä hetkellä esiintyvä tai aiemmin esiintynyt valtimotromboembolia tai sitä ennakoiva tila, aivoverisuonisairaus - tällä hetkellä esiintyvä tai aiemmin esiintynyt aivohalvaus tai sitä ennakoiva tila, tiedossa oleva perinnöllinen tai hankittu valtimotromboembolia-alttius, kuten hyperhomokysteinemia ja fosfolipidivasta-aineet (kardiolipiinivasta-aineet, lupusantikoagulantti), anamneesissa migreeni, johon liittyy fokaalisia neurologisia oireita, monista riskitekijöistä tai yhden vakavan riskitekijän esiintymisestä johtuva suuri valtimotromboembloiariski (riskitekijöitä joita voivat olla: diabetes, jossa esiintyy verisuonioireita, vaikea hypertensio, vaikea dyslipoproteinemia); haimatulehdus tai aikaisempi haimatulehdus, jos siihen liittyi vakava hypertriglyseridemia; vaikea maksasairaus, nykyinen tai aiemmin ilmennyt, niin kauan kuin maksa-arvot eivät ole palautuneet normaaleiksi; nykyinen tai aiemmin ilmennyt hyvän- tai pahanlaatuinen maksakasvain; todetut tai oletetut sukupuolielinten tai rintojen maligniteetit, joihin sukupuolihormonit vaikuttavat; vaginaverenvuoto, jonka syytä ei ole selvitetty; yliherkkyys vaikuttaville aineille tai jollekin NuvaRingin apuaineelle. **Varoitukset ja käyttöön liittyvät varotoimet**: Nuvaringin käytöstä aiheutuvaa hyötyä on arvioitava siitä mahdollisesti koituvia haittoja vasten jokaisen käyttäjän kohdalla erikseen, ja käyttäjän kanssa on keskusteltava asiasta ennen kuin hän päättää Nuvaringin käytön aloittamisesta. Jos jokin näistä sairauksista tai riskitekijöistä pahenee tai ilmenee ensimmäistä kertaa käytön aikana, käyttäjää on neuvottava ottamaan yhteys lääkäriin, joka päättää Nuvaringin käytön keskeyttämisestä. Laskimotromboembolian (VTE) riski: Kaikkien hormonaalisten yhdistelmäehkäisyvalmisteiden käyttö suurentaa laskimotromboembolian (VTE) riskiä verrattuna siihen, ettei niitä käytetä. Levonorgestreelia, norgestimaattia tai noretisteronia sisältäviin valmisteisiin liittyy pienin laskimotromboembolian riski. NuvaRingin käyttöön liittyvästä VTE:n riskistä on saatu ristiriitaisia tuloksia verrattuna levonorgestreelia sisältävien yhdistelmäehkäisyvalmisteiden käyttöön (suhteellisen riskin estimaatit vaihtelevat siitä, ettei kasvua ole (RR=0,96) lähes 2-kertaiseen kasvuun (RR=1,90)). Tämä vastaa noin 6–12 VTE-tapausta vuodessa jokaista 10 000 NuvaRing-valmistetta käyttävää naista kohden. Molemmissa tapauksissa VTE-tapausten määrä vuotta kohti on pienempi kuin määrä, joka on odotettavissa naisilla raskauden aikana tai synnytyksen jälkeisenä aikana. Päätöstä käyttää jotakin muuta valmistetta kuin sellaista, johon tiedetään liittyvän pienin laskimotromboembolian riski, ei saa tehdä ennen kuin käyttäjän kanssa on keskusteltu ja varmistettu, että hän ymmärtää hormonaalisiin yhdistelmäehkäisyvalmisteisiin liittyvän laskimotromboembolian riskin, ja sen, miten hänen omat riskitekijänsä vaikuttavat tähän riskiin, ja että laskimotromboembolian riski on suurimmillaan ensimmäisen vuoden aikana, kun hän käyttää hormonaalisia yhdistelmäehkäisyvalmisteita ensimmäistä kertaa elämässään. Lisäksi on jonkin verran näyttöä siitä, että riski suurenee, kun hormonaalisen yhdistelmäehkäisyvalmisteen käyttö aloitetaan uudelleen vähintään 4 viikon tauon jälkeen. Hormonaalisia yhdistelmäehkäisyvalmisteita käyttävillä laskimotromboembolisten komplikaatioiden riski voi huomattavasti suurentua, jos naisella on muita riskitekijöitä, erityisesti, jos riskitekijöitä on useita. Epidemiologisissa tutkimuksissa on osoitettu, että hormonaalisten yhdistelmäehkäisyvalmisteiden käyttöön liittyy suurentunut valtimotromboembolian (sydäninfarktin) tai aivoverisuonitapahtumien (esim. ohimenevän aivoverenkiertohäiriön tai aivohalvauksen) riski. Riski on korkeampi niillä naisilla, joilla on riskitekijöitä. Nuvaringin käyttö on vasta-aiheista, jos naisella on yksi vakava tai useita valtimotromboembolian riskitekijöitä, jotka muodostavat suuren valtimotukoksen vaaran. Ks. valmisteyhteenveto. Jos hyöty-haittatasapaino katsotaan negatiiviseksi, ei naiselle saa määrätä hormonaalista yhdistelmäehkäisyvalmistetta. Jos naisella ilmenee laskimo- tai valtimotromboembolian oireita, häntä on neuvottava hakeutumaan välittömästi lääkärin hoitoon ja kertomaan, että hän käyttää hormonaalista yhdistelmäehkäisyvalmistetta. Ks. valmisteyhteenveto. **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-rengasta 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 ≥ 1/100, ≤ 1/10) haittavaikutuksia ovat emätintulehdus, masennus, libidon heikkeneminen, päänsärky, migreeni, vatsakivut, pahoinvointi, akne, rintojen arkuus, sukupuolielinten kutina naisella, kuukautiskivut, lantion kipu, valkovuoto, painonnousu, renkaan ekspulsio, 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:ssa. Säilytä alkuperäispakkauksessa. **Hinnat ja hoitokustannukset** (VOH+alv 06/2014): 1 x ehkäisyrengas 15,40 € ja 3 x ehkäisyrengas 44,21 € (14,74 €/kk). **Korvattavuus**: Ei sv-korvattava. **Lisätietoja**: Valmisteyhteenveto (tekstin muuttamispäivämäärä 14.5.2014), Pharmaca Fennica tai MSD, Keilaranta 3, 02150 Espoo, puh. (09) 804 650.

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

1. Nuvaring –valmisteyhteenveto, 2. Oddsson et al. Human Reproduction 2005: 20 (2); 557-62.

Copyright © 2014 Merck Sharp & Dohme Corp., a subsidiary of Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA. All rights reserved.

MSD

08-2016-WOMN-1127786-0000

■ PAULIINA AUKEE, EL, LT
Urogynekologian lisäkoulutettava TAYS/NaSy
Oyl, virkavapaalla K-SKS
Lääkärikouluttajan lisäpätevyys

Pitäisikö laskeumakirurgit laittaa laboratorioon harjoittelemaan?

Osallistuimme 13–15.10.2014 Strasbourgissa, Ranskassa järjestettyyn "New Insights in Prolapse Surgery – Vaginal and Laparoscopic Routes -kurssiin IRCAD -koulutuskeskuksessa. Kyseinen koulutuskeskus sijaitsee Strasbourgin yliopistosairaalan yhteydessä ja on toiminut kaksikymmentä vuotta tarjoten kursseja erityisesti tähystyskirurgiaan liittyen kirurgeille, urologeille, neurokirurgeille ja gynekologeille.

Laskeumakurssin vastuullisena kurssin vetäjänä toimi professori Arnold Wattiez. Kurssin jokainen paikka oli täytetty. Osallistujia oli 33 ja edustettuna oli 22 eri kansallisuutta. Suomesta oli tällä kertaa mukana erikoislääkärit Anu Aalto (KHKS), Pauliina Aukee (KSKS ja TAYS) sekä Tea Kuittinen (Valkeakosken as). Kurssin kesto oli kolme täyttä työpäivää siten, että teoria- ja livekirurgialuentojen jälkeen iltapäivällä oli laboratoriossa kuivaharjoittelua tai sioilla leikkaamista.

Tällä hetkellä laparoskooppista sacrokolpopexiaa pidetään hyvänä, DeLanceyn tason 1 tuen korjausleikkauksena, mutta muut menetelmät eivät ole poissuljettuja. Nykyaikaisen laskeumakirurgin pitäisi siten hallita eri leikkaustavat, tutkia potilaan laskeumatyyppi huolella ja valita potilaan anatomisen rakennemuutoksen mukaan hänelle sopivin leikkaus sekä seurata omia tuloksiaan. Strasbourgin yksikössä tehdään 4–5 sacrokolpopexiaa/viikko, joten heillä on erittäin hyvä tuntuma oppimisongelmiin ja tuloksiin, joita on tulossa lisää.

Professori Michel Cosson Lillestä piti kaksi mestarillista esitystä, joista toisessa hän kuvasi, miten polypropyleeniverkkoja tuotetaan, ja kuinka raaka-aineen laatu ja prosessointi voivat vaikuttaa lääketieteellisten verkkojen laatueroihin. Toisessa luennossa hän esitteli tutkimusryhmänsä kehittämää kolmiulotteista lantion ja siihen vaikuttavien voimien mallintamista sekä miten leikkaukset tulisi räätälöidä potilaskohtaisesti. Ranskan TVM -ryhmän perustajajäsen ja entinen Ethiconin asiantuntijalääkäri, professori Bernand Jacquetin sanoi, että verkkokonsepti on hyvä ja hän uskoo sen tulevaisuuteen, mutta ei osaa tällä hetkellä sanoa mikä on tulevaisuuden verkko.

IRCAD fellowship -ohjelmassa olevat kollegat pitivät erittäin hyviä EBM-katsauksia laskeumakirurgiasta useammasta eri näkökulmasta. Käytännön harjoittelu oli hyvin organisoitua ja jokaiselle työparille oli nimetty oma lähiohjaaja. Livekirurgian leikkausvalinnoista voidaan olla eri mieltä ranskalaisten kanssa, mutta professori Wattiezin dissekaatiotaito ja ongelmien

selvittäminen näytti mestarilliselta.

Koulutuskeskuksen välittömässä läheisyydessä oleva Hotelli Les Haras toimii rauhallisena ja siistinä yöpymispaikkana. Paikallinen perinneruoka voitti laadussa hotellin maailman parhaaksi mainitun keittiön tarjoaman ranskalaisillallisen. Unicefin maailmanperintökohde Petit France on viehättävää kävelyaluetta.

Otsikon kysymys saa vastauksen "kyllä" ainakin tämän koulutusjakson jälkeen. Kurssia voi suositella laskeumakirurgiasta kiinnostuneille. Jos ei olisi mahdollisuutta tehdä matkaa, kannattaa vastaava aika laskeumakirurgin käyttää laparoskopian kuivaharjoitteluun ja paneutumiseen esimerkiksi Incontinence (ICS 5th edition 2013) -kirjan laskeumaosuuden lukemiseen.

Laskeumaleikkauskurssin tärkeimmät sanomat

- Emättimen pohjan laskeuman ehkäisemiseksi laparoskooppisen hysterectomian yhteydessä tulee molemmat faskiat sulkea yhteen ja ripustaa emätin sacrouterina -ligamentteihin. Suositeltiin faskian sulkua nurkista lähtien.
- Polypropyleeniverkoissa on eroja johtuen raaka-aineen hankinta- ja prosessointieroista
- MRI-kuvista mallintamalla on mahdollisuus löytää lantion kudoksista heikoin kohta, joka vaatii tukemista. Teoreettisesta mallintamisesta pyritään kliiniseen sovellutukseen.
- Laskeumaverkot voivat aiheuttaa paljon erilaisia kipu- ja suolenkiertymisongelmia, jotka onneksi on mahdollista selvittää myös tähystämällä.
- Sacrospinosfusixaation teossa on eroja eikä näitä eri tapoja ole raportoitu riittävästi.
- Laskeumakirurgin tähystysleikkaustaitoja voi kehittää systemaattisella harjoittelulla.

Meillä on ollut ilo saada kurssia varten matka-avustuksia:
Pauliina Aukee, matka-apuraha GKS
Tea Kuittinen, matka-apuraha, NFOG ■

■ JUHA MÄKINEN

Erikoisalamme koulutuksen auditointi yliopistosairaaloissa vuosina 2013–2014

Naistentautien ja synnytysten erikoisalalla annetun koulutuksen tason arviointia on toteutettu maassamme jo varsin pitkään. Tässä toiminnassa kuulumme pioneerien joukkoon yhdessä neurologian erikoisalan kanssa. Yliopistosairaaloidemme osalta kolmas auditointikierros on tämän vuoden keväällä saatu suoritetuksi ja ohessa tiivistelmä siitä.

Auditoinnit Suomessa

Eurooppalaisen kattojärjestömme EBCOGin (European Board and College of Obstetricians and Gynaecologists) yhtenä tärkeänä tehtävänä on harmonisoida erikoisalamme koulutus kaikkien EU-maiden kesken. Laadun varmistamiseksi EBCOG on aloittanut jo yli 15 vuotta sitten koulutuksen akkredioinnin eri Euroopan jäsenmaissa (N = 36). Suomessa ensimmäinen auditointikierros kohdistui yliopistosairaaloihin vuosina 2000 ja 2001, jolloin kaikki maamme yliopistosairaalat saivat koulutusoikeudet viideksi vuodeksi eteenpäin. Tällöin auditointi tehtiin ulkolaisten arvioitsijoiden toimesta. Toisen yo-sairaaloiden auditointikierroksen teki suomalaisista koostuvan auditointiryhmä vuosina 2006 ja 2007. Viime vuonna käynnistettiin kolmas auditointikierros, joka saatiin päätökseen keväällä 2014. Yliopistosairaaloiden lisäksi myös maamme keskussairaalat on arvioitu jo kahteen otteeseen *(Taulukko 1)*. Myös näille sairaaloille koulutusoikeudet myönnettiin viideksi vuodeksi.

EBCOGin auditointikäytäntö

Ennen paikalla tehtävää auditointikäyntiä koulutussairaaloissa (ns. Site visit) sairaalan ylilääkärille ja sovitulle erikoistuvalle lääkärille annetaan esitäytettäväksi standardisoidut lomakkeet, joiden avulla kartoitetaan tunnuspiirteitä sairaalatoiminnassa, ja erityisesti annetussa koulutuksessa. Varsinainen vierailu kestää yleensä yhden päivän. Käynnin aluksi sairaalan yli-

Taulukko 1

2000 - 2001	Yliopistosairaalat 1. (N = 5)
2002	
2003 - 2004	Keskussairaalat 1. (N = 15)
2005	
2006 - 2007	Yliopistosairaalat 2. (N = 5)
2008 2009	
2010 - 2011	Keskussairaalat 2. (N = 15)
2012	
2013 - 2014	Yliopistosairaalat 3. (N = 5)
2015	

Taulukko 1. Maamme koulutussairaaloiden auditoinnit vuosina 2000–2014.

Kuva 1. Auditointitapaamisen "harjoittelua" TYKSin naistenklinikalla.

lääkäri ja muu seniorilääkärikunta käy läpi yksikön toiminnat ja koulutuksen toteutumisen. Näiden sekä lomakkeista saatujen tietojen pohjalta käydään yleiskeskustelu, jotta kokonaisuus tulee oikein ymmärretyksi. Sen jälkeen tutustutaan ylilääkärin johdolla sairaalan eri toimintoihin, erityisesti koulutuksen näkökulma huomioiden. Auditointiryhmä on erityisen kiinnostunut erikoistuvien toimintaympäristöstä *(Taulukko 2)*. Sairaalakierron jälkeen käydään aina erikoistuvien kanssa keskustelu, jossa saadaan palautetta yksikön koulutustoiminnasta *(Kuva 1)*. Lopuksi tehdään yhteenveto siitä käsityksestä, jonka auditointiryhmä saa yksikön antamasta koulutuksesta ja tuodaan esiin parannusehdotuksia. Kaikille sairaaloille tehdään myös kirjallisena yhteenvetoraportti, jonka sairaala voi hyödyntää omassa toiminnassaan ja mahdollisten puutteiden korjaamisessa.

Taulukko 2. Auditointiryhmän erityiskiinnostuksen kohteet

- — työhuone
- — tietokoneet
- — kirjasto
- — yksikköön tilatut alan julkaisut
- — meetingohjelma
- — tutorointi
- — lokikirjan ja portfolion käyttö
- — rotaatio
- — käytännön koulutuksen ohjaus
- — ulkopuoliset koulutusmahdollisuudet
- — päivystysrasitus
- — tutkimustoiminta
- — johtamiskoulutus

Päivitetty auditointi 2013

EBCOGin auditointikomitea on vuonna 2013 päivittänyt ja täsmentänyt koulutusedellytyksiä niin, että entisen viiden vuoden sijasta koulutusoikeuden saa neljäksi vuodeksi. Sen jälkeen tehdään ns. etäarvio siitä, onko ehdotettuihin muutoksiin reagoitu. Jos tämä arvio on positiivinen, niin seuraava paikan päällä tehty arvio tapahtuu siitä kolmen vuoden kuluttua. Pisimmillään yksikön koulutukselle annettu akkredioitu aika on siis seitsemän vuotta. Mikäli neljän vuoden kohdalla etäarvio ei ole tyydyttävä, tehdään paikan päällä toteutettava uudelleenarvio.

Aikaisemmat suositukset yliopistosairaaloille ja niihin reagointi

Toisella auditointikierroksella (2006–2007) kiinnitettiin parannusehdotuksina huomioita useisiin seikkoihin *(Taulukko 3)*. Uudella arviointikierroksellavuosina 2013–14 ilmeni, että suosituksiin oli valtaosassa saatu parannuksia. Yhtenäinen lokikirja ja portfolio oli yliopistosairaaloissa otettu käyttöön vuodesta 2009. Myös rotaatio eri toimipisteissä: gynekologinen poliklinikka (sisältäen myös endokrinologian), äitiyspoliklinikka, synnytyssali (sisältäen prenataaliosaston toimintaa), kirurginen yksikkö (sisältäen urogynekologiaa) ja gynekologinen onkologia oli suhteellisen hyvin käytössä kaikissa yksiköissä. Tämän lisäksi johtamiskoulutukseen oli panostettu uuden erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäriasetuslisän vuoksi jo elokuusta 2009. Tuolloin johtamistaitojen vaatimuksia korotettiin niin, että erikoistuvien tulee tehdä 10 opintopisteen suoritukset (noin 270 tuntia) aikaisemman 20 tunnin asemasta. Tutkimuksen kohdalla oli ilahduttavaa nähdä nuorten lisääntynyt innostus väitöskirjaprojekteihin ja muunkin tutkimuksen tekemiseen. Puutteena oli se, että kaikilla yksiköillä on edelleen tarve lisätä seksologian, etiikan ja psykosomatiikan koulutusta.

Kaikissa yliopistosairaaloissa oli mahdollisuus saada hyvin täyteen vaatimukset eri EBCOGin lokikirjan kliinisissä suorituksissa. Viikkotasolla kaikissa yksiköissä on 2–3 säännöllistä koko lääkärikunnan kokousta ja lisäksi eri sektoreilla vielä omat kokoukset. Tietokoneet ja oma työskentelytila on kaikilla käytettävissä, lisäksi todettiin, ▶

että hyvät kirjastopalvelut ja täydellinen erikoisalamme lehtivalikoima löytyvät kaikista yksiköistä. Ulkopuolisiin koulutuksiin pääsymahdollisuus (minimi 1–2/vuosi) on ollut suhteellisen hyvin järjestetty, erityisesti kotimaisiin koulutustilaisuuksiin (EGO, SGY, GKS, Menopaussiseura, Perinatologinen seura, Ultraääniseura).

Aina on parannettavaa

Kolmannen auditointikierroksen yhteenvetona kaikki yliopistosairaalat saivat oikeuden jatkaa koulutusta neljäksi vuodeksi, jonka jälkeen EBCOGin ohjeistuksen mukaan tulee etäarvio ja kolmen vuoden jatkoaika, mikäli kaikkiin parannusehdotuksiin katsotaan reagoidun positiivisesti. Näyttää siltä, että ”ikuisuusongelma” seksologian, etiikan ja psykosomatiikan koulutus on jäänyt edelleen haasteksi kaikissa yksiköissä. Muita parannusehdotuksia kolmannen auditointikierroksen jälkeen ovat olleet tutoroinnin vahvistaminen ja sille sopivan ajan varaaminen kuten myös ns. lehtireferaattien (Journal club) käyttöönotto sekä tiedeseminaarit/-illat *(Taulukko 3)*.

Uutena asiana kiinnitettiin huomiota erikoistuvien lääkäreiden teoreettisen tietämyksen tasoon. Sen parantamiseksi on myös valtakunnallisessa erikoisalamme kaikkien yliopistojen opettajien kokouksissa tullut esille ajatus, että erikoistuville järjestetään vuosittain kevät- ja syyslukukauden aikana erikseen obstetriikasta ja gynekologiasta tuleva koe/tentti. Näiden molempien läpäisy on edellytys sille, että koulutusyksikön vastaava professori voi hyväksyä erikoistuvalle luvan mennä valtakunnalliseen kirjalliseen erikoislääkärikuulusteluun. Tämä uusi tenttimuoto on tarkoitus pilotoida tämän vuoden syksyn kuluessa. Helsinki järjestää 2–3 tunnin tentin, johon osallistuvat viimeisten 2–3 vuoden erikoistumiskoulutusta suorittavat Helsingin yliopiston erikoistuvat. Muissa yliopistoyksiköissä tentti tehdään netin kautta monivalintatyyppisenä tms. Tällöin käyntiä tenttipaikalla ei tarvita, eli tentin voi suorittaa vaikka kotoa käsin. On mielenkiintoista nähdä miten tämä uudistus saadaan käyntiin ja samalla vertailla, mikä ”tenttimuoto” olisi käyttökelpoisin. Hyvää tarkoittaen on ajatuksena saada kliinisten taitojen ohella myös erikoisalan teoreettisesta tietämyksestä hyvä eurooppalaisen standardin kattava taso.

Taulukko 4

2015	
2016	
2017 - 2018	Keskussairaalat 3. (N = 15)
2019	Yliopistosairaalat (Etäarvio)
2020	
2021	
2022 - 2023	Yliopistosairaalat 4. (N = 5)

Taulukko 4. Suunnitelma maamme koulutussairaaloiden auditoinnista 2015–2023.

Tulevat auditoinnit

On ilmeistä, että tulevia auditointeja varten tarvitaan ”uutta voimaa”. Auditointiryhmään ovat kuluneen 15 vuoden aikana kuuluneet pääasiassa yliopistojen vastuukouluttajat, professorit ja SGY:n puheenjohtajat. Uusien henkilöiden saanti auditointiryhmään voisi helpottua halukkaiden osallistuessa EBCOGin järjestämiin koulutustapahtumiin. Ennestään on ollut tiedossa, että EBCOG järjestää Training The Trainers (TTT) -kursseja, joissa sektorivastaavia opetetaan kouluttamaan erikoistuvia lääkäreitä (Suomessa toistaiseksi ainoa on järjestetty v. 2007). Uusin EBCOGin koulutuskurssi opettaa auditointiryhmään kuuluvia jäseniä tekemään arviointeja, ja sen nimi on Training The Auditors (TTA) -kurssi. Näistä lisätietoa haluavat löytävät sitä EBCOGin kotisivuilta (www.ebcog.org).

Koulutuksen auditointi maassamme on ollut sekä SGY:n että koulutuksesta vastaavien yliopistoyksiköiden yhteinen asia. Tämä menettely on koettu varsin hyväksi, ja sillä tavalla todennäköisesti tullaan jatkossakin etenemään. Auditoidut sairaalat ovat hyväntahtoisesti osallistuneet tasasummalla ryhmän kustannuksiin ja kuten jo todettu aiemmin saanet vastineeksi kirjallisen raportin ja koulutusoikeustodistuksen. Lisäarvoa maanlaajuisesti saattaisi jatkossa tuoda se, että raportit julkistettaisiin avoimesti kaikkien nähtäväksi esim. SGY:n kotisivuilla.

Maamme resurssit eivät ole johtaneet esim. Ruotsissa käytössä olevaan monen erikoisalan edustajista koottuun malliin, jossa iso ryhmä käy arvioimassa kaikkia eri erikoisaloja (SPUR-järjestelmä). Vastaavaa järjestelmää on peräänkuuluttanut mm. gynekologikollegamme ja lääkäriliiton varatoiminnanjohtaja Hannu Halila, mutta tällä hetkellä vielä sellaista ei ole muotoutunut. Toivottavasti erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksen vastuun siirtyessä nyt uuden ministeriön eli STM:n alaisuuteen saamme tähänkin apua.

Naistentautien ja synnytysten auditoinnin ajoitusuunnitelma on laadittu vuoteen 2023 saakka *(Taulukko 4)* eli parin välivuoden jälkeen vuonna 2017 jatketaan kolmannella keskussairaaloiden auditointikierroksella. Sitä ennen toivottavasti on saatu hyvä ratkaisu uuden auditointiryhmän kokoonpanoksi. ■

Taulukko 3. Suosituksia yliopistosairaaloiden koulutuksen parantamiseksi.

Vuonna 2006–2007:

- lokikirjan ja portfolion yhdenmukainen ja EBCOG-pohjainen käyttö
- erikoistuvien rotaation toteuttaminen systemaattisesti
- endokrinologian, hallinnon, psykosomaattisen lääketieteen, seksologian sekä etiikan opetus
- tutkimuksen aktivointi
- lisäaikaa tutoroinnille

Vuonna 2013–2014:

- Journal club ja tiedeseminaarit/-illat
- teoreettisten taitojen testaus
- psykosomaattisen lääketieteen, seksologian sekä etiikan opetus
- lisäaikaa tutoroinnille

Indivina®

ORION PHARMA

Hyvinvointia rakentamassa

Vaikuttavat aineet ja niiden määrät: Indivina 1 mg/2,5 mg tabl.: estradiolivaleraatti 1 mg, medroksiprogesteroniasetaatti 2,5 mg Indivina 1 mg/5 mg tabl.: estradiolivaleraatti 1 mg, medroksiprogesteroniasetaatti 5 mg Indivina 2 mg/5 mg tabl.: estradiolivaleraatti 2 mg, medroksiprogesteroniasetaatti 5 mg **Käyttöaiheet:** Hormonikorvaushoito estrogeenin puutoksen aiheuttamiin oireisiin naisilla, joilla on kohtu tallella ja joiden menopaussista on kulunut enemmän kuin kolme vuotta. Osteoporoosin ehkäisy vaihdevuosi-ikäisillä naisilla, joilla on suuri murtumariski ja joille muut osteoporoosin estoon hyväksytyt lääkkeet ovat vastaaiheisia tai eivät sovi. Kokemuksia Indivinan käytöstä yli 65-vuotiaiden naisten hoidossa on vähän. **Annostus ja antotapa:** Indivina on estrogeenia ja progestiinia sisältävä yhdistelmävalmiste, jota otetaan yksi tabletti vuorokaudessa suun kautta ilman taukoa. Tabletti on syytä ottaa suunnilleen vuorokaudessa suun kautta ilman taukoa. Tabletti on syytä ottaa suunnilleen samaan vuorokauden aikaan. Hoito suositellaan aloitettavaksi Indivina 1 mg/2,5 mg tabletilla. Kliinisen vasteen mukaan annostusta voidaan säätää potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. Tavallisesti 2,5 mg medroksiprogesteroniasetaattia (MPA) riittää estämään läpäisyvuodot. Jos jatkuvia vuotoja esiintyy ja on varmistettu, että ne eivät johdu epänormaaleista muutoksista kohdun limakalvolla, voidaan annos nostaa 5 mg:aan (Indivina 1 mg/5 mg tabletti). Jos 1mg estradiolivaleraattia ei ole riittävä lievittämään estrogeenin puutosoireita, voidaan annos nostaa 2 mg:aan (Indivina 2 mg/5mgtabletti). Hoito voidaan aloittaa milloin tahansa naisille, joilla ei ole vuotoja ja jotka eivät ole käyttäneet hormonikorvaushoitoa aikaisemmin tai vaihtavat toisesta jatkuvasta kombinaatiohoidosta Indivinaan. Naisille, jotka siirtyvät Indivina-hoitoon jaksoittaisesta hormonikorvaushoidosta, hoito voidaan aloittaa yksi viikko viimeisen syklin lopettamisen jälkeen. Estrogeenin vaikutus luuhun on annosvasteinen ja sen vuoksi 1mg estradiolivaleraatin teho saattaa olla pienempi kuin 2 mg:lla. Jos potilas on unohtanut ottaa tabletin, se tulee jättää väliin ja ottaa seuraava tabletti normaaliin aikaan. Postmenopausaalisten oireiden hoidon aloituksessa ja sen jatkamisessa tulee käyttää pienintä tehokasta annosta ja keston tulee olla mahdollisimman lyhyt. **Vasta-aiheet:** Raskaus ja imetys. Todettu, epäilty tai aikaisemmin sairastettu rintasyöpä, todetut tai epäillyt estrogeenista riippuvaiset pahanlaatuiset kasvaimet (esim. endometriumsyöpä), selvittämätön vuoto genitaalialueelta, hoitamaton kohdun limakalvon hyperplasia, aikaisempi idiopaattinen tai tiedossa oleva laskimon tromboembolia (syvä laskimotromboosi (DVT), keuhkoembolia). Aktiivi tai hiljattain todettu arteriaalinen tromboembolinen sairaus (esim. angina pectoris, sydäninfarkti). Akuutti maksasairaus tai aikaisemmin sairastettu maksasairaus niin kauan kuin maksan toimintakokeet eivät ole palautuneet normaaleiksi. Todettu yliherkkyys valmisteen vaikuttaville aineille tai apuaineille. Porfyria. **Varoitukset ja käyttöön liittyvät varotoimet:** Hormonikorvaushoitoa tulee käyttää vain sellaisten postmenopausaalisten oireiden hoitoon, jotka heikentävät elämänlaatua. Molempien indikaatioiden kohdalla hyöty-/haittasuhde on huolellisesti arvioitava vähintään vuosittain ja hormonikorvaushoitoa tulee jatkaa vain niin kauan kuin siitä saatava hyöty on suurempi kuin sen riskit. Lisätietoja täydellisestä Indivinavalmisteyhteenvedosta. **Haittavaikutukset:** Indivinan käytön yhteydessä kliinisissä tutkimuksissa tavallisimmin raportoitu haittavaikutus on ollut rintojen arkuus, jota esiintyi 10,6 prosentilla käyttäjistä. Muita (>1/100): Pahoinvointi, vatsan alueen kipu, verenvuoto kohdusta, kohdun myoomien suureneminen. Painon nousu/lasku, turvotus, rintojen suureneminen, mielialan muutokset mukaan lukien ahdistuneisuus ja depressiivisyys, libidon muutokset. **Pakkaukset ja hinnat 1.9.2014:** Indivina 28 x 1 mg/2,5 mg tabl. 9,86 € Indivina 28 x 1 mg/5 mg tabl. 9,86 € Indivina 28 x 2 mg/5 mg tabl. 9,86 €. SV-peruskorvattava. **Lisätietoja:** Pharmaca Fennica ja www.aesculapius.fi

1) Heikkinen JE et al. Journal of the British Menopause Society, Vol. 12 No. 3, September 2006.

Suomen Gynekologiyhdistys r.y.
Finlands Gynekelogförening r.f.
Vuosikertomus 1.9.2013–31.8.2014

Jäsenistö ja jäsenmaksut

Vuosi 1.9.2013–31.8.2014 oli yhdistyksen 86. toimintavuosi. Jäsenmäärä toimintakauden päättyessä oli 1179, joista jäsenmaksusta vapautettuja oli 261: eläkeläiset 240 ja kunniajäsenet 21. Yhdistykseen hyväksyttiin toimintakauden aikana 39 uutta jäsentä, 8 jäsentä erosi SGY:stä. Yhdistykselle on tullut tieto 3 jäsenen kuolemasta.

Yhdistyksen jäsenmaksu oli toimintakautena 75 €. Kunniajäsenet ja eläkeläisjäsenet ovat vapautettuja jäsenmaksusta. Jäsenet saavat neljä kertaa vuodessa ilmestyvän Sykli-lehden sekä kuukausittaisen Acta Obstericia et Gynecologica Scandinavica -lehden. Eläkeläisjäsenet eivät Acta Obstericia et Gynecologica Scandinavica -lehteä saa.

SGY on Suomalainen Lääkäriseura Duodecimin ja Väestöliiton jäsenjärjestö. Lisäksi SGY on jäsenenä seuraavissa kansainvälisissä yhdistyksissä: Nordisk Förening för Obstetrik och Gynekologi (NFOG), The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO), The International Federation of Fertility Societies (IFFS) ja Union Europèenne des Mèdicines Spècialistes (UEMS) järjestön gynekologien alaosastossa European Board and College of Obstetricians and Gynecologists (EBCOG). NFOG:lle (sis. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica -lehden) yhdistys on maksanut 250 DKK/jäsen (NFOG jäsenmaksu 50 DKK, ACTA 200 DKK). FIGO:n jäsenmaksu on 4,15 puntaa jäseneltä. EBCOG- jäsenmaksua on maksettu yhteensä 2390,76 euroa ja Väestöliiton jäsenmaksu on ollut 250,00 euroa.

Hallitus ja toimihenkilöt

Vuosikokouksessa Oulussa 15.11.2013 yhdistyksen hallituksen jäsenet vaihtuivat suurelta osin. Puheenjohtajaksi siirtyi aiempi varapuheenjohtaja Juha Räsänen ja klubimestarina jatkoi Anna-Maija Tapper. Muita vanhan hallituksen jatkavia jäseniä ovat Gynekologi Practicin edustajana Annika Tulenheimo-Silfvast ja keskussairaaloiden edustajana Marja-Liisa Mäntymaa Kotkasta.

Uusia kasvoja hallituksessa ovat varainhoitaja Taru Ahava, sihteeri Henna Kärkkäinen, erikoistuvien edustaja Pekka Ylitalo, Helsingin edustaja Mervi Halttunen-Nieminen, Tampereen edustaja Kirsi Kuismanen ja Oulun edustaja Kaarin Mäkikallio-Anttila.

SGY:n tilintarkastajaksi valittiin vuosikokouksessa 15.11.2013 uudelleen tilintarkastusyhteisö PwC:n tehtävään asettama tilintarkastaja KHT Jaana Salmi. Toiminnantarkastajaksi valittiin Mikko Loukovaara ja varatoiminnantarkastajaksi Päivi Pakarinen.

Yhdistyksen edustajina Väestöliiton kokouksissa ovat olleet Satu Suhonen ja Arimo Vallasto.

Kokoukset

Toimintakauden aikana SGY piti kaksi kokousta: vuosikokouksen 14.11.2013 Helsingissä ja kevätkokouksen Tampereella 8.5.2014.

Yhdistyksen hallitus kokoontui toimintakauden aikana yhteensä 7 kertaa. Pääosa hallituksen työstä on ollut yhdistyksen koulutustilaisuuksien suunnittelua ja järjestämistä. Tärkeä osa hallituksen työstä on ollut myös yhdistyksen taloudellisen tilanteen vakaana pitäminen; hallitus on miettinyt keinoja tulojen lisäämiseksi. Myös koulutuspäivien suunnitteluun ja parempaan koordinointiin on pyritty vaikuttamaan. Pienryhmät on aiempaa aktiivisemmin sidottu koulutusten järjestämiseen ja niiden toimintaa on muutenkin aktivoitu.

Jatko- ja täydennyskoulutustilaisuudet

Toimintakauden aikana SGY järjesti kahdet kaksipäiväiset koulutuspäivät.

Syksyn koulutuspäivät pidettiin Helsingissä 14.–15.11.2013. Torstai-päivänä aiheena oli akutologia ja ”Vaivaisia vastaanotolla”. Hot topics- luentoina kuultiin HPV-rokotteesta ja Obstetrisen potilaan anestesian tarkistuslistasta. Pe-päivän ohjelma oli onkologisen pienryhmän järjestämä ja siinä käsiteltiin gynekologista onkologiaa monipuolisesti. Prof. Jalid Sehouli Berliinistä oli päivän puhujatähti aiheenaan ”The role of ultraradical surgery in ovarian cancer.”

Tampereen kevätkokous järjestettiin 8.–9.5.2014. Torstai-päivän aiheena oli ultraääni, puhujatähtenä olivat prof. Roya Sohaey Portlandista, joka piti yhteensä 3 ultraääniaiheista luentoa sekä prof. Torvid Kiserud Bergenistä, joka puhui aiheesta: Brain or liver: fetal priorities. Perjantai-päivän ohjelman oli koonnut Reproendokrinologinen pienryhmä, ja aiheena olivat ehkäisyasiat. Molempien päivien ohjelma sai laajalti kiitosta. Iltajuhlassa jaettiin myös palkinto parhaasta ultraäänitapausselostuksesta, saajan valitsi pj. prof. Juha Räsänen ja palkinnon sai Terhi Piltonen.

Pienryhmien koulutuspäiviä ei tänä kautena järjestetty.

Muu erikoislääkärikoulutukseen liittyvä toiminta

Yhdistys jakoi toimintakauden aikana 5 kpl 1000 € matka-apurahoja erikoistuville lääkäreille, joilla oli kongressissa joko suullinen esitys tai posteri.

Pienryhmätoiminta

Gynekologisen reproduktioendokrinologian jäsenet ovat Antti Perheentupa (TYKS; pj.), Mervi Halttunen-Nieminen (HUS), Oskari Heikinheimo (HUS), Maritta Hippeläinen (KYS), Riitta Koivunen (Väestöliitto Oulu), Helena Tinkanen (Tays) ja Viveca Söderström-Anttila (Väestöliitto Helsinki).

2. Gynekologisen onkologian pienryhmän jäsenet ovat Arto Leminen (pj., HYKS), Riitta Koivisto-Korander (siht., HYKS), Maarit Anttila (KYS), Annika Auranen (TYKS), Sakari Hietanen (TYKS), Marja Komulainen (KYS), Mikko Loukovaara (HYKS), Reita Nyberg (Tays), Ulla Puistola (OYS); Maarit Vuento (Tays), Päivi Vuolo-Merilä (OYS).

3. Obstetrisen pienryhmän jäsenet ovat Jukka Uotila (pj., Tays), Marja Vääräsmäki (OYS), Maija-Riitta Orden (KYS), Veli-Matti Ulander (KOS), Eeva Ekholm (TYKS), Päivi Kivelä (Vaasan KS).

4. Urogynekologian pienryhmän jäsenet ovat Tomi Mikkola (pj., HUS), Raija Räty (siht., Lohjan AS) ja Kirsi Kuismanen (Tays), Tapio Väyrynen (Hyvinkään AS), Markku Santala (OYS), Riikka Aaltonen TYKS ja A-M Heikkinen (Kuopio) ad 31.12.13, Nina Mattsson (Kanta-Hämeen Ks)11.3.2014 alkaen.

5. Seksologian pienryhmän jäseninä ovat toimineet Katja Kero Turusta, Oulusta Hilkka Rautiainen, Kuopiosta Marita Räsänen ja Helsingistä Leena Väisälä. Tampereen aluetta on edustanut Minna Maunola Pirkko Brusilan toimiessa puheenjohtajana.

6. Erikoistuvien lääkäreiden pientyöryhmän (EGO) jäsenet ovat Pekka Ylitalo, (HYKS, pj.), Katri Rajala (KYS), Karoliina Tainio (HYKS), Maria-Elina Mosorin (OYS), Riina Katainen (TYKS), Elina Juuma (K-SKS) ja Johanna Kyrönlahti (Tays). Lisäksi hallituksen kokouksiin osallistui webmaster Henri Leminen (HYKS).

7. Kehitysyhteistyöpienryhmä (KYSGY). Jäsenet ovat Merja Metsä-Heikkilä (pj.), Teija Kulmala, Helena Laasonen, Juhani Toivonen, Mika Nuutila, Miira Klemetti ja Pekka Lähteenmäki.

Toimintakauden aikana pienryhmät ovat olleet aktiivisia.

Muu aktiviteetti

Gynekologian ja urologian kliinisten luokitusten ja valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen kliinisten kysymysten asiantuntijaryhmässä ovat toimineet Riikka Aaltonen, Päivi Härkki, Kari Nieminen, Raija Räty, Eija Tomás, Susanna Timonen ja Veli-Matti Ulander. Kansallisen äitiyshuollon asiantuntijaryhmässä ovat toimineet Tytti Raudaskoski ja Jukka Uotila.

Annetut lausunnot ja esitykset

Toimintakauden aikana SGY antoi yhteensä 4 lausuntoa. SGY antoi lausunnon THL:n luonnoksesta seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseksi, toimintaohje 2014–2020. SGY antoi lausunnon myös Käypä hoito työryhmälle osteoporoosin Käypä hoito -suosituksesta.

Toimintakauden aikana annettiin lausunto myös STM:n luonnokseen erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkäri-koulutuksen siirtotyöryhmän raportista sekä luonnoksista hallituksen esitykseksi terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta, terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun asetuksen muuttamisesta ja erikoislääkäri- ja erikoishammaslääkärikoulutuksesta sekä yleislääketieteen erityiskoulutuksesta annettavasta asetuksesta (STM 054:00/2013). Lisäksi annettiin lausunto STM:n luonnokseen terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun lain muuttamisesta sekä terveydenhuollon ammattihenkilöistä annetun asetuksen muuttamisesta. Lausunnot ovat luettavissa yhdistyksen nettisivujen kautta.

Kansainväliset yhteydet

FIGO:n Executive Committeen jäsenenä jatkoi Seija Grénman, hän edustaa kaikkia Pohjoismaita. NFOG:n hallituksen jäsenenä toimii pj. Juha Räsänen ja vpj. Seija Grénman, joka edustaa myös NFOG:a FIGO:ssa. NFOG:n koulutustoimikunnassa puheenjohtajana jatkoi Tomi Mikkola. NFOG:n tieteellisessä toimikunnassa yhdistystä edusti Antti Perheentupa.

Jorma Paavonen, Juha Räsänen ja Ulla Puistola ovat toimineet Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavican toimittajina.

EBCOG Councilin kokouksissa edustajina ovat toimineet pj. Juha Räsänen ja varapuheenjohtaja Seija Grénman. Juha Mäkinen on EBCOG:n hallituksessa "Working group on e-learning"-ryhmän puheenjohtajana.

Antti Perheentupa jatkoi IFFS:n Scientific Committeen jäsenenä.

Yhdistyksen talous

Yhdistyksen taloudellinen tilanne on heikentynyt edelliseen toimintakauteen verrattuna. Yhdistyksen tärkeimmät tulonlähteet olivat koulutuspäivien osallistumismaksut, Syklin ilmoitustilan myynti, jäsenmaksutulot ja näyttelytilan myynti koulutuspäivien yhteydessä pidettyihin kaupallisiin näyttelyihin. Koulutuspäiville osallistuminen on ollut syksyllä 2013 ja keväällä 2014 varsin vilkas. Edelliskauteen verrattuna taloudellista tilannetta heikensivät ainakin seuraavat asiat: 1) tällä tilikaudella pienryhmät eivät järjestäneet koulutustilaisuuksia ja 2) Syklin mainostulot ovat vähenemässä. Tästä huolimatta hallitus on päättänyt tukea nuoria tutkijoita ja tutkimussäätiötä entiseen tapaan, tämän kauden lahjoitus Säätiölle oli 15 000 euroa. Tulevalla kaudella hallituksen tärkeä tehtävä on saada talous tasapainoon.

Suurimmat menoerät ovat koostuneet koulutuspäivien järjestelyistä, sekä pienemmässä määrin jäsenyhdistyksille maksetuista jäsenmaksuista, Syklin kustantamisesta, hallituksen toiminnasta ja jaetuista apurahoista. Yhdistyksen kirjanpidosta ja tilinpäätöksestä on huolehtinut Tilitoimisto Riikka Olin.

Yhdistyksen koulutustilaisuuksissa jaetut palkinnot ja apurahat

Seth Wichmann- palkinto jaettiin vuonna 2013 Tampereen syyskokouksen yhteydessä LT Synnöve Staffille. Varttuneen tutkijan palkinto myönnettiin professori Jorma Paavoselle. Palkintojen suuruus oli yhdistyksen hallituksen päätöksellä 4000 euroa.

Erikoislääkärin apurahan klinikkavierailua varten (enintään 1500 €) sai Mervi Haapsamo vuosikokouksen yhteydessä.

Tampereen kevätkokouksessa ei vuonna 2014 jaettu Lounais-Suomen synnytys- ja naistentautiopin tutkimusrahaston apurahoja. Erikoistuvien lääkärien matka-apura- ▶

han (á 1000 €) sai neljä tutkijaa. Ne myönnettiin Anna Girsenille, Kati Korhoselle, Tiina Rantsille ja Riina Kataiselle.

Vuosikokouksessa Tampereella 2013 jaettiin Ulla-Maija Mäkilän muistorahaston palkinto vuoden 2012 parhaasta väitöskirjasta, ja sen sai Susanna Jaakkola.

Synnytys- ja naistentautiopin tutkimussäätiön apurahan (4000 €) saivat kevätkokouksessa vuonna 2014 Tampereella (väitöskirjatyöhön tai sen jälkeiseen post doc- tutkimukseen) Johanna Palmroth, Johanna Hynninen ja Katja Kero.

Sykli

Syklin päätoimittajana jatkoi Mari Aaltonen. Lehti on ilmestynyt toimikauden aikana neljä kertaa ja se on ollut luettavissa myös elektronisessa muodossa yhdistyksen kotisivuilla. Lehteä on edelleen pyritty kehittämään mahdollisimman hyvin yhdistyksen ja sen jäsenten tarpeita vastaavaksi tiedotuskanavaksi.

Kotisivut

SGY:n kotisivujen (www.gyn.fi) webmasterina toimii LL Johanna Hautala Helsingistä. Sivujen graafisen ulkoasun on suunnitellut Tauno Metsä-Heikkilä, ja sivujen tekninen toteutus on ostettu iisalmelaiselta IT-systems -firmalta. Nettisivuja on toimikauden aikana päivitetty sisällöllisesti tekemättä suurempia muutoksia ulkoasuun.

Vakuudeksi Kuopiossa 10.10.2014

Juha Räsänen	Henna Kärkkäinen
Suomen Gynekologiyhdistys r.y. Puheenjohtaja	Suomen Gynekologiyhdistys r.y. Sihteeri

Hallituksen pöydältä

■ Pj. JUHA RÄSÄNEN

• Hallituksen tämän vuoden viides kokous järjestettiin elokuun puolivälissä Snappertunassa ja kuudes kokous puolestaan Helsingissä lokakuun alkupuolella. Helsingin kokouksen yhteydessä pidimme myös yhteiskokouksen Synnytys- ja naistentautiopin tutkimussäätiön kanssa. Rahastonhoitajan pitämä talouskatsaus vakavoitti hallituksen jäsenet. Tämän vuoden tulopuolella on ollut vajetta. Yhtenä tärkeänä tekijänä on ollut se, että pienryhmät eivät järjestäneet omia koulutuspäiviä kuluneen vuoden aikana. Myös Syklin ilmoitustulot ovat laskeneet, varmaankin osittain tämän yleismaailmallisen laman takia. Menopuolella emme halunneet vähentää nuorten tutkijoiden taloudellista tukemista.

• Tampereen koulutuspäivien yhteydessä käynnistimme uudenlaisen presymposium-koulutuksen. Ensimmäinen presymposium pureutui sikiön ultraäänidiagnistiikkaan ja se oli osanottajamäärän suhteen menestys. Syksyn Turun päivien presymposiumissa paneudumme synnytyksen aikaisten hätätilanteiden simulaatio-opetukseen. Kouluttajat ovat erittäin kokenutta obstetrikkokaartia Turusta ja tähän toivomme etenkin nuorten kollegoiden aktiivista osallistumista. Ilmoittautuminen on hyvässä vauhdissa. Muistakaa, että nopeimmat pääsevät koulutukseen. Muistutan vielä ylilääkärikuntaa siitä, että nämä Turun koulutuspäivät järjestetään samanaikaisesti kirurgipäivien kanssa. Tämän pitäisi helpottaa klinikoiden työjärjestelyjä ja minimoida koulutuksesta johtuvia osastosulkuja. Eli yhteenvetona, tämä mahdollistaa nyt useamman kollegan osallistumisen koulutukseen! Turun päivien ohjelma on hyvin mielenkiintoinen, ensimmäisenä päivänä pureudutaan raskauteen ja synnytykseen liittyviin etiryistilanteisiin ja perjantai on varattu kehitysyhteistyöryhmän ja seksologian pienryhmille.

• Kevään 2015 Kotkan päivien yhteyteen olemme valinneet presymposiumin aiheeksi kolposkopiaopetuksen. Koulutuspäivien ohjelma on jo lyöty lukkoon ja sitä on esitelty tarkemmin aiemmassa Hallituksen pöydältä-kolumnissa. Yhden asian haluan ohjelmasta nostaa esille. Professori Mats Brännström puhuu kohtutransplantaatiosta ja aihe on erityisen ajankohtainen, kuten kaikki varmaankin ovat lehdistä lukeneet.

• Hallituksen kokoukset ovat paljolti keskittyneet koulutuspäivien ohjelman laadintaan. Syksyn 2015 koulutuspäivät järjestetään Helsingissä samanaikaisesti kirurgipäivien kanssa. Hallitus on käynyt keskusteluja kirurgiyhdistyksen kanssa mahdollisuudesta järjestää yhteiset koulutuspäivät. Keskustelujen jälkeen katsoimme parhaaksi, että pidämme tässä vaiheessa koulutuspäivät erillään. Toki tulevaisuudessa tämä mahdollisuus on olemassa. Pienryhmät ovat lähettäneet toimintakertomuksensa, joihin voi kotisivuillamme tutustua.

• Hallitus on ilahtunut, että jäseneksi yhdistykseen hakevia on enemmän kuin eroa pyytäneitä. Kaikki uudet jäsenet, tervetuloa Turkuun hakemaan jäsenkirjanne!!

• Tutkimussäätiön kanssa pidetyssä yhteiskokouksessa keskustelimme Ulla-Maija Mäkilän palkinnon tulevaisuudesta. Sekä hallituksella että tutkimussäätiöllä on yhteinen tavoite, että tätä perinteikästä palkintoa jaetaan myös jatkossa ja tutkimussäätiön puheenjohtaja jatkaa selvittelyjä, voidaanko Ulla-Maija Mäkilän säätiön rahoja siirtää tutkimussäätiön hallinnoinnin alaisuuteen.

• Kuten monet teistä ovat valitettavasti huomanneet, kotisivujemme palveluntuottajan kanssa on ollut ongelmia. Webmasterimme tekee tämän eteen kovasti töitä, että ongelmat saataisiin ratkottua. Syklin päätoimittajamme on tehnyt kiitettävää työtä lehtemme menestyksekkään tulevaisuuden eteen.

• Puheenjohtaja toivottaa kaikille hyvää syksyn jatkoa ja alkavaa talvea! ■

■ ANNIKA TULENHEIMO-SILFVAST

Kollegiaalisuudesta

Viime vuosi oli Suomen Lääkäriliitossa kollegiaalisuuden teemavuosi. Vuoden aikana käytyjen keskustelujen soisi jäävän pysyvästi kollegoiden ajatuksiin. Kollegiaalisuudessa ei missään nimessä ole kyse toisen virheiden peittelystä, vaan toistemme työn arvostamisesta ja siitä, miten yhdessä voisimme toimia potilaittemme parhaaksi. Kollegiaalisuuden toivoisin ulottuvan lisäksi kaikkiin ammattiryhmiin, jotka pyörivät saman potilaan ympärillä.

Syyskuussa kiinnittyi huomioni Kätilöopiston johdon laatimaan vastineeseen Hufvudstadsbladetissa olleeseen potilaan kirjoitukseen. Vastineen laatijat eivät tietenkään pystyneet siinä kommentoimaan yksittäistä tapausta, viestittivät vain etteivät remontin aiheuttamat muutokset ole aiheuttaneet sairaalassa potilasturvaa vaarantavaa ruuhkaa. Kaivettuani esille alkuperäisen, yli puolet lehden sivusta täyttävän kirjoituksen, tulin surulliseksi. Kyseessä oli tuore äiti, joka valitettavasti oli saanut postpartum vuodon, ymmärtääkseni istukan palan aiheuttaman. Hänelle oli tehty kaavinta. Kirjoituksesta välittyi lukijalle potilaan kokemana syvä, vanhalta kaunalta vaikuttava epäluottamus kätilön ja päivystävän sairaalalääkärin välillä. Potilas koki tulleensa pelastetuksi ammattitaitoisen ja määrätietoisen kätilön ansiosta, kätilön, joka uskalsi uhmata laiskaa, täysin luottamuskelvotonta lääkäriä. Kätilö oli vielä jälkeenpäin ottanut yhteyttä ja ilmoittanut tukevansa potilasta, jos tämä tekisi ilmoituksen lääkäristä. Näin oli saatu katkeroitumaan tämä potilas, joka lietsoo päivälehden sivuilla epäluottamusta ja kaunaa; ”hakee oikeuksiaan itsensä ja muiden takia.”

Gynaecologi Practicin hallitus työssään hallitusneuvottelujen ja tulevan toiminnan suunnittelun parissa syyskuussa 2014

Tilannetta on kirjoituksen perusteella mahdoton arvioida objektiivisesti: oliko tapahtunut virhe, oliko kyseessä kommunikaatio-ongelma vai mistä tilanne johtui? Joka tapauksessa tämän kätilön toiminta tapahtuneen aikana ja jälkeen oli saanut paljon pahaa aikaiseksi, eikä se tehnyt hänestä yhtään parempaa ihmistä tai ammattihenkilöä, kuin hän jo muutenkin oli.

Kätilön tilalla olisi yhtä hyvin voinut olla muukin ammattihenkilö: toinen lääkäri, apteekkityöntekijä tai joku muu hoitoon osallistuva. Jos herää epäilyä hoidon adekvaattiudesta, on siihen toki syytä puuttua, mutta ei potilaan välityksellä. Muistan hyvin apteekkarin, joka tuli ”lankoja pitkin” ja ilmoitti minun nyt kyllä täysin seonneen, kun olin kirjoittanut metformiinia ovulaatiohäiriöstä kärsivälle potilaalle. Keskustelun jälkeen ymmärsimme toisiamme ja potilaskin sai lääkkeensä. Sen sijaan, kun saman alan spesialistikollega penäsi potilaan välityksellä indikaatiota annettuun hoitoon, päätyi potilas kysymään minulta, kenen ohjeiden mukaan hän nyt tästä eteenpäin toimii. Onneksi hänen kohdallaan raskaus oli edennyt jo sen verran pidemmälle, että pystyin kehottamaan häntä tästä eteenpäin luottavaisesti jatkamaan toisen osaamisalueen kollegan hoidossa.

Olemme kaikki korkeasti koulutettuja ja varmasti pyrimme toimimaan potilaan parhaaksi. Teemme kaikki myös virheitä, väärinarviointeja ja omaamme myös erilaisia, perusteltujakin näkemyksiä asioista. Vaikka koulutuksemme ei ainakaan aiemmin sisältänyt juurikaan kommunikaatiotaitoja, soisi elämän niitä kerryttäneen. Ei paras ole välttämättä se, joka itse ilmoittaa olevansa maan paras. Mutta jos on epäselvyyksiä, yritetään hoitaa asiat potilaan kärsimättä. ■

■ HANNU VIEROLA, LL, naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri,
Suomen Terveystalo, Yläsavon Sote

Tupakoiva äiti – haaste lääkärille

Itä-Suomen Lääketiedepäivät 25.9.2014

Syöpäyhdistyksen tutkimuksen mukaan äideillä on harhakäsityksiä tupakoinnin vaarallisuudesta. Tupakoinnin lopettamisesta tulevan stressin ajateltiin olevan tupakointia haitallisempaa sikiöille tai että vauvan syntyminen pienipainoisempana tupakoinnin seurauksena olisi jopa hyödyllisempää kuin tupakoinnin lopettaminen.
Äidit jotka kokivat huonoa omatuntoa tupakoinnistaan raskausaikana, vähättelivät tupakoinnin haittoja. Paras keino vähentää nuorten äitien tupakointia olisi saada se loppumaan jo ehkäisyneuvolassa, mutta viimeistään raskauden alussa.

Pikkuiset -nukkesarja, konkretiaa tupakoiville ja päihteitä käyttäville odottajille.
Kuva Hannu Vierola

Suomessa raskaana olevista äideistä tupakoi 16 %. Se on yhtä korkea prosentti kuin 1980-luvun lopulla. Ruotsissa 30 % äideistä tupakoi 1980-luvun alussa mutta nyt vain 7 %. Suomessa akateemisista äideistä 3,4 % tupakoi ja vähän koulutetuista 22 % (Räisänen, 2012). Raskaudenaikainen tupakointi on 70 prosenttia vähäisempää kunnissa, joissa yliopistokoulutetun väestön osuus on suurin, vaikka naisella itsellään olisi alempi koulutus. Sosiaalinen paine ehkäisee äidin tupakointia (Räisänen, 2014). 42 % kaikista synnyttäjistä lopettaa tupakoinnin raskauden aikana ennen synnytystä. Alle 20-vuotiaista joka toinen tupakoi raskauden alussa mutta heistä vain joka kolmas (33 %) lopetti tupakoinnin raskauden ensimmäisen kolmanneksen aikana.

Neuvolan terveystiedon on oltava selkeää faktaa tupakansavun sikiövaikutuksista. Äidin tupakointi lisää lapsen ADHD:n, käytös- ja oppimishäiriöiden ja karsastuksen vaaraa. Tupakointi lisää myös sikiön epämuodostumia pienentäen aivoja, keuhkoja ja munuaisia (Anblagan, 2013). Tehokkain keino ehkäistä lapsen astmaa ja kätkytkuolemaa on olla tupakoimatta raskauden aikana.

Lyhyt nikotiinikorvaushoito raskauden alussa on turvallista ja sallittua, mutta hyöty on usein rajallinen. Tupakoivat äidit ovat haluttomia kokeilemaan nikotiinihoitoa, vaikka nikotiinipurukumia saa kaupasta yhtä helposti kuin tupakkaa. Terveydenhoitajan vuorovaikutustaidoilla on ratkaiseva merkitys tupakoinnin ehkäisyssä. Isän mukanaolo tupakoinnin lopettamisessa on tärkeää. Pikkuiset -nukkesarjan (*kuvassa*) käyttö neuvolassa auttaa konkretisoimaan tupakoinnin sikiöriskejä tupakoivalle äidille.

Uusi villitys, sähkötupakka, on susi lammasten vaatteissa ja keino jatkaa nikotiiniriippuvuutta ja tupakointia. Sitä ei voi suositella odottavalle äidille. Sähkösavukkeen käyttö vastaa höyrystyneen tuulilasinpesunesteen hengittämistä.

Makunautinnoista odottajan ei kuitenkaan tarvitse luopua: suklaan syöminen raskauden aikana laskee verenpainetta.

Tupakoivia äitejä tulee kannustaa liikkumaan. Vähäinenkin päivittäinen liikunta vähentää nikotiinin vieroitusoireita ja auttaa eroon tupakasta. On osattava räätälöity motivointi. Isoäidin tupakoinnin seuraukset voivat periy-

iStockphoto

Gynekologeja tarvitaan DAT:iin!

Lääkärit tupakkaa vastaan -verkosto – Doctors Against Tobacco (DAT)

Suomen DAT perustettiin vuonna 1994 lääkäreiden ja hammaslääkäreiden yhdyssiteeksi edistämään elämää ilman tupakkaa. DAT pyrkii aktivoimaan kaikkia terveysalan ammattilaisia, jotta he kiinnittäisivät huomiota potilaidensa tupakointiin ja auttaisivat heitä tupakoinnin lopettamisessa. Tärkeänä tavoitteena on ehkäistä lasten ja nuorten tupakoinnin aloittamista.

Verkosto järjestää koulutusta, tekee aloitteita ja ottaa kantaa tupakkakysymyksiin, antaa lausuntoja ja osallistuu julkiseen keskusteluun. Verkostoon kuuluu noin 350 eri alojen lääkäriä ja hammaslääkäriä. Verkostolla ei ole jäsenmaksua. Ilmoittautumalla jäseneksi tuot lisää painoarvoa tupakointia vähentävään työhön.

Pj. olli.simonen@fimnet.fi, siht. aira.lahtinen@koti.fimnet.fi.

tyä sukupolven yli epigeneettisesti, ilmaantuen lastenlasten kohonneena astmasairastavuutena ja poikasikiöiden alentuneena syntymäpainona (Li, 2005; Miller, 2014). Tiedemaailma ihmettelee, miksi tupakointiin liittyvää sikiön epämuodostumavaaraa ei tuoda riittävästi esiin neuvoloiden terveysvalistuksessa. Neuvoloissa tulee olla kirjallista materiaalia tupakoinnin sikiöhaitoista ja nikotiinikorvaushoidon toteuttamisesta.

Alkuraskauden ensimmäisellä lääkäri- ja terveydenhoitajakäynnillä on ratkaiseva merkitys. Neuvolasuositusten mukainen lääkärin tekemä laaja terveystarkastus on vasta 18. raskausviikolla ja runsaasti tupakoiva äiti lähetetään vasta tällöin äitiyspoliklinikalle. Vahinko sikiön keuhkoille ja aivoille on siinä vaiheessa jo tapahtunut. Ultraäänihoitajillekin tulisi koulutusten muodossa päivittää uusin tieto tupakoinnin sikiöhaitoista. Tehokkain keino estää vuosittain lähes 10 000 sikiön altistuminen äidin tupakoinnille olisi se, etteivät nuoret naiset polttaisi ensimmäistäkään savuketta. Tupakoivan naisen tulisi suunnitella raskautensa etukäteen ja lopettaa tupakointi ennen raskautta tarvittaessa nikotiinikorvaushoidolla tai varenikliinilla. Nikotiinikorvaushoito ennen raskautta olisi saatava Kela-korvauksen piiriin raskautta suunnitteleville naisille. Uudessa-Seelannissa, jossa nuoret äidit polttavat yhtä usein kuin Suomessa, tarjotaan ilmainen nikotiinikorvaushoito ja 300 dollarin voucher niille äideille, jotka puhaltavat nollat häkämittariin kahden viikon välein raskausviikolle 12 asti (Counties Manukau Health, 2014). Pitäisiköhän tätä kokeilla myös Suomessa? Lääkärit Tupakkaa Vastaan-järjestö (DAT) valmisteleekin valtakunnallista esitystä häkämittarin hankkimisesta jokaiseen suomalaiseen äitiysneuvolaan. ■

LÄHDEVIITTEET

Ekblad M1, Gissler M2, Korkeila J, Lehtonen L: Trends and risk groups for smoking during pregnancy in Finland and other Nordic countries. Eur J Public Health. 2014 Aug;24(4):544-51.

Suomen Syöpäyhdistys: Tupakointitutkimus 2013 – Suomalaisten näkemyksiä tupakoinnista.

Perinataalitilasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2012, THL Tilastoraportti 24/2013.

Hackshaw A: Maternal smoking in pregnancy and birth defects: a systematic review based on 173 687 malformed cases and 11.7 million controls. Hum Reprod Update 2011;17:589–604.

Heinonen K: Longitudinal study of smoking cessation before pregnancy and children's cognitive abilities at 56months of age. Early Human Development. Vol 87, Issue 5 , 353-359, May 2011.

Anblagan D; Maternal smoking during pregnancy and fetal organ growth: a magnetic resonance imaging study. PLoS One. 2013; 8(7): e67223.

Li YF: Maternal and grandmaternal smoking patterns are associated with early childhood asthma. Chest. 2005 Apr;127(4):1232-41.

Miller LL: Is the growth of the fetus of a non-smoking mother influenced by the smoking of either grandmother while pregnant? PLoS One. 2014 Feb 4;9(2):e86781.

Ekblad M: Smoking during pregnancy and brain development. Väitöskirja, Turun Yliopisto, 2013.

Oncken C: Nicotine replacement for smoking cessation during pregnancy. N Engl J Med. 2012 Mar 1;366(9):846-7.

Fagerström K-O: Hlökoht.tiedonanto, 2014. Nikotiinikorvaushoito raskauden aikana.

Tikkanen M: Tupakointi ja raskaus. Duodecim 2008; 124: 1224-7.

Hollams EM ym: Persistent effects of maternal smoking during pregnancy on lung function and asthma in adolescents. Am J Respir Crit Care Med. 2014 Feb 15;189(4):401-7.

Räisänen S ym: Smoking during pregnancy was up to 70% more common in the most deprived municipalities – A multilevel analysis of all singleton births during 2005–2010 in Finland. Prev Med. 2014 Jun 28;67C:6-11.

Vierola H: Tyttöjen ja naisten tupakkatietokirja. Tietosanoma, 2010. Hapekasta Odotusta, Arktinen Banaani, 2010.

MLL: Savuton Raskaus, 2014. Neuvolaesite. www.mll.fi. tilauspalvelu@mll.fi

Zhu JL: Parental smoking during pregnancy and ADHD in children: the Danish national birth cohort. Pediatrics. 2014 Aug;134(2):e382-8. doi: 10.1542/peds.2014-0213.

PiaProPy: Pikkuiset sikiönuket. Nukkesarja vastaten 9–28 raskausviikkojen sikiökokoa. www.pikkuiset.fi.

Prapavessis H: The effects of acute exercise on tobacco cravings and withdrawal symptoms in temporary abstinent pregnant smokers. Addict Behav. Mar 2014; 39(3): 703–708.

Maconachie GD: Risk factors and genetics in common comitant strabismus: a systematic review of the literature. JAMA Ophthalmol. 2013 Sep;131(9):1179-86.

Bailey BA: Using expired air carbon monoxide to determine smoking status during pregnancy: preliminary identification of an appropriately sensitive and specific cut-point. Addict Behav. 2013 Oct;38(10):2547-50.

Counties Manukau Health: New incentive to stop pregnant women smoking. womenwww.countiesmanukau.health.nz/AchievingBalance/Better-Health-Outcomes/smokefree2025/PregnancyServices/SPS-home.htm

Suomen Gynekologiyhdistyksen koulutuspäivät 27.–28.11.2014 Turku, Radisson SAS Marina

Torstai 27.11.2014

9.00 Edunvalvontasymposium:
Valinnanvapaus terveydenhuollossa
SLL, Suomen gynekologit-alaosasto
LT Lauri Vuorenkoski,
Terveyspoliittinen asiantuntija, SLL

10.00 Koulutuspäivien avaus
SGY:n pj. Juha Räsänen

Teema: Raskauden suunnittelu erityistilanteissa
Pj: Anna-Maija Tapper ja Juha Mäkinen

10.10 Lisääntymisterveyden trendejä
Prof. Mika Gissler, THL
10.40 Hedelmöityshoidot erityistilanteissa
Prof. Aila Tiitinen, HYKS
11.20 Ajankohtaisia eettisiä ja lainsäädännöllisiä näkökulmia hedelmöityshoitoihin
Lainsäädäntöneuvos Salla Silvola, Oikeusministeriö

12.00–13.00 Lounas ja näyttely

Teema: Raskauden suunnittelu erityistilanteissa jatkuu
Pj: Tytti Raudaskoski ja Seija Grénman

13.00 Naisen synnynnäinen sydänvika
Prof. Risto Kaaja, TY/SatKS
13.30 Raskaus elinsiirron jälkeen
Dos. Risto Tertti, TYKS
14.00 Nuorena syövän sairastaneiden naisten raskaudet ja synnytykset
LT Laura Madanat-Harjuoja, Lastentaudit, HUS, Suomen syöpärekisteri

14.30 Kahvitauko ja näyttely

Pj: Juha Räsänen
15.20 Seth Wichmann-luento

Teema: Raskauden suunnittelu erityistilanteissa jatkuu
Pj: Tytti Raudaskoski ja 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

19.00 Iltajuhla

Olemme sitoutuneet
Pro Medicon
Täydennyskoulutus-suositukseen

Perjantai 28.11.2014

Pj: Mervi Halttunen-Nieminen

8.30–9.20 Hot topics
Social Egg freezing: family planning for Twenty-first Century women?
Gillian Lockwood, Medical director
Midland Fertility Services Ltd, England
Sosiaalinen munasolun pakastus Suomessa
Dos. Viveca Söderström-Anttila, Väestöliitto
9.20 Discussion

9.30–10.00 Kahvitauko ja näyttely

Teema: Suomalainen gynekologi auttajana maailmalla
Pj: Merja Metsä-Heikkilä, Juha Tapanainen

10.00 Suomen kehityspolitiikka
LL, Senior Health Adviser Gisela Blumenthal
Ulkoasianministeriö, kehityspoliittinen osasto
10.30 ”Lääkärin sosiaalinen vastuu ry:n kehitysyhteistyöhankkeet – kokemuksia Nigeriasta ja Intiasta”
LL Miira Klemetti, EKKS
10.50 Rotary -järjestön avustusprojektit lääkäreille
EL Liisa Raatemaa, EKKS
11.10 Lääkärit SPR:n delegaatteina erilaisissa tehtävissä
Pirkko Tolvanen, Kansainvälisten ohjelmien tuen päällikkö, SPR
11.30 Lääkäri YK:n HIV/AIDS -ohjelman työntekijänä
LL Mari Luntamo, Turku
11.50 Kysymykset ja keskustelu
pj:t Merja Metsä-Heikkilä ja Juha Tapanainen

12.00–13.00 Lounas ja näyttely

Teema: Seksologiaa gynekologille
Pj: Pirkko Brusila ja Hannu Martikainen

13.00 Mielen seksuaalisuus – avain oman seksuaalisuuden ymmärtämiseen
Prof. Osmo Kontula, Väestöliitto
13.30 Naisen kokema haluttomuus
Kliininen seksologi, psykoterapeutti
Tarja Santalahti, Väestöliitto
14.00 Naisen seksuaalisilla toimintahäiriöillä geneettinen tausta?
PsM Annika Gunst, Åbo Akademi
14.30 Herkän siemensyöksyn vaikutus parisuhteeseen
Dos. Juhana Piha, Mehiläinen Turku

15.00 Päivien päätös SGY:n pj. Juha Räsänen

Tervetuloa obstetriikan hands on- ja simulaatiokoulutukseen TYKS:n naistenklinikalle keskiviikkona 26.11 klo 16–19.30.

Kuva Kadri Lill

Aikataulu:

16.00–17.30	simulaatio/hands on
17.30–18.00	kahvi
18.00–19.30	simulaatio/hands on

Koulutuspisteet:
1) Pihti- ja perätilatyöpaja
2) Hartiadystokiasimulaatio
3) Raskaana olevan elvytys -simulaatio
4) Vastasyntyneen virvoittelu -simulaatio

Ohjelma:
Työpajassa käydään läpi pihti- ja perätilasynnytyksen periaatteita lantiomallin avulla. Simulaatioissa on ensin teoriaosuus, jonka jälkeen harjoitellaan lavastetussa tilanteessa ja lopuksi käydään simulaation pohjalta oppimiskeskustelu. Huom! Kukin osallistuja on mukana kahdessa koulutuspisteessä.
Kerro ilmoittautuessasi mihin kahteen haluaisit osallistua ja laita ilmoittautumiseesi myös kolmas vaihtoehto varalle.

Hands on/simulaatiokoulutukseen otetaan 32 osallistujaa. Osallistumistushinta on 150 euroa. Koulutukseen osallistuvilta edellytetään osallistumista myös SGY:n syyskoulutuspäiville. Koulutukseen on haettu erikoistumispisteitä Naistentautien ja synnytysten alalle Itä-Suomen yliopistosta 4 h.

Kouluttajina toimivat professori Risto Erkkola, perinatologit Eeva Ekholm, Tuija Heikkinen ja Nanneli Pallasmaa, neonatologit Kalle Korhonen ja Hanna Soukka, anestesialääkärit Miretta Tommila ja Olli Vänttinen sekä kätilöt Sanna-Mari Manninen ja Mari Soini.

Ilmoittautuminen sähköpostilla osoitteeseen: eevekh@utu.fi Viimeinen ilmoittautumispäivä presymposiumiin on 14.11.

Uudet jäsenet SGY-päiville ilman osallistumismaksua

Haluamme tutustua uusiin jäseniimme koulutuspäivillä!
Tervetulotoivotuksena yhdistykseemme vapautamme uudet jäsenet koulutuspäivien osallistumismaksusta, kun he tulevat henkilökohtaisesti paikalle hakemaan jäsenkirjaansa jäsenyyden voimaantuloa seuraavien koulutuspäivien SGY-kokoukseen. (Etua ei voi käyttää myöhemmin.) Mainitsethan ilmoittautuessasi, että olet uusi jäsen. Tervetuloa!

SGY:n Syyskoulutuspäivät Turussa 27.–28.11.2014 Marina Palace

Syyskoulutuspäivät 2014 järjestetään Turussa, uudistetussa Marina Palacessa Turun keskustassa, Aurajoen rannalla Linnakatu 32, Turku. http://www.radissonblu.fi/hotelli-turku

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

Ilmoittautumislomakkeessa on pakolliset osiot, jotka täyttämällä lomakkeen saa lähetetyksi suoraan Duodecimiin. Ilmoittautuminen on tehtävä 12.11.2014 mennessä. Ilmoittautumisia koskevat tiedustelut: koulutussihteeri@duodecim.fi. Sähköposti on tärkeä ilmoittaa, koska halutessasi todistuksen osallistumisesta saat kokouksen jälkeen arviointilomakkeen sähköpostilla.

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

HUOM! Maksukäytäntö:
Osallistumismaksusta lähetetään lasku kaksi viikkoa ennen koulutuspäiviä ilmoittautujan antamaan osoitteeseen. Ilmoittautumispäivän 12.11.2014 jälkeen tehdyistä peruutuksista osallistumismaksua ei palauteta ja sen jälkeen ilmoittautuneilta peritään osallistumismaksun lisäksi toimistokuluja 15 e.

Iltajuhla vietetään Marina Palacen Kustaa Juhana – juhlatiloissa. Luvassa on hulvatonta menoa Turkulaisten speksien virittämänä, lopputahtien tahdittajana Neljä Veljeä – ja ehkä enemmänkin. Avecien iltajuhlamaksu on 80 €.

Majoituskiintiö on myös varattu kokous-iltajuhla -hotelliimme:
Hotelli Radisson Blu Marina Palace, Linnakatu 32, Turku.
Tel +358 20 1234 710
Tunnuksella SGY varattavissa 29.10.2014 saakka 100/ 110 €.
(yhden/kahden hengen huone) info.turku@RadissonBlu.com

Tervetuloa !!!

Suomen Gynekologiyhdistyksen vuosikokous

Paikka: Radisson Blu Marina Palace, Turku
Aika: 27.11.2014 klo 17.00

Esityslista

1. Kokouksen avaus
2. Kokouksen järjestäytyminen ja esityslistan hyväksyminen
3. Kokouksen laillisuus ja päätösvaltaisuus
4. Kevätkokouksen 2014 pöytäkirja
5. Sääntömääräiset kokousasiat
   - 5.1 Vuosikertomus, tilinpäätös ja tilintarkastuskertomus
   - 5.2 Vastuuvapauden myöntäminen
   - 5.3 Jäsenmaksun suuruus
   - 5.4 Hallituksen erovuoroiset jäsenet ja uusien valinta
   - 5.5 Tilintarkastajan, toiminnantarkastajan ja varatoiminnantarkastajan valinta
6. Apurahojen jako
   - 6.1 Erikoistuvien ja erikoislääkäreiden matka-apurahat
7. Jäsenasiat
   - 7.1 Uusien jäsenien jäsenkirjojen jako
   - 7.2 Kunniajäsenten valinta
8. Ilmoitusasiat
   - 8.1 Tulevat koulutuspäivät
     - 8.1.1 16.–17.4.2015 Kevätkokous, Kotka
     - 8.1.2 26.–27.11.2015 Vuosikokous, Helsinki
9. Muut asiat
   - 9.1 U-M Mäkilän palkinnon tulevaisuus
10. Kokouksen päättäminen

Kuopiossa 15.8.2014

SGY:n hallitukselta toimeksiannon saaneena
Henna Kärkkäinen
SGY:n sihteeri

SGY Kevätkoulutuspäivät 2015
Kotkan Höyrypanimo

Torstai 16.4.2015

9.00 Koulutuspäivien avaus SGY pj. Juha Räsänen
9.05 Tietoisku (aihe avoin)

Teema: Kohtu sairastaa
Puheenjohtajana: Annika Tulenheimo-Silfvast ja Johanna Mäenpää

9.45 Myoomista – mitä uutta?
LL Pia Suvitie, TYKS
10.15 Myoomien hoito
ei-kirurginen (20 min.)
Dos. Maritta Hippeläinen, KYS
kirurginen (20 min.)
Dos. Anna-Mari Heikkinen, Suomen Terveystalo
11.00 Adenomyoosi
LT Päivi Joki-Korpela, HUS
11.30 Endometriumpolyyppi. Milloin poistan?
Dos. Päivi Härkki, HYKS

12.00–13.00 LOUNAS

Puheenjohtajana Aila Tiitinen ja Juha Mäkinen
13.00 Office-hysteroskopia
Dos. Ritva Hurskainen, Hyvinkään sairaala, HUS
13.30 Uterusanomaliat, merkitys ja hoito
Prof. Pentti Heinonen, TAYS
14.00 Uterus transplantation
Prof. Mats Brännström, Göteborg

14.45–15.30 Kahvitauko ja näyttely

15.30 Sektioarpi gynekologisena ongelmana
LL Reita Nyberg, TAYS
16.00 Fertility preservation in gynecological malignancies
Prof. Mats Brännström, Göteborg

16.45 SGY kevätkokous

Olemme sitoutuneet
Pro Medicon
Täydennyskoulutus-suositukseen

Perjantai 17.4.2015

Teema: Voiko raskausongelmia ennustaa ja estää?

Pj: Jukka Uotila ja Kaarin Mäkikallio

8.30 Kannattaako pre-eklampsiaa seuloa ja voidaanko sitä ehkäistä?
LT Elina Keikkala, HUS

9.00 SGY tutkii
Pj. Prof. Seija Grénman

Kahvitauko 9.45–10.30

Teema: jatkuu
10.30 Ennenaikaista synnytystä ennustavat biomarkkerit
LT Mervi Väisänen-Tommiska, HUS
11.00 Clinical value of the assessment of cervical length during pregnancy
Professor Jay Iams, Ohio State University
11.30 Progesteronin merkitys ennenaikaisen synnytyksen estossa
Dos. Erja Halmesmäki, HYKS
12.00 The role of cervical cerclage /pessary in the prevention of preterm birth
Professor Jay Iams, Ohio State University

12.30–13.30 Lounas

13.30 Teema: Korioamnioniitti
Pj: Prof. Seppo Heinonen ja Marja-Liisa Mäntymaa

Puolesta / vastaan
13.30 Invasiivinen infektiodiagnostiikka ennenaikaisen lapsivedenmenon yhteydessä
Puolesta Dos. Vedran Stefanovic
Vastaan Dos. Eeva Ekholm

14.15 Korioamnioniitti ennenaikaisessa raskaudessa
Välitön synnyttäminen on tarpeellista
Dos. Jukka Uotila
Synnyttämistä voidaan odottaa
Prof. Liisa Lehtonen

15.00 Kuume ja korioamnioniitti täysiaikaisessa synnytyksessä
Dos. Leea Keski-Nisula
15.20 Mitkä gynekologiset infektiot tulee tutkia ja hoitaa raskausaikana
Dos. Tytti Raudaskoski

15.40 Koulutuspäivien päätös
SGY:n pj. prof. J. Räsänen

FIN-GOG 2015
6. valtakunnallinen gynekologisen onkologian koulutus
3.–4.9.2015 Kuopio, Scandic Hotel

Järjestäjä: SGY:n onkologinen pienryhmä
Kohderyhmä: Koulutukseen kutsutaan 100 lääkäriä gynekologisia syöpiä hoitavista sairaaloista

Alustava ohjelma

Keskiviikko 2.9.2015

Presymposium

Torstai 3.9.2015

Gynekologisen syövän diagnostiikkaa

Diagnoosista hoitoon
Johtaja ylilääkäri Jorma Penttinen, KYS

Kuvantamisen standardit syövän diagnostiikassa
radiologi OYS

Diffuusio-MRI munasarjasyövän kuvantamisessa
LL Kirsi Härmä, HYKS

PET-CT:n merkitys syövän diagnostiikassa ja hoidossa
TYKS

Merkkiaineiden merkitys maligniteetin arvioimisessa
LT Sami Saarelainen, TAYS

Ravitsemustilan arvioinnin merkitys preoperatiivisesti
dos. Ursula Schwab, Itä-Suomen yliopisto, KYS

Preoperatiivinen anestesiaan liittyvä suunnittelu
anestesialääkäri Ulla Ruohoaho, KYS

Syöpäpotilaan leikkauksen suunnittelun kulmakivet
LL ML Eloranta, KYS

Perjantai 4.9.2015

Gynekologisen syöpäpotilaan sädehoito

Sädehoidon 5R
Päivi Arponen-Esteves, HYKS

Sädehoidon lyhyen ja pitkänajan haittavaikutukset gynekologista syöpää sairastavalla
Maija Harrela, HYKS

Ulkoinen sädehoito gynekologisessa syövässä
LT Hanna Sallinen, KYS

Kudoksen sisäisen sädehoidon käyttö gynekologisissa syövissä
Dos. Maarit Anttila, KYS

Ontelon sisäinen sädehoito: kriittinen katsaus tämän päivän käytänteisiin
fyysikko Jan-Erik Palmgren KYS

Kohtusyövän sädehoito – update
TYKS

Sädehoidon mahdollisuudet ulkosynnytinten syövässä
Reita Nyberg, TAYS

3 x tapausselostuksia

Suomen Lapsi- ja Nuorisogynekologinen yhdistys ry
Finlands Barn- och Ungdomsgynekologisk förening rf

V Dan Apter -symposium 26.3.2015

Meilahden tornisairaala, LS 4, Helsinki

9.00 Ilmoittautuminen. Aamukahvi
9.50–10.00 Symposiumin avaus. Laure Morin-Papunen

Puheenjohtaja Eeva Nikkola
10.00–10.45 Lapsen seksuaalisen hyväksikäyttöepäilyn tutkinta – epäilyn heräämisestä oikeussaliin. Leena Salovartio, syyttäjä, Espoon kihlakunnanoikeus
10.45–11.30 Somaattiset tutkimukset ja löydökset hyväksikäyttöepäilyissä. Annasiina Kotiranta, LT, LNS
11.30–12.15 Seksuaalinen väkivalta – toipumisen edellytykset ja kohtaamisen keinot. Maaret Kallio, erityisasiantuntuja, psykoterapeutti (YET), Väestöliitto

12.15–13.15 Omakustanteinen lounas

Puheenjohtaja Laure Morin-Papunen
13.15–13.45 Yhdistelmähormoniehkäisyn metaboliset vaikutukset. Terhi Piltonen, LT, OYS
13.45-14.15 Yhdistelmähormoniehkäisyn edulliset vaikutukset. Leila Unkila-Kallio, dosentti, HYKS
14.15–14.45 Yhdistelmähormoniehkäisyn käyttöön liittyvät haitat ja riskit. Elina Vuori-Holopainen, LT, HYKS
14.45–15.15 Nuoren ehkäisyongelma – miten hoidan? Satu Suhonen, dosentti, Helsingin kaupunki
15.15–15.30 Symposiumin päätös

Yhdistyksen vuosikokous pidetään välittömästi luentojen jälkeen.

www.slangy.fi

FIGO
Vancouver
XXI FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics
4 - 9 October 2015

Registrations are now open
www.figo2015.org

MINISUN®
Multivitamin
MAMA
Uusi parempi koostumus
Raskauden ja imetyksen aikana
Minisun Multivitamin Mama on monivitamiinivalmiste erityisesti raskaana oleville, imettäville ja raskautta suunnitteleville naisille. Se sisältää juuri oikeassa suhteessa kaikki raskauden aikana tärkeät vitamiinit ja hivenaineet, joista erityisen tärkeitä ovat D-vitamiini, foolihappo, rauta ja sen imeytymistä edistävä C-vitamiini.
UUSI parempi koostumus, nyt enemmän foolihappoa.
VERMAN
APTEEKISTA.

Koulutuskalenteri SGY

■ PEKKA YLITALO päivitetty 23.10.2014 (pekka.ylitalo@helsinki.fi)

2014

MARRASKUU

- 8.-11.11.2014 15th Biennial Meeting of the International Gynecologic Cancer Society (IGCS), Melbourne Australia. www.igcs.org
- 14.11. Suomen Menopaussitutkimusseuran syyskokous, Helsinki. menopaussiseura.net
- 16.-19.11. The 15th Congress of the International Society of Twin Studies, Budabest Hungary. www.twinstudies.org
- 27.-28.11. SGY Vuosikokous, Turku

JOULUKUU

- 4.-7-12. The 20th World Congress on Controversies in Obstetrics, Gynecology & Infertility (COGI), Pariisi Ranska
- 12.12. Gynaecologi Practici koulutuspäivä, Helsinki

2015

TAMMIKUU

- 29.-31.1 NUGA Nordic Urogynecological Association 29th Biannual Meeting, Tukholma Ruotsi. www.nuga-info.org

HELMIKUU

- 2.-7.2. Society for Maternal-Fetal Medicine: 34rd Annual Meeting. The Pregnancy Meeting, San Diego, CA USA. www.smfm.org

MAALISKUU

- 5.-8.3 Oslo Endoscopy Winter Meeting, Oslo Norja. osloendoscopicwintermeeting.blogspot.no
- 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
- 26.3. 5. Dan Apter-symposium, Helsinki. www.slangy.fi

HUHTIKUU

- 15.-18.4. The 8th International DIP Symposium (Diabetes, Hypertension, Metabolic syndrome & Pregnancy), Berliini Saksa. www.comtecmed.com
- 16.-17.4. SGY Kevätkokous, Kotka

TOUKOKUU

- 21.-22.5. EGO-päivät, ultraääni, Oulu.

KESÄKUU

- 3.-4.6. 1st Nordic Congress on Gynecological Endoscopy, Middelfart Tanska. www.ncge2015.dk
- 9.-13.6. Annual Meeting of IUGA (International Urogynecological Association), Nizza Ranska. www.iuga.org

SYYSKUU

- 11.-13.9. World Class CME: Fetal and Women's Imaging, Seattle Yhdysvallat.

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 Tsekki. 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, Helsinki

Ilmoitusehdotuksia otetaan vastaan!

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

Seuraava Sykli 1/2015 ilmestyy 20.2.2015, aineiston ja ilmoitusten jättöpäivä on 16.1.2015

SGY:n hallitus

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

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

Marja-Liisa Mäntymaa
Kymenlaakson KS/Naistentaudit
Kotkantie 41, 48210 Kotka
marja-liisa.mantymaa@carea.fi

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

www.gynekologiyhdistys.fi

TUTKITTU MYÖS SUOMESSA

elonva®
korifollitropiini alfa

Todistettu teho:

▸ 38,9 % jatkuvia raskauksia aloitettua hoitosykliä kohti[1]

Potilasystävällinen hoito:

▸ 1 korvaa 7[2]

Viite 1: Devroey P, et al. Hum Reprod 2009; 24(12):3063-72.
Viite 2: Elonva® -valmisteyhteenveto
Tutustu Elonva® -valmisteyhteenvetoon ennen lääkkeen määräämistä.

ELONVA®
Vaikuttavat aineet ja niiden määrät: ELONVA 100 mikrogrammaa injektioneste, liuos. Yksi esitäytetty ruisku sisältää 100 mikrogrammaa korifollitropiini alfaa 0,5 ml:ssa injektionestettä. ELONVA 150 mikrogrammaa injektioneste, liuos. Yksi esitäytetty ruisku sisältää 150 mikrogrammaa korifollitropiini alfaa 0,5 ml:ssa injektionestettä. **Lääkemuoto:** Injektioneste, liuos (injektioneste). Kirkas ja väritön vesiliuos. **Käyttöaiheet:** ELONVA on tarkoitettu hallittuun munasarjojen stimulaatioon yhdessä GnRH-antagonistin kanssa useiden munarakkuloiden kypsyttämiseksi naisille, jotka osallistuvat hedelmöityshoito-ohjelmaan. **Annostus ja antotapa:** ELONVAa suositellaan käytettäväksi vain hedelmättömyyden hoitoon erikoistuneen erikoislääkärin valvonnan alaisena. *Annostus:* Enintään 60 kg painaville naisille annetaan 100 mikrogrammaa kerta-annoksena. Yli 60 kg painaville naisille annetaan 150 mikrogrammaa kerta-annoksena. Stimulaatiopäivä 1: ELONVA annetaan kertainjektiona ihon alle, mieluiten vatsan alueelle varhaisen follikulaarivaiheen aikana. Stimulaatiopäivä 5 tai 6: Hoito gonadotropiinia vapauttavan hormonin (GnRH) antagonistilla aloitetaan 5. tai 6. stimulaatiopäivänä riippuen munasarjavasteesta. Stimulaatiopäivä 8: seitsemän vuorokautta ELONVA-pistoksen jälkeen hoitoa voidaan jatkaa antamalla päivittäisinä injektioina (rekombinanttia) follikkelia stimuloivaa hormonia (rFSH:ta), kunnes kriteerit munasolun lopullisen kypsymisen käynnistymisestä (kolme ≥ 17 mm:n munarakkulaa) täyttyvät. *Erityisryhmät:* Munuaisten vajaatoiminta: Munuaisten vajaatoimintaa sairastavilla ei ole tehty kliinisiä tutkimuksia. Koska korifollitropiini alfan eliminaatio voi olla heikentynyt munuaisten vajaatoimintaa sairastavilla potilailla, ELONVAn käyttöä ei suositella näille naisille. Maksan vajaatoiminta: Vaikka tietoa maksan vajaatoimintaa sairastavilta potilailta ei ole saatavilla, maksan vajaatoiminta epätodennäköisesti vaikuttaa korifollirtopiini alfan eliminaatioon. *Antotapa:* ELONVA-pistoksen voi annostella ihon alle nainen itse tai hänen kumppaninsa edellyttäen, että lääkäriltä on saatu selkeät ohjeet. **Vasta-aiheet:** Yliherkkyys vaikuttavalle aineelle tai kohdassa mainituille apuaineille. Munasarja-, rinta-, kohtu-, aivolisäke- tai hypotalamuksen kasvaimet. Poikkeava emätinverenvuoto, jonka syytä ei tunneta tai jota ei ole diagnosoitu. Primaarinen munasarjojen toimimattomuus. Munasarjakystat tai suurentuneet munasarjat. Aikaisempi munasarjojen hyperstimulaatio-oireyhtymä (OHSS). Aikaisemmassa munasarjojen kontrolloidussa hyperstimulaatiossa (COS) havaittu ultraäänitutkimuksessa yli 30 munarakkulaa ≥ 11 mm. Antraalisten munarakkuloiden määrä lähtötilanteessa > 20. Kohdun leiomyoomat, joiden vuoksi raskaus on mahdoton. Lisääntymiselinten epämuodostumat, joiden vuoksi raskaus on mahdoton. Munasarjojen monirakkulaoireyhtymä (PCOS). Varoitukset ja käyttöön liittyvät varotoimet: Ennen hoidon aloittamista lapsettomat parit pitää tutkia tarkoituksenmukaisella tavalla ja raskauden oletettavat vasta-aiheet tulee arvioida. ELONVA on tarkoitettu annettavaksi kertainjektiona ihon alle. Saman hoitokierron aikana ei pidä antaa ylimääräisiä ELONVA-injektioita. Potilailla, joilla on lievä, kohtalainen tai vaikea munuaisten vajaatoiminta, korifollitropiini alfan erittyminen saattaa olla heikentynyt. Siksi ELONVAn käyttöä ei suositella näiden naisten hoidossa. ELONVAn käytöstä yhdessä GnRH-agonistin kanssa on vain vähän tietoa. ELONVAn käyttöä ei suositella yhdessä GnRH-agonistin kanssa. Naiset, joilla on voimakkaan munasarjavasteen tunnettuja riskitekijöitä, saattavat olla erityisen alttiita OHSS:n kehittymiselle Elonva-hoidon jälkeen. Munasarjojen ensimmäisen stimulaatiosyklin aikana, jolloin riskitekijät tunnetaan vasta osittain, naisen tilaa on seurattava tarkoin munasarjojen hyperstimulaatio-oireyhtymän varhaisten merkkien ja oireiden havaitsemiseksi. OHSS-riskin pienentämiseksi munarakkuloiden kehittymistä on seurattava ultraäänitutkimuksen avulla ennen hoitoa ja säännöllisin välein hoidon aikana. Samanaikaisesta seerumin estradiolipitoisuuksien määrittämisestä saattaa myös olla hyötyä. Hedelmöityshoidossa OHSS:n riski on suurentunut, jos vähintään 11 mm:n suuruisia munarakkuloita on 18 tai enemmän. Jos follikkeleita on yhteensä 30 tai enemmän, hCG:a ei pidä antaa. Suositellun ELONVA-annoksen ja hoito-ohjelman noudattaminen ja huolellinen munasarjavasteen seuranta on tärkeää OHSS-riskin pienentämiseksi. Munasarjan kiertymistä on raportoitu gonadotropiinien, myös Elonvan, käytön jälkeen. Monisikiöraskauksia ja -synnytyksiä on raportoitu kaikkien gonadotropiinihoitojen yhteydessä. Hedelmöityshoitoja saavilla hedelmättömillä naisilla kohdunulkoisten raskauksien ilmaantuvuus on suurentunut. Synnynnäisten epämuodostumien ilmaantuvuus saattaa olla jonkin verran suurempi hedelmöityshoidon jälkeen kuin spontaanin hedelmöitymisen jälkeen. Useilla hedelmättömyyden hoito-ohjelmia läpikäyneillä naisilla on todettu sekä hyvän- että pahanlaatuisia munasarjojen ja muiden lisääntymiselinten kasvaimia. Ei tiedetä, lisääkö gonadotropiinihoito näiden kasvainten riskiä hedelmättömillä naisilla. Gonadotropiinihoitojen, myös Elonvan, jälkeen on raportoitu tromboembolisia tapahtumia sekä OHSS:n yhteydessä että erillisinä. Jos naisella on yleisesti tunnettuja tromboembolisten tapahtumien riskitekijöitä, gonadotropiinihoito voi lisätä tätä riskiä. Katso tarkemmat tiedot valmisteyhteenvedosta. **Varoitukset ja käyttöön liittyvät varotoimet:** Ennen hoidon aloittamista lapsettomat parit pitää tutkia tarkoituksenmukaisella tavalla ja raskauden oletettavat vasta-aiheet tulee arvioida. ELONVA on tarkoitettu annettavaksi kertainjektiona ihon alle. Saman hoitokierron aikana ei pidä antaa ylimääräisiä ELONVA-injektioita. Potilailla, joilla on lievä, kohtalainen tai vaikea munuaisten vajaatoiminta, korifollitropiini alfan erittyminen saattaa olla heikentynyt. Siksi ELONVAn käyttöä ei suositella näiden naisten hoidossa. ELONVAn käytöstä yhdessä GnRH-agonistin kanssa on vain vähän tietoa. ELONVAn käyttöä ei suositella yhdessä GnRH-agonistin kanssa. ELONVAa ei ole tutkittu potilailla, joilla on munasarjojen monirakkulaoireyhtymä (PCOS). ELONVAn käyttöä ei suositella näiden naisten hoidossa. Munasarjavasteen todettiin olevan voimakkaampi ELONVA-hoidon kuin päivittäin annettavien rFSH-annosten jälkeen. Tästä johtuen naiset, joilla on voimakkaan munasarjavasteen tunnettuja riskitekijöitä, saattavat siten olla erityisen alttiita OHSS:n kehittymiselle ELONVA-hoidon aikana tai sen jälkeen. Suositellun ELONVA-annoksen ja hoito-ohjelman noudattaminen ja huolellinen munasarjavasteen seuranta on tärkeää OHSS-riskin pienentämiseksi. Monisikiöraskauksia ja -synnytyksiä on raportoitu kaikkien gonadotropiinihoitojen yhteydessä. Synnynnäisten epämuodostumien ilmaantuvuus saattaa olla jonkin verran suurempi hedelmöityshoidon jälkeen kuin spontaanin hedelmöitymisen jälkeen. Katso tarkemmat tiedot valmisteyhteenvedosta. **Yhteisvaikutukset:** ELONVAlla ei ole tehty yhteisvaikutustutkimuksia muiden lääkkeiden kanssa. **Raskaus ja imetys:** ELONVAa ei pidä käyttää raskauden tai imetyksen aikana. **Vaikutus ajokykyyn ja koneiden käyttöön:** Tutkimuksia valmisteen vaikutuksesta ajokykyyn tai koneiden käyttökykyyn ei ole tehty. **Haittavaikutukset:** Kliinisissä tutkimuksissa yleisimpiä ELONVA-hoidon aikana raportoituja haittavaikutuksia ovat OHSS (5,2%), lantion alueen kipu (4,1%) ja vaivat (5,5%), päänsärky (3,2%), pahoinvointi (1,7%), väsymys (1,4%) ja rintojen oireet (1,2%). Katso tarkemmat tiedot valmisteyhteenvedosta. **Kestoaika:** 3 vuotta. **Säilytys:** Säilytä jääkaapissa (2° C – 8° C). Mukavuutta ajatellen potilas voi säilyttää valmistetta 25° C:ssa tai sen alle olevassa lämpötilassa enintään yhden kuukauden ajan. Ei saa jäätyä. Pidä ruisku ulkopakkauksessa. Herkkä valolle. **Pakkaukset ja hinnat** (VOH+alv 07/2014)**:** ELONVA 100 mikrogrammaa 633,59 €, ELONVA 150 mikrogrammaa 633,59 €. **Korvattavuus:** Peruskorvattava.

Lisätiedot: Valmisteyhteenveto (tekstin muuttamispäivämäärä 21.3.2014) tai **MSD**, Keilaranta 3, 02150 Espoo, puh. (09) 804 650, www.msd.fi, www.parempaaelamaa.fi

Copyright © 2014 Merck Sharp & Dohme Corp., a subsidiary of Merck & Co., Inc., Whitehouse Station, NJ, USA. All rights reserved. 01-2016-WOMN-1106337-0000

MSD

■ MARI AALTONEN

Varhaiskeski-ikäisen erikoislääkärin aakkoset

Meinasin laittaa että nuoren, mutta en kehdannut. Muutkin ovat julkaisseet elämänsä aakkosia ja niitä näkee naistenlehdissäkin. Tai siis, enhän minä niitä ehdi lukea, mutta kuulemma näkee. Ajattelin sitten koota omani, lähinnä ammatillisesta näkökulmasta, nyt noin vuoden ikäisenä naistentautien ja synnytysten erikoislääkärinä. Viritin aivoni työmoodiin ja valitsin sen, mitä kustakin kirjaimesta tuli ensimmäisenä mieleen. Ihan pienellä sensuurilla kyllä.

A Ammattitaito. Tietysti. Jotain voi opetella teoriatasolla, jotain kertyy mukaan kun vain tekee. Mutta jos tekee ja yrittää oppia samaan aikaan, ja osaa vielä kyselläkin viisaammilta (kohtuudella, koska kaikki välttelevät kollega Riesaa) (eihän se ole oikeasti kenenkään sukunimi?) saattaa saavuttaa jonkinlaisen ominaisuuden jota ammattitaidoksikin voi nimittää. Tähän kuuluvat myös vuorovaikutustaidot potilaiden ja muun henkilökunnan kanssa.

B Ballonki. Bulkamid. Borderline eli rajalaatuinen. Mitä näitä nyt on.

C Cervixkarsinooma. Ei hyvä. Mutta hoitoa löytyy. Koska kävin viimeksi papassa?

D Ihme kirjaimia tässäkin kielessä. No vaikka diureesi. Gynekologikaan ei saisi unohtaa seurata.

E Elämänlaatu. Aika monessa gynekologisessa ongelmassa on kyse siitä. Elämän synnyttäminen ja sairastuneen ihmisen elämän jatkaminen on tärkeää, mutta kyllä tämäkin on!

F F-diagnoosit. Ilahduttavat aina niin kierrolla kuin poliklinikalla. Vakavasti ottaen, pitäisi muistaa huomioida nekin kun tekee hoitopäätöksiä.

G Gynekologit. Gynekologiyhdistys! Vie paljon aikaani, mutta niinhän kiintymyksen kohteet aina tahtovat tehdä.

H Hysterektomia. Uteruksen poisto, mutta hysteerisyyttä kai uskoivat entisaikaan poistavansa. Vaativa, vaikka onkin rutiinia. Aluksi painajainen. Ei, pitää sanoa ”haaste.” Sekin sopii h-kirjaimeen. Kun vähän olin oppinut, vaginaalisesta tuli suosikkini.

I Illat. Arvokas aika. Iltakoulutukset ja iltavastaanotot versus perheaika ja harrastukset. Tasapainotella saa.

J Jökö. Suppea erityispätevyys. Lisäkoulutus. Ajankohtainen mietittävä, käytännössä ei niinkään ajankohtainen, kun nuoria erikoislääkäreitä on rutkasti enemmän kuin koulutuspaikkoja.

K Koulutukset. Niihin ei ikinä harmita lähteä. Aina oppii jotain, näkee vanhoja tuttuja ja löytää uusia. Paljon kahvia ja ilmavaivoja. Joskus jotain päänsärkyjäkin.

L Lapset, sanoo työminänikin. Ne vaan ovat niin. Minulle on vieläpä osuneet kaikkien aikojen hienoimmat.

M Munasarjat! Mystiset munasarjat. Onko oudompaa elintä? Niin tärkeä ja joskus niin harmillinen. Ja munatorvet. En ymmärrä vieläkään, miten se munasolu muka aina löytää tiensä sinne, kun ne saattavat sojottaa minne tahansa ja suoletkin sekaantuvat hommaan. Ei tätä tietysti potilaille kehtaa tunnustaa, eikä kollegoille. Ei kun hupsista.

N Niilo. Se mikä sanellaan aina diagnoosikoodeihin. Miksi kaikki sanovat Niilo? Mikä oikeus

sillä Niilolla on siinä olla. Naistentaudeilla! Miksei Niina tai Noora? Minäkin sanelen ”Niilo.”

O Opettaminen. Se on hauskaa! Varsinkin jos osaa. Jos ei, niin ainahan voi ryhtyä kiireiseksi ja liueta. Ja palata asiaan, kun on käynyt itse lukemassa sen jostain.

P Tähän olisi löytynyt paljon. Mutta potilaan valitsen. Ei asiakas, vaan potilas. Se tyyppi, jonka takia olemme töissä. Joskus siitä pitää muistutella itseään ja muitakin.

Q Queen bed. Erään tutkimuspöydän nimitys. Vanha, hyvä ja potilaallekin mukava.

R Raskaus, tietysti. Rakas ystävämme. Syy lähettää kuka tahansa potilas mihin tahansa kellonaikaan gynekologin arvioon, oli vaiva mikä tahansa. Aika usein meidän näkökulmastamme pielessä, ihan väärällä ihmisellä, väärään aikaan tai väärässä paikassa. Mutta onneksi vain siksi, että emme tapaa kaikkia niitä, joilla se on ihan kohdallaan.

S Syöpä. Pilaa elämiä. Vaikuttava sairaus. Kova vastustaja. Lähestymme sen nujertamista monesta suunnasta, mutta ihan vielä emme ole siellä.

T Tiede. Tutkimus. Tavoitteet. Tulokset. Alkoi jotenkin korventaa ylämahalla. Kun olisi aikaa!

U Ureter. Piilossaan vaaniva luikero, joka pitää löytää, mutta jättää rauhaan.

V Vulva, vagina. Milloin ongelmat vaativat alapään, milloin yläpään hoitoa? Miten saada potilas uskomaan anatomiansa normaaliksi? Miten helpottaa kroonistuneita kipuja ja sukupuolielämän ongelmia, jotka invalidisoivat? Kuinka auttaa, kun lantionpohja pettää? Ks. E -kirjain.

W Wertaistuki! Armaat työtoverit. Tuli heti mieleen sen jälkeen, kun kirjoitin edellisen, mutta en halunnut sitäkään poistaa. Ehdottoman tärkeää työnohjausta ja tyhjän käkätystä. Välillä myös jaettua angstia.

X Kromosomien kromosomi!

Y Se toinen kiva ja tarpeellinen.

Z Zetan vetäminen. Nukkuminen. Ohjelmassa iltaisin yleensä liian myöhään, muuten satunnaisesti.

Å Åbo. Siellä nähdään, SGY-päivillä 27.–28.11.

Ä Äiti. Oma äitini, joka on valtava apu tämän paletin koossa pitämiseksi. Kuvassa.

Ö Öinen työskentely. Päivystäessä, mutta melko usein johtuu myös omasta saamattomuudesta ja kaiken viime tinkaan jättämisestä. ■

Kuvia postikortteihin

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