

Sykl

Ylilääkäri
Juhani Toivonen
saateltiin eläkkeelle

Uutta Syklissä:
Keittiötaidetta Pekka
Venesmaan paletilta



Potilasvahingot herättivät
ajatuksia SGY:n
kevätkoulutuspäivillä

Organon Nuvaring



Sykli

SISÄLTÖ

Pääkirjoitus 5

Juhannuksena Juha Mäkinen

Ylioppilas Toivonen eläkkeelle 6

– Jorvin sairaalan naistentauti- ja synnytysyksikön ylilääkäri Juhani Toivonen eläköityi Vappuna

Sukusolujen käsittely ja varastointi luvanvaraiseksi 10

SGY:n kevätkoulutuspäivillä keskusteltiin potilasvahingoista ja sairauksien seulonnasta 12

Luentolyhennelmät 14

SGY:n kevätkoulutuspäivät 26.–27.4.2007

FINHYST 2006 – valtakunnallinen kohdunpoistotutkimus 23

– Tea Brummer esittelee tutkimuksen alustavia tuloksia

Reitari, Kalle ja Pekka – taidetta ja keittiötaidetta 24

– Esittelyssä uuden Keittiötaidetta -palstan pitaja Pekka Venesmaa

Ajassa 27

– Uusi palsta ajankohtaisille asioille ja uutisille

Keittiötaidetta 30

Kolme polvea keittiössä – Pekka Venesmaa tarinoi italialaisesta makumatkasta

Erikoistuvat kokoontuivat Kuopiossa 32

– Kuulumisia EGO-päiviltä

Hyvä systeemi 33

– Tarja Olkinuora Gynecologi Practicista pohtii koulutuspäivien antia

Hallituskolumni 35

On muutoksen aika Paavo Mäntyviita

Hallituksen pöydältä 36

Apurahat 38

Koulutusta 40

Koulutuskalenteri 46

Päätoimittajalta 50

Syklistesti Merja Metsä-Heikkilä

Sykli

Julkaisija ja kustantaja:

Suomen Gynekologiyhdistys ry –
Finlands Gynekologförening rf

Päätoimittaja:

Merja Metsä-Heikkilä
Katrillipolku 11 C
04420 Järvenpää
puh. 040 730 4293
s-posti: merja.metsa-heikkila@
kolumbus.fi

Toimitusneuvosto:

Tarja Olkinuora
Maija-Riitta Ordén
Anne Rissanen
Aila Tiitinen
Antti Valpas

SGY:n tiedotussihteeri:

Maija-Riitta Ordén
KYS / Naistenklinikka
PL 1777, 70211 Kuopio
puh. 044 717 2700,
040 594 4999
s-posti: maija-riitta.orden@kuh.fi

Ilmoitusmyynti:

Päivi Pakarinen
HYKS / Naistenklinikka
PL 140, 00029 HUS
puh. (09) 4716 1531
s-posti: paivi.pakarinen@hus.fi

Ulkoasu: Taitotasku Oy

Repro: A5 Plate Media Oy

Paino: PunaMusta

Sykli verkossa:
www.sykli.gyn.fi

Osoitteenmuutokset:

SGY:n sihteeri
Seija Ala-Nissilä
TYKS / Naistenklinikka
PL 52
20521 TURKU
seija.ala-nissila@tyks.fi

Seuraava Sykli 4/2007
ilmestyy 14.9.2007,
aineiston ja ilmoitusten
jättöpäivä on 14.8.2007

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

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



Kannen kuvassa: Syklin edellistä päätoimittajaa Pauli Wirtaa muistettiin SGY:n mitaililla. Vasemmalta Seija Ala-Nissilä, Merja Metsä-Heikkilä, Juha Mäkinen ja Pauli Wirta.
(kuva: Juha Tapanainen)

Novo Activelle



Juhannuksena

On Suomen lipun päivä, vuoden pisin päivä ja valoisin yö, maistuu uudet perunat ja silakka, tuoksuu Juhannuskoivut eli meijut, maittaa vihtasauna ja kokon lämpö. Mutta miten on runon laita? Yritin yhdellä lorulla viime pääkirjoituksessani ”runoilla” kevään tuloa siinä kuitenkin vähän epäonnistuen. Jos selaat vanhan Syklin, huomannet, että painovirhepaholainen oli pudottanut lorun toisen rivin – kevät tuli – pois ja jos taas lisäät tuon, kulkee riimitys paremmin. Riimityksestä silti viis, nyt on jo kesä siis. Kohta myös tuo otsikon juhla Juhannus.

Viittaukseni vanhaan Sykliin on myös vihje verrata sitä kokonaisuutena tähän uuteen. Päätoimittajan nyt vaihduttua on lehden sisältöön ja taittoon tullut uusia ilmeitä, joista kiitos Merjalle. Haluaisin taas toivoa, että nämä uudet avaukset innostaisivat jäsenkuntaa laajemminkin vaikkapa kommentteihin sekä kirjoituksiin ja ainakin lukemaan – vaikka Juhannuksena. Merja on jo aktivoinut mukaan joitakin kollegoja, joiden palstoilta saat hyödyllistä tietoa. Katso, kokeile ja nauti. Vaikkapa tänä Juhannuksena! Ne teistä, jotka haluaisivat myös osallistua voivat ottaa yhteyttä joko Merjaan tai Syklin toimitusneuvostoon, joka edustaa varsin laajalti

alueellisia näkökulmia ja alamme eri sektoreita. Pienet kevennyksetkin ovat ajoittain paikallaan, kun tiukkaa koulutusinfoa tulee vuoden mittaan riittämiin. Vaikka runopalsta? No ei, ei kai ja leikki leikkinä, tosiasiat tosiasioina. Sykli purjehtii myötäisessä ja hyvä niin.

Juhannukseen on vielä hetki mutta kesän nyt jo alettua on loruilun sijaan paikka yhdelle todelliselle runolle. Se on kuulunut allekirjoittaneen Juhannukseen tai oikeastaan sen aaton ohjelmaan jo vuosikausia. Porilaisittain olen ”pruukannut” lausua tuolloin läsnäoleville ennen puoltayötä runon Juhannus/Mittumaari, jonka on kirjoittanut Einari Vuorela. Samalla kun toivotan Teille hyvää ja rentouttavaa kesää ja loman aikaa, ikuistan tuon runon tähän alle (lainaus viitteellä sallittu). Että tällaista nyt tänä Juhannuksena.

*Ui vettä parvet venheitten,
käy saariin nuorten saatto.
Soi laulu riemumielinen
ja kokot palaa roibuten,
on Mittumaarin aatto.*

Suomen Turussa 15.5.2007

JIM

Ylioppilas Toivonen eläkkeelle

■ Teksti ja kuvat MERJA METSÄ-HEIKKILÄ

Ylioppilas Toivonen. Ei dosentti, ei ylilääkäri, jotka nekin olisivat oikein, vaan ylioppilas. Miksi?

– En muista, miten nimitys vakiintui, mutta se tapahtui vasta lääkäriksi tulon jälkeen ja on vain ”jäänyt päälle”. Hyvä titteli sen on!

Me kollegat vuosien varrelta olemme oppineet tuntemaan Juhani Toivosen pohdiskelevan, humnistisen elämänasenteen ja sitä taustaa vasten on helppo ymmärtää lääkärin ammatin valinta. Mutta miksi gynekologia?

– Sytyke tuli professori Tapani Luukkaisen luennosta steroidihormoneista lääketieteellisen kemian kursilla vuonna -64. Asioista tiedettiin silloin huomattavasti vähemmän kuin nyt, mutta silti aihe oli äärimmäisen kiehtova. Kandivaiheessa tein sitten Tapani Luukkaisen kanssa jo yhteistyötä perustutkimuksen parissa, mutta varsinaisen yhdessä tutkiminen alkoi myöhemmin, Juhani muistelee.

Kansainvälisyyttä ja perhesuunnittelua

Useita vuosia professori Luukkaisen johtama steroidilaboratorio Siltavuorenpenkereellä olikin jos ei nyt toinen koti niin ainakin merkittävä etappi matkalla töistä kotiin.

– Heti erikoistumisen jälkeen aloitin myös tutkimustyön Tapani Luukkaisen ryhmässä steroidilaboratoriossa. Siellä oli tärkeä, kannustava ja tukea antanut yhteisö. Se avasi laajoja kansainvälisiä yhteyksiä tiedon äärelle – mikä ei ollut niin helppoa ja jokapäiväistä kuin nykyään. Yhteydet ja yhteistyö käsittivät muitakin lisääntymisen nä-

kölulmia kuin biologiaa. Mukaan tulivat kansainväliset yhteistyökumppanit ja yhteisöt, muun muassa Population Council, jotka toimivat yleisemmin väestökysymyksen parissa. Tuo yhteisö on muovannut merkittävästi ajattelutapaani ja tuonut elinikäisiä ystäviä, Juhani kertoo.

Seksuaaliterveyden ja erityisesti perhesuunnittelun kysymykset ovat olleet läheisiä Juhani Toivoselle koko hänen ammattiuransa ajan. Hän toimi heti valmistumisensa jälkeen useita vuosia Väestöliiton keskusneuvolan osa-aikaisena vastaavana lääkärinä. Tuo työ oli luonnollinen jatkumo tutkimusalueelle ja avasi edelleen uusia ovia kansainvälisyydelle, tällä kertaa kansainväliseen lisääntymisterveyden etujärjestöön International Planned Parenthood Federationiin (IPPF), jonka jäsen suomalainen Väestöliittokin on. Keskeiseksi väestökysymyksen ratkaisussa nousi naisen aseman kohtaminen.

– Asioiden ratkaisu on vain 15 % osalta mediisiinaa, muu on kasvatus, valistusta, päättäjien lobbausta, verkostoitumista jne. Sen oivaltaminen, että ihmisillä ei ollut riittävästi keinoja lisääntymisen hillitsemiseksi ja että se piti yllä tavatonta määrää inhimillistä kärsimystä on pitänyt yllä jatkuvaa kiinnostusta perhesuunnitteluun ja seksuaaliterveyden edistämiseen laajemminkin, Juhani selittää.

Monet lääkärit työskentelevät jokin aikaa ulkomailla tutkijoina tai osallistuvat alamme kansainvälisten järjestöjen toimintaan. Juhani Toivosen yhtymäkohdat kansainvälisyyteen liittyvät nekin perhesuunnitteluun, hän on ollut IPPF:n johtotehtävissä sekä toimi-

nut YK:n väestörahaston UNFPA:n arvointiryhmässä. Millaisia ovat perhesuunnittelun globaalit haasteet? Onko mikään muuttunut kolmessakymmenessä vuodessa?

– Suhtautuminen on muuttunut demografisesta yksilökeskeiseen lähestymiseen. Enää ei kuvitella, että pakko-toimilla, esimerkiksi Kiinan kaltaisella yhden lapsen politiikalla, voitaisiin ratkaista väestöongelma. Yksittäiselle ihmiselle on tarjottava mahdollisuus päättää lisääntymisestä ja samanaikaisesti on kohennettava elämisen olosuhteita ja tiedon tasoa. Väestö kuitenkin kasvaa yhä, ongelma ei ole väistynyt. Vaikka väestön kasvunopeus onkin alentunut, se ylittää edelleen uusiutumiseen tarvittavan määrän. Edelleen tarvitaan tässä asiassa herätysliikettä – ei riitä, että puhumme aavikoitumisesta tai ilmaston muutoksesta. Ne ovat sidoksissa yhä kasvavaan väestömäärään maapallolla ja ellei tätä ratkaista, ei ratkaista myöskään ympäristökysymystä. Tutkimukseen tällä alueella satsataan kuitenkin globaalisti nykyään jopa vähemmän kuin ennen!

Uppsalan erikoislääkärinä

Juhani Toivonen muutti Uppsalaan erikoislääkäriksi ja tutkijaksi vuonna 1990, mutta siirtyi ruotsalaisten suureksi harmiksi takaisin Suomeen, HYKS:n naistenklinikan apulaisylilääkäriksi vuonna 1992. Meillä suomalaisilla on usein hieman kaksijakoinen suhtautuminen ruotsalaiseen tapaan toimia, mutta Juhani piti näkemästään.

Jorvin sairaalan naistentautien ja synnytysten yksikön ylilääkäri, dosentti Juhani Toivonen jäi eläkkeelle työtätekevien ja opiskelijoiden juhlan aikoihin, Vappuna 2007, kuten ylioppilaalle sopiikin. Ylioppilas hänestä tuli alunperin Jyväskylän Norssista -62 ja lääkäriksi hän valmistui Helsingistä -70. Erikoistuminen naistentauteihin ja synnytyksiin tapahtui samassa kaupungissa ja ehkäisyrenkaita koskeva väitöskirja valmistui -80. Sairaalaura alkoi Jorvista ja päättyi Jorviin. Juhani Toivonen aloitti Jorvin sairaalassa osastonlääkärinä vuonna -76, kuukautta ennen sairaalan varsinaista avaamista potilaille. Naistentautien ja synnytysten yksikön johtajana Juhani toimi vuodesta 1995 aina eläkkeelle jääntiinsä saakka. Väliin mahtuu kuitenkin jorvittomiakin vuosia Uppsalan Akademiska sjukhusetissa ja HYKS:n Naistenklinikalla.



– Työskentely Uppsalassa oli avartava kokemus. Tunsin sieltä aiempien tutkimuskontaktien kautta kollegoja, vastaanotto oli erinomainen. Ruotsalainen tapa toimia oli todella pohtivampi ja keskustelevampi ja vähemmän hierarkkinen verrattuna omaamme. Toimintaa leimasi avoimuus – kaikki tiesivät, mitä toiset tekevät. Kuulun ilmeisesti niihin aika harvoihin, jotka eivät suoralta kädeltä yhdy ruotsalaisen johtamiskulttuurin mantanomaiseen kritisoimiseen – keskustelussa ja sitoutumisessa on puolensa. Voihan myös olla, että Akademiikka ei ollut ”tyypillinen” ruotsalainen yhteisö. Asiat kuitenkin luistivat ja töitä tehtiin kunnolla. Luulen, että suuri osa omasta johtajuudestani pohjaa Ruotsin kokemuksiin.

Muutoksen ruletti – onko jatkuva muutos todella tarpeen?

Viimeiset työvuodet Suomessa osuivat ”suuren rahatietoisuuden” ja HYKS:n ja koko pääkaupunkiseudun terveydenhuollon organisaation jatkuvan myllerryksen aikaan. Kokemukset sa-

vat Juhanan pohtimaan johtamiskulttuuria yleisemminkin.

– Olisi epäeettistä olla ottamatta huomioon talouden asettamia rajoja. Jatkuvan muutoksen välttämättömyden hokemisen tarpeellisuutta sen sijaan epäilen. Kun meillä on ”evidence based medicine”, pitäisi vaatia myös ”evidence based administration”! Päätösten vaikutusta ei analysoida etukäteen, tuskin usein jälkikäteenkään. Kun vaaditaan reaaliaikaisuutta, asioihin on otettava kantaa ja tehtävä päätöksiä hyvin lyhyellä varoitusaajalla, eikä ehditä miettiä tarpeeksi. Asioiden ja päätösten valmisteluun ja pohjustamiseen on aivan liian vähän aikaa. Olisiko todella löydettävissä hyvä hallintotapa, jolloin tehdyt päätökset perustuisivat perusteelliseen etukäteiselvitykseen?

Jorvin naistentautien ja synnytysten klinikasta on kehkeytnyt Juhani Toivosen johdolla houkutteleva ja haluttu työpaikka lukuisille nuorille, hyvin koulutetuille gynekologeille ja obstetrikkoille. Millainen on hyvä klinikka?

– Työssä pitää olla autonomiaa. Ongelmat on käsiteltävä tuoreeltaan. Ero

tulee siitä, myönnetäänkö etupäässä vapauksia vai rajoituksia. Vapauksia voi myöntää vähän kevyemmänkin harkinnan jälkeen, mutta rajoitukset pitää miettiä ja perustella todella hyvin, Juhani vastaa.

Työtä ja elämää, elämää ja työtä

Ihminen ei elä vain leivästä, sanotaan. Läheiset, työyhteisön tuki ja ymmärrys sekä ystävät ja kaverit ovat olleet Juhanan elämässä eteenpäin kantava voima. Sen huomasi erityisen konkreettisesti Juhanan kunniaksi järjestetyissä symposiumissa ja iltajuhlissa. Luennoissa käsiteltiin sekä ehkäisyhistoriaa että seksuaaliterveyden tulevia haasteita ja juhlapuheissa niin kollegat ja ystävät lääkiksen karsintakurssilta kuin pitkän tutkijan ja lääkärin uran varreltakin muistelivat lämmöllä Juhania ystävänä, työtoverina ja esimiehenä.



Steroidilabran tutkijoita eri vuosikymmeniltä.



Miehenin halaus lähtijälle.



Pontus Molander Jorvista kertoo suomalaisen ja ruotsalaisen johtamistavan eroista.



– Tavataan siellä missä ennenkin, kokouksissa, meetingeissä, yhteisissä riennoissa, kaikkialla mihin kutsu käy, Juhani lupaa.

Juhani on innokas ja monipuolinen lukija. Pyydän valitsemaan muutaman tärkeimmän lukukokemuksen ja tässä on Juhanin lista:

- *Dante*: Jumalainen näytelmä. Siinä on kaikki.
- *Andrei Belyi*: Peterburg. Loistava kieli, aikapommi, kaaos, elämä...
- Kaikki *Vladimir Nabokov*n teokset. Miksei saanut Nobelia?
- *William Faulkner*: Villipalmut. Kamppailu, uhri, häviö.
- *Raymond Queneau*: Zazie – Pariisin päiviä. Varsinainen ilotulitus.
- *Joseph Conrad*: Pimeyden sydän. Nimi kertoo.

Elämän kokemukset ja tapahtumat muovaavat ihmistä ja eläkkeelle lähtiessä voi jo yrittää poimia niitä tärkeimpiä. Juhanille niitä on kaksi.

– Steroidilaboratorio on ollut ajattelun kannalta keskeinen. IPPF toi mukaan kansainvälisen vahvan näkökulman, kärsimyksen tajun. Tyttäreni Nooran katoaminen hänen kiivettessään Cho Oyun rinteellä Tiibetissä oli toinen – ajatukset eivät varsinaisesti

muuttuneet, mutta sen ymmärsin, että ihmiselle on sallittava se, mikä on hänelle ehdottoman tärkeää.

Juhani Toivonen ei kuulu niihin kollegoihin, jotka siirtyvät eläkkeelle pikkuhiljaa, vaan on päättänyt luopua kaikista työaktiiviteeteistaan, niin kliinisestä työstä kuin opetuksestakin. Mitä on kirjapinossa?

– Ensimmäiseksi olen päättänyt lukea Marcel Proustin Kadonnutta aikaa etsimässä. Se pino on jo odottamassa, ruotsiksi. Siinä vierähtäneekin jonkin aikaa! Myös Ernst Brunnerin ja Orhan Pamukin tuotanto odottaa, kertoo Juhani. Proustin teosten viimeisen osan suomentaja Annikki Suni onkin sanonut lehtihaastattelussa: ”Jos lukija pääsee kiinni näin kiinnostavaan kirjailijaan kuin Marcel Proust, se on elämän pelastus. Sen jälkeen ei tarvitse mitään depressiolääkkeitä.” Voimme siis päästää hyvillä mielin Juhanin eläkkeelle, mutta missä tapaamme, kun ikävä iskee?

– Tavataan siellä missä ennenkin, kokouksissa, meetingeissä, yhteisissä riennoissa, kaikkialla mihin kutsu käy, Juhani lupaa. ■



Anestesiaylilääkäri Markku Hyninen Jorvistä muistelee ”johtoryhmän lääketieteellisen filosofian opintopiiriä”.

Tulosyksikön johtaja Majja Haukkamaa ja Juhani Toivonen kuuntelemassa juhlapuheita.

UCB Kentera

Sukusolujen käsittely ja varastointi luvanvaraiseksi

Suomen Gynekologiyhdistyksen reproduktioendokrinologian pientyöryhmä järjesti 24.5.2007 lapsettomuuslääkäreille koulutustilaisuuden, jonka aiheena olivat uudet hedelmöityshoitoja säätelevät lait ja säädökset. Jatkossa hedelmöityshoitoja tulevat koskemaan sekä hedelmöityshoitolaki, joka astuu voimaan 1.9.2007 sekä kudoslain muutos, joka astuu voimaan jo 1.6.2007. Tilaisuuden järjestelyjä tuki Merck Serono. Koska aihe on sangen ajankohtainen, paikalla oli runsaasti osanottajia ja alustukset herättivät erittäin vilkkaan keskustelun.

Lakeihin liittyvät asetukset ja Lääkelaitoksen ohjeet ovat vielä tätä kirjoitettaessa valmisteltavana. Kuitenkin hedelmöityshoitoja tarjoavien klinikoiden pitää laatia lupahakemukset kesän aikana, ja ne pitää jättää Terveystieteiden oikeusturvakeskukseen ja Lääkelaitokseen 1.9.2007 mennessä. Tästä syystä on luonnollista, että monenlaista epätietoisuutta ja kysymyksiä aiheen ympärillä riittää.

IVF-klubissa tulevista säädöksistä ja ohjeista olivat kertomassa lakimies Janne Pitkävirta sosiaali- ja terveysministeriöstä, lakimies Riitta Burrell

TEOsta sekä yliproviisori Eeva Leinonen Lääkelaitoksesta. Koska Veripalvelua koskeva veridirektiivi on hyvin samankaltainen kuin nyt tulevia lakeja ja koskeva kudosedirektiivi, oli paikalla käytännön kokemuksista kertomassa projektipäällikkö Mervi Ahlroth Veripalvelusta.

Uusi hedelmöityshoitolaki voimaan 1.9.2007

Hedelmöityshoitolaki määrittelee edellytykset hedelmöityshoidon antamiselle sekä sukusolujen luovutukselle ja varastoinnille. Laissa säädetään myös hoidon tuloksena syntyvän lapsen oikeudesta saada tieto alkuperästään. Samalla muutetaan tarpeellisin osin isyyslakia. Laki on katsottu tarpeelliseksi, koska hedelmöityshoito koskettaa useita osapuolia: lapsi, äiti, äidin parikumppani, sukusolujen tai alkuioiden luovuttaja. Keskeisenä tavoitteena on hoidon avulla syntyvän lapsen edun turvaaminen. Lain valmistelun aikana eniten keskustelua ovat aiheuttaneet lapsen oikeus saada tietoonsa sukusolujen lahjoittajan henkilöllisyys, sijaissynnytys sekä yksinäisten naisten ja naisparien hoito.

Hedelmöityshoitolaki tulee voimaan 1.9.2007. Sen mukaan hedelmöityshoitoja antavilla terveydenhuollon toimintayksiköillä tai erikoislääkäreillä on oltava Terveystieteiden oikeusturvakeskuksen lupa sukusolujen ja alkuioiden varastointiin ja hedelmöityshoidon antamiseen. Lupa voidaan myöntää, jos yksiköllä on toiminnan edellyttämä erityisasiantuntemus ja henkilökunta sekä asianmukaiset tilat ja laitteet toimintaa varten. Lupa voi-



HYKS:n naistenklinikalla lain edellyttämää erityisasiantuntemusta edustaa prof. Aila Tiitinen.

daan myöntää myös niin, että se koskee vain tiettyä varastointi- tai hoitomenetelmää.

Kudoslaki koskee myös sukusoluja ja alkioita

Laki ihmisen elimien, kudoksien ja solujen lääketieteellisestä käytöstä tulee voimaan 1.6.2007. Kudoslain mukaan kudospankki, terveydenhuollon toimintayksikkö tai muu yksikkö, jossa suoritetaan ihmiskudosten ja -solujen käsittelyyn, säilömiseen, säilytykseen tai jakeluun liittyviä toimia taikka joka vastaa kudosten ja solujen hankinnasta tai testaamisesta, on lain tarkoittama kudoslaitos. Koska hedelmöityshoitoilaisissa tarkoitetut palvelujen antajat ovat myös kudoslain tarkoittamia kudoslaitoksia, niihin sovelletaan hedelmöityshoitolain ohella kudoslain säännöksiä ja niiden on Terveystieteiden oikeusturvakeskukselta haettavan luvan lisäksi haettava toimilupa Lääkelaitoksesta.

Tärkeätä on siis huomata, että myös niiden terveydenhuollon yksiköiden, jotka tekevät pelkästään inseminatioita, pitää hakea toimintaansa varten lupa sekä TEOsta että Lääkelaitoksesta. Pelkkiä hormonihoitoja ohjeet eivät koske. ■



SGY:n kevätkoulutuspäivillä
keskusteltiin

potilasvahingoista ja sairauksien seulonasta

■ Teksti ja kuvat MERJA METSÄ-HEIKKILÄ

SGY:n kevätkokous ja koulutuspäivät Espoon Dipolissa keräsivät reilut 200 kiinnostunutta kuulijaa. Koulutuksessa keskityttiin tällä kertaa virtsan karkailun ongelmiin, potilasvahinkojen haasteisiin sekä sairauksien seulontaan. Yhdistyksemme sai kevätkokouksessa 16 uutta jäsentä ja apurahojakin jaettiin.

Virtsan tahaton karkaaminen on haaste sekä potilaalle että lääkärille. Potilaalle se tarkoittaa usein merkittävää haittaa ja rajoitinta jokapäiväisessä elämässä. Lääkärin haasteena on saada potilaan kertomuksesta selkoa vaivan luonteesta ja valita oikea, potilaan elämää helpottava hoito. Näihin kysymyksiin haettiin vastauksia SGY:n urogynekologian pienryhmän suunnittelemassa presymposiumissa, jossa esiteltiin myös uunituore Käypä hoito -suositus aiheesta. Saamamme luentolyhennelmät julkaistaan tässä lehdessä.



Suomalainen miesgynekologi
– katoava voimavara?

Vahingosta viisastuu!

Jokainen lääkäri yrittää tehdä parhaansa hoitaessaan potilasta. Silti vahinkoja sattuu – parhaille lääkäreille pahimmat vahingot, kuten ylilääkäri Aulikki Wallin TEO:sta totesi. Hoitovahingot ovat luultua yleisempiä ja niiden riski kasvaa suhteessa ”altistukseen” – kun tehdään paljon töitä, vahinkojakin sattuu enemmän. Tämä on näkynyt mm. tilastoissa ajalta, jolloin hoitotakuun tullessa voimaan alettiin urakalla purkaa hoitojonoja.



Sihteeri ja puheenjohtaja varmistavat kaiken sujumisen.



Pekka Ylöstalo ja Eeva-Marja Rutanen, entisiä HYKS:n naistenklinikkalaisia.

Uudet jäsenet saivat jäsenkirjansa.

Vuoden 2006 merkittävimmästä väitöskirjasta palkittiin Marianne Hinkula Oulusta.



Vahingoista voi myös oppia, mikä tuli erinomaisesti esille professori Pertti Mustajoen luennoissa. Peijaksen sairaalassa on ollut vuodesta 2004 menossa projekti, jonka tavoitteena on ollut tunnistaa virheet, ilmoittaa niistä ketään syylistämättä ja pyrkiä löytämään keinot virheiden välttämiseksi. Kokemukset ovat olleet rohkaisevia.

Lääkäriliiton nykyinen puheenjohtaja, dosentti Olli Meretoja puuttui merkittävään aiheeseen: pitkien työrupeamien ja yötyön merkitykseen virheiden lisääjänä. Hänen näkemyksensä mukaan yöllä tehtäviä töitä pitäisi



Teekkarihenkinen Hummeripojat viihdytti iltajuhlissa – Dipolissa kun oltiin.



Yleisöä nuorimmasta päästä: Ilona äitinsä Nina Kuuvan kanssa seuraamassa luentoja.

siirtää päiväaikaiseksi aina kun se on mahdollista. Vähäinen ei ole myöskään yötyön työntekijöille tuottama terveysriskien lisääntyminen. Rintasyövän ja sepelvaltimotaudin riskien on jo osoitettu lisääntyvän yötyötä tekeillä.

Myös näistä luennoista julkaisemme luentolyhennelmät tässä lehdessä. Sen sijaan sairauksien seulontaa koskevi-

en luentojen lyhennelmät ilmestyvät Syklin seuraavassa numerossa.

Kevätkokous jakoi apurahoja

Yhdistyksemme kevätkokouksessa jaettiin useita palkintoja ja apurahoja. Ulla-Maija Mäkilän muistorahaston palkinnon vuoden merkittävimmästä väitöskirjasta sai Marianne Hinkula Oulusta. Synnytys ja naistentautiopin tutkimussäätiön apurahat jaettiin Jouko Järvenpäälle Oulusta, Salla Kumpulaiselle Turusta, Katja Lampiselle Helsingistä, Hanna Salliselle Kuopiosta ja Minna Tikkaselle Helsingistä. Turkulainen Nanneli Pallasmaa sai Lounais-Suomen synnytys ja naistentautiopin tutkimusrahaston apurahan. Käytännön gynekologi -palkinnon saajiksi ei ollut tällä kertaa ehdotuksia, mikä ei tarkoita sitä, etteikö sen ansaitsevia olisi keskuudessamme. Pankaapa mietintään, kollegat.

Jäsenkirja luovutettiin 16 uudelle jäsenelle: Tia Aalto-Viljakainen, Elisa Alaviitala, Hanna Collin, Carita Edgren, Leena Georgiadis, Markku Helve, Sanna Hänninen, Minna Immonen, Kaisa Korhonen, Virpi Koskela-Niska, Tiina Rantsi, Marja-Liisa Sippola, Sirpa Tauru, Piret Tilk, Taru Tuomi ja Anu Urjanheimo. ■

SGY:n kevätkoulutuspäivät

Presymposium: Onko inkontinenssi ongelma gynekologille?

Inkontinenssin konservatiivinen hoito

■ LT PAULIINA AUKEE, Keski-Suomen keskussairaala, Naistentautien yksikkö sekä Lantionpohjan tutkimus- ja hoitoyksikkö

Virtsankarkailun konservatiivinen hoito sopii hyvin avoterveydenhuoltoon. Hoidon toteutumista edesauttaa asiaan koulutetun hoitohenkilökunnan ja lääkärin yhteistyö. Asiaan perehtyneen hoitajan suorittama työ voi olla yhtä tuloksellista ja kustannuksiltaan edullisempää kuin urogynekologin. Hoitoa suunnitellessa virtsankarkailuun liittyvien seikkojen lisäksi tulee huomioida potilaan perustautien ja mahdollisten tilapäisten tekijöiden vaikutus virtsankarkailuun sekä selvittää potilaan kykyä sitoutua tämän kaltaiseen hoitoon.

Virtsankarkailun konservatiivinen hoito tarkoittaa ohjausta elämäntapamuutoksissa, lantionpohjan lihasharjoittelussa, virtsarakon kouluttamisessa, ohjauksen apuvälineiden, siteiden ja suojien käytössä sekä lääkehoidon toteuttamisessa. Toimintarajoitteisten henkilöiden virtsankarkailua voidaan helpottaa kodin ja laitosten sisustuksen muutoksilla, apuvälineillä ja sopivalla vaatetuksella siten, että WC:hen ja WC-istuimelle pääsy helpottuu.

Ylipaino on riskitekijä virtsankarkailulle. Ylipainoisilla naisilla painonpudotus vähentää virtsankarkailukertoja. Virtsarakon kouluttamisella pyritään tietoisesti harventamaan virtsaamiskertojen määrää pakkovirtsankarkailussa. Virtsankarkailupotilailla on varsin usein ummetusta ja se on syytä hoitaa samanaikaisesti.

Lantionpohjan ohjattu lihasharjoittelu on vaikuttava

hoito kaikissa inkontinenssin muodoissa. Parhaat hoitotulokset on saatu alle 50-vuotiailla ja kun terveydenhuollon ammattilainen on ohjannut harjoittelun. Hyvän vaikutuksen ylläpitämiseksi harjoittelu pitäisi uusia määräajoin. Raskauden aikana aloitettu lantionpohjan lihasharjoittelu saattaa estää virtsankarkailua synnytyksen jälkeen, eikä sillä näyttäisi olevan vaikutusta synnytyksen kulkuun. Sähköstimulaatio saattaa lievittää pakkovirtsankarkailua. Fysioterapeutit käyttävät sähköstimulaatiota virtsarakon rauhoittamiseksi ja lihasten tunnistamisharjoituksissa.

Antimuskariniineilla voidaan lievittää pakkoinkontinenssia ainakin lyhytaikaisesti. Suomessa ovat saatavilla oksibutyyniini, tolterodiini, trospiumkloridi, solifenasiini ja darifenasiini. Valmisteilla ja annosmuodoilla on eroja sivuvaikutusten suhteen. Urogenitaaliatrofian hoitoon tarkoitettu paikallinen estrogeeni vähentää virtsarakon ärsytysoireita, virtsatietulehduksia ja tihentynyttä virtsaamistarvetta. Duloksetiini parantaa ponnistusinkontinenssipotilaiden elämänlaatua ainakin lyhyellä aikavälillä.

Eri hoitovaihtoehtoja voi yhdistää potilaan parhaaksi. Asiaan perehtyneet lantionpohjan terapeutit osaavat ohjata potilasta monipuolisesti. Lähetteessä kannattaakin mainita selkeästi, minkälaista ohjausta tarvitaan ja pyytää itselle palaute toteutuneesta hoidosta. ■

Inkontinenssin leikkaushoito

■ LT EIJA LAURIKAINEN, TYKS, Naistenklinikka

Leikkaamalla voidaan korjata ainoastaan ponnistuskontinenssia, joka on naisten virtsankarkailun yleisin muoto. Leikkaushoito tulee aiheelliseksi, kun konservatiivinen hoito ei tuota tulosta. Mäkinen tutkimuksessa (1986) 20 % 25–55-vuotiaista naisista ilmoitti kärsivänsä virtsankarkailusta ja oireetta potevista 73 %:lla esiintyi karkailua pelkästään ruumiillisen rasituksen yhteydessä. Inkontinenteista naisista 73.1 % valitti kärsivänsä ponnistuskarkailusta ja 26.9 % pakkoinkontinenssista hiltajain julkaistussa Kun (2006) tutkimuksessa. Stressinkontinenteja aikuisia naisia oli USA:ssa 13 miljoonaa v. 2003. Yleisenä käytäntönä on ollut se, että sekamuotoista inkontinenssia korjataan leikkaamalla, jos hallitsevana muotona on ponnistukseen liittyvä karkailu. Kulseng-Hanssen (2007) tutkimusryhmineen leikkasi 450 sekamuotoisesta inkontinenssista kärsivää potilasta TVT-tekniikalla. Jos

preoperatiivisesti stressinkontinenssi oli hallitseva, parantumien oli 80 %. Jos taas pakkoinkontinenssi vaivasi eniten, potilaista parantui vain 52 %. Vaivojen ollessa yhtä haittaavia paranemistulos oli 60 %.

On arvioitu, että terveydenhuollon budjetista 2 % menee virtsainkontinenssista aiheutuviin kustannuksiin. Yli 90 % näistä kustannuksista kertyy rutiinihoidosta (perusterveydenhuolto ja siteet) ja vain 5 % leikkaushoidosta. Suomessa tehtiin 927 inkontinenssileikkausta v. 1997, 2997 v. 2002 ja 2116 v. 2005. Yhdysvalloissa oli v. 2006 virtsankarkailuleikkausten lukumäärä 165 000, joista 1/3 tehtiin uusiutu-



neen karkailun vuoksi.

Yli 150 leikkausmenetelmää on kehitetty, mikä paljastaa sen, että syytä inkontinenssin syntyyn ei kaikilta osin tunneta. Giardano (1907) teki gracilis-lihaksesta suburetraalisen slingan; seurasi useita erilaisia slinga-leikkauksia. Vanhimpia inkontinenssileikkauksia on kolporaphia anterior (KA) yhdessä Kelly-Kennedy-plikaation kanssa. Neulasuspensiotekniikat (Pereyra 1959, Stamey 1973, Raz 1981) ovat ensimmäiset vähemmän invasiiviset inkontinenssioperaatiot. Peri- ja transuretraalisia injektiotekniikoita on kehitetty lukuisine ruiskutusyhdisteinen mini-invasiivisiksi menetelmiksi, mutta pitkäaikaiset paranemistulokset ovat jääneet selvästi alle 50 %. Leikkausmenetelmät ovat tähänneet anatomisten muutosten korjaamiseen. Ensimmäisen suprapubisen rakonkaulan kohotusleikkauksen kuvasi työryhmä Marshall-Marchetti-Kranz (MMK) v. 1949. MMK:n ongelmien (periostiitti, ompeleet eivät pysyneet) vuoksi Burch (1961) käytti Cooperin ligamenttia uutena ompeleiden kiinnittämipaikkana. Avoin Burch-operaatio on ollut paras leikkaustekniikka ennen TVT-aikaa. Myöhemmin kuvattiin tämän kolposuspension laparoskooppinen muunnelm (Vancaillie ja Schuessler 1991).

Naisen virtsankarkailun leikkaushoidossa tapahtui merkittävä edistysaskel 1990-luvun puolivälissä, jolloin professori Ulmstenin ja tri Petroksen työn tuloksena kehitettiin ns. integraali- eli keskiuretrateoriaan perustuva mini-invasiivinen TVT (tension-free vaginal tape)-leikkaus sai lopullisen muotonsa. Tämä paikallispuudutuksessa tehtävä, päiväkirurginen, lyhytjälkihoitoinen menetelmä vahvistaa ja korjaa inkontinenssissa heikentyneitä pubouretraaliligamentteja.

TVT on eniten tutkittu inkontinenssileikkaus. TVT:n paranemistulokset ovat yli 80 % jopa 7 vuoden pitkäaikaisseurannassa (Nilsson ym. 2004). Tulokset ovat olleet samaa luokkaa primaari- ja residiviitapauksissa ja potilailla, joilla on ongelmallinen matalapaineinen virtsaputki. TVT-leikkaus on lähes kokonaan syrjäyttänyt muut inkontinenssileikkaukset ja on nykyään ”kultainen standardi”. El-Toukhy (2001) osoitti avoimen Burch-leikkauksen laparoskooppista paremmaksi. Ward ja Hilton (2002) totesivat satunnaistetussa vertailevassa tutkimuksessa, että TVT:n ja avoimen Burch-leikkauksen paranemistulokset olivat samanlaiset 6 kuukauden kuluttua, mutta kahden vuoden seurannassa TVT osoittautui vähintään yhtä tehokkaaksi kuin Burch vähäisempine komplikaatioineen. Valpas (2004) työryhmineen osoitti satunnaistetussa tutkimuksessa TVT:n selvästi tehokkaammaksi laparoskooppiseen Burchiin verrattuna.

TVT-toimenpiteen komplikaatioita on esiintynyt seuraavasti: virtsarakkoperforaatioita 3.7–23 %, virtsaamisvaikeuksia 1.5–17 %, de novo urge-oireita 2.5–25 %, verenvuotoa tai hematooman muodostumista alle 5 % ja yksittäisiä virtsaputkilaseraatioita. Pienikin poikkeama oikeasta tekniikasta voi johtaa vakaviin komplikaatioihin. TVT-leikkaukseen liittyneenä on rekisteröity 11 kuolemantapausta, joista 7 johtui suoliperforaatioista ja yksi vuoto-ongelmasta. Delorme (2001) kehitti transobturator (TOT)-tekniikan, jossa verkkonauha viedään obturator-aukon kautta eikä häpyluun takaa niin kuin TVT-leikkauksessa, jotta vältettäisiin suurten suonten, suoli- ja rakkoperforaatiot. Tässä alkuperäisessä TOT-tekniikassa neula viedään iholta emättimen puolelle eli ulkoa sisäl-

le päin. Vuonna 2003 de Leval esitti tekniikan, jossa pujotus tapahtuu päinvastoin eli sisäkautta ulos (TVT-O). TOT-neulaverkkojen, joita on lukuisia eri muunnelmia (esim. Uratape, Obtape, Monarc, TVT-O), lyhytaikaiset paranemistulokset ovat 80–98 % eli yhtä hyvät kuin TVT:n. Obtape-TOT-leikkauksesta on julkaistu kahden vuoden seuranta (Juma ja Brito 2007). Potilaista parantui 90 %, 1.5 %:lla todettiin rakkoperforaatio, 2 %:lle kehittyi de novo urge, 1.5 %:lla uretraobstruktio vaati nauhan katkaisun, 3.8 %:lla nauha tuli näkyviin ja se poistettiin kokonaan.

Huolimatta nauhan transobturatorisesta kulusta TOT-tekniikoihin on liittynyt rakko- (ei TVT-O:lla), virtsaputki- ja vaginaperforaatioita 0.5–2 %:lla potilaista. Nivus/alarajakipuja on kuvattu enemmän TVT-O-tekniikalla (de Leval 15.9 %, Laurikainen et al. 16 %) verrattuna Monarciin (Davila 2.5 %, Debodinance 6 %) tai perinteiseen TVT-leikkaukseen (Jain ja Duckett 1.1 %).

TVT:n nauhamateriaali on monofilamentti, löysästi pu-nottu, isoreikäinen polypropyleeniverkko, jolla on todettu vain vähän eroosioita eikä lainkaan hylkimisiä. TVT-O:ssa on aivan sama verkko, jota Monarcin verkko eniten muistuttaa. Pienireikäisillä Ura- ja Obtape-nauhoilla on kuvattu vaginaeroosioita (Cindolo 1.2 %, Costa 3.6 %, Domingo 13.8 % ja Dobson 2007 15 %) ja obturatorabskesseja (Siegel 3 %, Domingo 1.5 %). Karsenty (2007) raportoi kolmesta Obtape- potilastapauksesta, joissa yhdelle tehtiin reisiabskessin ja kahdelle fistuloivan obturator-abskessin vuoksi laajat avaukset.

TVT voidaan tehdä tehokkaasti ja turvallisesti yhdessä muiden gynekologisten operaatioiden kanssa (Jomaa 2001, Huang 2003 ja 2005, Meltomaa 2004). Mellierin (2007) retrospektiivisessä tutkimuksessa todettiin, että parantuminen (tiukat kriteerit) oli 57.4 % ryhmässä, jossa Monarc tehtiin jonkun muun vaginaalisen leikkauksen kanssa verrattuna 73.7 %:iin ryhmässä, jossa ainoana toimenpiteenä oli Monarc.

TVT- ja TOT-leikkausten jälkeisiä virtsaamisongelmia esiintyy vaihteleva määrä eri tutkimuksissa. Botros vertasi (2007) äskettäin TVT:n, Monarcin ja Sparcin (retropubinen leikkaus, jossa neula viedään päinvastoin kuin TVT:ssa) postoperatiivisia urge- ja urgeinkontinenssioireita. Monarcilla todettiin merkittävästi vähemmän de novo pakkoinkontinenssia ja pakkoinkontinenssin huonontumista kuin muilla tekniikoilla. De novo urgen esiintymisessä ei ollut eroa.

Vertailevia tutkimuksia retropubisten ja transobturatoristen tekniikoiden välillä on meneillään. Suomesta on julkaistu yksi ensimmäisistä (Laurikainen et al. 2007). Tässä satunnaistetussa, voima-analyysin omaavassa monikeskustutkimuksessa leikattiin yhteensä 267 potilasta joko TVT-leikkauksella (n=136) tai TVT-O-leikkauksella (n=131). Operaatioaika oli molemmissa ryhmissä 29 min, vagina-perforaatioita oli 2 TVT- ja 3 TVT-O-ryhmässä, vain TVT:ssa oli 1 rakkoperforaatio ja 1 hematooma. Vuoden kuluttua paranemistulokset olivat erittäin hyvät molemmilla tekniikoilla (TVT 95.5 % ja TVT-O 93.1 %) ja de novo urgea esiintyi 1.5 % ja 2.3 %.

Pubouretraaliligamenttien tuenta eroaa nykyisin käytössä olevilla transobturatorisilla ja retropubisilla inkontinenssileikkauksilla. Sillä saattaa olla merkitystä pitkäaikaisiin seuranta tuloksiin. Ei ole syytä muuttaa käytäntöä; leikkaa tekniikalla, jonka parhaiten osaat! ■

Naisten virtsankarkailun käypä hoito -suositus

■ LT AARRE KIVELÄ, OYS, Naistenklinikka

Käypä hoito -suositukset ovat Duodecim-seuran ja erikoislääkäriyhdistysten yhdessä laatimia hoitosuosituksia, jotka perustuvat koottuun tutkimustietoon, jonka näytön aste ja luotettavuus on arvioitu. Suosituksia voidaan hyödyntää sekä kliinisissä hoitotilanteissa että hoidon suunnittelussa ja porrastuksessa. Ensimmäinen käypä hoito -suositus on valmistunut kymmenen vuotta sitten ja naisten virtsankarkailua käsittelevä suositus on kaikkiaan jo seitsemäskymmeneskolmas.

Näytön varmuusastetta arvioidaan nelipoikkeuksellisesti siten, että A tarkoittaa vahvaa näyttöä, B kohtalaista näyttöä, C niukkaa näyttöä ja D, että tutkimusnäyttöä ei ole, vaan kysymyksessä on asiantuntijaryhmän (paras) arvio. Naisten virtsankarkailun käypä hoito suosituksen yhteenveto-osa on ilmestynyt viimeisessä vuoden 2006 Duodecimissa (2006;122(24):3042-54) ja verkkoversio, joka sisältää myös tausta-aineiston (ns. Y-linkit), kirjallisuusviitteet ja näytön-astekatsaukset löytyy osoitteesta: www.kaypahoito.fi.

Suosituksen tavoite

Suosituksen tavoitteena on yhtenäistää naisten virtsankarkailun tutkimus- ja hoitokäytäntöjä sekä avoterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa. Suositus rajautuu naisten virtsankarkailuun, jonka takia hakeudutaan hoitoon tai joka aiheuttaa sosiaalista, hygieenistä tai muuta haittaa. Suosituksessa ei käsitellä virtsateiden anomaliasta tai fisteleistä johtuvaa karkailua, yliaktiivista rakkoa ilman karkailua eikä neurogeenisia rakkohäiriöitä paitsi erotusdiagnostisessa mielessä. Myös lasten virtsankarkailu on rajattu tämän suosituksen ulkopuolelle. Suosituksen kohderyhmänä ovat avoterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon lääkärit ja muu hoitohenkilökunta, vanhusten hoitolaitosten henkilökunta sekä terveydenhuollon päätöksentekijät.

Määritelmä ja jaottelu

Tässä suosituksessa virtsankarkailu jaotellaan neljään ryhmään:

1. Ponnistuskarkailu – karkailu liittyy fyysiseen rasitukseen tai ponnistukseen.
2. Pakkokarkailu – karkailu liittyy äkilliseen virtsapakko-oireeseen.
3. Sekamuotoinen karkailu – edellisten muotojen yhdistelmä.
4. Ylivuotokarkailu – karkaaminen liittyy virtsarakon tyhjenemishäiriöön (retentioon).

Esiintyvyys ja ilmaantuvuus

Virtsankarkailun esiintymisluvuissa on suurta vaihtelua (5–58 %, mediaani 28 %) riippuen tutkitusta väestöstä, kar-

kailun määritelmästä ja tutkimustekniikasta. Vaikeata karkailun muotoa on raportoitu esiintyvän 3–17 %. Vuotuinen ilmaantuvuus keski-ikäisillä ja sitä vanhemmilla naisilla on vaihdellut 1–29 %:n välillä. Myös spontaania paranemista tapahtuu. Ponnistuskarkailu on yleisin alle 60-vuotiailla ja sekamuotoinen yli 70-vuotiailla naisilla. Virtsankarkailu on yleisempää laitoshoidossa kuin kotona asuvilla. Virtsankarkailua esiintyy monien neurologisten sairauksien kuten aivoinfarktin, aivoverenvuodon, dementian, MS- ja Parkinsonin taudin yhteydessä.

Riskitekijöitä

Virtsankarkailua lisääviä tärkeimpiä riskitekijöitä ovat ikä, ylipaino sekä raskauksien ja synnytysten lukumäärä. Iän myötä karkailu lisääntyy lähes lineaarisesti: 30–34-v. naisilla karkailua esiintyy 15 % ja yli 75-v. jo 35 %. Jos painoindeksi on normaali (BMI<25), karkailua esiintyy 19 %:lla, mutta erittäin lihavilla (BMI>40) jo 46 %:lla. Synnyttämättömiin verrattuna on ikävakioitu virtsankarkailun riski 20–34-v. naisilla ensimmäisen (alatie)synnytyksen jälkeen 2.2, toisen jälkeen 2.4 ja neljännen jälkeen 3.3. Keisarileikkauskin lisää virtsankarkailun riskiä (RR 1.5), mutta vähemmän kuin alatiesynnytys. Kohdun ja virtsarakon laskeumat sekä heikot lantionpohjan lihakset lisäävät myös karkailun riskiä. Virtsankarkailu on tavallisempaa valkoisen kuin mustan rodun naisilla ja karkailusta kärsivien naisten ensimmäisen asteen sukulaisilla on myös verrokkeja enemmän karkailua. Kohdunpoiston jälkeen lisääntyy erityisesti pakkokarkailun (RR 1.9) mahdollisuus. Heikentynyt toiminta- ja liikuntakyky lisäävät myös virtsankarkailun määrää.

Diagnostiikka

Diagnostiikan tavoitteena on määrittää virtsankarkailun tyyppi, syy, vaikeusaste ja mahdollinen vaikutus elämään-laatuun. Esitiedoissa huomioidaan oirekuva, oireiden kesto, mahdolliset yleissairaudet, lääkehoito (mm. diureetit, psykyke- ja dementiaaläkkeet), raskaudet ja synnytykset, vatsanalueen leikkaukset, elintavat sekä asuin- ja kotiolot. Apuna kannattaa käyttää Suomessa validoituja oirekyselykaavakkeita (haitta-aste ja erottelupisteet) ja virtsaamispäiväkirjaa. Kliinisen ja gynekologisen tutkimuksen lisäksi määritetään jäännösvirtsat, tehdään yskäisytesti ja mahdollisesti vaippatesti. Laboratoriotutkimuksia tarvitaan melko vähän. Virtsanäytteellä suljetaan pois infektio ja rakkosyöpä. Jos todetaan toistuva mikroskooppinen hematuria, niin tehdään virtsan sytologia, kystoskopia ja kuvannetaan ylävirtsatiet.

Täydentäviä tutkimuksia tarvitaan, jos oireet ovat epätyypillisiä, karkailutyyppi on epäselvä, potilaalla on oireinen laskeuma, hoitovaste on epätydyttävä, potilas on

aiemmin leikattu, epäillään neurologista sairautta, virtsarakon sairautta, fisteliä tai alavatsan kasvainta. Virtsarakon tähytys on tarpeen, jos todetaan makroskooppinen tai toistuva mikroskooppinen hematuria, jatkuva tiheävirt-saisuus tai pakko-oireilu, jos rakon toiminnallinen kapasiteetti on alle 150 ml, jos on kipua virtsatessa tai virtsarakon alueella, jos on toistuvia tulehduksia tai jos epäil-

lään fisteliä, divertikkeliä tai virtsarakon vauriota. Kaiku- ja magneettitutkimuksilla voidaan selvittää alempien virtsateiden rakenteita ja toimintaa, mutta niiden kliininen käyttö on toistaiseksi vähäistä.

Urodynaamisista tutkimuksista sekä konservatiivisista ja leikkaushoidoista on symposiumissa omat esityksensä. ■

Voiko vahingosta ja virheestä viisastua?

Potilaan oikeussuojakeinot terveydenhuollossa

■ OTL, VT MARJA-LIISA KOTISAARI, Pirkanmaan Syöpäyhdistys ry

Lääketieteen teknistyminen, terveydenhuollon tosiasiallisten mahdollisuuksien ja väestön odotusten välillä oleva ristiriita, kustannusten nousu, väestön valvutuneisuuden kasvu, yhteisen arvopohjan mureminen sekä kansainvälistyminen ovat johtaneet siihen, ettei terveydenhuoltoa ja sen toimintaa ole enää voitu jättää entisessä laajuudessa terveydenhuoltojärjestelmän sisäisen sääntelyn varaan. Sääntelyn lisääntymiseen ovat vaikuttaneet myös kuluttaja-ajattelun ulottuminen myös terveydenhuoltoon ja ihmis- ja perusoikeusajattelun laajentuminen niin sanottuihin taloudellisiin, sosiaalisiin ja sivistyksellisiin oikeuksiin.

Terveydenhuollon palveluja tarvitsevan ja niitä käyttävän näkökulmasta on keskeistä, että hän saa oikeanlaisia palveluja oikeaan aikaan ja oikeassa paikassa. Ellei näin tapahdu, oikeusvaltioperiaatteen mukaisesti on oltava mahdollisuus oikeussuojan saamiseen. Oikeussuojan saamisen ja sen järjestämisen merkitystä terveydenhuollossa on lisännyt vuonna 1995 toteutettu perusoikeusuudistus, jossa perusoikeuksien tasolla säädettiin oikeudesta riittäviin sosiaali- ja terveystalouteihin ja oikeudesta saada yksilön oikeuksista ja velvollisuuksistaan päätös, johon on oikeus hakea muutosta.

Oikeussuoja jaetaan etukäteiseen ja jälkikäteiseen. Terveydenhuollossa on perinteisesti pidetty ensisijaisena etukäteistä oikeussuojaa. Potilaan oikeutta oikeanlaisiin ja oikeaan aikaan ja oikeassa paikassa saataviin palveluihin on turvattu toisaalta terveydenhuoltojärjestelmään kohdistuvalla valvonnalla, ohjauksella ja toiminnan luvanvaraisuudella ja toisaalta terveydenhuollon ammattihenkilöihin kohdistuvalla valvonnalla, ammatinharjoittamisen luvanvaraisuudella ja koulutuksella. Tehokkaimmin jälkikäteinen oikeussuoja on toteutettu niiden potilaiden osalta, joihin kohdistetaan terveydenhuollon toimenpiteitä heidän tahdonsa vastaisesti. Sen sijaan muiden potilaiden osalta jälkikäteinen oikeusturva on edelleen suppeampi, eikä siihen tuonut muutosta 1.3.2005 voimaan tullut niin sanottuun hoitotakuunkaan säätäminen.

Terveydenhuollon oikeussuojajärjestelmässä pääpaino on siis muualla kuin valitusmenettelyssä. Synä on se, et-

tä julkisen terveydenhuollon katsotaan yleensä olevan tosiasiallista hoitotoimintaa, jossa ei tehdä valituskelpoisia hallintopäätöksiä. Näin ollen keskeisin oikeus eli oikeus hoitoon jää valitusoikeuden ulkopuolelle terveydenhuollon tosiasiallisena hoitotoimintana. Viime vuosikymmenen aikana useissa oikeustieteellisissä kirjoituksissa on arvoiteltu tätä tulkintaa varsin painavin perustein. Jos hoitoon ottamista koskevia päätöksiä haluttaisiin pitää yksilön oikeuksia sisältävinä ratkaisuin perustuslain henki huomioon ottaen, niin se edellyttäisi lainmuutosta ja terveydenhuollon käytäntöjen uudistamista.

Varsinaisten muutoksenhakukeinojen puuttuessa hoitoonsa tai tutkimukseensa tyytymättömällä potilaalla on oikeus tehdä muistutus terveydenhuollon toimintayksikölle. Mahdollistamalla potilaille muistutuksen tekeminen ajateltiin vähennettävän eri viranomaisille tehtävien kanteluiden tekemistä. Näin ei kuitenkaan ole käynyt, vaan kanteluiden määrät eri viranomaisille kuten eduskunnan oikeusasiamiehelle, oikeuskanslerille, lääninhallituksille ja terveydenhuollon oikeusturvakeskukselle ovat lisääntyneet. Kantelulla ei voida saada muutosta vallitsevaan oikeustilaan, mutta tosiasiaa viranomainen voidaan saada muuttamaan aikaisemmin tekemänsä ratkaisua. Hallintoriitaa voidaan käyttää silloin, kun on kysymys julkisoikeudellisen maksuvelvollisuuden selvittämisestä. Tällaisia hallintoriitoja on korkein hallinto-oikeuskin käsitellyt lukuisia, kun hoidon saaminen julkisella sektorilla on viivästynyt ja hoito on hankittu muualta tai apuvälineiden saaminen on evätty.

Terveydenhuollossa tapahtuneiden vahinkojen kuten esimerkiksi taudin diagnosoinnissa tapahtuneet viiveet ja niistä mahdollisesti aiheutuneet vahingot on mahdollista saattaa potilasvakuutuksen arvioitaviksi. Vahingonkorvausta voi hakea oikeusteitse kuin myös saattaa terveydenhuollon ammattihenkilön toiminnan lainmukaisuuden arvioiminen oikeuslaitoksen tehtäväksi. ■

KIRJALLISUUTTA

Mäenpää, Olli: Hallinto-oikeus.2. laitos. Juva 1997

Tuori, Kaarlo: Sosiaalioikeus.2. laitos. Porvoo 2000

Potilasvahinkovakuutuksen lainsäädäntö ja korvausperusteet

Miten potilasvahinkojärjestelmä toimii?

■ Korvauspäällikkö REIMA PALONEN, Potilasvakuutuskeskus

Jokaisella terveyden- ja sairaanhoitoa harjoittavalla tulee olla lakisääteinen potilasvakuutus. Julkisen sektorin osalta sairaanhoitopiirit ovat ottaneet vakuutuksen, joka kattaa kaiken julkisen terveydenhuollon piirin alueella. Yksityisen terveydenhuollon tulee ottaa vakuutus niitä myöntävästä vakuutusyhtiöstä. Kaikissa tapauksissa korvauskäsittely on keskitetty Potilasvakuutuskeskukselle.

Potilasvahinkolaissa on seitsemän itsenäistä korvausperustetta: hoitovahinko, infektiovahinko, tapaturmavahinko, laitevika, hoitohuoneiston vahinko, lääkkeen toimittamisvahinko ja kohtuuton vahinko. Gynekologisten vahinkojen kohdalla tärkeimmät ovat hoitovahinko ja infektiovahinko.

Hoitovahingossa tutkimuksen tai hoidon asianmukaisuutta arvioidaan kokeneen terveydenhuollon ammattihenkilön mittapuulla. Kysymyksessä on fiktiivinen, potilasta kulloinkin hoitavan henkilön tosiasiallisesta koulutuksesta ja kokemuksesta riippumaton mittapuuh, joka on periaatteessa sama koko maassa. Arvioinnissa otetaan kuitenkin huomioon hoidon porrastus ja käytettävissä olevien resurssien määrä.

Tavallisimpia hoitovahinkojen korvausperusteita gynekologian alalla ovat kohdunpoiston tai sterilisaation puutteellisesta toteutuksesta aiheutuvat ongelmat, kuten vauriot suolistossa tai virtsateissä, kohdunlaskeuma- ja virtsateiden leikkausten ongelmat sekä synnytyksen ja kei-

sarileikkauksen puutteellisen toteutuksen seuraukset äidille tai lapselle.

Infektiovahingon korvaamista arvioitaessa suhteutetaan potilaalle infektiosta aiheutunut vahinko tutkittavaan tai hoidettavaan sairauteen tai vammaan, infektioriskiä sekä potilaan muuhun terveydentilaan. Mitä suurempi infektioriski ja mitä vakavampi sairaus tai vamma, sitä pahempi infektio potilaan pitää sietää ilman korvausta.

Useimmat gynekologisten leikkausten yhteydessä alkunsa saaneet infektiot jäävät korvaamatta, koska niihin liittyy varsin korkea infektioriski elimistön omien bakteerien takia. Silloin kun infektiota on korvattu, kysymys on ollut vaikeista, pitkäaikaista sairaalahoitoa ja pysyviä vaurioita aiheuttaneista infektioista.

Mikäli kysymys on korvattavasta potilasvahingosta, potilaalle korvataan siitä aiheutuneet ylimääräisen sairaanhoidokulut, ansionmenetys, kipu ja särky sekä muu tilapäinen haitta sekä pysyvä toiminnallinen ja kosmeettinen haitta. Kuolemantapauksessa korvataan lisäksi hautakulut sekä tarpeellinen elatus sen menettäneille. ■

LISÄTIETOJA JA KIRJALLISUUTTA

Potilasvakuutuskeskuksen kotisivut: www.pvk.fi

(mm. tuoreimmat tilastot)

Palonen, Reima - Nio, Asko - Mustajoki, Pertti: Potilas- ja lääkevahingot – korvaaminen ja ennaltaehkäisy, Talentum, Helsinki

Lääkärin rangaistukset ja korvausvastuu hoitovirheistä

■ OTT Ari-Matti Nuutila; Helsingin yliopisto

Menettely tutkinnasta tuomioon

Mikäli potilaan tutkimuksessa tai hoidossa on potilaan (tai menehtyneen potilaan omaisten) mielestä tapahtunut vakava laiminlyönti tai hoitovirhe, lääkärin (tai muun terveydenhuollon ammattihenkilön, kuten sairaanhoitajan) menettelystä voidaan tehdä tutkintapyyntö poliisille.

Terveydenhuollon oikeusturvakeskus ei vie kanteluina vireille tulleita asioita poliisin esitutkintaan eikä erikseen suosittele sitä kantelijalle, vaan tutkintapyyntöä tekemisen päättää potilas (tai menehtyneen potilaan omainen) itsenäisesti.

Sairaalan potilasasiamiehen ei tule avustaa asiasta enää tässä vaiheessa, koska rikosprosessi edellyttää käytännössä lakimiehen apua. Myös syylliseksi epäilty lääkäri kääntyy tässä vaiheessa yleensä (lääkäriliiton suositteleman) lakimiehen puoleen.

Jos patologi havaitsee lääketieteellisen ruumiinavauksen yhteydessä hoitovirheeseen viittaavia seikkoja, hänen on saatettava asia poliisin tietoon. Lääketieteellisen ruumiin-



avauksen sijasta oikeuslääkäri tekee poliisiviranomaisen määräyksestä oikeuslääketieteellisen ruumiinavauksen. Terveystieteiden oikeusturvakeskukselta voidaan pyytää ruumiinavauksen tulosten perusteella lausunto hoidon asianmukaisuudesta.

Lääkärin on ammattitoiminnassaan sovellettava yleisesti hyväksyttyjä ja kokemusperäisiä perusteltuja menettelytapoja koulutuksensa mukaisesti. Hyvää tai käypää hoitoa (lege artis) ei tarkemmin määritellä lainsäädännössä ja yleensä lääkärit vaadittavaa huolellisuutta määriteltäessä turvaututaan asiantuntijatodistajiin, jotka kertovat siitä, millainen hoito oli tekoajanaan tosiasiallisesti vallitseva ja lääketieteellisesti hyväksyttävä.

Vastaanotolla sattuneet hoitovirheet

Tuomioistuinkäytännössä on ollut usein esillä tilanteita, joissa lääkäri on laiminlyönyt vastaanotollaan potilaan lähettämisen erikoislääkärin tutkimuksiin, vaikka siihen on ollut lääketieteellisesti arvioiden aihetta ja vaikka erikoislääkärin tutkimusten tarve on ollut lääkärin ennakoitavissa. Osassa tapauksia taudinkuva ei ole ollut lääkärin ennakoitavissa. Vaikka jälkikäteen tiedossa olevien seikkojen perusteella potilasta olisi pitänyt hoitaa toisin, rikosoikeudellisesti keskeistä on hoidon aikaan hyvänä pidetty hoito.

Myös potilaan oma passiivisuus lääkärille hakeutumisessa tai potilaan lääkärille antamat puutteelliset tiedot vaikuttavat lääkärin vastuuseen. Vaikka potilaan asemasta ja oikeuksista annettu laki ei sisällä säädöksiä potilaan velvollisuuksista, on potilaan edun mukaista tietysti antaa lääkärille oikeaa, selkeää ja täydellistä tietoa. Jos hoidossa tehdään virhe, joka johtuu siitä, että lääkäri on saanut väärää tietoa esimerkiksi potilaan lääkeallergioista, ei lääkäri vastaa hoitovirheestä. Toisaalta hyvä hoito edellyttää yleensä lääkärin tiedustelevan potilaan allergioita tai tautteja ennen lääkemääräyksen antamista.

Virheet lääkehoidossa

Hoitovirheet liittyvät nykyään usein lääkehoitoon, koska töitä on jouduttu nopeuttamaan henkilöstösopistusten vuoksi. Näissä tapauksissa vastuuseen asetetaan yleensä sekä hoitava lääkäri että lääkkeen antanut sairaanhoitaja. Lääkärin ja sairaanhoitajan vastuunjako arvioidaan sairaalan yleisten ohjeiden ja vakiintuneen käytännön varassa. Jos esimerkiksi lääkemääräys on annettu virheellisenä tai lääkäri ei ole riittävästi varmistanut sitä, että hoitaja on ymmärtänyt määräyksen oikein, väärän annoksen antamisesta voivat vastata lääkäri ja sairaanhoitaja yhdessä.

Jos sen sijaan sairaanhoitaja on ammatillisesti pätevä, hänen työskentelyään valvotaan riittävästi ja lääkkeen antaminen kuuluu hoitajan itsenäisiin tehtäviin, lääkäri voidaan vapauttaa vastuusta.

Hallintolääkärin vastuu laitteista ja käytännöistä

Joissakin tapauksissa hoitovahinko johtuu yleisistä puutteista toimintaedellytyksissä. Potilaiden putoamisen ja kaa-

tumisten mahdollisuus kasvaa, kun potilaita sijoitetaan yli-paikoille, henkilökunnan määrä vedetään minimiin, tehtäviin ei perehdytetä ja tehtäviä hoidetaan lyhytaikaisilla sijaisuuksilla ja ylitöinä. Potilasvakuutuksesta ei korvata henkilövahinkoja, jotka johtuvat terveydenhuollon toimintaedellytysten alimitoituksesta.

Virhemahdollisuuksia on myös laitteiden ja koneiden kunnossa ja käytössä. Koneet voivat olla vanhanaikaisia tai vanhoja. Rangaistusvastuuseen ei voida asettaa hoitavaa lääkärinä tai sairaanhoitajaa, jos laitevika ei ollut havaittavissa. Keski-Euroopassa katsotaan, että rakenteellinen puute voi sen sijaan johtua hallintolääkärin huolimattomuudesta. Näissä tapauksissa johtava lääkäri, osastonlääkäri tai muu vastaava henkilö on tuomittu rangaistukseen.

Meillä hallintolääkärin rangaistusvastuu laitteiston ja käytäntöjen asianmukaisuudesta on melko uusi asia. Lähinnä vastuu voi tulla kyseeseen, jos laitteiden tai koneiden puutteet taikka hoitokäytäntöjen riskitekijät ovat hyvin tiedossa, mutta niihin ei puututa ajoissa.

Leikkausvirheet

Valtaosa tuomioistuimissa käsitellyistä hoitovirheistä koskee kirurgisia toimenpiteitä. Vastuuseen asetetaan näissä tapauksissa leikkauksen suorittanut kirurgi ja mahdollisesti avustanut sairaanhoitaja.

Leikkausvirheiden rikosoikeudellista arvostelua vaikeuttaa leikkaustiimin työnjaon huomioon ottaminen. Usein sairaaloiden ohjesäännöissä leikkaava kirurgi on velvoitettu valvomaan kaikkien muiden leikkaukseen osallisten toimintaa. Hän vastaisi myös niistä leikkausvirheistä, jotka johtuvat takapäivystäjältä saaduista vääristä ohjeista. Näissä tilanteissa pääsääntönä kuitenkin on, että rangaistukseen tuomitaan se, jonka velvollisuuksien vastaiseksi leikkausvirhe katsotaan. Ketään ei voida velvoittaa valvomaan toisten toimintaa siinä määrin, että hänen omien tehtäviensä asianmukainen hoitaminen vaarantuu.

Vastuunjakokysymyksessä on otettava huomioon ennen kaikkea hoitohenkilökuntaan kuuluvan ammatillinen pätevyys sekä hänen tehtäviensä ja toimivaltuuksiensa itsenäisyys. Jos esimerkiksi sairaanhoitajan itsenäisiin tehtäviin kuuluu laskea leikkauksen lopuksi instrumentit ja leikkaustarpeet, hän vastaa kirurgin ohella siitä, että väärin laskemisen seurauksena potilaan vatsaan jää leikkausliina. Anestesiologi vastaa nukutuksen onnistumisesta. Vaikka kirurgi pyytäisi saada jatkaa leikkausta, anestesiologin on kieltäydyttävä siitä, mikäli leikkauksen jatkaminen vaarantaa liikaa potilaan hengen.

Myös leikkausvirheen ja ylimääräisen henkilövahingon välisen syy-yhteyden toteamisessa on ongelmia. Rikosoikeudessa ei käytetä syy-yhteyden arvioimisessa yleisiä korrelaatioita. Sen sijaan syyttäjän tulee kyetä näyttämään, että ilman leikkausvirhettä ylimääräinen henkilövahinko olisi todennäköisesti jäänyt sattumatta. Täyden näytön periaate merkitsee sitä, että leikkauspotilaan kuolinsyy on jäädessä epävarmaksi kuolemantuottamussyte hylätään, vaikka kirurgi tuomittaisiin leikkausvirheen perusteella tuottamuksellisesta virkavelvollisuuden rikkomisesta. ■

Miten vahingoista ja virheistä voidaan oppia?

■ Professori PERTTI MUSTAJOKI, Duodecim

Virheiden epidemiologiaa

Sairaaloissa noin yksi kymmenestä potilaasta kokee hoitoon liittyvän haitan ja yhdellä sadasta haitta on vakava. Haitoista noin puolet johtuu virheistä ja erehdyksistä ja olisivat periaatteessa estettävissä.

Virheistä oppimisen edellytyksiä

– Ymmärretään, että virheitä sattuu kaikille, myös kaikkein pätevimmille (errare humanum est).
– Virheen tekijää ei syyllistetä. Syyllisten sijasta etsitään syitä tapahtuneeseen. Vahingon sattuessa esimiesten kysymys on ”Miksi virhe tapahtui?” eikä ”Kuka teki virheen?”

Virheiden patogeneesi

Puhtaasti ”inhimillinen virhe” on harvinainen. Lähes aina löytyy edeltäviä tekijöitä, jotka ovat myötävaikuttaneet vahingon syntyyn. Virheet johtuvat pääasiassa systeemin heikkouksista, joita korjaamalla niitä voidaan vähentää.

Virheistä oppimisen menettely

– Virheistä voidaan oppia vain, jos ne tulevat esille. Siksi henkilökunta ilmoittaa havaitsemistaan virheistä poikkeamailmoituslomakkeella.
– Tehdyt ilmoitukset käsitellään ja luokitellaan. Tämän tekee tavallisesti osaston tai pkl:n osastonhoitaja/lääkäri.
– Ilmoitetuista virheistä keskustellaan yhdessä (esimerkiksi osastokokouksessa) ja sen perusteella päätetään, mitä voidaan tehdä virheiden vähentämiseksi.
– Koko sairaalan ilmoituksista tehdään tilastoja ja esimerkkejä, joita määrävälein toimitetaan yksiköihin.

Miten käytännössä

Hoidon poikkeamien ilmoittamiseen, käsittelyyn ja tilastointiin on VTT:n toimesta kehitetty tietokoneohjelma, jota testataan useissa sairaaloissa ja muissa terveydenhuollon yksiköissä eri puolilla maata. Projekti kulkee HaiPro II -nimellä. Lisää tietoa löytyy internetistä <http://haipro.vtt.fi>.

Omia kokemuksia

HYKS, Peijaksen sairaalassa virheistä oppimisen toimintaa on kokeiltu vuodesta 2004. Henkilökunta on ollut pääosin innostunut. Toiminta on paljastanut lukuisia pääasiasa lääkehoitoon liittyviä toiminnan heikkouksia, jotka ovat johtaneet moniin kehitystoimiin.

Tilanne Suomessa

STM on asettanut Potilasturvallisuuden edistämisen ohjausryhmän vauhdittamaan potilasturvallisuuden edistämistä terveydenhuollossa. Eri puolilla Suomea lukuisat sairaalat ja muut yksiköt ovat käynnistämässä toimintaa virheistä oppimiseksi (ks. <http://haipro.vtt.fi>). ■

KIRJALLISUUTTA

Pelkonen R. Viisas oppii virheistä. Duodecim 2003;119:281-3.
Mustajoki P. Hoitoon liittyvät virheet ja niiden ehkäisy. Peijaksen sairaalan projekti. Suom Lääk 2005;60:2623-5.
Pasternack A. Hoitovirheet ja hoidon haitat. Duodecim 2006;122:2459-70.



Lääkärinlausunto Terveydenhuollon oikeusturvakeskukselle tai muulle viranomaiselle

Hyvän lausunnon kriteerit

■ E. ANTERO MÄKELÄ, LKT, Dosentti, Terveydenhuollon oikeusturvakeskus, Lintulahdenkatu 10, 00500 Helsinki

Lääkärinlausuntoja laadittaessa ja kirjoitettaessa on noudatettava tiettyjä yleisiä periaatteita ja muotovaatimuksia. Lääkintöhallitus on antanut aikanaan lääkärintodistuksia ja lausuntoja koskevat yleiset ohjeet vuonna 1980 (Lääkintöhallituksen ohjekirje 6736/02/80, jonka sosiaali- ja terveyshallitus on saattanut voimaan 30.4.1991). Lääkintöhallituksen lakkauttamisen jälkeen ohjekirje ei ole enää voimassa, mutta siinä esitettyjä periaatteita lääkärin-

lausuntojen laatimiseksi voidaan edelleen pitää jonkinlaisena pohjana. Lääkäriliiton hallitus on hyväksynyt ohjeet lääkärintodistusten kirjoittamisesta 25.11.1977 ja niitä on täydennetty 13.9.1990 ja 1.4.1993. Valtaosa lääkärintodistuksista ja lausunnoista tulee viranomaiskäyttöön, ja tällöin lausunnossa tulee käyttää sellaista terminologiaa, jota asianomainen viranomainen pystyy tulkitsemaan, ja tarvittaessa vieraskieliset sanonnat on ilmaistava yleiskielisellä

käännöksellä. Tässä esityksessä keskitytään lääkärin valvontaviranomaiselle tai muille viranomaisille (tuomioistuim, poliisi) antamiin asiantuntijalausuntoihin.

Asiantuntijalausuntoja käytetään mm. ratkaistaessa valvonta- ja kanteluasioita, selvittäessä kuolemansyytä, hoitovirhe-epäilyä tai ammattihenkilön menettelyä yksittäisessä asiassa. Lisäksi niitä tarvitaan vakuutuslääketieteellisissä valitusasioissa arvioitaessa vammojen syy-seuraussuhteita, työkyvyttömyyden kestoa, haitta-astetta, kivun ja säryn määrää ym. vakuutuskorvaukseen vaikuttavia tekijöitä.

Asiantuntijuus sinänsä ei ole tutkinto tai arvo. Lääkäri on asiantuntija lääketiedettä ja terveydenhuoltoalaa koskevilla asioissa ja erikoislääkäri tai erityispätevyyden omaava lääkäri omalla erikoisalallaan. Lääkärin tulee itse aina arvioida pätevyytensä tehtävään asiantuntijalausunnon antajana ja lisäksi myös mahdollinen jäävytensä tai asiantuntijatehtävään vaikuttavat muut mahdolliset esteet. Lausuntoa annettaessa tulee noudattaa eettisiä ohjeita ja kollegiaalisuusohjeita. Asiantuntijana lääkäri voi arvioida ammattitovereitaan, terveydenhuollon yksiköitä ja niiden toimintaa, mikäli lausunnon pyytäjällä on ollut perusteltu syy pyytää tällaista arvioita. Tällöinkin on noudatettava hyviä tapoja ja muistettava, että arviointi on eri asia kuin arvostelu.

Asiantuntijalausunnossa tulee vastata nimenomaan esitettyihin kysymyksiin, ja jos asiassa tarvitaan myös muuta erityisasiantuntemusta, lausunnossa voi ehdottaa kyseisen toisen alan asiantuntijalausunnon hankkimista. Sen sijaan ei tule ehdottaa toimenpiteitä, mihin viranomaisen tulisi asiassa ryhtyä. Esitetyt kannanotot ja johtopäätökset on oltava perusteltuja. Kannanotto voi perustua kirjallisuuden ja tutkimusnäytön lisäksi/sijasta myös omaan kokemukseen. Koulukuntaerot, jos sellaisia on, on tuotava lausunnossa esiin, ja lisäksi on todettava, mitä voidaan pitää vallitsevana käsityksenä. Syy-seuraussuhdetta arvioitaessa käytetään viisiportaista asteikkoa: erittäin todennäköinen – jokseenkin todennäköinen – mahdollinen – jokseenkin epätodennäköinen – erittäin epätodennäköinen.

Asiantuntijalausuntoa ei tule laatia työpaikan logolla varustetulle paperille ainakaan kantelu/hoitovirheasioissa, koska asianomistaja voi mieltää asiantuntijan toimivan ko. organisaation edustajana. Lopuksi lausunto vahvistetaan merkinnällä ”minkä kunniani ja omantuntoni kautta vakuutan”, varustetaan merkinnöillä paikasta ja ajasta ja allekirjoitetaan. Siten vahvistettu lausunto, joka on annettu tuomioistuimelle tai muulle julkiselle viranomaiselle, on yleensä pätevä ilman valallista vahvistusta (AmHL 559/1994). Tuomioistuin tai viranomainen voi kuitenkin erityisistä syistä määrätä, että se on vahvistettava suullisella valalla tai vakuutuksella ja että asiantuntijaa, joka on antanut lausuntonsa kirjallisena, kuullaan tuomioistuimessa suullisesti (Oikeudenkäymiskaari 17 luku, 50 §).

Lääkärin toimeen lausunnonantajana yleensä liittyy eettis-moraalisia velvoitteita potilasta, yhteiskuntaa ja muita kansalaisia kohtaan. Lausunnonantajan tulee esittää omat havaintonsa ja päätelmänsä puolueettomasti, ja hän vastaa aina siitä, että lausunnossa esitetyt tiedot ovat oikeat, ja esitetyt johtopäätökset ovat perusteiltaan kestävä. Viranomainen joutuu jättämään lausuntojen tulkitsijana vähemmälle huomiolle selvästi tarkoitushakuiset lausunnot. Niillä ei ole ratkaisuisia samaa painoarvoa kuin objektiivisilla ja hyvin perustelluilla lausunnoilla. Toisaalta huolella laadittuun lausuntoon suhtaudutaan samalla huolellisuudella myös asian viranomaiskäsitelyssä. ■

KIRJALLISUUTTA

1. Lääkärin etiikka, Suomen Lääkäriliitto 6. painos, 2005
2. Lääkäriliiton ohje asiantuntijana ja lausunnonantajana toimivalle lääkärille. Suomen Lääkärilehti 2003;15:1743.
3. Suomen Lääkäriliiton ohje asiantuntijana toimiville lääkäreille. Suomen Lääkäriliitto 2003. (Hyväksytty hallituksen kokouksessa 20.3.2003)
4. Lääkärintyö ja laki. Duodecim, 1. painos, 2000
5. Sosiaali- ja terveydenhuoltolainsäädäntö 2006. Talentum Media Oy, Helsinki 2006

Työaika virheiden riskitekijänä

■ Dos. Olli Meretoja, HUS, Lääkäriliiton puheenjohtaja

Suomessa tehdään enemmän yöaikaista työtä kuin juuri missään muussa EU-maassa. Ihmisen sopeutuminen yötyöhön on kuitenkin huono, koska ihminen on luonnostaan päiväläinen. Yötyöhön liittyy pitkää yhtäjaksoista valvomista enemmän kuin normaalissa päivätyössä. Tähän valvomiseen liittyy väsymystä ja merkittävästi alentunutta havainto- ja suorituskkyä. Lisäksi yötyötä tekevillä on merkittävästi enemmän jopa vakavia sairauksia kuin päivätyötä tekevillä. Suomalainen yhteiskunta jaksaa sitä paremmin, mitä vähemmän meillä tehdään yöaikaista työtä.

Valvominen ja suorituskky

Vuorokauden yhtämittainen valvominen aiheuttaa samanasteisen suorituskkyyn huonontumisen kuin 0.8–1.0 % alkoholiuhumala. Tämä on todettu lukuisissa simulaatiotesteissä sekä erilaisissa kielellisissä ja muissa ihmisen perusvalmiuksissa mittavissa koeolosuhteissa. Eri erikoisalojen lääkäreillä on vastaavasti todettu merkittävästi hidastunut ja alentunut kky tehdä ▶

Kuva: Markku Ojala



kyseisen erikoisalan tehtäviä yön valvomisen jälkeen. Työkyvyn ja harkinnan huonontuminen on havaittavissa sekä erikoistuvilla että erikoislääkäreillä.

Erikoistuvien lääkärien tekemät vakavat lääketieteelliset virheet ovat 36 % yleisempiä sellaisen työvuoromallin aikana, jolloin lääkäri joutuu ajoittain tekemään yli 30 tunnin työrupeamia kuin jos hän aina tekee alle 20 tunnin työrupeamia. Vakavien diagnostiikkavirheiden ero on vastaavasti jopa 6-kertainen.

Tuoreen analyysin mukaan 30 tunnin yhtäjaksoinen valvominen alentaa erikoistuvien lääkärien kliinistä suorituskykyä yli 1,5 standardideviaatiota. Tämä muutos konkretisoituu kun ajatellaan normaalijakaumaa. Normaalisti 1,5 SD keskiarvoa huonommalle tasolle kohdistuu noin 6 % suoritteista tai henkilöistä. Kuvattu 30 tunnin valvominen saa aikaan sen, että jopa puolet suoritteista tai henkilöistä ovat tuon rajan huonommalla puolella.

Miten vähentää virheitä?

Tehokkain keino vähentää pitkien työrupeamien mukanaan tuomia virheitä on luonnollisesti välttää kokonaan pitkiä työrupeamia ja yötyötä. Tämä ei kuitenkaan ole aina mahdollista. Tällöin eräs tehokkaimpia keinoja parantaa aamuyön työsuoritusta ja minimoida virheiden määrää on toteuttaa ns. nokostauko. Nokostauko tarkoittaa siirtymistä vähintään 30 min ajaksi rauhalliseen mielellään pimeään huoneeseen lepoasentoon. Tämä vähentää aamuyön havaintolipsahduksia jopa kolmannekseen täysin valvottuun yöhön verrattuna.

Valveutuneen työnantajan tulisi kannustaa henkilökuntaa pitämään kuvattuja nokostaukoja aina kun se vain on mahdollista. Tällöin aamuyön ja aamun suoritteiden taso olisi merkittävästi nykyistä korkeampi.

Yöaikana yksin asiakkaan ongelmia pohtiessa ei varmasti kykene ottamaan kaikkia asiaan mahdollisesti vaikuttavia näkökohtia huomioon. Myös erikoistuvien saama opetus ja ohjaus toimii yöaikana selkeästi päiväaikaa huonommin. Lisäksi yötyötä tekevän vuorokausirytmien normalisoituminen saattaa kestää useita vuorokausia, jona aikana hänen sosiaali- ja perhe-elämään osallistumisen taso on verraten rajoittunutta. Näiden seikkojen vuoksi yöaikaista työtä tulisi pyrkiä ohjaamaan päiväaikaiseksi niin paljon kuin suinkin mahdollista. Myös illan ruuhkien purkuun tulisi panostaa erityisesti, jotta yöaikainen työmäärä minimoituisi.

Yötyöhön liittyvät terveyshaitat

Rintasyövän ilmaantumisen riskin kasvaminen jopa 50 % yötyötä tekevilla päivätyötä tekeviin verrattuna on saavuttanut jo meta-analyysin merkitsevyysasteen. Sepelval-

timotaudin esiintyvyys lisääntyy niin ikään 50 %, jos henkilö joutuu tekemään yötyötä. Työterveyslaitos on arvioinut, että vuosittain Suomessa ilmaantuu yli 100 uutta rintasyöpätapausta ja ilmenee yli 250 sepelvaltimokuolemaa pelkästään yötyön seurauksena.

Muita dokumentoituja yötyön terveyshaittoja ovat metabolinen oireyhtymä, rasva-aineenvaihdunnan epätasapaino, mahdollinen tyypin 2 diabetes, lisääntymisterveyden häiriöt sekä tapaturmat ja onnettomuudet.

Liikennevalot vähentämään yötyötä

Tehokas keino vähentää terveydenhuollon piirissä tehtävän yötyön määrää on luokitella jokainen hoidettava potilas hänen kiireellisyystarpeensa mukaisesti esim. liikennevalojen mukaisesti. Tällöin punainen potilas tulee hoitaa 6 tunnin, keltainen 24 tunnin ja vihreä potilas 72 tunnin kuluessa diagnoosin asettamisesta. Hyksin LNS:ssa tätä mallia on toteutettu noin 2,5 vuotta.

LNS:ssa kaikki kirurgiset toimenpiteet luokiteltiin vastu- ja hoito-alueiden mukaan kiireellisyysluokkiin. Samalla siirryttiin käytäntöön, että vain seniori saa asettaa punaisen diagnoosin ja seniorin on oltava paikalla kun punaista potilasta leikataan. Järjestelmä on vähentänyt arki- ja leikkauksien potilaiden määrää noin 40 % ja sunnuntai- ja leikkauksien potilaiden määrää jopa 70 % aiemmassa. Samalla on vapautunut hoitajien työpanosta päiväajaksi, jolloin jokaisena arkipäivänä on päivystysleikkaussali voitu pitää auki. Näin aamupäivisin leikkauksien potilaiden määrä on lisääntynyt noin 50 %.

Liikennevalot vähensivät leikkaussalihenkilöstön (hoitajat, anestesioilogit ja kirurgit) vakava-asteista työuupumusta ja väsymystä noin kolmannekseen lähtötasosta. Samalla henkilökunnan tyytyväisyys päivystysleikkausten ohjauskäytäntöön lisääntyi alle 40 prosentista liki 100 prosenttiin. Myös erikoistuvat lääkärin työt ovat kokeneet, että heidän saamansa kohdennettu opetus on selkeästi parantunut.

Liikennevalojen käyttö on vähentänyt uusintaleikkausten määrää, vähentänyt esim. umpilisäkkeen poistojen määrää kolmanneksella ja vakioinut tyyppileikkausten kestot ja laadut aiempaa korkeatasoisemmaksi. Kokonaisuutena liikennevalot ovat vähentäneet kustannuksia, vähentäneet komplikaatioita ja lisänneet henkilökunnan hyvinvointia samalla kun potilaiden saaman hoidon taso on voitu säilyttää korkeana vuorokaudenajasta riippumatta.

Yhteenveto

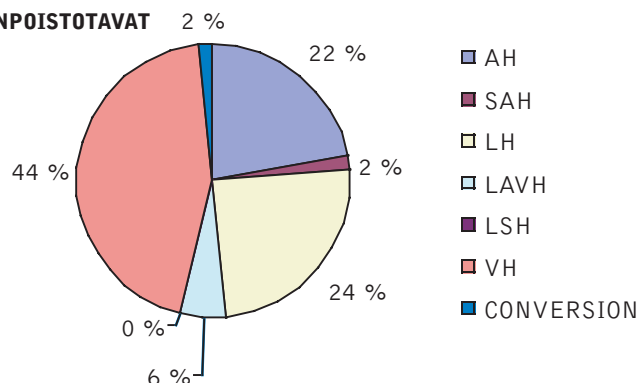
Työajan optimaalinen järjestely vähentää sekä potilaille että henkilökunnalle koituvia riskejä, alentaa kustannuksia sekä parantaa henkilökunnan elämän laatua ja lisää hoidon tasoa. ■

FINHYST 2006 – valtakunnallinen kohdunpoistotutkimus

Kiitos kaikille Finhyst-tutkimuksen tietojen keräämiseen osallistuneille! Tutkimukseen ilmoittautui mukaan 46 kunnallista sairaalaa eli kaikki kohdunpoistoja tekevät sairaalat ja kaikista rekrytoitiin tutkimuspotilaita, potilaita leikattiin 48 yksikössä. Lisäksi 9 yksityissairaalaa ilmoittautuivat ja 7:stä tuli tutkimuspotilaita mukaan. Tällä hetkellä aineisto on 5285 potilasta, joilta kohtu poistettiin hyvälaatuisesta syystä. 75 % potilaista muisti palauttaa potilaskyselyn. Oheisessa taulukossa potilasmäärät koko maassa, keskussairaaloittain ja aluesairaaloittain. Oheissa myös alustavia tuloksia kohdunpoistomenetelmien ja indikaatioiden osalta koko maasta.

■ LL TEA BRUMMER HYKS Naistenklinikka ja Gynekologisen kirurgian seuran hallitus

KOHDUNPOISTOTAVAT

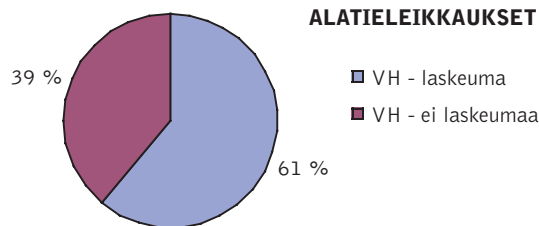


Lyhenteet: AH = abdominal hysterectomy, SAH = subtotal abdominal hysterectomy (abdominaalinen amputaatio), LH = laparoscopic hysterectomy, LAVH = laparoscopically assisted vaginal hysterectomy, LSH = laparoscopic subtotal hysterectomy, VH = vaginal hysterectomy

KOHDUNPOISTON
INDIKAATIOT

32 %	FIBROIDS
21 %	MENORRHAGIA
3 %	DYSMENORRHEA
2 %	ENDOMETRIOSIS
28 %	PROLAPSE
6 %	ADNEXAL MASS
8 %	OTHER

ALATIELEIKKAUKSET



SAIRAALA, kaikki

SAIRAALA, kaikki	n
HYKS Kätilöopiston sairaala	445
HYKS Naistenklinikka	391
TYKS Naistenklinikka	311
OYS Naistenklinikka	273
Etelä-Pohjanmaan keskussairaala	237
Pohjois-Karjalan keskussairaala	234
Keski-Suomen keskussairaala	199
TAYS Naistenklinikka	192
Satakunnan keskussairaala	186
Päijät-Hämeen keskussairaala	185
Valkeakosken aluesairaala	170
KYS Naistenklinikka	159
HYKS Jorvin sairaala	158
Etelä-Karjalan keskussairaala	143
Keski-Pohjanmaan keskussairaala	140
Hyvinkään sairaala	116
Kainuun keskussairaala	115
Kuusankosken sairaala	103
Kymenlaakson keskussairaala	102
Kanta-Hämeen keskussairaala	99
Savonlinnan keskussairaala	89
Porvoon sairaala	87
Lohjan sairaala	86
Vammalan aluesairaala	82
Rauman aluesairaala	81
Länsi-Pohjan keskussairaala	81
Lapin keskussairaala	78
Vaasan keskussairaala	72
Mikkelin keskussairaala	67
Salon aluesairaala	63
Mäntän aluesairaala	61
Forssan sairaala	60
Länsi-Uudenmaan sairaala	52
Loimaan aluesairaala	41

Oulaskankaan sairaala	41
Pietarsaaren aluesairaala	41
Raahan aluesairaala	36
Iisalmen sairaala	34
Ålands centralsjukhus	34
Varkauden sairaala	24
Turunmaan sairaala	23
Sairaala Laseri/Terveystalo/Helsinki	21
Nokian terveystakeskus	16
Vakka-Suomen sairaala	13
Koskiklinikka/Koskisairaala/Tampere	11
Pieksämäen sairaala	7
Sairaala Pulssi/Turku	6
Heinolan sairaala	5
Sairaala Mehiläinen/Turku	4
Sairaala Lapponia	4
Lasaretti/Kuopio	2
Sairaala Mehiläinen/Helsinki	2
Suomen Terveystalo/Operon/Tampere	2
Mehiläinen/Tampere	0
Sairaala Mehiläinen/Kuopio	0

KESKUSSAIRAALAT

KESKUSSAIRAALAT	n
HYKS Kätilöopiston sairaala	445
HYKS Naistenklinikka	391
TYKS Naistenklinikka	311
OYS Naistenklinikka	273
Etelä-Pohjanmaan keskussairaala	237
Pohjois-Karjalan keskussairaala	234
Keski-Suomen keskussairaala	199
TAYS Naistenklinikka	192
Satakunnan keskussairaala	186
Päijät-Hämeen keskussairaala	185
KYS Naistenklinikka	159
HYKS Jorvin sairaala	158

Etelä-Karjalan keskussairaala	143
Keski-Pohjanmaan keskussairaala	140
Kainuun keskussairaala	115
Kymenlaakson keskussairaala	102
Kanta-Hämeen keskussairaala	99
Savonlinnan keskussairaala	89
Länsi-Pohjan keskussairaala	81
Lapin keskussairaala	78
Vaasan keskussairaala	72
Mikkelin keskussairaala	67
Ålands centralsjukhus	34
ALUESAIRAALAT	n
Valkeakosken aluesairaala	170
Hyvinkään sairaala	116
Kuusankosken sairaala	103
Porvoon sairaala	87
Lohjan sairaala	86
Vammalan aluesairaala	82
Rauman aluesairaala	81
Salon aluesairaala	63
Mäntän aluesairaala	61
Forssan sairaala	60
Länsi-Uudenmaan sairaala	52
Loimaan aluesairaala	41
Oulaskankaan sairaala	41
Pietarsaaren aluesairaala	41
Raahan aluesairaala	36
Iisalmen sairaala	34
Varkauden sairaala	24
Turunmaan sairaala	23
Nokian terveystakeskus	16
Vakka-Suomen sairaala	13
Pieksämäen sairaala	7
Heinolan sairaala	5
Sairaala Lapponia	4



Pekka ja Kaarina katsastamassa alkukevään perunasatoa luottokauppiaansa kojulla.

Reitari, Kalle ja Pekka

— taidetta ja keittiötaidetta



■ Teksti ja kuvat MERJA METSÄ-HEIKKILÄ

Mitä yhteistä on Reidar Särestöniemellä, Kalervo Palsalla ja kollega Pekka Venesmaalla? Paljonkin, Lapin tuntemus esimerkiksi.

Onnellisilla ihmisillä on johtotähti. Pekalla tähtinä ovat olleet taide ja taito – taito yhdistää näkemys ja ymmärrys käsillä tekemiseen.

Pekka vietti varhaisen lapsuutensa ja ensimmäisen kunnanlääkärivuotensa Kolarissa. Pienessä kunnassa 60-luvulla oli luontevaa, että apteekkari ja kunnanlääkäri tunsivat toisensa. Kun apteekkari läksi taiteenhankintamatkalle tapaamaan Reidar Särestöniemeä, hän otti Pekan mukaansa. Tästä alkoi Pekan taiteen kerääjän ura. Ensimmäisen Särestöniemen jälkeen hankintoihin tuli taukoa, mutta yhteydenpito ”Reitariin” jatkui ja syveni ystävyudeksi.

Sitten Pekka siirtyi kunnanlääkäriksi Kuusamoon, jossa syntyi kiinnostus kirurgiaan. Yksi päivä viikossa oli pyhitetty operatiiviselle toiminnalle ja Pekka teki vuosien ajan suuren osan sectioista Kuusamon kunnansairaалassa. Oppeja piti syventää lomilla sekä kirurgian että gynekologian apulaislääkärin sijaisena ja tämä johti lopulta erikoistumispäätökseen. Pekasta tuli gynekologi. Kun ”käsityöt” olivat hallussa, onkologia ja onkologinen kirurgia olivat luonteva valinta. Väitöskirja syntyi munasarjasyövästä.

Nykyään helsinkiläistyneellä Pekalla on kadehdittava kokoelma pääasiasa suomalaista nykytaidetta, onpa Reitari maalannut ystävästään muutokuvankin. Reitarin kautta Pekka tutustui myös toiseen omaperäiseen lappilaiseen, Kalervo ”Kalle” Palsaan. Taannoin Kalervo Palsan retrospektiivisessä näyttelyssä Kiasmassa oli esillä useista Pekan omistamista Palsan maalauksista yksi Kallen avaintyö, ”Kittilän yöelämä” – ei mikään joka kodin sisustustaulu.

– Taulun pitää tietenkin miellyttää silmää, mutta jokin hulluus teoksessa pitää myös olla, kertoo Pekka kriteereistään teostensa valinnalle.

Taiteen lisäksi Pekalla on toinen, taitoon liittyvä intohimo: ruoka ja eritoten ruoanlaitto. Siksi hän onkin lupautunut ilahduttamaan Syklin lukijoita ”Keittiötäidettä” -ruokatarinapalstallaan.

Mistä innostus keittiötaiteeseen?

– Kai siinä on jotain samaa kuin leikkaussalityöskentelyssä. Tyypilleik-

kauksille on oma kaavansa, ”reseptinsä”, mutta jokainen kerta on oman ja usein luovuudella on merkitystä parhaan lopputuloksen saavuttamisessa. Kaikki ihailemani kirurgiopettajat käyttivät minimaalista instrumenttivalikoimaa vähin elein ja lopputulos oli useimmiten eräänlainen taideteos. Enemmän tai vähemmän onnistuen pyrin omassa leikkaustoiminnassani matkimaan näitä opettajiani. Saman toimintakaavion olen siirtänyt keittiöni, jossa tärkein työvälineeni on terävä kokkiveitsi, joka ei ole mikään hieno ja kallis väline, mutta joka päivittäisellä hiomakiven ja hiontapuikon käytöllä säilyttää loistavasti leikkauskykynsä, Pekka kertoo.

– Äitini oli erittäin hyvä suomalainen kotiruuan taitaja ja viikonloppuisin vastaleivotun pullan tuoksu täytti kotimme. Pullapitkot, korvapuustit, bostonkakku ja tiikerikakku sekä ässä-pikkuleivät ja lusikkaleivät olivat tavallisia leipomuksia. Useat sukulaiseni muistavat isäni ruoanlaitosta erityisesti makkaranpääsopan, joka ilmeisesti tehtiin lihakaupassa tähteiksi jääneistä leikkelemakkaroiden päistä.

Kotona siis opin arvostamaan hyvää ruokaa ja olen pyrkinyt omalta osaltani jatkamaan tätä perinnettä valmistamalla päivittäisen ruoan yli kolmen vuosikymmenen aikana. Vaikeusaste on kyllä hivenen lisääntynyt alkuaikojen uunissa paistetusta gordon bleusta (HK:n lenkki, jossa kaariviillon täytteenä oli koskenlaskijajuustoa ja ket-suppiä), Pekka valottaa taustaa ruokainnostukselleen.

Ruoanlaitto voi olla myös joukkuelaji

– Muutaman miesgynekologikollegan kanssa olemme perustaneet epävirallisen yhdistyksen ”Pelastakaa edes miesgynekologit”, joka on kehittänyt taitojaan muutamalla kokkikurssilla. Taitoja on syvennetty keräämiäni reseptien turvin kotikeittiössäni Uudenmaankadulla. Samaa konseptia olen toteuttanut viime aikoina usein vieraidemme suhteen: esiliina eteen, reseptivihko kouraan ja keittiöön valmistamaan illan ateraa, Pekka paljastaa. ►

Ruoanlaitossa kiehtovinta ja hauskin on Pekan mielestä huolellinen etukäteisvalmistautuminen.

– Usein jo viikkoja aiemmin tutkailen keittokirjojani, silmäilen lehdistä olevia reseptejä, kehittelen teemaa ruokailulle. Seuraava vaihe on tarvikkeiden hankinta. Torin ja hallien luotokauppiailta saan taatusti tuoreet, hyvät tarveaineet, jotka eivät välttämättä ole kalliita. Kotona suunnittelen työvaiheet valmiiksi ja valmistan raaka-aineet käsittelyä varten, jotta ajoitus onnistuisi ja ruoka olisi valmis suunnitellun aikataulun mukaisesti. Suurin osa ajasta kuluu erilaiseen ”silppuamiseen”. Usein myös koevalmistan ja maistelen ruuat ainakin kertaalleen etukäteen.

Mistä innoitusta ruoanlaittoon?

– Kotimaisia TV-kokkien sarjoja en juurikaan katsele. Espanjan televisios-ta (TVE Internacional) tulee viikonloppuisin puolen tunnin ohjelma ”Vamos a cocinar con José Andrés”, jossa José Andrés laittaa yleensä yhden ruokalajin, jonka tarvikkeiden hankintaa ja niiden ominaisuuksia hän selostaa aluksi. Sen jälkeen hän valmistaa hyvin selkeästi ruoan keittiös-sään. Koko ajan työskentelytasot pysyvät puhtaina ja välineet säilyvät jär-jestyksessä. Samaan pyrin kotikeittiös-säkin, vaikka tietenkin suurien ruoka-määrien ollessa kyseessä tilanne saat-taa väliaikaisesti karata käsistä. Kos-kahan meille saadaan yhtä tasokkaita kokkiohjelmia?

Hyvä veitsi on kaiken A ja O

– Tärkein väline on kunnollinen, hyvin teroitettu kokkiveitsi, sitä ilman ruoka ei valmistu. Lisäksi tarvitaan muutama erikokoinen paistinpannu. Itse käytän mieluiten teflonoituja tai vastaavia, vaikka muutama rautapan-nukin löytyy. Kahvojen tulee olla ehdottomasti metallisia, jolloin pannua voi käyttää myös uunissa. Esimerkiksi Tarte Tatinin valmistus onnistuu hel-posti teflonoidun pannun avulla. Teflonpannuja voi käyttää myös kalojen paistamiseen ilman rasvaa – vain ripaus suolaa kuumalle pannulle ja kalat ruskistuvat kauniisti. Puu- tai muovila-sta estävät teflonpannujen pinnottei-den vaurioitumisen ja pidentävät nii-



Kauppatorilla kalasaalis on aina varma.

den käyttöikä. Kattiloiden ja kasarien tulee olla paksupohjaisia, silloin niitä voi käyttää moneen tarkoitukseen. Kaasulietä pidän parhaana vaihtoehtona. Oma hellani onkin kuusiliekinen kaasuliesi, jossa on sähköuuni.

Maustamisen taidetta

– Perusmaustamiseen riittävät suola ja vastajauhettu mustapippuri. Suolana käytän mieluiten myllyllä jauhettua Maldon-suolaa, karkeaa merisuolaa ja vain harvoin valmista hienoa-suolaa. Sileälehtinen lehtipersilja ja huhmaressa murskattu juustokumina eli jeera kuuluvat lähes päivittäiseen maustearsenaaliini. Mahdollisuuksien mukaan käytän tuoreita yrttimausteita: korianteria, timjamia, basilikaa, minttua, rosmariinia, oreganoa ja tuoretta inkivääriä. Kurkuma ja saframi eksy-vät usein kalakeittojen mausteiksi ja toisinaan kurkuma värjää myös sis-konmakkarat. Kaneli ja neilikka tuo-vat uusia ulottuvuuksia monille kas-vis- ja liharuoille.

Terveellistä mutta hyvää?

Kerma ja voi liitetään yleensä herkuliseen ruokaan. Pekan keittiössä ne eivät näyttele pääroolia, käytetty rasva on yleensä öljyä. Arkenakin on aina Pekan perheessä syöty hyvin – terveellisesti ja monipuolisesti.

– Arkisin ruokailemme nykyään vai-moni Kaarinan kanssa keittiön pöydän ääressä useimmiten kaksistaan. Aloitamme salaatilla tai keitolla. Pääruokana on kalaa 2–4 kertaa viikossa, muuten kanaa, ankan rintaa, lam-paan munuaisia tai maksaa, poron tai hirven lihaa, siskonmakkaroita. Jälki-ruokana nautimme usein kauden he-delmistä tehtyä kompottia, kastikkeena jonkin liköörin ja hunajalla makeu-tetun rommin seos. Arkijuomana on useimmiten jäähdytetty hanavesi, vii- konloppuisin ruokaan sopiva viini, Pekka selvittää.

Slow foodia siis jo kauan ennen kuin termi edes keksittiinkään. Olisi-ko tässä opiksi ottamista meille kiirei-sille einesten lämmittäjille? ■

Eeva Katriina Savia

15.4.1942–18.4.2007

Im M e m o r i a m

Kolleegamme Eeva Savia, os. Nuotio kuoli 18. huhtikuuta vaikeaan sairauteen kotonaan Helsingissä. Hän oli syntynyt Porissa, valmistui lääketieteiden lisensiaatiksi 1968 ja naisten tautien ja synnytysten erikoislääkäriksi 1976 Helsingin yliopistosta.

Jo erikoistumisaikanaan HYKS:n Naistenklinikassa hän kiinnostui erityisesti gynekologisesta sytologiasta ja perehtyi Papa-näytteiden tutkimiseen sekä suomalaisten että ulkomaisten opettajien johdolla. Yhdessä ohjaajansa Esko Purolan kanssa Eeva Savia kuvasi vuonna 1977 ensimmäisenä maailmassa ihmisen papilloomaviruksen (HPV) aiheuttamat solumuutokset Papa-näytteissä sekä näiden muutosten ja kohdunkaulan syövän välisen yhteyden. Tämä julkaisu on kansainvälisesti siteeratuimpia suomalaisia gynekologisia tutkimuksia. Kolleegojen keskuudessa Eeva tunnettiin luotettavana sytologina. Eeva oli myös ensimmäisiä kolposkopiataidon hankkineita gynekologeja Suomessa. Hän oli perustamassa Suomen Kolposkopiayhdistystä, jonka puheenjohtaja hän oli 1986–1996. Suomen Kliinisen Sytologian Yhdistyksessä hän toimi sihteerinä 1992–1995 ja vuonna 2005 hänet kutsuttiin yhdistyksen kunniajäseneksi. Eevan sytologinen osaaminen ja kolposkopiataito tunnustettiin myös kansainvälisesti. Hän osallistui säännöllisesti ulkomaisiin tutor-koulutuksiin ja oli jäsen useissa kansainvälisissä sytologia- ja kolposkopiayhdistyksissä. Moni merkittävä alan asiantuntija on käynyt luennoimassa Suomessa hänen kutsumanaan.

Eeva toimi päätoimisena sytologina 1977–1982 Syöpäjärjestöjen poliklinikalla, 1988–1991 HYKS:n Naistenklinikalla ja viime vuosien saakka usealla yksityisellä lääkäriasemalla. Yksitysvastaanottoa hän piti 1970-luvulta



2000-luvun alkuun. Hän oli poikkeuksellisen tarkka myös kliinisessä diagnostiikassa ja huolehti potilaistaan esimerkillisen kokonaisvaltaisesti. Tämä huolehtiminen ei loppunut edes sairauden myötä.

Yhtä innostuneesti kuin työhönsä Eeva suhtautui myös harrastuksiinsa. Hän oli monilahjakkuus, jonka käden taidot näkyivät itse tehdyissä vaatteissa ja maalauksissa; myös hänen kolposkopiatyössään. Apulaislääkäriläisiltä muistamme hänet innokkaana veneilijänä. Lasten kasvaessa pääharrastukseksi tuli golf, jota Eeva kävi perheensä kanssa pelaamassa parin vuosikymmenen aikana eri puolilla maailmaa. Matkoillaan hän toteutti myös valokuvausharrastustaan, jonka viimeisiä tuotteita olivat vuoden 2006 joulukortit Singaporesta. Sairausten edetessä huvila saaristossa kävi Eevalle erityisen rakkaaksi. Ympäröivästä luonnosta ja omasta puutarhasta hän sai aiheita öljyvärimaalauksiinsa ja valokuviinsa. Eevan ystävät samoin kuin hänen kanssaan samanaikaisesti erikoistuneet kollegat oppivat tuntemaan hänet oli myös erinomaisena kokkina, joka taidoillaan toistuvasti ilahdutti ympäristöään.

Anna-Kaisa Larkio-Miettinen
Eeva-Marja Rutanen

V ä i t ö k s e t

19.1.2007 **Kaisa Raatikainen**, Kuopio

Terveyskäyttäytymisen ja sosiaalisten riskien vaikutus raskauden ennusteeseen

Väitöstutkimuksessa selvitettiin siviilisäädyn, työttömyyden, ylipainon, äidin nuoren iän, aiempien raskauden keskeytysten ja äitiyshuollon ulkopuolelle jäämisen yhteyttä raskauden ennusteeseen. Ylipaino lisäsi riskiä huonoille Apgarin pisteille ja vastasyntyneen tehohoitoon joutumiselle. Avoliitto siviilisäätynä paransi raskausennustetta. Työttömyys liittyi riskiin vastasyntyneen pienipainoisuudesta ja riski korostui, jos molemmat vanhemmat olivat työttömiä. Äitiyshuollon ulkopuolelle jääminen oli harvinaista (1 %), mutta toi mukanaan huomattavasti kohonneen riskin ennenaikaiselle synnytykselle, sikiökuolemalle ja alhaisille Apgarin pisteille. Teiniäissä synnyttäminen ei lisännyt lapsen riskejä merkittävästi, ei myöskään aikaisempi raskaudenkeskeytys, kun siihen liittyvät muut taustatekijät huomioitiin.

9.2.2007 **Veli-Matti Ulander**, Helsinki

Venous thromboembolism during pregnancy and the impact of thrombophilia in pregnancy complications

Väitöstutkimuksessa osoitettiin, että pienimolekylaarinen hepariini on tehokas ja turvallinen hoito myös raskaudenaikaisessa laskimotukoksessa. Tutkimuksessa selvitettiin myös ennenaikaisuuden ja tukostaipumuksen välistä yhteyttä. Infektio on ennenaikaisuuden riskitekijä, joka lisää hyytymisaktiiviteettia ja hyytymisen osatekijät taas voivat lisätä tulehdusta. Tutkimuksessa osoitettiin, että kohdunkaulan heikkoudesta kärsivillä naisilla oli useammin laskimotutokselle altistavia geenivirheitä. Geenivirheen kantajuuden on epäilty olevan myös yksi syy toistuviin keskenmenoihin. Eläintöissä on osoitettu trombomoduliinin ja endotelialisen proteiini C-reseptorin geenipoikkeavuuden liittyvän keskenmenotaipumukseen, mutta tässä väitöstyössä sen ei voitu osoittaa olevan ihmisen toistuvien keskenmenojen taustalla.

9.3.2007 **Piia Poikkeus**, Helsinki

Outcome of singleton pregnancy after assisted reproductive treatment

Lähes 3 % Suomessa syntyvistä lapsista on saanut alkunsa koeputkihedelmöityshoidolla. Väitöstutkimuksessa selvitettiin yksisikiöisiin IVF-raskausiin liittyviä sikiön riskejä. Kuten aiemmissakin tutkimuksissa on todettu, verenpaineen nousu, istukan kiinnittyminen kohdunsuun eteen, ennenaikainen synnytys, pienipainoisuus ja keisarinleikkaukset olivat yleisempiä koeputkihedelmöityksellä aikaansaaduissa raskauksissa. Sen sijaan synnytyspelko ja raskausahdistus olivat yhtä yleisiä sekä IVF- että spontaaneissa raskauksissa. Raskausriskien ei havaittu liittyvän mihinkään tiettyyn potilasryhmään tai käytettyyn koeputkihedelmöityshoitomuotoon.

23.3.2007 **Tiina Backman**, Turku

Kohdunsisäisen hormoniehkäisimen käyttäjätyytyväisyys, teho ja turvallisuus. Valtakunnallinen selvitys suomalaisessa 17360 naisen otoksessa.

Tutkimuksen aineistossa hormoniehkäisurukkaan tyytyväisten osuus oli 74 %, vaikka kolme neljästä käyttäjästä oli valinnut kierukan oltuaan tyytymättömiä aikaisempaan ehkäisymenetelmäänsä. Hormoniekäisurukka oli tehokas ehkäisin, Pearl-luku oli 0.5 viiden vuoden aikana. Jos raskaus kuitenkin alkoi, kohdunulkoisten raskauksien osuus kaikista raskauksista oli suurempi kuin ehkäisyttyä alkaneiden raskauksien joukossa yleensä. Asettamisen yhteydessä annettu käyttöön liittyvä tieto vähensi kierukan ennakko-aikaisia poistamisia ja amenorea tai oligomenorea lisäsivät käyttäjien tyytyväisyyttä. Tutkimuksessa katsottiin myös kierukan käyttäjien rintasyöpäriskiä vertaamalla käyttäjätietoja syöpäreisterin tietoihin ja todettiin, että käyttö ei lisännyt rintasyöpäriskiä.

13.4.2007 **Annika Riska**, Helsinki

Munanjohdinsyöpä: esiintyvyys, riski- suoja- sekä ennustetekijät

Väitöstutkimuksessa selvitettiin munanjohdinsyövän esiintyvyyttä sekä siihen vaikuttavia riski-, suoja- ja en-

nustetekijöitä. Lisäksi monikansallises- sa syöpäreisteritutkimuksessa selvitettiin riskiä sairastua uuteen syöpään sairastetun munanjohdinsyövän jäl- keen. Insidenssi on korkein kaupun- geissa, mutta lisääntyi eniten maa- seudulla. Ylemmissä sosiaaliluokissa munanjohdinsyöpää esiintyi 1,8-ker- taisesti verrattuna alempiin sosiaali- luokkiin. Synnyttäneisyys ja aiempi sterilisaatio ovat suojatekijöitä munan- johdinsyöväälle. Myöhäisempi ensisyn- nytyksikäs lisäsi suojavaikutusta, samoin useat synnytykset. Aiemmin sairaste- tut Chlamydia trachomatis- tai HPV- infektiot eivät lisänneet riskiä sairas- tua munanjohdinsyöpään.

Aiemmin sairastetun munanjohdin- syövän jälkeen todettiin kohonnut ris- ki erityisesti rinta- sekä kolorektaal- syöväälle. Tämä saattaa kertoa aiempi- en hoitojen (säde- ja solunsalpaajahoi- dot) vaikutuksista, mutta myös syövän taustalla olevista yhteisistä geneettisistä, hormonaalisista, immunologisista tai ympäristötekijöistä.

20.4.2007 **Katriina Viinikainen**, Kuopio

Epilepsy, female reproductive and neurodevelopment of the offspring

Väestöpohjaisessa tutkimuksessa sel- vitettiin epilepsiaa sairastavien nais- ten raskauksien kulkua ja tutkimuk- sen toisessa osassa epilepsialääkityk- sen pitkäaikaisvaikutuksia vertaamal- la valproaatile ja karbamatsepiinil- le raskausaikana altistuneiden lasten älyllistä kehitystä toisiinsa ja ei-altis- tuneisiin.

Epilepsiaa sairastavien naisten ras- kaudet sujuivat pääsääntöisesti nor- maalista gynekologisen ja neurologi- sen seurannan ansiosta. Synnyttäis- ten epämuodostumien riski lapsilla oli kuitenkin kaksinkertainen muuhun synnyttäväväestöön verrattuna. Kar- bamatsepiinille altistuneet lapset eivät eronneet suoriutumiseltaan koulu- iä-ssä ei-altistuneista, mutta valproaatile altistuneilla oli verrokkeja enemmän vaikeuksia koulunkäynnissä. Tutkija kuitenkin muistuttaa, että otoskoko tässä vertailussa oli pieni ja sekoittavia tekijöitä paljon, joten johtopäätösten teko on epävarmaa. Tulokset kuiten- kin oikeuttavat vaatimuksen lisätutki- muksista epilepsialääkityksen pitkäai- kaisvaikutuksista.

LYHENNELMÄ VALMISTEYHTEENVEDOSTA

Vesicare® 5 mg ja 10 mg kalvopäällysteiset tabletit.

Vaikuttava aine: Solifenasiini.

Käyttöaiheet: Yliaktiivisesta virtsarakosta johtu- van pakkokontinenssin ja/tai tihtyneen virt- saamistarpeen ja virtsapakon oireenmukainen hoito.

Annustus ja antotapa: Suositusannos on 5 mg:n tabletti kerran päivässä. Annosta voidaan suurentaa tarvittaessa 10 mg:aan kerran päivässä. Vaikessa munuaisten ja maksan vajaatoiminnassa potilaita tulee hoitaa varoen ja maksimiannos on 5 mg päivässä. Turvallisuutta ja tehokkuutta ei ole vielä lapsilla vahvistettu. Siksi Vesicare-valmistetta ei pidä käyttää lapsille.

Vasta-aiheet: Virtsauampi, vaikea gastro- intestinaalinen sairaus (mukaan lukien toksinen megacolon), myasthenia gravis tai ahdaskul- maglaukoma tai näiden tilojen kohonnut riski. Yliherkkyys solifenasiinille tai valmisteen apuaineille.

Varoitukset ja käyttöön liittyvät varotoimet: Muut tihtyneen virtsaamistarpeen aiheutta- mat syyt (sydänvika tai munuaissairaus) tulee selvittää ennen Vesicare-hoidon aloittamista. Mahdollinen virtsatieinfektio on hoidettava asianmukaisesti bakteerilääkkeellä. Vesicare- valmistetta tulee käyttää varoen, kun on kliini- sesti merkitsevä virtsarakon ulosvirtauksesta ja virtsaampi, gastrointestinaalinen obstrukti- vinen häiriö, maha-suolikanavan motiliteetin vähenemisriski, vaikea munuaisten vajaatoi- minta, kohtalainen maksan vajaatoiminta, samanaikainen potentin CYP3A4-estäjän, esim. ketokonatsolin käyttö, hiatushernia/gastro- esofagiaalinen refluksi ja/tai esofagiittia mah- dollisesti aiheuttavien tai pahentavien lääke- valmisteen (kuten bifosonaatin) samanaik- kainen käyttö ja autonominen neuropatia. Turvallisuutta ja tehokkuutta ei ole vielä varmistettu potilailla, joilla detrusor-lihaksen yliaktiivisuuden on neurogeeninen syy. Potilaiden, joilla on harvinainen perinnöllinen galaktoosi-intoleranssi, saamelaisilla esiintyvä laktaasipuutos tai glukoosi-galaktoosi-imey- tymishäiriö, ei pidä käyttää tätä valmistetta. **Yhteisvaikutukset:** Solifenasiinin ja potentin CYP3A4-estäjän samanaikainen käyttö on vasta- aiheinen potilailla, joilla on vaikea munuaisten vajaatoiminta tai keskivaikea maksan vaja- toiminta. Vesicare-valmisteen enimmäisannos on 5 mg annettaessa samanaikaisesti ketokonatsolia tai terapeuttisiin annoksiin muita potentteja CYP3A4-estäjiä (esim. ritonaviri, nel- finaviiri, itrakonatsoli).

Raskaus ja imetys: Solifenasiinihoidon aikana raskaaksi tulleista naisista ei ole kliinisiä tutkimustuloksia. Valmistetta tulee määrätä varoen raskaana oleville naisille. Vesicare- valmisteen käyttöä tulee välttää imetyksen aikana.

Vaikutus ajokykyyn ja koneiden käyttöön: Koska solifenasiini voi muiden antikolinergisten aineiden tavoin aiheuttaa näön hämärtymistä ja harvoin uneliaisuutta ja väsymystä, ajokyky ja koneiden käyttökky voi heikentyä.

Haittavaikutukset: Lieviä tai kohtalaisia antiko- lnergisiä haittavaikutuksia, jotka ovat annos- riippuvaisia. Vesicare-valmisteen yhteydessä useimmin ilmoitettu haittavaikutus oli suun kuivuminen. Sitä esiintyi 11 %:lla potilaista, jotka saivat 5 mg kerran päivässä, 22 %:lla poti- laista, jotka saivat 10 mg päivässä ja 4 %:lla potilaista, jotka saivat lumelääkettä. Suun kui- vuminen oli yleensä lievää ja johti vain satun- naisesti hoidon keskeyttämiseen.

Pakkaukset ja hinnat 1.1.2006 (VMH): Vesicare 5 mg 30 tabl. läpipainopakkaus 57,72 €, Vesicare 5 mg 90 tabl. läpipainopakkaus 148,88 €, Vesicare 10 mg 30 tabl. läpipaino- pakkaus 68,46 €, Vesicare 10 mg 90 tabl. läpipainopakkaus 174,02 €.

Korvattavuus: SV-peruskorvattava. Reseptilääke.

Lisätiedot: Pharmacia Fennica.

Myyntiluvan haltija: Astellas Pharma a/s,

Glostrup, Tanska.

Markkinoija Suomessa: Algal Pharma Oy, PL 13,

02611 ESPOO

Astellas Vesicare

Kolme polvea keittiössä

Vanhimpien lasteni kanssa olen muutaman kerran pitänyt jonkinlaista kokkikurssia. Pariin otteeseen olen tyttäreni vanhimman pojan Juliuksen kanssa askaroinut ruoat parille kymmenelle hengelle raaka-aineiden hankinnasta alkaen.

Kaksosteni Merin ja Petrin 40-vuotispäivien ruokalista muodostui italialaissytytteiksi. Valmistimme sen kolmen sukupolven voimin yhdessä Petrin, hänen poikansa Jaakon sekä Juliuksen kanssa. Kymmenen ruokalajin menyy 24 hengelle valmistui kuudessa tunnissa, aikataulussa pysyen.



Yhden ruoan, Salmone alla menta, olin valmistanut etukäteen, koska vuorokauden marinointi jääkaapissa parantaa makua. Tiramisu ja suklaakaku tehtiin lauantaiamuna ennen koontumista, joten joukkueen osaksi jäi seitsemän ruokalajin valmistus.

Aluksi silputtiin tarpeellinen määrä yrttejä ja siivutettiin kurpitsat. Petri ruskisti ne kolmella pannulla sutjakasti ja jatkoi caponatan teolla samoilla välineillä. Tällä välin Julius hoiteli lihapullataikinan teon kolmesta ja puolesta kilosta jauhelihaa jo vanhalla ruutiinilla, jota oli hankkinut aiemmilta yhteisiltä keittiötapaamisiltamme. Tuokiossa pojat pyörittelivät pullatkin.

Tämän jälkeen siirryttiin pastan veivaamiseen, kun kiloinen taikina oli jossain välissä yhteisvoimin väännetty tekeytymään. Liian suuret taikinakimpaleet toivat mukanaan lähes kolmi-metrisiä pastalevyjä ja uhkan olohuo-

neen puolelle siirtymisestä, joka estettiin pöytien kattajien tarmokkain äänin ja naisenergian turvin. Tagliolininauhaa muodostui lopuksi melkoinen keko kuivahtamaan ennen keittoa. Pastakastikkeen tekeminen kirsikkatomaateista sujui jälleen yhteisvoimin, tosin ulkomaisten kirsikkatomaattien mauttomuus ja kuorien kovuus yllätti kotimaisiin tottuneet kielellemme.

Yrtti-couscous tehtiin valmiiksi odottelemaan lämmittämistä. Juuri ennen vieraiden tuloa saatiin myös mozzarellasalaatti valmiiksi ja maalaisleivän siivut leikatuiksi bruschettoja varten. Ne valmistimme ruskistamalla leivät paistinpannalla, johon oli laitettu oliiviöljyä ja muutama valkosipulin kynnen puolikas antamaan makua.

Ainekset olin tietenkin hankkinut jo edellisenä päivänä tutuilta toimittajilta. Viinivalinnoissa luotin Vian Alkon myyjiin. Normaalistihan on niin, että lehdissä kehuja saaneista viineistä ei

enää löydy arvosteltua vuosikertaa ja myös edellisenä vuonna hyväksi koettu viini on kadonnut valikoimasta. Lugana oli vanhastaan tuttu, pienikuplainen Rotari ilahdutti heti alkuunsa kaikkia ja erityistä kiitosta sai lannan tuoksuinen Barbaglio.

Ohessa ohjeet muutamista ruokalisten aterioista. Täydellisen reseptivihkon voin lähettää halukkaille sähköpostin välityksellä. Pyynnöt osoitteeseen: pekka.venesmaa@fimnet.fi

Insalata caprese

(Jamie Oliver; Jamie Italiassa s. 186)

4 annosta
 4 (à 150 g) puhvelinmaito-mozzarellapalloa
 2 kourallista erilaisia kypsiä tomaatteja
 1 kevätisipulin vaalea osa (leikkaa erittäin ohuiksi renkaiksi) neitsytoliiviöljyä
 hyvänlaatuista (yrtti)viini-etikkaa
Kastike
 1 suuri kourallinen basilikanlehtiä
 merisuolaa ja vastajaubettua mustapippuria
 neitsytoliiviöljyä

Tee ensin kastike. Säästä muutama basilikanlehti. Pane loput lehdet ja kunnan ripaus merisuolaa huhmareeseen ja hiero karkeaksi tahnaksi. Lisää joukkoon loraus öljyä ja sekoita ihanaksi kastikkeeksi.

Revi mozzarella käsin suurelle tarjoiluvadille. Paloittele tomaatit ja pane ne kulhoon kevätisipulin kans-

M · E · N · U

Antipasti

Bruschetta
Insalata caprese

Primo piatto

Tagliolini con pomodorini alle erbe

Secondi piatti

Salmone alla menta
Polpette alla romana

Contorni

Couscous alle erbe
Caponata
Fegato ai sette Cannoli

Dolci

Tiramisu
Torta di cioccolato

Rotari Riserva Brut 2001
Lugana San Benedetto 2005
Barbaglio Rosso 2000

Bruschetta: öljyllä ja valkosipulilla maustettu paahdettu leipä. **Insalata caprese:** tomaatti-mozzarellasalaatti. **Tagliolini con pomodorini alle erbe:** nauhapasta ja kirsikkatomaattikastike. **Salmone alla menta:** mintulla maustettu lohi. **Polpette alla romana:** roomalaiset lihapullat. **Couscous alle erbe:** yrtteillä maustettu kuskus. **Caponata:** sisilialainen munakoisosalaatti. **Fegato ai sette Cannoli:** nimestään huolimatta ei ole maksaa, vaan kurpitsasta valmistettu ruoka. Nimi pohjautuu siihen, että sisiliassa köyhillä oli vain harvoin varaa liharuokiin ja Palermon köyhien kaupunginosassa on suihkulähte Sette Cannoli, jonka seutuvilta ruoka on peräisin. **Tiramisu:** kahvilla kostutettu tuorejuusto-keksikaku. **Torta di cioccolato:** suklaatorttu.

sa. Sekoita joukkoon vähän öljyä ja (yrtti)viinietikkaa sekä ripaus suolaa ja mustapippuria myllystä. Levitä tomaatit mozzarellan joukkoon ja valuta basilikakastike päälle. Ripottele pinnalle basilikanlehdet.

Polpette alla romana

(Valter Benigni, Anna 22.2.2007, Maailman parhaat lihapullat)

4 annosta

Italialaisen ruoan salaisuus on yksinkertaisuus ja hyvät raaka-aineet. Lihapullat eivät tee poikkeusta. Roo-



malaisten lihapullien resepti on peruja äidiltäni. Usein teen osan lihapullista paistamalla ja osan tomaattikastikkeessa keittämällä. Maukkaan kastikkeen tarjoan pastan kanssa. Juomaksi lihapullien kanssa sopii tietysti punaviini, mutta yllättävän hyvin myös tuhti valkoviini. Lihapulla-aterian jälkiruoaksi tarjoan käsin vatkattua sitruunasorbettia ja lasillisen Limoncelloa.

600 g sika-nautajaubelibaa
2 viipaleita valkoista leipää
maitoa, korppujauhoja
2 rkl oliiviöljyä
2 kananmunaa
1–2 valkosipulinkynttä
raastettua muskottipähkinää
1 nippu (lehti)persiljaa
n. 1 dl raastettua parmesania
suolaa ja mustapippuria myllystä

Pehmitä kuorettomiksi leikatut leipäviipaleet maidossa. Sekoita liha, leipä, öljy, silputtu persilja, murskattu valkosipuli, raastettu parmesaani ja mausteet. Muskottia riittää muutama raapaisu raastimella, mustapippuria saa laittaa reilummin.

Muotoile taikina kostutetuksi käsin pyöryköiksi, kierrittele korppujauhoissa ja paista kuumalla pannulla oliiviöljyssä kauniin ruskeiksi.

Tarjoa lihapullat hyvän leivän tai uunissa kypsennettyjen, rosmariinilla ja valkosipulilla maustettujen lohko-perunoiden kanssa.

Voit myös valmistaa tomaattikastikkeen ja kypsennätä osan pyöryköistä kastikkeessa hauduttamalla. Tarjoa kastikkeessa kypsennetyt pyörykät pastan kanssa.

Couscous alle erbe

4 annosta
1,25 dl vettä
1,25 dl valkoviiniä

200 g couscous-suurimoita
2 rkl biennonnettua salotti- tai kevätsipulia
tuoretta (lehti)persiljaa, minttua, korianteria, timjamia biennonnettuna
50 g voita
suolaa

Kiehauta vesi ja viini. Lisää couscous-suurimot. Hauduta hetki kannen alla ja lisää samalla voi sulamaan suurimoiden päälle. Sekoita sitten haarukalla suurimot irttonaisiksi ja lisää samalla yrtit. Mausta suolalla. Voit käyttää maustamiseen myös 1/3 kana- tai kasvisliemikuutiota jo heti nesteiden kiehauttamisvaiheessa.

Tiramisu

(Claudia Roden; Italialainen keittokirja s. 72)

8 annosta
4 rkl (tai maun mukaan) rommia
1 dl vahvaa mustaa kahvia
2 rkl brandyä
16–20 savoiardiaksiä
400 g mascarponejuustoa
2 munaa (keltuaiset ja valkuaiset eroteltuina)
4 rkl tomusokeria
75–100 g (teho-sekoittimessa jauhattua) talousuklaata

Sekoita 2 rkl rommia kahviin ja brandyyn. Kasta keksit kahvi-brandyseokseen ja vuoraa niillä matala vuoka. Kaada keksien päälle tilkka jäljellä olevaa rommiseosta, älä kuitenkaan niin paljon, että keksit kostuvat läpikotaisin. Vatkaa yhteen juusto, munan-keltuaiset, tomusokeri ja jäljellä oleva rommi. Vaahdota valkuaiset melko kovaksi vaahdoksi ja sekoita varovasti juustotahnaan. Lusikoi tahna keksien päälle. Ripottele pinnalle jauhattua suklaata ja pane jääkaappiin jäähtymään yön yli. ■

Erikoistuvat kokoonoutuivat Kuopiossa

Puolivuositteiset EGO-päivät järjestettiin Kuopiossa 10.–11.5. Hotelli Rauhalahdessa yleisgynekologian merkeissä. Koulutuspäiville osallistui 91 erikoistuvaa lääkäriä, joista vähemmistön eli miessukupuolen edustajia oli kolme. Huhu kertoo, että alalle erikoistuvia miehiä olisi tällä hetkellä peräti viisi. Tämä on meille kaikille iloinen uutinen, vaikkakin uhkaavasti näyttää kyllä siltä, että tulevaisuuden SGY:n iltatilaisuuksissa sana naistentanssit tulee saamaan aivan uuden merkityksen.

Koulutuspäiviä edelsi sponsorimme Organonin ensimmäistä kertaa järjestämä pre-symposium aiheena erilaiset hormonihoitot. Tilaisuuteen osallistui parisenkymmentä erikoistuvaa ja se koettiin sekä mukavana että tarpeellisenä. Toivomme, että jatkossa presymposium muodostuu perinteeksi.

Varsinaiset koulutuspäivät avasi lähipäivinä eläkkeelle jäävä professori Seppo Saarikoski. Hänen jälkeensä meidät johdatti lääketieteen etiikan maailmaan professori Seppo Heinonen. Aihe herätti ajatuksia ja totesimme, ettei etiikka ole jotakin mitä voisi luennoimalla opettaa, mutta filosofisia keskusteluja voisi kuitenkin käytännön tasolla käydä vaikkapa oman tutorin kanssa. Professori Heimo Viinamäki kävi esityksessään läpi mielen terveysasioita kattaen naisen koko elämänkaaren ja siihen liittyvät kriisikohdat. Lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö on aina vaikea aihe. LT Marita Hippeläinen kertoi yksityiskohtai-

sesti, mitä tutkitaan ja miten.

Organonin toimitusjohtaja Markku Hämäläinen loi katsauksen tutkivaan lääketieteelliseen maailman muuttuvissa tuulissa ja puhe oli selkeästi jatkoa syksyiselle visiolla tulevaisuuden terveydenhuollosta. Iltapäivän luentoja jatkoi LT Marita Räsänen aiheenaan hormonikorvaushoidon ongelmatilanteet, joista saimme aitoja esimerkkejä hankalien potilastapausten muodossa. Ensimmäisen päivän viimeisenä, muttei vähäisimpänä luennoi LT Pauliina Aukee lantionpohjan pettämisestä ja erityyppisten ongelmien erilaisista ratkaisuista.

Illanvietto sujui rattoisasti hotellin läheisyydessä sijaitsevalla Jätkänkämpällä kalakukkoa ja viiniä maistellen. Hirsirakennuksen yhteydessä sijaitsee kertoman mukaan maailman suurin savusauna, johon ikävä kyllä emme ehtineet tutustua. Illan mittaan käytiin leikkimielinen itä-länsi -päivystyskisa, jossa tunnelmaan päästiin pyörimällä kepin nokassa, kunnes maailma keinuu.

Reippaimmat aamunvirkut olivat perjantaaamuna kuulemassa LL Marja-Liisa Elorannan perusteellista esitystä hyvänlaatuisten ulkosynnyttimien muutosten diagnostiikasta ja hoidosta. Dosentti Marjo Tuppuraisen esitelmä käsitteli irtosolunäytettä ja Bethesda-järjestelmän tulkintaa. Niinikään hyvä tiivistelmä saatiin solumuutosten hoidosta Käypä hoito -ohjeiden mukaan. Ovariodiagnostiikkaa meille opetti LT Maija-Riitta Ordén näyttäen lukuisia ultraäänikuvia, jotka kertoivat enemmän kuin tuhat sanaa. Ansiokas kuvagalleria oli suurelta osin peräisin esitelmöitsijän omasta potilasaineistosta. Aamupäivän luennot päätti LT Anna-Mari Heikkinen aiheenaan hyvänlaatuinen kohtupatologia, joka piti sisälleen niin myömyt kuin polyypitkin – ja kaiken tältä väliltä.

EGO-päivien palautteessa on usein



toivottu aiheeksi seksologiaa ja toive toteutui tänä keväänä. Johdatuksen aiheeseen esitti gynekologi ja seksuaaliterapeutti Heli Lumiala puheen seksuaalisuudesta, suvaitsevaisuudesta ja avoimuudesta. Kättilö ja seksuaaliterapeutti Liisi Laitinen jatkoi kiitellyllä esityksellään raskaudesta ja seksuaalisuudesta. Kumpikin edellä mainituista puhujista toi mukavan, virkeän tuulahduksen kovan lääketieteellisen faktan keskelle. LT Marja Komulaisen luento käsittelee syöpäpotilaan seksuaalisuutta. Kaiken kiireen keskellä meidän tulisi löytää keino tukea vakavasti sairastuneen potilaan seksuaalisuutta ja sitä kautta parisuhdetta.

Koulutuspäivät saivat hyvää palautetta osallistujilta. Kiitos tästä kuuluu kuopiolaisille, kaikille luennoitsijoille, SGY:lle, aktiivisille osallistujille ja sponsoreillemme Organonille. Hyvä me! ■

Hyvä systeemi

Hyvät Gynaecologi Practicin jäsenet. Kesä tekee tuloaan. Kalenterisulkeisia pidetään jo kovaa kyytiä syksyn tapahtumien tiimoilta. Hallitus on suunnitellut koulutusohjelmaa elo-, syys-, loka- ja joulukuuksi. Suunnitelmien ytimessä ovat olleet aiheet, joita jäsenistö on toivonut. Esille tulee kysymyksiä, joihin praktiikassa on osattava reagoida ja joihin tulee tietää vastauksia. Huomattava lisäarvo syntyy vastaanotolla, jos kulloinkin esiin tuleviin pulmiin löytyy toimiva ratkaisu. Oman haasteensa tilanteeseen tekee se, että yksityissektorilla käytännön syistä tulee keskittyä vain oleellisimpiin tutkimuksiin ja jo kustannussyistä lääketieteellisesti perusteltuihin toimiin. Hyvät systeemit ovat jotain, missä osaajan taidot näkyvät.

Kirjoitan tätä puheenvuoroa jälleen tiettyä innostusta tuntien. Hiljattain erinomaisilla SGY päivillä Pertti Mustajoki kertoi virheistä oppimisesta. Peijaksessa on käytössä yhteistyömuoto ”VIIVI”. Pertin johdolla on kehitetty toimintatapa, joka nostaa systeimin virheherkät kohdat esille ja muutoksen kohteeksi. Olennaista hänen esittelemässään strategiassa on se, että virheitä syntyy, kun systeemi toimii huonosti ja kun tapahtumaketjuissa on riskialttiita kohtia. Silloin ei auta, että jokaiselle käy sormi ojossa muistuttamassa mitenkäpäin letkut on kytkettävä. On kehitettävä systeemi, jossa letkut voi kytkeä ai-noastaan oikein päin. Miten loisteliasta ja ytimeen osuvaa. Paljonkohan meidän veromarkoistamme säästyy aina, kun systeemit toimivat relevantisti terveydenhuollon kentässä.



TAUNO

Esimerkkejä kummallisista systeemeistä tulvii mieleen. Niistä voisi kirjoittaa listaa joka käänteessä. Minkähänlaisen listan saisimme kaikki joukolla aikaiseksi.

Potilastyössä hyvien systeemien keskiössä on asiakkuuskoulutuksista tuttu motto: ”create no frustration” eli toiminta, joka ei turhauta. Palvelevan terveydenhuollon kannalta saattaa olla frustroivaa kaikille osapuolille esimerkiksi se, että leikkauspotilas on ohjattava jälkitarkastukseen periaatteellisista syistä terveyskeskuslääkärille vaikka potilaan hoitava lääkäri olisi yksityissektorilla. Mahdollisiin komplikaatioihin ja toipumiseen ottaa silloin kantaa henkilö, joka ei välttämättä tunne lainkaan potilaalle suoritettua leikkausta.

Tärkeä systeemien kosketuspinta on julkisen sektorin ja yksityissektorin yhteistyö – asia, joka herättää toisinaan tunnepohjaisia reaktioita. Näin pienessä maassa jokaisen osaamiselle on tarve ja kysyntää. Olisi sääli, jos raja-aitoja syntyisi potilaan perusteltu paras unohtaen. Se olisi voimavarojen hukkaamista.

Praktiikun intressissä on toimia osana hyvää terveydenhuollon systeemiä. Siksi oma osaaminen on käytävä tarkistamassa. On syytä päivittää toimivatko omat systemit. Tätä silmällä pitäen merkatkaa itsenne varatuksi 31.8.–1.9.07, 28.–29.9.07, 19.–20.10.07 ja 14.12.07. Miksi – se selviää syksyn mittaan saapuvista kutsukirjeistä.

Näillä ajatuksilla toivottaa GP:n hallitus jäsenistölle ja kaikille SGY:n jäsenille rentouttavaa kesää.

Orion Bonfemi

On muutoksen aika

Olen saanut seurata yhdistyksemme kehitystä hallituksen sisältä nyt 17 vuoden ajan. Ensimmäinen hallituksen kokoukseni, jonka järjestelyt tuolloinen puheenjohtaja Olavi Ylikorkala antoi tehtäväkseni, oli 9.1.1990. Vuosien mittaan ovat sitten puheenjohtajat vaihtuneet, nyt kuluvan kauteni päättyessä yhteistyöni tapahtuu kymmenennen puheenjohtajan kanssa. Näiden kaikkien hallitusten työtä on leimannut paneutuminen tarmokkaasti hallituksen päätehtävään, jäsenistön tietojen ja taitojen kartuttamiseen koulutusten avulla. Kuten tiedämme, Suomessa erikoisalojen jatkokoulutus on pitkälti jätetty yhdistysten varaan. Suomen gynekologiyhdistys ry on kiitettävällä tavalla ottanut tämän haasteen vastaan ja hoitanut koulutuksen esimerkiksi. Näinkin pitkällä aikajänteellä on huomattavaa, että hallitusten työskentely on koko ajan ollut innovatiivista, rakentavaa ja myös hauskaa. Minulla on tunne, että kaikki hallituksissa jäseninä olleet ovat viihtyneet ja suunniteltujen jaksojensa (yleensä 4–6 vuotta) jälkeen hallitustyöstä luopuminen on ollut haikeaa.

Yhdistyksen kaikkea toimintaa on leimannut vapaaehtoisuus. On toimittu talkoohengessä, toimintaan käytettyjä tunteja tai matkoja ei ole laskettu, jokainen on kantanut kortensa kekoon vapaa-ajallaan. Rahallisia palkkioita ei ole maksettu yhdistyksen jäsenille; yhdistyksen ulkopuolisten henkilöiden, luennoitsijoiden, avustavien järjestelijöiden jne. toiminnot on kyllä aina korvattu rahallisesti.

Mutta nyt on todella muutoksen aika! Muutoksen pohjana on se, että jäsenistömme on kasvanut näiden vuosien aikana huomattavasti. Tullessani aikani yhdistyksen jäseneksi jäseniä oli noin 300. Aloittaessani hallituksen klubimestarina jäsenmäärä oli n. 500 ja tätä kirjoitettaessa jo n. 900. Yhdistyksen järjestämiin tilaisuuksiin osallistuvien määrä on kasvanut samassa suhteessa ja näin ollen se työ määrä, joka nii-

hin liittyy, on lisääntynyt huomattavasti. Valitettavasti samalla on ollut vaikeampaa saada vapaaehtoisia toimimaan erilaisissa järjestely- ja kokoustehtävissä. Tämä on ymmärrettävää jäsenistön ikäpyramidin siirtyessä nuorempaan suuntaan ja perhesyiden rajoittaessa mahdollisuuksia ja halua osallistua vapaaehtoistyöhön.

Yhdistyksen hallitus on aktiivisesti etsinyt henkilöä, joka voisi päästää allekirjoittaneen jo tässä vaiheessa ”eläkkeelle”. Emme ole saaneet myöntävää vastausta keltään tähän mennessä. Jos joku tietää tai tuntee halukkaan klubimestariksi tai haluaisi itse tehtävään, ilmoittautukoon pian. Olen saanut ilokseni

tehdä tätä työtä yhdessä vaimoni Ailan kanssa, ilman hänen panostaan se ei olisi lainkaan onnistunut.



Edellä mainituista syistä hallitus onkin aloittanut tunnustelut koulutustoimintojen käytännön järjestelyjen ulkoistamiseksi ammattimaisille koulutustapah-

tumien järjestäjille. Tämä helpottaisi vapaaehtoistyön määrää ja mahdollistaisi klubimestarin osallistumisen hallituksen toiminnassa enemmän sisällön tuottamiseen. Toki hänen on yhdessä kokousjärjestäjän kanssa ohjaavana ja varmentavana henkilönä osallistuttava käytännön asioihinkin. Tällainen muutos aiheuttaa luonnollisesti kustannuksia, mikä taas johtaa siihen, että kokousten tuotto yhdistykselle vähenee ja mahdollisuus tukea säätiötä heikkenee. Onneksi säätiön pääoma on jo sitä luokkaa, että sen tuotolla voi hyvin tukea kliinistä tutkimustyötä ja antaa nuorille tutkijoille mahdollisuus pitää ”sapattikuukausia” varsinaisesta palkkatyöstään.

Yhdessä hallituksen kanssa panostammekin nyt Oulun, Aulangon ja ennen kaikkea yhdistyksen Helsingissä pidettävän 80-vuotisjuhlan järjestelyihin. Toivottavasti jäsenet osallistuvat runsain joukoin näihin tilaisuuksiin! Hyvää kesää 2007 kaikille!

25.4.2007

Helsingin kevätkokouksen liittyen hallitus päätti muistuttaa luennoitsijoita siitä, että luentopalkkion maksamisen edellytyksenä on luentolyhennelmän tekeminen jäsenkunnan käyttöön.

EGO:n edustajiksi NFYOG:n pohjoismaiseen kokoukseen Kööpenhaminaan valittiin Päivi Rahkola, Jatta Tuohimaa, Tea Brummer, Katja Murttoniemi ja Satu Klockars.

Uusiksi jäseniksi hyväksyttiin Leena Alanne, Carita Edgren, Satu Klockars, Elina Salmitie, Anna Säisä ja Taru Tuomi.

Erikoistuvien lääkäreiden matka-apuraha myönnettiin Anna Kanervalle, Ritva Nissille ja Hanna Sallille.

FIGO:n pyynnöstä hallitus päätti adaptoida FIGO:n eettiset säännöt, mistä puheenjohtaja teki ilmoituksen FIGO:n presidentille. Ao. säännöt on nähtävissä SGY:n kotisivuilla.

EBCOG Councilin Brysselin kokoukseen kesäkuussa 2007 nimettiin SGY:n edustajaksi Juha Mäkinen.

Hallitus päätti laittaa kaikki SGY:n (ja Säätiön) vuosittain jaka-

mat tunnustukset ja apurahat jäsenkunnallekin esiin sekä Sykliin että kotisivuille.

Todettiin, että SGY oli antanut lausunnon maamme erikoislääkäri ja erikoishammas-lääkärikoulutuksen arvioinnista STM:lle ja lisäksi WHO:lle lausunnon koskien teemaa "Making pregnancy safer".

Hallitus päätti myös Syklin päätoimittajan vaihtumisen myötä siirtää Syklin taitotyön painotalo Punamusta OY:ltä Taitotasku OY:lle.

SGY:n hallitus/JIM

Kevätkokouksen pöytäkirja 2007

Suomen Gynekologiyhdistys ry:n kevätkokous pidettiin Dipolin Auditoriossa Espoossa torstaina **26.04.07** klo 17 alkaen. Kokoukseen osallistui 60 yhdistyksen jäsentä.

1 § Kokouksen avaus

Yhdistyksen puheenjohtaja Juha Mäkinen avasi kokouksen klo 17.00.

2 § Kokouksen laillisuus ja päätösvaltaisuus

Kokous todettiin laillisesti kokoonkutsutuksi ja päätösvaltaiseksi.

3 § Kokouksen järjestäytyminen

Kokouksen puheenjohtajaksi valittiin Juha Mäkinen ja sihteeriksi Seija Ala-Nissilä. Pöytäkirjan tarkastajiksi ja äänlaskijoiksi valittiin Ella Savolainen ja Kari Österberg.

4 § Esityslistan hyväksyminen

Kokouksen esityslista hyväksyttiin.

5 § Vuosikokouksen 2006 pöytäkirjan hyväksyminen

Vuosikokouksen 2006 pöytäkirja esitettiin kokoukselle ja hyväksyttiin muutoksitta.

6 § Apurahojen jako

6.1 Ulla-Maija Mäkilän muistorahastosta jaettava palkinto (1500 €) merkittävimmistä vuonna 2006 valmistuneista synnytys- ja naistentautiopin väitöskirjasta jaettiin nyt 20. kerran. Palkinnon sai LT Marianne Hinkula, jonka väitöskirjatyö käsitteli gynekologisten syöpien ilmaantuvuutta ja kuoleisuutta monisyntytyillä. Palkinnon ojensi professori Juha Tapanainen.

6.2 Synnytys- ja naistentautiopin tut-

kimussäätiön apurahat (á 3500 €) jakoi varapuheenjohtaja professori Jorma Paavonen. Hän informoi kliinisen tutkimuksen tukemisen olevan säätiön perustehtävä. Apurahan saivat Jouko Järvenpää (Oulu), Salla Kumpulainen (Turku), Katja Lampinen (Tukholma/Helsinki), Hanna Sallinen (Kuopio) ja Minna Tikkanen (Helsinki).

6.3 Lounais-Suomen synnytys- ja naistentautiopin tutkimusrahaston apurahan (1000 €) sai Nanneli Pallasmaa (Turku). Apuraha oli myönnetty Turun yliopiston dosenttitoimikunnan päätöksen mukaisesti ja sen jakoi professori Juha Mäkinen.

6.4 Erikoistuvien lääkäreiden matka-apurahan (1000 €) oli aiemmin jo saanut Ashraf Benyamin. Tästä informoitiin jäsenistöä.

6.5 Käytännön gynekologi -palkintoon ei ollut tullut ehdotuksia. Palkintoa ei siksi jaettu.

7 § Jäsenasiat

7.1 Vuosikokouksen jälkeen yhdistykseen on hyväksytty seuraavat jäsenet: Tia Aalto-Viljakainen, Elisa Alaviitala, Hanna Collin, Carita Edgren, Leena Georgiadis, Markku Helve, Sanna Hänninen, Minna Immonen, Kaisa Korhonen, Virpi Koskela-Niska, Tiina Rantsi, Marja-Liisa Sippola, Sirpa Tauru, Piret Tilk, Taru Tuomi ja Anu Urjanheimo. Puheenjohtaja, sihteeri ja erikoistuvien lääkäreiden työryhmän puheenjohtaja Anne Rissanen jakoivat paikalla olleille jäsenkirjat ja yhdistyksen historiikin sekä toivottivat heidät

tervetulleiksi mukaan yhdistyksen toimintaan.

7.2 Muut jäsenasiat

Puheenjohtaja informoi SGY:n hallituksen päätöksestä perustaa uusi erikoislääkäreiden matka-apuraha klinikavisitit varten. Apurahaa jaetaan kolme kappaletta vuosittain (á 1500 €).

8 § Ilmoitusasiat

Informoitiin tulevista koulutuspäivistä, jotka ovat 15.-16.11.2007 vuosikokous Oulussa ja 24.-25.4.2008 kevätkokous Hämeenlinnassa.

9 § Muut asiat

Puheenjohtaja informoi Syklin päätoimittajan vaihdoksesta ja kokouksen osanottajille esiteltiin uusi päätoimittaja Merja Metsä-Heikkilä. Lisäksi informoitiin kotisivujen toiminnasta ja kävijämääristä. Yhteensä kävijöitä on laskurin mukaan ollut 2400 (ad 5-6 kävijää/päivä). Informoitiin myös "vain jäsenille" -osiosta, joka tulee salasanan taakse.

10 § Kokouksen päättäminen

Puheenjohtaja päätti kokouksen klo 17.35.

Pöytäkirjan vakuudeksi 28.04.2007

Juha Mäkinen Seija Ala-Nissilä
puheenjohtaja sihteeri

Olemme tarkastaneet Suomen Gynekologiyhdistys r.y.:n kevätkokouksen pöytäkirjan ja todenneet sen kokouksen kulkua vastaavaksi.

Ella Savolainen Kari Österberg

Algol Femoston

Astellas Pharma Oy:n gynekologian apuraha 2007

Astellas Pharma Oy myöntää gynekologiaan 3000 euron apurahan, joka on tarkoitettu käytettäväksi vuoden 2008 aikana gynekologiseen tutkimukseen, matka-apurahaksi alan kongressiin tai klinikkavierailuun. Apuraha voidaan myös jakaa useammalle hakijalle.

Hakemus sisältäen yksityiskohtaisen apurahan käyttösuunnitelman ja hakijan ansioluettelon toimitetaan 31.8.2007 mennessä Suomen Gynekologiyhdistyksen sihteerille osoitteeseen seija.ala-nissila@tyks.fi.

Apuraha jaetaan SGY:n syyskoulutuspäivillä marraskuussa Oulussa. Apurahan saajan tulee myöhemmin esittää tositteet apurahan käytöstä SGY:n hallitukselle.

Synnytys- ja naistentautien erikoislääkäreille tarkoitettu apuraha kliniseen käytännön koulutukseen tai klinikkavierailuun

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

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

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

Apurahan käyttötarkoitus: Apuraha on tarkoitettu synnytysten ja naistentautien erikoislääkäreiden toiseen koti- tai ulkomaiseen klinikkaan tapahtuvaan vierailuun, jonka tarkoituksena on ammattitai-

don kehittäminen. Apuraha on tarkoitettu kattamaan matkustus- ja majoituskuluja.

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

Apurahahakemuksen liitteet:

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

Velvotteet:

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

Erikoistuvien lääkäreiden matka-apurahat

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

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

Hakemus: Yhdistyksen sihteerille osoitettuun vapaamuotoiseen hakemukseen tulee liittää hakijan lyhyt ansioluettelo, kongressiohjelma, arvio matkakustannuksista sekä tieto abstraktin hyväksymisestä. Puutteellisia hakemuksia ei käsitellä.

Hakemus pyydetään toimittamaan yhdistyksen sihteerille siten, että yksi allekirjoitettu kappale lähetetään postissa ja lisäksi hakemus kaikkine liitteineen sähköpostilla. Osoite: SGY:n sihteeri Seija Ala-Nissilä, TYKS/Naistenklinikka, PL 52, 20521 Turku. E-mail: seija.ala-nissila@tyks.fi.

Gynekologisen Kirurgian Seura ja Schering-Plough Oy

julistavat haettavaksi 5000 euron henkilökohtaisen **apurahan** gynekologisen syövän hoidon kehittämistutkimukseen tai osallistumiseen gynekologiseen syöpäkongressiin.

Apuraha jaetaan yhtenä tai useampana osana Gynekologisen Kirurgian Seuran jäsenille hakemusten perusteella. Hakemukset tulee toimittaa sähköisesti seuran sihteerille 15.8.2007 mennessä ja hakemukseen tulee liittää hakijan CV ja apurahan käyttösuunnitelma/tutkimussuunnitelma. GKS:n hallitus päättää apurahan jakamisesta ja apurahat jaetaan GKS:n koulutuspäivillä Biomedicimissa 27-28.9.2007.

Helsingissä 10.4.2007

Jyrki Jalkanen, GKS:n puheenjohtaja, jyrki.jalkanen@hus.fi

Päivi Härkki, GKS:n sihteeri, paivi.harkki@finnet.fi

APURAHAT JA TUNNUSTUSPALKINNOT, SGY 2007	PÄÄTÖSTAPA	AJANKOHTA
Seth Wichmann -palkinnot (summasta hallituksen päätös + matkakulut)	Erillinen sääntö, virassa olevat professorit ehdottavat	Vuosikokous
Erikoistuvien lääkärin matka-apurahat (1000 €, 5 kpl vuodessa)	Avoin jatkuva haku, SGY hallitus	Kevät- tai vuosikokous
Erikoislääkärin matka-apurahat (1500 €, 3 kpl vuodessa)	Avoin jatkuva haku, SGY hallitus	Kevät- tai vuosikokous
Uusien jäsenten apurahat (ilmainen osallistuminen + 255 € kulukorvaus)	Jäsenyyden saamisen yhteydessä, SGY hallitus	Kevät- tai vuosikokous
Ulla-Maija Mäkilän palkinto parhaalle väitöskirjan tekijälle (1500 €)	Oulun professori, SGY:n pj, varapj, 1 krt/vuosi, Oulun Yliopiston tukisäätiö	Kevätkokous
Synnytys- ja naistentautiopin tutkimussäätiö (noin 3000 €, 8 kpl vuodessa)	Erillinen hakemus, 1 krt/vuosi, Säätiön hallitus	Kevätkokous
Post doc -apuraha (3500 €)	Tarvittaessa, SGY Säätiö	
Tutkimussäätiön Lounais-Suomen alarahaston apuraha (1000 €, 1 kpl vuodessa)	Erillinen hakemus, 1 krt/vuosi, TYKS dosenttitoimikunta	Kevätkokous
Käytännön Gynekologipalkinto (2500 €, ilmainen osallistuminen + matkakulut)	1–5 v:n välein, jäsenet ehdottavat	Kevätkokous
Posteripalkinto (1000 €)	Tarvittaessa, SGY hallitus	
ENTOG-kongressi (kulut ad 1000 €, 2 kpl)	EGO:n esitys, SGY hallitus	Vuosikokous
NFYOG-osallistuminen (kulut ad 500 €, 5 kpl)	EGO:n esitys, SGY hallitus	Kevätkokous

Novartis Emselex

Suomen Gynekologiyhdistyksen koulutuspäivät 15.–16.11.2007 Madetoja-Sali, Oulu

Torstai 15.11.07

Presymposium: Sikiön rakenneultraäänitutkimus
Pj LT Tytti Raudaskoski, OYS

- 9.00– 9.30 Vatsan alueen poikkeavuudet, LT Maija-Riitta Ordén, KYS
- 9.30–10.00 Sikiön keskushermoston tutkiminen, LT Marja Vääräsmäki, OYS
- 10.00–10.30 Sikiön sydämen tutkiminen, Dos. Kaarin Mäkilallio, OYS
- 10.30–11.00 Live scan demo, Dos. Aydin Tekay, OYS
- 11.00–12.00 Lounas
- 12.00–12.05 Koulutuspäivien avaus, SGY:n pj, Prof. Juha Mäkinen, TYKS

Teema: Lapsettomuuden tutkimus
Pj. Prof. Juha Tapanainen, OYS

- 12.05–12.40 Lapsettomuushoitoja koskeva lainsäädäntö ja ohjeet, Dos. Anne-Maria Suikkari, Väestöliiton klinikat Oy Helsinki
- 12.40–13.10 Elintavat ja hedelmällisyys, Dos. Leena Anttila, Väestöliiton klinikat Oy Turku
- 13.10–13.30 Ensi vaiheen tutkimukset, LT Sinikka Nuojua-Huttunen, Väestöliiton klinikat Oy Oulu
- 13.30–14.00 Mitä sperma-analyysi kertoo, Dos. Antti Perheentupa, TYKS
- 14.00–14.45 Kahvitauko ja näyttely
- 14.45–14.50 Seth Wichmann luennoitsijan esittely, SGY:n pj, Prof. Juha Mäkinen
- 14.50–15.15 Seth Wichmann luento

Teema: Lapsettomuuden hoito
Pj. Dos. Hannu Martikainen, OYS

- 15.15–15.45 Yleissairauksien vaikutus fertiliteettiin, LT Varpu Ranta, HYKS
- 15.45–16.20 Milloin ja miten ovulaatioinduktio, LT Maritta Hippeläinen, KYS
- 16.20–16.55 Miten lapsettomuuden hoito Suomessa toteutuu Prof. Aila Tiitinen, HYKS
- 17.00 SGY:n vuosikokous
- 20.00 Iltajuhla

Perjantai 16.11.07

Teema: Hot Topics -gynekologia
Pj Prof. Juha Mäkinen, TYKS

- 8.30– 9.45 Aiheet ilmoitetaan myöhemmin
- 9.45–10.15 Kahvitauko

Teema: Gynekologinen syöpä, muuttuvatko hoidot?
Pj. Prof. Tuula Salmi, TYKS ja LKT Päivi Pakarinen, HUS

- 10.15–11.00 The role of surgery in primary and recurrent ovarian cancer for survival of ovarian cancer patients, Professor Jacobus Pfisterer, University of Kiel, Germany
- 11.00–11.20 Munasarjasyövän leikkaushoito Suomessa, Dos. Seija Grenman, TYKS
- 11.20–11.40 Intraperitoneaalinen solunsalpaajahoido, Dos. Johanna Mäenpää, TAYS
- 11.40–12.00 Imusolmukkeiden poiston merkitys kohdun limakalvon syövässä, Dos. Ulla Puistola, OYS

12.00–13.15 Lounas

Teema: Gynekologinen syöpä, elämä sen jälkeen ja perinnöllinen alttius
Pj. Dos. Ulla Puistola, OYS

- 13.15–13.35 Syöpäpotilaan seuranta, LKT Marja Komulainen, KYS
- 13.35–13.55 Solunsalpaaja- ja sädehoitojen pitkäaikaisvaikutukset, LT Maija Harrela, HYKS
- 13.55–14.15 Vaihdevuosioreiden hoito gynekologisen syövän jälkeen, LKT Maarit Vuento, TAYS
- 14.15–14.30 Apurahojen jako
- 14.30–15.00 Kahvitauko
- 15.00–15.20 Mikä auttaa syöpäpotilasta selviytymään? Dos. Päivi Hietanen, Suomen Lääkärilehti
- 15.20–15.40 Perinnöllinen gynekologinen syöpäalttius, LT Annika Auranen, TYKS
- 15.40–16.00 Perinnölliseen syöpäalttuteen liittyvän riskin vähentämismahdollisuudet, LT Johanna Aaltonen, K-SKS
- 16.00– Päivien päätös, SGY:n pj

Vuosikokous ja syyskoulutuspäivät 15.–16.11. Madetoja-sali ja Radisson SAS hotel, Oulu

■ PAAVO MÄNTYVIITA

Vuoden 2007 vuosikokouksen vuoro on tapahtua Oulussa. Kokouspaikkana totuttuun tapaan Madetoja-Sali, jossa ovat luennot, näyttely, lounaat ja kahvitauot sekä yhdistyksen vuosikokous. Majoitus ja iltajuhla Radisson SAS hotel Oulussa. Koulutuspäivät käsittävät vanhaan tapaan myös torstain aamun presymposiumin, jonka järjestää tällä kertaa yhdistyksen obstetrinen pientyöryhmä. Ohjelma käsittelee torstaina lapsettomuuden tutkimusta ja lapsettomuuden hoitoa, perjantain aiheena on Gynekologinen syöpä. Luennot keskittyvät aiheeseen erityisesti avohoidon ja yleisgynekologian kannalta. Erillisenä osiona on lisäksi Hot Topics gynekologian ja obstetriikan alalta, tarkemmat otsikot määrittävät viime hetkien kuumimpien teemojen ympäriltä.

Osallistumismaksut: Erikoislääkärit 120 €/ 1 päivä ja 200 €/ 2 päivää, vastaavasti erikoistuvat lääkärit: 100 €/ 1 päivä ja 180 €/ 2 päivää. Osallistumismaksut on maksettava 2.11.2007 mennessä, tili: SGY ry 217238-2380. Ilmoittautuminen erillisellä ilmoittautumislomakkeella myös 2.11.2007 mennessä. Myöhästyneistä maksuista joudutaan hallituksen päätöksen mukaan perimään kirjaamismaksuna 15 €.

Majoittuminen: Majoitusta varten on varattuna Radisson SAS Oulu hotellista kiintiö, johon majoitusvaraukset on tehtävä 2.10.2007 klo 20.00 mennessä, tuolloin kiintiö vapautuu. Varausta tehtäessä ilmoitetaan tunnus SGY07. Huonehinnat: 112 €/ vrk 1-hh Standard ja 127 €/ 2-hh Standard. Hinnat sisältävät aamiaisen ja saunan.

Varaukset: Keskusmyyntipalvelu; puh. 020 1234 700, fax. 020 1234 740; e-mail: reservations.finland@RadissonSAS.com.

ILMOITTAUTUMISLOMAKE

Suomen Gynekologiyhdistyksen vuosikokous ja syyskoulutuspäivät 15.–16.11.2007, Oulu, Madetojasali

Majoittuminen Radisson SAS Oulu, varaukset, katso edellä.

Ilmoittautuminen on tehtävä 2.11.2007 mennessä.

Kokouksen alku 15.11.2007 klo 09.00 sikiön rakenne -ultraäänikurssilla.

Klo 11.00–12.00 lounas, varsinainen koulutuspäivien ohjelma alkaa lounaan jälkeen tasan klo 12.00.

Osallistuja (nimi selvästi):
Osallistun (rastita oikea) to-pe: ☐ vain to: ☐ vain pe: ☐
En osallistu iltajuhlaan: ☐ Iltajuhlaan avec mukaan: ☐ (avec in illallismaksu 60 €)
Olen erikoislääkäri: ☐ Olen erikoistuva: ☐ Uusi jäsenkirjan saava: ☐
Erikoisruokavalio (iltajuhlaa varten):
Sähköpostiosoite:

Osallistumismaksu (katso yo. ilmoitus) on maksettava 2.11.2007 mennessä.

Ilmoittautuminen seuraavilla tavoilla: SGY ry:n kotisivujen kautta, ilmoita kaikki em. tarvittavat tiedot tai Paavo Mäntäviita, Vanhaväylä 13 B 2, 00830 Helsinki, fax (09) 694 2788 e-mail: paavo.mantyniita@ap-pine.inet.fi, yo. tiedot tarvitaan mailiin.

Osallistumistodistukset ja kokouksen arviointi kokouksen jälkeen sähköpostitse.

Suomen Gynekologiyhdistyksen koulutuspäivät 24.–25.4.2008 Aulanko, Hämeenlinna

Torstai 24.4.2008

9.00–11.00 Presymposium:
Synnyttelinten anomaliat (SGY+SLANGY yhteinen ohjelma)

11.00–12.00 Lounas

12.00–12.05 Koulutuspäivien avaus, SGY:n pj, Prof. Juha Mäkinen, TYKS

Teema: Infektioista raskauden aikana

Pj. LT Tytti Raudaskoski, OYS

12.05–12.30 Hepatiitit

12.30–12.55 HIV

12.55–14.20 Hepatiitti- ja HIV-positiivisen äidin lapsen hoito

14.20–14.45 Vanhat klassikot: kuppa ja tippuri

14.45–15.20 Kahvitauko ja näyttelyyn tutustuminen

Teema: jatkuu

Pj. LT Jukka Uotila, TAYS

15.20–15.45 Herpesvirukset

15.45–16.10 Muut TORCH –virukset (toksoplasma, rubeola ja sytomegalo)

16.10–16.35 Parvorokko

16.35–17.00 GBS-seulonta ja hoito

17.00 SGY:n kevätkokous
SLL:n Suomen Gynekologit alaosaston vuosikokous

20.00 Iltajuhla

Perjantai 25.4.2008

Teema: Sikiöasfyksia synnytyksen aikana

Pj. Prof. Seppo Heinonen, KYS

8.30– 9.00 Sikiön verenkierron säätely asfyksiassa

9.00– 9.30 KTG:n tulkinta ja käyttö

9.30–10.15 Tauko ja näyttelyyn tutustuminen

10.15–10.45 STAN sikiöseurannassa

10.45–11.15 Suomen STAN-vahingot

11.15–11.30 Johtopäätökset

11.30–12.00 SGY tutkii. Säätiön apurahan saajien raportit
(3 x 10 min tai 2 x 15 min)

12.00–13.00 Lounas

Teema: Repeämät alatiesynnytyksissä

Pj. LT Merja Vainio, ylilääkäri, Kanta-Hämeen Keskussairaala

13.00–13.30 Repeämien riskitekijät ja synnytystapa seuraavassa raskaudessa, Jouko Pirhonen

13.30–14.15 Klassinen menetelmä peräaukon sulkijalihaksen repeämän estossa

14.15–14.30 Kättilön puheenvuoro

14.30–15.00 Tauko ja näyttelyyn tutustuminen

15.00–15.30 Synnytysrepeämien primäärikorjaus, Tapio Väyrynen

15.30–16.00 Peräaukon sulkijalihaksen repeämän sekundaarikorjaus

16.00– Päivien päätös SGY:n pj

Seuraavat SGY ry:n koulutukset

Helmikuu 2008 Kouluta ja kommunikoi, Helsinki

24.–25.4. 2008 Kevätkokous, Hämeenlinna ja Aulanko

13.–14.11.2008 SGY ry 80 vuotta, Juhlavuosis kokous ja syyskoulutuspäivät, Kansallisooppera, Almin Sali (päivän ohjelmat); Vanha Ylioppilastalo – iltajuhla ja Hotelli Crowne Plaza, majoitus, Helsinki.

Jo tässä vaiheessa on Helsingin hotellien varaustilanne varsin täysi syksyllä 2008.

Ilmoittautumiset ja hotellivaraukset (ainakin) tulevat tehtäviksi osallistujille jo n. jopa 4 kk ennen tilaisuutta eli mahdollisesti heinäkuun loppuun 2008 mennessä.

Kevät 2009 Kevätkokous ja koulutuspäivät, Jyväskylä.

Ulkomaiset kokoukset

14.–17.6.2008 NFOG XXXVI Congress 2008, Reykjavik, Islanti

Yhdistyksen jäsenille tullaan tekemään matkatarjouspyyntö pohjoismaisen kokouksen matkalle 2008, tarjoukset myöhemmin SYKLissä.

27.9.–2.10.2009 XIX Figo World Congress, Kapkaupunki, Etelä-Afrikka

Tähän kokoukseen tullaan järjestämään yhteismatka jäsenille ja perheenjäsenille erillisten tarjousten perusteella.

Orion Indivina

Preliminary programme of NFOG's Educational course meeting

HOT TOPICS IN OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY

Place: Kalastajatorppa, Helsinki,
Date: 04.–06.10.2007

Organizer: NFOG Educational Board
Jens A. Gudmundsson (Chairman),
jens@landspitali.is
Tone Skeie Jensen (Secretary),
tone.skeie-jensen@radiumhospitalet.no
Anders Atke, atke@dadlnet.dk
Lisskulla Sylven, lisskulla.sylven@karolinska.se
Juha Tapanainen, jtapan@sun3.oulu.fi

Thursday 4/10 2007

- 18.00 Registration
- 19.00 Obstetrics and gynecology in a global perspective
– speaker to be announced.
- 20.00 Get together buffet

Friday 5/10 2007

Gynaecological surgery

- 08.00 Training models for minimally invasive surgery:
Live, animals, computers. Jyrki Jalkanen, F
- 08.30 How to run a good course in gynecological
surgery. Lars Schouenborg, D
- 09.00 Impact of simulator training in laparoscopic
surgery. Christian Rifbjerg Larsen, D
- 09.30 General discussion
- 09.45 Coffee
- 10.15 Robotic surgery – Bilal Sert, N
- 10.50 Fast track pelvic surgery – what is evidence
based? Antti Valpas, F
- 11.10 Fast track pelvic surgery – evidence from
Denmark. Charlotte Möller D
- 11.30 General discussion
- 12.00 Lunch

General and oncologic gynecology

- 13.00 The treatment of medium and high risk uterine
cancer. Mark Baekelandt N
- 13.40 HPV vaccination – advantages. Björn Strander, S
- 14.00 HPV vaccination – a critical view.
Jorma Paavonen, F
- 14.20 Discussion
- 14.40 Coffee
- 15.10 The use of intraperitoneal drugs for the treatment
of ovarian cancer. Mark Baekelandt. N
- 15.40 PCOS – the rationale for metformin treatment.
Laure Morin-Papunen, F
- 16.10 Treatment of infertility in the future.
Claus Yding, D
- 16.40 Contraception and protection against HIV in the
third world: Development of microbiocides?
Elov D. B. Johansson, S
- 17.10 Closing
- 19.00 Dinner

Saturday 6/10 2007

Obstetrics

- 08.30 Hereditary risks associated with preeclampsia.
Reynir T. Geirsson, I
- 09.00 What is new in the treatment of severe
preeclampsia. Marianne Johanssen, D
- 09.30 Discussion
- 09.45 New methods in treating severe pp hemorrhage.
Kjell Salvesen, N
- 10.15 Discussion
- 10.30 The use of STAN. Isis Amer-Wählin, S
- 11.00 STAN – a critical view. Jan Stener Jörgensen, D
- 11.30 Discussion
- 11.45 Closing
- 12.00 Lunch and farewell

Information and preliminary registration at:
<http://nfog.org/> or annahaar@landspitali.is

GYNEKOLOGISEN KIRURGIAN SEURAN KOULUTUSPÄIVÄT

BIOMEDICUM 27-28.9.2007

Torstai 27.9.07

9.30 Ilmoittautuminen ja kahvi

KOHDUNPOISTO JA FINHYST 2006, pj Jyrki Jalkanen

- 10.30 Avaussanat, Jyrki Jalkanen HYKS
10.35 Muuttunut kohdunpoisto, Päivi Härkki HYKS
10.50 Finhyst 2006, Tea Brummer HYKS
11.35 The national register of hysterectomies in Sweden, Jan-Henrik Stjerndahl Ruotsi
12.05 Suosituksia kohdunpoiston pre- ja postoperatiiviseen hoitoon, Anna-Mari Heikkinen KYS
12.25 Lounas ja näyttely
- 13.30 Hysterectomy and pelvic floor disorders, Helga Gimbel Tanska
14.00 KSKS:n tutkimustulokset kohdunpoiston jälkeisestä laskeumasta, Pauliina Aukee KSKS
14.15 Seksuaalisuus ja elämänlaatu kohdunpoiston jälkeen, Ritva Hurskainen Hyvinkään sairaala
14.40 Kahvi ja näyttely

GYNEKOLOGISTEN LEIKKAUSTEN KOMPLIKAATIOT, pj Jari Sjöberg

- 15.15 Gastrointestinaaliset komplikaatiot, Pekka Luukkonen HYKS
15.45 Urologiset komplikaatiot, Jukka Sairanen HYKS
16.15 Verisuonikomplikaatiot, Pekka Aho HYKS
16.45 Vuosikokous
- 19.30 Iltajuhla, Kalastajatorpan pyöreä sali

Perjantai 28.9.07

9.00 LIVE: Kohdun sivuelinkirurgiaa

11.00 Lounas ja näyttely

KOHDUN SIVUELINSAIRAUDET, pj Eija Tomás

- 12.30 Kohdun sivuelinkirurgian trendit, Juha Mäkinen TYKS
12.50 Lantiotuumorin erotusdiagnoosiikka, Päivi Vuolo-Merilä OYS
13.20 Saktosalpinx ja sen hoito, Marjatta Ahtola PKKS
13.45 Nuoren naisen lantiotuumori, Sari Koivurova OYS
14.10 Munasarjojen poisto kohdunpoiston yhteydessä, Eija Tomás TAYS
14.30 Kahvi ja näyttely

15.00 VIDEOSESSIO pj. Juha Mäkinen

16.00 Päättösanat, Jyrki Jalkanen

Luentopaikka:

Biomedicum Helsinki, Haartmaninkatu 8, 00290 Helsinki

Osallistumismaksu: 280 €/2 pv ja 150 €/1 pv (alv 0 %) sisältäen luennot, lounaat, kahvit ja iltajuhlan aterioineen. Maksulomakkeet lähetetään viitenumeroiden kera kesän lopulla. Muista viitenumero maksuissa. Jos työnantaja maksaa osallistumismaksun, tulee laskussa näkyä kaikkien osallistujien nimet tai viitenumerot!!!

Ilmoittautuminen 21.9.2007 mennessä, jonka jälkeen maksu nousee (300 €/2 pv ja 200 €/1 pv). Viikkoa ennen peruuttaneille palautetaan puolet osallistumismaksusta, mutta myöhemmin peruuttaneille maksua ei palauteta.

Ilmoittautuminen:

1. GKS:n kotisivuilta www.terveysportti.fi/gks koulutuskohdassa olevan ilmoittautumislomakkeen kautta sähköisesti.

2. Sihteerin Laila Selkiselle, NKL/HYKS, PL 140, 00029 HUS, puh (09) 4717 2824, fax (09) 4717 6105, e-mail laila.selkinen@hus.fi

– tulosta kotisivuilta koulutuskohdasta ilmoittautumislomake ja lähetä Lailalle tai

– ilmoita Lailalle nimi, työpaikka, osoite, e-mail, osallistuminen (1 tai 2 päivää), osallistuminen iltatilaisuuteen, erityisruokavaltio

Majoitus:

1. Gynekologisen Kirurgian Seuralla on 50 huoneen kiintiö (varausnumero GYN260907) Hotelli Hilton Helsinki Kalastajatorpalle, Kalastajatorpantie 1, 00330 Helsinki. Puh (09) 45 811, fax (09) 4581 2211, e-mail: helsinki@hilton.com, www.hilton.co.uk. Jokainen hoitaa itse varauksen ja maksun suoraan hotelliin 27.8.2007 mennessä. 1hh 160 €/huone/vrk ja 2hh 180 €/huone/vrk sisältäen arvonlisäveron, aamiaisen ja aamusaunan. Hotelliin pääsee luentopaikalle raitiovaunulla numero 4.

2. GKS:llä on 50 huoneen kiintiö (varausnumero GYN270907) Hotelli Scandic Simonkenttä Helsinkiin, Simonkatu 9, 00100 Helsinki. Puh (09) 68 380, fax (09) 6338 111, e-mail: simonkentta@scandic-hotels.com, www.scandic-hotels.com. Jokainen hoitaa varauksen ja maksun itse suoraan hotelliin 27.8.2007 mennessä. 1hh 12 €/huone/vrk ja 2hh 145 €/huone/vrk sisältäen aamiaisen. Hotelliin pääsee luentopaikalle sekä iltajuhlaan raitiovaunulla numero 4.

Iltatilaisuus: Hilton Helsinki Kalastajatorpan pyöreä sali.

Näyttely: Ota yhteys Jari Sjöbergiin, jari.sjoberg@hus.fi.

Koulutuspäivät on tarkoitettu vain seuran jäsenille. Jos et ole vielä jäsen, voit anoa jäsenyyttä kotisivujen kautta www.terveysportti.fi/gks kohdasta jäsenasiat tai sihteeriltä Päivi Härkki, NKL/HYKS, PL 140, 00029 HUS, työpuhelin 050 427 2328, paivi.harkki@fmnet.fi. Jäsenyytesi voit tarkistaa kotisivuilta kohdasta jäsenasiat (alkuvuoden 2007 tiedot).



Koulutuskalenteri

■ MAIJA-RIITTA ORDÉN

2007 KESÄKUU

- 17.–22.6. 6th World Congress in Fetal Medicine, Dubrovnik, Croatia. Lisätietoja: www.fetalmedicine.com

HEINÄKUU

- 1.–4.7. ESHRE 2007. 23rd Annual Meeting of the European Society of Human Reproduction and Embryology, Lyon, France. Lisätietoja: www.eshre.com
- 5.–8.7. European Society for Medical Oncology, Lugano, Switzerland. Lisätietoja: www.esmo.org

ELOKUU

- 20.–24.8. The 37th Annual Meeting of the International Continence society, Rotterdam, The Netherlands. Lisätietoja: www.ics2007.org
- 26.–29.8. Annual Meeting of the Fetal and Neonatal Physiological Society (FNPS), Sendai, Japan. Lisätietoja: www.macc.jp/34fnps

- 29.–31.8. 3rd Asia Pacific Congress in Maternal Fetal Medicine, Nanjing, China. Lisätietoja: www.apcmfm.hk
- 31.8.–1.9. Gynaecologi Practici, Helsinki

SYYSKUU

- 5.–8.9. 16th Annual Congress of the ESGE (European Society for Gynaecological Endoscopy), Portoroz, Slovenia. Lisätietoja: www.esge.org
- 9.–13.9. 8th World Congress of Perinatal Medicine, Florence, Italy. Lisätietoja: www.mcaevents.org/congressi/2007/wcpm8
- 15.–19.9. 14th World Congress on In Vitro Fertilization & 3rd World Congress on In Vitro Maturation, Montreal, Canada. Lisätietoja: www.isivf.com
- 21.–22.9. 9th ESC Seminar (European Society of Contraception), Bucharest, Romania. Lisätietoja: www.contraception-ESC.com
- 27.–28.9. Gynekologisen kirurgian seuran koulutuspäivät, Biomedicum, Helsinki. Lisätietoja: www.terveysportti.fi/gks
- 28.–29.9. Gynaecologi Practici, Tuusula

Oikea
osaaminen vaatii kunnon välineet.



Huipputuotteet



Käyttökoulutus



Huoltopalvelu

Tuotteet gynekologiaan ja obstetriikkaan.
Tutustu tuotteisiimme ja uusittuihin kotisivuihimme www.sonar.fi



puh. 020 7411 990 • sonar@sonar.fi

LOKAKUU

- 4.–6.10. Eurogin, Monaco. European Research Organization on Genital Infection and Neoplasia. Lisätietoja: www.eurogin.org
- 4.–6.10. NFOG Hot Topics, Helsinki (Nordic Federation of Societies of Obstetrics and Gynecology). Lisätietoja: www.nfog.org
- 7.–11.10. 17th World Congress on Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, Florence, Italy. Lisätietoja: www.isuog.org
- 10.–13.10. 7th Congress of the European Society of Gynecology, Paris, France. Lisätietoja: www.segparis2007.com
- 11.–12.10. Suomen Perinatologisen Seuran syyskokous, Jyväskylä. Lisätietoja: www.terveysportti.fi/perinatologinenseura
- 19.10. ICS/Finland koulutuspäivä (International Continence Society), Kansallismuseo, Helsinki
- 19.–20.10. Gynaecologi Practici, Helsinki
- 25.–26.10. EGO (erikoistuvien gynekologien koulutuspäivät), gynekologinen kirurgia, Turku. Lisätietoja: www.sgy-ego.org
- 26.10. Suomen Menopausitutkimusseuran koulutuspäivät, paikka vielä avoin
- 28.10.–1.11. 15th International Meeting of the European

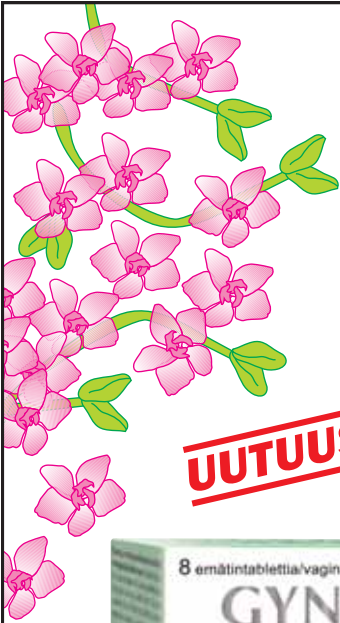
Society of Gynaecological Oncology (ESGO), Berlin, Germany. Lisätietoja: www.esgo.org/esgo15

MARRASKUU

- 6.–10.11. The 5th International DOHaD Congress, Perth, Australia. Lisätietoja: www.DOHaD2007.org (The Developmental Origins of Health and Disease)
- 8.–10.11. 2nd SGI International Summit (Society for Gynecologic Investigation). Reproductive Medicine. Valencia, Spain. Lisätietoja: www.sgionline.org
- 15.–16.11. SGY:n vuosikokous, Oulu
- 28.10.–1.11. ESGO (European Society of Gynecologic Oncology), Berlin, Germany. Lisätietoja: www.esgo.org
- 30.11.–1.12. Suomen Lääketieteellis-Biologinen Ultraääniseura, Hämeenlinna. Obstetrinen ultraäänidiagnostiikka ja hands-on training. Lisätietoja: www.fimnet.fi/ultraaaniseura -> jäsenkirje

JOULUKUU

- 14.12. Gynaecologi Practici, Helsinki

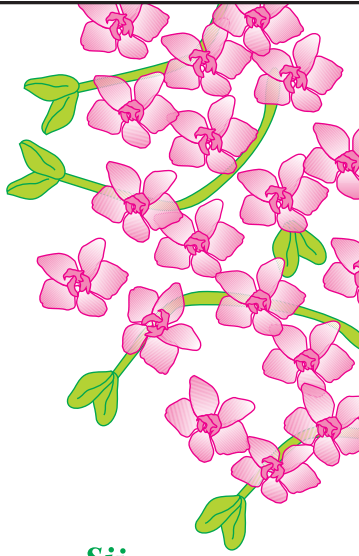


GYNO- LACT

**Emätintä suojaavia
maitohappobakteereita**

**YLLÄPITÄÄ JA PALAUTTAA
EMÄTTIMEN LUONNOLLISTA
BAKTEERITASAPAINOA**

Emättimen bakteeritasapainon häiriö aiheuttaa pahanhajuista vuotoa, kutinaa ja kirvelyä. Maitohappobakteerit normalisoivat tasapainon ja palauttavat emättimeen suojaavan pH:n. 1 tabletti sisältää 3 eri *Lactobacillus* -maitohappobakteerikantaa ja 2 miljardia maitohappobakteeria. 1 emätintabletti iltaisin 7 vrk:n ajan. Tutustu pakkausselosteeseen. Apteeekeista ja terveystuokupoista.



UUTUUS!



*Siisti käyttää
ei valu eikä tahraa!*



Vitabalans oy
www.vitabalans.com

2008 HELMIKUU

- 7.–8.2. Kouluta ja kommunikoi, Tuohilampi
- 28.2.–2.3. 13th World Congress of Gynecological Endocrinology, Florence, Italy. Lisätietoja: www.gynecologicalendocrinology.org/congressi/firenze08/index.htm

MAALISKUU

- 4.–8.3. 20th European Congress of Obstetrics and Gynaecology, Lisbon, Portugal. Lisätietoja: www.ebcog.org
- 9.–14.3. Doppler Ultrasound in the Fetal Examination, 15th International Symposium and Workshop, Oberlech, Austria. Lisätietoja: www.kinderherzzentrum.at

HUHTIKUU

- 3.–4.4. Perinatologisen seuran kevätkokous, Helsinki
- 24.–25.4. SGY:n kevätkokous, Hämeenlinna
- 30.4.–3.5. 10th Congress of the European Society of Contraception, Prague, Czech Republic. Lisätietoja: www.contraception-esc.com

KESÄKUU

- 14.–17.6. NFOG XXXVI Congress, Reykjavik, Islanti.

ELOKUU

- 24.–28.8. 18th World Congress on Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, Chicago, USA. Lisätietoja: www.isuog.org

SYYSKUU

- 10.–13.9. XX1st European Congress of Perinatal Medicine, Istanbul, Turkey. Lisätietoja: www.kenes.com/ecpm

LOKAKUU

- 9.–11.10. 17th Annual Congress of European Society for Gynaecological

Endoscopy, Amsterdam, The Netherlands. Lisätietoja: www.esge.org

MARRASKUU

- 13.–14.11. SGY:n vuosikokous (80 v), Helsinki

2009 HUHTIKUU

- 23.–24.4. (pvm vielä epävarma) SGY:n kevätkokous, Jyväskylä.

ELOKUU

- 30.8.–3.9. 12th World Congress of the World Federation for Ultrasound on Medicine and Biology, Sydney, Australia. Lisätietoja: www.wfumb.com

SYYSKUU

- 13.–17.9. 19th World Congress on Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, Hamburg, Germany. Lisätietoja: www.isuog.org
- 27.9.–2.10. XIX FIGO World Congress, Kapkaupunki, Etelä-Afrikka.

LOKAKUU

- 25.–28.10. 9th World Congress of Perinatal Medicine, Berlin, Germany. Lisätietoja: www.perinatology2009.de

2010 SYYSKUU

- 3.–7.9. 20th World Congress on Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, Prague, Czech Republic. Lisätietoja: www.isuog.org

Tuorein versio kalenterista löytyy SGY:n nettisivuilta www.gyn.fi kohdasta Koulutus
Jos sinulla on ehdotuksia koulutuskalenteriin, lähetä ne osoitteella maija-riitta.orden@kuh.fi

SGY:n hallitus

Puheenjohtaja Juha Mäkinen
TYKS/Naistenklinikka,
PL 52, 20521 Turku
p. (02) 313 1364, 0400 523 529,
fax (02) 313 2340
juha.makinen@tyks.fi

Varapuheenjohtaja Juha Tapanainen
OYS/Naistenklinikka,
PL 24, 90029 OYS
p. (08) 315 3172 fax (08) 315 4310
juha.tapanainen@oulu.fi

Sihteeri Seija Ala-Nissilä
TYKS/Naistenklinikka,
PL 52, 20521 Turku
p. (02) 313 0720, 0400 803 164,
fax (02) 313 2340
seija.ala-nissila@tyks.fi

Varainhoitaja Päivi Pakarinen
HYKS/Naistenklinikka
PL 140, 00029 HUS
p. 050 427 1531, fax (09) 4717 3671
paivi.pakarinen@hus.fi

Klubimestari Paavo Mäntyviita
HYKS/Kätilöopiston sairaala,
PL 610, 00029 HUS
p. 0400 464 123, fax (09) 694 2788,
paavo.mantyniita@ap-pine.inet.fi
paavo.mantyniita@hus.fi

Tiedotussihteeri Maija-Riitta Ördén
KYS/Naistenklinikka,
PL 1777, 70211 Kuopio
p. 044 717 2700, 040 594 4999
maija-riitta.orden@kuh.fi

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

Eija Tomás
TAYS/Naistenklinikka, PL 2000,
33521 Tampere
p. (03) 3116 4484, 040 526 6382,
fax (03) 3116 6164
etomas@kolumbus.fi

Antti Valpas
EKSH/Naistentaudit,
Valto Käkelänkatu 1,
53130 Lappeenranta
p. (05) 611 11, 044 791 5514,
fax (05) 611 5360
antti.valpas@ekshp.fi

Tarja Olkinuora
Felicitas, 00100 Helsinki
p. (09) 612 2750, 040 545 9565
tarja.olkinuora@felicitas.fi

Anne Rissanen
KYS/Naistenklinikka,
PL 1777, 70211 Kuopio
p. 050 301 1076
anne.rissanen@kuh.fi

Syklän ilmestymisaikataulu

Numero	Ilmestyy	Aineistopäivä
4. 2007	14.09.	14.08.
5. 2007	26.10.	25.09.
6. 2007	21.12.	20.11.

Päätoimittaja Merja Metsä-Heikkilä, Katrillipolku 11 C, 04420 Järvenpää
puhelin: 040 730 4283 sähköposti: merja.metsa-heikkila@kolumbus.fi

Jäsenhakemus Suomen Gynekologiyhdistyksen hallitukselle

Anon kunnioittavasti Suomen Gynekologiyhdistyksen jäsenyyttä.

HENKILÖTIEDOT:

Täydellinen nimi (alleviivaa puhuttelunimi):

Syntymäaika ja -paikka:

Ylioppilaaksitulovuosi ja -koulu:

Lääket. lis. tai laill. lääk. vuosi/yliopisto:

LKT ja muut oppiarvot vuosi/yliopisto:

Tärkeimmät virat, toimet ja luottamustoimet:

Nykyinen virka, mistä alkaen:

Osoite:

S-posti:

Allekirjoitus ja päiväys:

/ 20

Puollan

ottamista Suomen Gynekologiyhdistyksen jäseneksi

Yliilääkäri

Hallitus käsittelee jäsenanomukset kahdesti vuodessa, noin 1–2 kk ennen kevät- ja syyskoulutuspäiviä olevassa kokouksessaan.

Aion osallistua seuraaville: a) ☐ syyskoulutuspäiville b) ☐ kevätkoulutuspäiville

Täytä lomake selkeällä käsialalla tai koneella, kiitos!

Palautusosoite: Seija Ala-Nissilä, TYKS / Naistenklinikka, PL 52, 20521 TURKU

OSOITTEENMUUTOS

Nimi:

Vanha osoite:

Uusi osoite:

S-posti:

Puhelin:

Osoitteen saa ☐ ei saa ☐ julkaista jäsenluettelossa

Lähetys sähköisesti osoitteella seija.ala-nissila@tyks.fi

Seija Ala-Nissilä
TYKS / Naistenklinikka
PL 52
20521 TURKU

Syklisesti

Yksi sykli (=kierros, jakso) lehdessämme on päättynyt ja uusi alkanut. Pauli Wirta edeltäjänäni teki suururakan uuden lehtiformaatin luomisessa ja päätoimitti lehteä ansiokkaasti viimeiset 3 vuotta. Siitä hänelle kiitos!

Jokaisella on halu tehdä asiat omalla tavallaan, näköisikseen. Kädessäsi on ensimmäinen toimittamani Sykli, joka on hieman muuttunut aikaisemmasta. Ulkonäköä on muokattu, kiitos puolisoni, joka taittaa nyt lehteä yrityksessään. Artikkeleiden järjestystä on myös muutettu ja uusia sivuja perustettu, onpa saatu uusi kirjoittajakin, mutta kaikki jäsenistölle tarpeellinen tieto löytyy yhä lehdestämme. Toivon näiden muutosten houkuttelevan lukijoitamme tarttumaan lehteen uudelleen, ensiselailun jälkeenkin. Lehden sisällöstä jokainen muodostakoon mielipiteensä itse, kaikenlaiset kommentit ovat tervetulleita!

Olen tehnyt vuosia paljon töitä, hyvin erilaisiakin. Sitten, sattumalta, saatoin vähentää työnteon viime vuoden alussa vain toimeentulon kannalta välttämättömyyksiin. Aloitin uuden harrastuksen, opiskelinkin vähän ja minulle jäi aikaa pienelle pojanpojalleni. Tämä ”välivuosi” oli erittäin tarpeellinen – havahduttamaan minut ajatukseen, että eläkeikään on vielä ainakin 15 vuotta ja sitä ennen voisi taas tehdä jotain uutta. Siinä syy, miksi annoin houkutella itseni tähän Syklin tekoon. Koetan kuitenkin pitää mielessäni viime vuoden opetuksen: elämää on myös työn ulkopuolella. Toivon sen näkyvän myös lehdessämme.

Lehti ei synny vain päätoimittajan, toimitusneuvoston ja hallituksen aivoituksista, siihen tarvitaan myös jäsenistön panosta. Toivon myötelemielisyyttä lähestyessäni teitä erilaisilla pyynnöillä. Katsotaan, millaisen lehden saamme yhdessä aikaiseksi!



TAUN©

Pfizer Detrusitol

Organon Puregon