3.2009 Kesäkuu 25. vuosikerta Suomen Gynekologiyhdistys ry./Finlands Gynekologförening rf.

Sykli

Aarre Kivelä palkittiin käytännön gynekologina

s. 16

Professori Juha Mäkinen on koonnut SGY:n historiikin DVD:lle sekä 40-sivuiseen kirjaseen. Yhdistyksen jäsenet voivat tilata historiikin hintaan 20 €.

Tilaa historiikki sähköpostilla tilitoimistomme osoitteesta: **juhani.torikka@isannointijt.inet.fi**
Juhani Torikka lähettää sinulle historiikin ja laskun. Muista laittaa sähköpostiin tarkka toimitusosoite!

Suomen Gynekologiyhdistyksen jäsenlehti 25. vuosikerta **Numero 3 kesäkuu 2009**

Sykli

SISÄLTÖ

Pääkirjoitus 5
Uutta syöpätietoa maailmalta
Juha Tapanainen

Neljännesvuosisata matkalaukkulääkärinä 6
– *Helena Laasonen* kertoo vuosista Punaisen Ristin tehtävissä

Kevätkoulutuspäivät Jyväskylässä 14

Näkemysten vaihtoa kevätkokouksessa.

***Aarre Kivelä* Oulusta palkittiin käytännön gynekologina** 16

Vulvamuutokset, seksuaalinen väkivalta ja lantionpohjan ongelmat 22
– luentolyhennelmät kevätkokouksesta

Uusi laki näkyy IVF-tilastoissa 30

Ars longa, vita brevis 32
– *Ervo Vesterinen* kertoo erään teoksen synnystä

Välimerellisiä herkkuja 34
– Rick Steinin tapaan, *Pekka Venesmaan* reseptein

Hallituskolumnissa *Aila Tiitinen* kaipaa leppoistamista 38

Muutoksia Gynaecologi Practicissa 40

Väitelleet 42

Apurahat 42

NFOG:ssa tapahtuu 43

Koulutusta 44

Koulutuskalenteri 50

Hallituksen pöydältä 52

Päätoimittajalta 54
Päänsärkyä potilastietojärjestelmistä
Merja Metsä-Heikkilä

Sykli

Suomen Gynekologiyhdistys ry
– monipuolisesti naisten terveyden hyväksi vuodesta 1928
– järjestöjäsenyydet: Duodecim, Väestöliitto, NFOG, FIGO, EBCOG, UEMS ja IFFS

Julkaisija ja kustantaja:
Suomen Gynekologiyhdistys ry – Finlands Gynekologförening rf

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

Toimitusneuvosto:
Tarja Olkinuora
Maija-Riitta Ordén
Aila Tiitinen
Riikka Tähtinen
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:
Merja Metsä-Heikkilä
Rantakatu 3b C48
04400 Järvenpää
puh. 040 730 4283
s-posti: merja.metsa-heikkila@kolumbus.fi

Ulkoasu: Taitotasku Oy
Repro: A5 Plate Media Oy
Paino: PunaMusta

Sykli verkossa: www.sykli.gyn.fi

Osoitteenmuutokset:
SGY:n sihteeri Kati Ojala
OYS / Naistenklinikka
PL 24, 90029 OULU
s-posti: kati.ojala@oulu.fi

Seuraava Sykli 4/2009 ilmestyy 18.9.2009, aineiston ja ilmoitusten jättöpäivä on 21.8.2009

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 kuva
Tauno Metsä-Heikkilä

ILMO/Novonordisk

■ JUHA TAPANAINEN, pj

Uutta syöpätietoa maailmalta

Naturessa julkaistiin hiljattain artikkeli uudesta geenistä, joka auttaa rintasyöpäsoluja tunkeutumaan aivoihin. Aivot on poikkeuksellisen hyvin suojattu, muun muassa bakteerien, virusten ja lääkeaineiden on vaikea läpäistä veriaivoeste. Jo aiemmin on kuvattu kaksi geeniä (COX2 ja HBEGF), jotka edesauttavat rintasyöpäsolujen leviämistä keuhkoihin. Rintasyövän etäpesäkkeet aivoihin ilmaantuvat usein vasta vuosien kuluttua primaarileikkauksesta, mikä viittaa siihen, että jäljelle jääneiltä syöpäsoluilta vaaditaan erityisominaisuuksia veriaivoesteen läpäisemiseksi.

Uusi hiireltä löydetty geeni, ST6GALNAC5, auttaa rintasyöpäsoluja kiinnittymään aivojen verisuoniin ja tunkeutumaan kudokseen. Geenin puuttuessa invaasiota ei tapahdu. Tutkijat pitävät havaintoa luonnollisesti alustavana, mutta uskovat, että syöpätutkimus keskittyy tulevaisuudessa erityisesti metastasointia säätelevien geenien tutkimiseen. Jatkossa tullaan kehittämään lääkeaineita, joilla voidaan estää kyseisten geenien toimintaa. On myös ilmeistä, että nyt löydetyt geenit tai niiden sukulaiset ovat keskeisessä asemassa muidenkin syöpien säätelyssä – myös gynekologisten syöpien.

Olen erityisesti viime vuosina pyrkinyt laajentamaan ammatillisista mielenkiintoani erikoisalamme ulkopuolelle ja toivon, että esittämäni tietoisku herätti ajatuksia myös jäsenistömme keskuudessa. Koulutuspäivien ohjelmaan voisimme sisällyttää useammin yleissivistäviä aiheita. Jyväskylän kevätkokouksen ohjelma torstaina käsitteli väkivaltaa, ja luennoitsijoiden ja esiintyjien joukko oli moniammatillinen. Ehkä tässä oli jo hyvä alku ajatukselle laajentaa ajatusmaailmaamme. Kevätkokous osoitti, että mielenkiinto yliopistokaupunkien ulkopuolella järjestettäviin kokouksiin on säilynyt vilkkaana. Traditio jatkuu. Lämpimät kiitokset Jyväskylän kollegoille onnistuneen sosiaalisen ohjelman järjestämisestä.

Kuva Kari Sarkkinen

SGY:n tuore historiikki tilattavissa

Jyväskylässä julkistettiin SGY:n 80-vuotishistoriikki. Edellinen puheenjohtajamme Juha Mäkinen on tehnyt mittavan työn kootessaan yhdistyksemme tärkeimmät tiedot ja tapahtumat DVD:lle ja 40-sivuiseen kirjaseen. Yhdistyksen puolesta kiitän Juhaa huolella tehdystä julkaisusta, joka tullaan antamaan kaikille uusille yhdistyksemme jäsenille. Muut jäsenet voivat tilata historiikin yhdistyksemme tilitoimistosta sähköpostilla. Yksityiskohtaiset tilausohjeet löytyvät sisäkannesta.
Nyt kaikki historiikkia tilaamaan!

■ Haastattelu NANNA SARVILINNA
■ Kuvat Helena Laasosen arkisto

Neljännesvuosisata matkalaukkulääkärinä

Helena Laasosen kokemuksia ja ajatuksia Kansainvälisen Punaisen Ristin komennuksilta

”Perinteet ovat täällä yhä voimakkaat, ja suku neuvottelee kaikista tärkeistä asioista. Leikkauksia ja toimenpiteitä varten on saatava kirjallinen lupa. Erään kymmenennen lapsensa synnyttäneen potilaani sterilisaatio peruuntui, sillä vaikka mies oli innostunut asiasta ja antoi lupansa, suku sanoikin ei. Ja erään nuoren extrauterina-potilaani aviomies oli silmissäni surkea kääpiö ikuisesti sen jälkeen, kun tyttö alkoi kouristaa vuotosokissa leikkauspöydällä ja mies ei vaan osannut yksin päättää, antaako leikata; suonia ei ollut enää missään, Hb 43 ja olin varma, että potilas heittää henkensä. Toinen rakastava aviomies taas vei vaimonsa kohdunsuun ollessa auki 9 cm takaisin kotiin, kun suositimme lämpimästi ensisynnyttäjän ison perätilan vuoksi sektiota. He palasivat kolmen tunnin kuluttua, kun iso jalka oli syntynyt, ja sitten saatiin leikkauslupakin.” Näin Jorvissa työskentelevä Helena Laasonen kirjoitti Itä-Timorin komennukseltaan vuonna 2001 ja kertoo seuraavassa kokemuksistaan ja ajatuksistaan Punaisen Ristin komennuksilta.

Helena on tunnettu kielitaidostaan, vaikka suhtautuukin osaamiseensa kovin vaatimattomasti.

– Ruotsia taidan kohtalaisesti, englantia puhun sujuvasti, italiaa ja ranskaa aika hyvin. Espanja ja portugali luonnistuvat, tahtovat sekaantua. Saksaa ymmärrän erittäin hyvin, mutta puhun kankeasti. Aloitin venäjää, luin vuoden hepreaa ja aloitin yliopistossa farsin kielen kurssin oppiakseni edes arabialaiset aakkoset, mutta kurssi keskeytyi matkaan.

– Ehkä olen saanut geeneissä jonkinlaisen matkailutaudin Stadiusten suvusta isäni äidin puolelta. Koko perhe asui 50-luvulla vuoden Los Angelesissa, kävin siellä oppikoulun toisen luokan. Kuusikymmenluvulla olin vaihto-opiskelijana Italiassa, 1970 yhden amanuenssikuukauden Bolognassa, ja niistä ajoista alkaen matkustin aina kun oli mahdollista.

– Suoritin Suomen Punaisen Ristin (SPR) kansainväliseen työhön valmentavan peruskurssin 1983. Työsopimukset tehdään Kansainvälisen Punaisen Ristin Komitean (ICRC/CICR) tai Liiton (IFRC/FICR) kanssa, mutta SPR rekrytoi ja maksaa palkan. On mielenkiintoista, että Kansainvälinen Punainen Risti on kaikkien näiden vuosien aikana sitkeästi säilyttänyt kahtiajaon lääkäreihin ja kirurgeihin. Gynekologi onkin yleensä ”yleislääkäri, joka osaa hoitaa synnytyksiä”. Se selittänee osin tarjottujen tehtävien laatua.

– Melkein poikkeuksetta minut on lähetetty yleislääkärin tai terveydenhuollon asiantuntijan tehtäviin. Sen takia en paljonkaan ole voinut hyödyntää erikoisosaamistani – päinvastoin, on pitänyt omaksua aivan uudenlainen näkökulma ja asenne ja usein tuntea riittämättömyyttä. Osa tarjouksista on tullut hyvin lyhyellä varoitusajalla, ja senaikaisen ylilääkärini Juhani Toivosen myötämielisyys ja erityisesti lähimmän esimieheni tri Martti Ämmälän joustavuus ovat mahdollistaneet minulle monia tärkeitä lähtöjä.

– Lähdöt ovat usein aika surrealistisia. Matkavalmistelut sujuvat sekasortoisessa kiireessä, jonka jälkeen matkustan yleensä aivan yksin kohti tuntematonta määränpäätä, kaikki yhteydet tuttuun ja turvalliseen katkeavat ja odotettavissa on aina myös aika kova fyysinen vieroitusprosessi, johon ei ole mitään valmentautumistapaa. Epävarmuus odotettavissa olevasta ja suuri vastuu painavat. Kaikesta telekommu-

Helena ja kabulilainen autonkuljettaja, 2002.

Helena Laasonen

s. 1946 Helsingissä
Vanhemmat
professori Pentti Laasonen
ja fil.maist. Saara o. s.
Saastamoinen
Ylioppilas 1964, Pohjois-Haagan Yhteiskoulu
LL 1973, Helsingin yliopisto
Erikoislääkärin oikeudet
1981
Trooppisten tautien diplomi
1991, Kööpenhamina
Kansainvälisen terveydenhuollon erityispätevyys 1999
Harrastukset: tanssi ja musiikki

nikaation kehityksestä huolimatta löytyy maapallolta vielä lukuisia paikkoja, joissa on "in the middle of nowhere", itse asiassa meitä useimmiten lähetetään juuri niihin osoitteisiin.

Malesiassa 1986 ja 1989–90

– Ensimmäinen komennukseni oli pienellä saarella Etelä-Kiinan merellä. Mantereelta oli kahden tunnin laivamatka saarelle, jolla Malesian Punainen Puolikuu isännöi vietnamilaisten venepakolaisten leiriä.

– Leiri toimi kuin pienoisyhteiskunta niin hyvässä kuin pahassakin. Tavallisia tauteja olivat malaria, hengitystietulehdukset, ripulitaudit, scabies, palovammat, traumat ja psykosomaattiset oireet. Työ oli pääasiassa yleislääkärin työtä, ja jouduin tutkimaan ahkerasti ortopedian, silmä- ja korvatautien ja sisätautien oppikirjoja. Olot olivat hyvin vaatimattomat, sairaala oli vanha rapistunut puurakennus, jonka yläkerrassa lääkärit, sairaanhoitajat, kätilöt ja laboratorioteknikko asuivat. Päivystin keskimäärin joka toinen yö. Tein myös jonkun leikkauksen hyvin primitiivisissä oloissa, hoidin perhesuunnittelua ja tarvittaessa synnytyksiä. Perhesuunnittelukampanjan aikana laitoin kierukoita leirissä keittiöiden pöydillä, sillä osa naisista vierasti ehkäisyn hakemista poliklinikalta.

– Viihdyin molemmilla kerroilla erittäin hyvin. Pidän kovasti vietnamilaisista ja arvostan heidän ahkeruuttaan ja vaatimattomuuttaan. Työskentelin saarella kaikkiaan kymmenen kuukautta. Hain trooppisten tautien kurssille heti palattuani toiselta Malesian jaksoltani, koska tiesin haluavani jatkaa kehitysmaatyötä.

Zaïressa 1995

– Ruandan kansanmurhassa kuoli keväällä 1994 lähes miljoona ihmistä. Kahden viikon sisällä rajan yli Zaïreen tuli 500 000–800 000 hutupakolaista, jotka armeija työnsi leireille Goman kaupungin ulkopuolelle. Zaïre ei kyennyt selviämään tällaisen pakolaismäärän hoidosta, ja kansainväliset järjestöt tulivat apuun. Norjan Punainen Risti lahjoitti ison telttasairaalan syksyllä 1994 ja Punaisen Ristin Liitto FICR otti vastuulleen yhden noin 220 000 ihmisen leirin terveydenhuollon.

Vietnamilaisten venepakolaisten potilaskuljetus mantereelle Malesiassa.

Pakolaisleiriä Zairessa 1995.

– Jouduin vuoden 1995 alussa tämän terveysohjelman koordinaattoriksi. Viidessä FICR:n terveyskeskuksessa oli 190 vuodepaikkaa, telttasairaalassa saman verran ja näistä 60 kirurgisia. Tämä alueen ainoa kirurginen sairaala kattoi lähes 700 000 ihmisen akuuttikirurgian, ja sen toiminta oli FICR:n vastuulla. Terveysasemilla oli 9000 viikoittaista potilaskäyntiä, ja niitä hoitivat ruandalaiset ja zairelaiset sairaanhoitajat.

– Alussa minun piti kerrata toimenkuvani työsopimuspaperista useita kertoja päivässä pitääkseni mielessä, mistä kaikesta minun pitikään vastata, jotta langat pysyivät käsissä. Työkieli oli ranska ja alaisia yli neljäsataa. Kokouksia oli runsaasti joka päivälle, ja oli pakko karsia ja delegoida osa ruotsalaiselle ylihoitajalle, joka oli minulle korvaamaton työtoveri.

– Osallistuin säännöllisesti myös kliiniseen työhön ja leikkauksiin. Se oli tapani innostaa, opettaa ja nähdä, miten alaiseni työskentelivät ja missä tarvittiin tukea. Kiersin viikoittain sisätauti- ja lastenosaston, koska vastuulääkärit tarvitsivat vetoapua. Kaikki viisi lääkäriä olivat ruandalaisia pakolaislääkäreitä. Telttasairaalan kahdella leikkauspöydällä leikattiin akuutteja vatsoja, peritoniitteja, ameeba-abskesseja, luunmurtumia ja palovammoja, isoja tuumoreita, sektioita ja ekstroja.

– Kerran tutkimme naista, joka väitti olleensa jo kaksi vuotta raskaana. Hymyiltiin, että eiköhän kyse ole kuitenkin kasvaimesta. Potilas oli kuitenkin oikeassa. Leikkauksessa vatsaontelosta löytyi parinkymmenen sentin mittainen litistynyt sikiö, foetus papyraceus. Leikkasin myös toistakymmentä kiloa painavan ovariotuumorin. Näin lavantautiperforaatioita ja ascariksen aiheuttamia ileuksia. Synnytyksiä oli 80–100 kuukaudessa, ja sektioprosentti keskimäärin 36 %. Kirurgimme olivat hyvin päteviä ja sitoutuneita työhönsä, heille piti vain terästää välittömän postoperatiivisen seurannan tärkeyttä, leikkaustekniikka heillä kyllä oli hallussaan. Tehohoitoyksikköä ei ollut, ja anestesian antoi hoitaja. Heräämöteltan perustaminen eliminoi turhia postoperatiivisia kuolemia, ja vei aikaa vakuuttaa henkilökunta siitä, että spinaalipuudutus onnistuu myös sektiopotilaille ja on huomattavasti yleisanestesiaa turvallisempi.

Pakistanissa 1996

– Pakistanin Punaisella Puolikuulla oli terveysohjelma, jonka johtavana lankana oli perhesuunnittelu. SPR tuki ohjelmaa 19 eri terveysasemalla, mutta raportteja ei tahtonut kulkeutua Suomeen asti tai ne olivat puutteellisia.

– Matkustin Pakistanin Punaisen Puolikuun prikaatinkenraalin kanssa ympäri Pakistania. Pienillä terveysasemilla hoidettiin perussairauksia ja niissä oli vaatimaton peruslääkevarasto. Niitä pyörittivät kokeneet ja yleensä hyvin neuvokkaat kätilöt. He puhuivat naisille muun hoidon ohessa perhesuunnittelusta, tarjosivat kondomeita ja pillereitä, laittoivat kierukoita ja kirjoittivat sterilisaatiolähetteitä. Mieshoitajat puhuivat miesten kokoontumispaikoissa kaupungilla miehille perhesuunnittelumahdollisuuksista.

– Asemien tasoissa oli suuria eroja. Islamabadissa kirjoitin koko jouluaattopäivän alustavaa raporttia prikaatinkenraalin kanssa ja detaljoidun loppuraportin valmistelin Suomessa. Olin aikaansaannokseeni itse aika tyytyväinen, mutta sen mielestäni hyvin hienovaraisesti ilmaistu johtoportaan hierarkkisuuteen kohdistuva kritiikki herätti rajuja tunteita Islamabadissa.

Kongossa 1997–1998

– Palasin Zaïreen, nyt Kongon Demokraattiseen Tasavaltaan, Kinshasan liepeille syntyneen pakolaisleirin lääkintäkoordinaattoriksi puoleksi vuodeksi. Työ oli monessa mielessä hyvin raskasta. Leiri oli 30 km päässä kaupungista, enkä saanut juurikaan tukea esimiehiltäni, joiden mielestä leiri oli sivuseikka. Afrikkalaisten alaisteni välillä oli vaikeita ristiriitoja. Työpäivät venyivät, yleensä en pitänyt edes sunnuntaivapaata ja kun palasin illalla jo tyhjentyneeseen toimistoon tekemään paperitöitä, ei tekniikka useinkaan toiminut. Malarialääkkeistä sain öisin hallusinaatioita ja heräilin olemattomiin ääniin ja psykedeelisiin painajaisiin. Liikenteen melu ja saasteet, kuuma ilmastoimaton auto, jatkuvat vesi- ja sähkökatkokset kotona ja kyyninen työtoveri seinän takana demoralisoivat vielä lisää.

Pieni pesulla pakolaisleirillä Zairessa.

– Leiri voitiin sulkea vajaan viiden kuukauden kuluttua, koska Brazzavillessä joen toisella puolen Ranskan Kongossa tilanne oli rauhoittunut ja alkoi paluumuutto. Viimeiseksi kuukaudeksi sain uuden mielenkiintoisen teh-

Sairaalan vaatimaton WC Afganistanissa 2002.

Afganistanilainen katuapteekki.

Sairaalakylpyhuone Afganistanissa.

tävän. Matkustin arvioimassa FICR:n tukemia terveysasemia viidakossa lähellä Angolan rajaa. Terveysasemaa saattoi hoitaa vain nuori sairaanhoitajatyttö. Oli muutama sänky ripulin tai malarian hoitoa tai synnytystä varten, peruslääkevalikoima ja mikroskooppi. Kirjanpito oli tarkkaa, mutta säännöllinen raportointi uupui usein, koska kulkuyhteydet olivat hankalia eikä puhelimia ollut. Lapset olivat usein ihmeissään, kun he näkivät tällaisen vääränvärisen ihmisen. Tapasin matkalla monta mielenkiintoista ihmistä, myös iloisen mieskollegan, joka olisi halunnut insinööriksi, mutta oli perheen painostuksesta lukenut lääkäriksi ja harrasteli obstetriikkaa. Varsinaisen elantonsa hän sai pitämällä kolmea taksia. Hän vei minut täysin räjähtäneellä BMW:llään katsomaan maaseutusairaalaa ja sen rikkinäisiä ikkunoita, ”toisen maailmansodan aikaisia” instrumentteja, lattialla makaavia potilaita ja tyhjiä lääkekaappeja.

Albaniassa 1999

– Lyhin komennukseni oli neljän päivän pika-arviomatka Albaniaan. Sain lähtöluvan ylilääkäriltäni päivän varoitusajalla kesken pääsiäispyhien. Kahdessa viikossa oli arviolta 200 000 Kosovon albaania entisestä Jugoslaviasta tullut vuoristosta yli rajan Albaniaan. Tehtävänäni oli leikkaussalihoitajan kanssa arvioida, tarvittaisiinko tilanteessa SPR:n uuden kenttäsairaalapaketin kaltaista pika-apua. Toiminta oli aikamoista kohellusta ja lähimaiden lentokentät tukossa, kun avustusjärjestöt, viranomaiset, toimittajat ja lehtikuvaajat pyrkivät kaikki vaikeakulkuiseen vuoristoon samaan aikaan. SPR:n sairaala lähetettiin pikavauhtia. Yhtä vaikeaa kuin oli ollut päästä maahan sisään oli päästä sieltä pois.

Kosovossa 1999

– Toimin sairaalan johtajana odoteltaessa seuraavan pidempiaikaisen johtajan saapumista. Kahdessa kuukaudessa oli vaikea päästä jyvälle asioiden tilasta ja lukuisien eri avustusjärjestöjen rooleista, saati sitten saada mitään näkyvää aikaan. SPR kunnosti sairaalaa ja ohjasi johtamisprosessin ja koko kansallisen terveydenhuolto-organisaation uudistusta, muun muassa kaikki virat oli määrä panna virallisesti hakuun. Sairaalassa oli 500 vuodepaikkaa, se oli puutteellisesti ja vanhanaikaisesti varusteltu ja huonossa kunnossa. Poliittisia kärhämiä oli paljon sairaalan lääkärien välillä, myös niiden selvittely kuului toimenkuvaani. Serbilääkärit olivat poistuneet ja albaanilääkärit tulleet työhön oltuaan viimeiset 10 vuotta sivussa. Se taisi olla Kosovon kylmin talvi aikoihin, kaikissa kokouksissakin piti istua turkki päällä ja palellutin varpaani. Mieleeni ovat jääneet abortus imminens-potilaat, joita säilöttiin osastolla viikkokausia, siellä he istuivat obstetristen ongelmapotilaiden kanssa ringissä keskellä salia, tupakalla koko joukko.

Itä-Timorissa 2001

– Indonesian kanssa tuli välirikko Itä-Timorin äänestäessä autonomian puolesta 1999, ja maassa oli YK:n väliaikaishallinto. Köyhällä maalla ei ollut resursseja selvitä itse monestakaan perustoiminnosta. ICRC oli päättänyt varustaa suurimman maan kolmesta sairaalasta, joka sijaitsi pääkaupungissa Dilissä. Toimin naistentauti- ja synnytysosaston ylilääkärinä. Tämä oli ensimmäinen ja lähes ainoa varsinaisesti oman alan komennukseni ja kesti runsaat kolme kuukautta. Olin ainoa gynekologi, ja alaisinani oli aluksi kaksi länsimaista kätilöä sekä tietysti paikalliset kätilöt. Osastolla oli 36 vuodepaikkaa, synnytyksiä kuukaudessa yli 200 ja päivystin joka toisen yön, väliöinä kätilöt kutsuivat kirurgin tekemään toimenpiteet. Sairaalassa oli lisäksi ICRC:n kaksi kirurgia ja kaksi anestesiologia, sisätautilääkäri, pediatri, sairaalan johtaja ja ylihoitaja sekä erikoissairaanhoitajia opettamassa paikallisia hoitajia ja viittä kuutta sisätautipuolen ja päivystyksen lääkäriä. Tehtävänämme oli saada sairaala toimimaan siten, että sen johto voidaan jättää paikallisille. Huonossa kunnossa olevia potilaita tuli sairaalaan koko ajan, piti priorisoida ankarasti ja luoda hoitokäytäntöjä jatkoa varten.

– Maa on tiukasti katolinen. Naiset menevät nuorina naimisiin, avioeroa ei ole. Raskaudenaikaisissa kontrolleissa ei valtaosa käy kertaakaan, kulkuyhteydet ovat kehnot ja yleensä synnytetään kotona. Uskonnon ja historian vaikutus kuvastui suhtautumisessa perhesuunnitteluun, ja ankara siirtomaahistoria selittänee osin empatian puutetta. Episiotomia saatettiin ommella ilman puudutusta, koska kätilöä itseäänkään ei aikanaan puudutettu. Kun ison kuolleen lapsen hartiat olivat jääneet kiinni, kätilöt olivat jättäneet äidin koko yöksi omiin oloihinsa kutsumatta lääkäriä apuun.

– Verensiirtoihin oli harvoin mahdollisuus. Australian Punaisen Ristin kahden viikon välein lähettämät O– -veren varastot kuluivat yleensä pian. Elektiivisiä leikkauksia ennen velvoitettiin joku sukulainen luovuttamaan verta. Köyhyyden, aliravitsemuksen ja malarian takia Hb oli usein ▶

Lapsi syntyi, istukan sijasta syntyi käsi. Sectiolla saatiin syntymään B-kaksonenkin Itä-Timorin Dilissä 2001.

Potilaalta poistettiin yli kymmenen kiloa painanut ovariotuumori, Zaire 1995.

Tuumoripotilaan anestesia, Zaire 1995.

Tuumori-operaatio Itä-Timorissa 2001.

jopa 40 ilman mitään verenvuotoa. Rypäleraskauksia oli paljon, ja totesin useita valeraskauksia. Oli eklampsiaa, yllätyskaksosia, pitkittyneitä synnytyksiä epäsuhdan tai poikkitilan takia. Sterilisaatioita tein paljon, moni nainen oli synnyttänyt kymmenenkin lasta.

– Isoja kasvaimia oli paljon. Koska patologia ei ollut, piti tarkkaan miettiä, mitä uskaltaa lähteä leikkaamaan. Konsultaatiomahdollisuutta ei ollut, olimme itse reference hospital.

– Sairaalassa oleva antiikkinen UÄ-laite oli kullanarvoinen. Kerran tuli kaksosäidin näköinen synnyttäjä, pienehkö perätilalapsi oli jäänyt päästään kiinni. UÄ:ssä ei ollutkaan kaksosia, vaan iso vesipää. Osastonhoitaja oli nähnyt monenlaista, minulle tämä oli ensimmäinen vesipään punktio. Kun pää oli puhkaistu punktioneulalla, lapsi syntyi aika pian. Moni meillä museoon kuuluva hoito oli noissa olosuhteissa ainoa järkevä käypä hoito, ja etsiskelin kirjastosta kovasti menneiden vuosikymmenten obstetriikan kirjoja, joissa olisi puhuttu pahojen komplikaatioiden hoidosta silloin, kun mitään korkeampaa farmasiaa tai teknologiaa ei ole käytössä. Oksitosiinia ja magnesiumia oli, induktiot piti tehdä foley-katetrilla.

Afganistanissa 2002

– Tulin maahan kuukauden kuluttua siitä, kun sinne oli muodostettu YK:n väliaikaishallitus USA:n pommitusten jälkeen ja Talebanien hallinto oli ohi. Sodassa oli oltu yhtä mittaa 23 vuoden ajan. Eri avustusjärjestöt halusivat tulla jälleenrakentamaan maata.

– Talebanien tultua valtaan kuri ja järjestys oli saatu aikaan sharia-lailla: varkaalta katkaistiin käsi, aviorikoksesta kivitettiin kuoliaaksi ja sunnuntaisin stadionilla järjestettiin julkisia mestaustilaisuuksia. Huvitukset, laulu ja tanssi oli kielletty, ja miesten piti kasvattaa parta. Naisten piti pukeutua burkhaan kodin ulkopuolella ja kulkea miespuolisen sukulaisen seurassa, tyttöjen koulunkäynti, naisten opiskelu ja työssäkäynti oli kielletty.

– SPR lähetti minut ja ohjelmasuunnittelijan maahan. Tehtävänämme oli suunnitella SPR:n profiiliin sopiva naisiin painottuva terveysohjelma. Päädyimme matkustamaan maan pohjoisosaan. Suunnitelmaamme kuului paikallisten aluesairaaloiden varustetason, sähkö- ja vesihuollon vahvistaminen ja henkilökunnan koulutus. Sairaaloita oli alun perin viisi, mutta huonon turvallisuustilanteen ja vaikeiden kulkuyhteyksien takia ICRC rajoitti suunnitelman kahteen. Maan äitiyskuolleisuus lienee maailman huippuluokkaa, arviolta 1700/100 000 elävänä syntynyttä lasta. Yli 90 % naisista synnyttää kotona ilman mitään ammattimaista apua. Jos apua tarvitaan, ei ole kuljetusvälineitä. Jos päästään sairaalaan saakka, siellä ei useinkaan ole toimivaa sähköä, ei vettä, ei instrumentteja, ei lääkkeitä, verensiirtoja eikä ketään, joka osaisi leikata. Nämä naiset kuolevat siis viimeistään sairaalan porteilla.

Länsi-Afrikassa 2003, Itä-Afrikassa 2006

– Olen kahdesti ollut Afrikassa kolmiviikkoisella pika-arviomatkalla moniammatillisen työryhmän terveydenhuollon asiantuntijana. Vuonna 2003 arvioitiin pakolaisten avuntarvetta Norsunluurannikon sisällissodan takia ja 2006 kuivuuden vaatimia lisäavustuksia Afrikan sarven yhdeksässä maassa. Arviointityö on pääosin tietojen keräilyä eri hallintoviranomaisilta, alueella työskenteleviltä järjestöiltä, Punaisen Ristin osastoilta ja paikallisilta solmukohtien terveysasemilta. Näiden pohjalta laaditaan tarvearvio ja budjetti. Kävin Senegalissa, Ghanassa ja Malissa, Keniassa, Djiboutissa ja Burundissa. Loppuvuodesta 2006 olin kolme viikkoa Etiopiassa kolera-epidemian takia Etiopian Punaisen Ristin apuna. ▶

ilmo/Bayer Mirena

Mitä matkat ovat opettaneet?

Helena yhdessä SPR:n ohjelmasuunnittelija Teija Lahtosen kanssa vierailulla afganistanilaisessa sairaalassa 2001.

– Matkat ovat opettaneet joustavuutta ja sen rauhallista toteamista, että on erilaisia katsantokantoja ja elämäntapoja, joista ei varmaan mikään ole se ainoa oikea. Olen ollut aika kiihkeä naisten oikeuksien puolustaja, mutta näen nykyisin, että niitä on puolustettava eri paikoissa erilaisilla tavoilla, ja monasti myös tukemalla joitakin konservatiivisia arvoja. Varmastikaan en enää samalla lailla innostu skandinaavisesta yltiöedistyksellisyydestä kuin 70-luvun alussa. Uskonkin nykyisin vankkumattomasti esimerkiksi järjestettyihin avioliittoihin.

– Olen oppinut näkemään, miten vähällä tavaralla ihminen selviää ja miten yksinkertaisin keinoin monet arkipäivän perusaskareet voidaan tehdä. Tätä voidaan soveltaa myös lääkärintyöhön.

– Realismi ja suhteellisuudentaju lisääntyvät. Näperrämme täällä läntisissä hyvinvointimaissa monesti pikkuasioiden parissa, kun kolmas maailma painiskelee ihan eri suuruusluokan ongelmien kanssa. Kehitysmaissa ihmisillä on usein hyvin realistinen suhde kuolemaan. Yritän muistaa, että keskimääräinen elinikä on useissa maissa 45 vuotta. Aika pitäisi ehtiä käyttää oikeisiin asioihin.

– Perhe ja yhteisö on köyhissä maissa ihmisten tärkein kasvualusta ja kiinnekohta. Yhteisö opettaa lapsille taitoja ja sosiaalista elämää. Lapset sisäistävät samalla yhteisönsä moraalin ja käytöstavat ja oppivat huolehtimaan toisistaan. Vastaanotolla meidän korviimme herkästi särähtää, jos mies puhuu vaikka naiselta kysytään. Aina ei ole kyse siitä, että mies haluaisi päsmäröidä, vaan hänen roolinsa on olla perheen vastuunkantaja. Tehtävä, jonka hänen kulttuurinsa on hänelle sälyttänyt, ei aina ole helppo ja vailla uhrauksia.

– Kovin erilaisista ympäristöistä huolimatta ihmisten elämistä löytyy paljon samankaltaisuuksia. Ruandalaisten kirurgien kanssa vitsailtiin leikkaussalissa täsmälleen samoista asioista kuin Suomessa. Suru, ilo

Suunnitteletko ensimmäistä komennustasi ulkomaille?

– Kerää rohkeutesi. Alku ei kenellekään ole kivuton. Yritä alussa päästä kiinni siitä, mikä oma tehtäväsi on ja miten se on osana kokonaisuudessa. Keskittymiskyky, muisti ja kärsivällisyys joutuvat kovalle koetukselle. Toimenkuva, joka vielä lentokoneessa paperista luettuna tuntui selkeältä, onkin yhtäkkiä käytännössä aivan hukassa. Nukkuminen voi osoittautua vaikeaksi melun, yksityisyyden puutteen ja ylipitkien työpäivien takia. Lukuisien ensimmäisinä päivinä esiteltyjen ihmisten komplisoidut nimet ja tittelit unohtuvat heti, toimenkuvat voivat olla vieraita ja roolit epäselviä. Heti pitäisi kuitenkin olla työssä kiinni ja alkaa antaa fiksuja vastauksia. Istuminen ensimmäisiä kertoja eri järjestöjen välisessä arvovaltaisen henkilön johtamassa kokouksessa, jossa edustaa omaa järjestöään eikä tunne vielä ketään ja jossa ei käsiteltävistä asioista ole vielä harmainta aavistusta, voi olla aika piinallista. Etukäteen ei yleensä pysty valmistautumaan siihen, mitä on edessä. Täytyy vain yrittää parhaansa, ja alku onkin usein hyvin stressaava. Se on normaalia.

– Työskentely monien eri alojen ihmisten kanssa voi olla haastavaa, ja hoitokäytännöt saattavat erota melkoisesti Suomen vastaavista. Hyvä työyhteisö ja yksikin sukulaissielu helpottavat tilannetta oleellisesti. Työ on aina tiimityötä. Kaikista työtovereista ei aina voi pitää, mutta yleensä heitä voi sietää, ja joukossa on yleensä kiehtovia ihmisiä.

– Hae heti itsellesi jokin pieni oma tila, mieluiten ihan fyysisesti. Itse vien aina mukana jotain omia tavaroita – tyynyn, taulun, päiväkirjan ja valokuvia. Ne ovat tärkeitä alun kaaoksessa.

– Hoidettavaa on paljon. On tärkeää ymmärtää priorisoinnin tärkeys, sillä kaikkia suuriakaan ongelmia ei pystytä millään hoitamaan. Pakolaisleirien terveydenhuollon perusasioista ja periaatteista on tänään jo myös hyviä kirjoja olemassa; en ole ainoa, joka on joutunut oppimaan paljon kantapään kautta. Suuret, kyseiseen ohjelmaan liittyvät strategiset linjaukset tulevat aina Punaisen Ristin Komitealta tai Liitolta ja niistä on tärkeä olla selvä käsitys. On yllättävää, miten ne usein vasta pikkuhiljaa kirkastuvat, vaikka paperilla ne saattavat näyt-

Näperrämme täällä läntisissä hyvinvointimaissa monesti pikkuasioiden parissa, kun kolmas maailma painiskelee ihan eri suuruusluokan ongelmien kanssa.

ja hymy koskettavat yli kieli- ja kulttuurirajojen.

– Turistina ihmettely ei enää millään tahdo riittää minulle. Punaisen Ristin jäsenenä joudun heti paikallisen kansallisen yhdistyksen työntekijöiden sekaan. Vaikka olen ulkomaalainen, olen silti heti yksi joukosta. Saan oikotien ihmisten arkielämään ja lähemmäksi sitä, miten he elävät ja mitä he tarvitsevat.

– Suomessa naiset osaavat lukea ja kirjoittaa, saavat vapaasti tietoa ja viiden vuoden välein ilmaisen irtosolukokeen. He pystyvät tekemään lukuisia valintoja omaa sukupuolielämäänsä koskien ja myös suojautumaan tarvittaessa. Afrikassa sen sijaan on lähetettävä 40-vuotias yhdeksättä, puolivuotiasta lastaan imettävä nainen kotiin pussillinen särkylääkettä mukanaan, kun nähdään, mikä on äkillisen verenvuodon syy: ympäristöönsä kiinnikasvanut, kivikova portio. Eivätkö HPV-rokotusinvestoinnit tulisi huomattavasti kipeämpään tarpeeseen meidän kansallisen rokotusohjelmamme sijasta Saharan eteläpuolisessa Afrikassa?

– Jatkuva ja tahdiltaan kiihtyvä kilpavarustelu hankittaessa lyhyellä aikavälillä aina uudempaa, monimutkaisempaa ja kalliimpaa tekniikkaa, jota sitten surutta käytetään hyvinkin pienin aihein, on minusta väärä tie, varsinkin kun samaan aikaan yksittäisen potilaan hoidon jatkuvuuteen panostaminen näyttää jäävän yhä enemmän taka-alalle. Minkä tehokkuutta ja tuloksellisuutta me oikein haemme?

– Jouduin varsinkin Itä-Timorilla paljon pohtimaan sitä, miten yksittäistä potilasta niin epävarmoissa oloissa pitäisi hoitaa. Oliko oikein tehdä sektio 19-vuotiaalle ensisynnyttäjälle, jolla oli iso lapsi perätilassa? Olisiko kuitenkin pitänyt antaa esikoisen kuolla tai vammautua, varautua kenties paloitteluoperaatioon ja ajatella seuraavia lapsia, jotka sitten voisivat syntyä alateitse ongelmitta? Entä huonossa kunnossa sairaalaan saapunut nuori nainen, jonka jouduin leikkaamaan kohdun ollessa repeämäisillään kasvotarjonnassa olevan kuolleen lapsen takia? 23 vuotta, G3P2. Esikoinen oli jo kuollut synnytykseen ja perheellä oli vasta yksi elävä lapsi. Oliko oikein antaa naiselle mahdollisuus uuden, neljännen raskauden vaaroille? Ymmärtääkö hänen miehensä varmasti tuoda vaimonsa seuraavalla kerralla ajoissa sairaalaan? Ja vaikka mies tuokin hänet sairaalaan, niin onko siellä silloin ketään, joka osaa hoitaa häntä? ■

Lomamatkalla Burmassa, Malesian komennukselta.

tää kovin selkeiltä. Teorian ymmärtää vasta oman kokemuksen kautta, niin se vain on.

– Usein löytää ihan eri asioita kuin mitä on etukäteen odottanut. Kuvittelin Afrikassa pakolaisleirillä naisten haluavan raskaudenehkäisyä, mutta heitä alkoikin tulla jonossa vastaanotolle, kun he halusivat lisää lapsia. Uskoin Afganistanissa gynekologien ensisijaisten tarpeiden listalla olevan kenties KTG-koneen, kunnollisia kyrettejä tai toimivan imun. Listoilla olikin muun muassa ruokaa aliravituille lapsille ja henkilökunnalle sekä päivystyshuoneeseen sohvia ja televisio.

– Asioiden hitaaseen kulkuun on syytä varautua. On joskus paras tottua kohauttamaan olkapäitään ”this is Africa”, kun sappi kiehuu. Nopeita tuloksia ei kannata odottaa.

– Uskonnon ja paikallisten perinteiden kunnioittaminen on tärkeää. Paitsi vanhoja ihmisiä, niin myös viranomaisia, sotilaita ja arvovaltaisia henkilöitä kohtaan on syytä olla muodollisen kunnioittava, mitä heistä sitten mielessään ajatteleekin. Demokratia ja sinuttelu on yleensä viisasta alussa kokonaan unohtaa.

– Sopeutumiskykyä tarvitaan. Suunnitelmat ja olosuhteet voivat äkisti muuttua. Välillä voi joutua elämään hyvinkin primitiivisissä oloissa. Se, ettei voi puhua omaa kieltään, voi olla joillekin kova paikka, tiukat turvallisuusmääräykset herättävät joskus kapinahenkeä ja yksityisyyden puute voi käydä hermoille. Yhteydenpitomahdollisuudet kotimaahan voivat olla huonot. Olen ehdottomasti sitä mieltä, että jolleivät kotiasiat ole kunnossa, on komennukselle lähtö täysin väärä valinta.

– Lähde innostuneena! Mielestäni ei koskaan pitäisi lähteä, jos ei tunne jotain syvää kiinnostusta juuri tähän tehtävään. On oltava joku kipinä, liittyy se sitten mihin puoleen tahansa. On erittäin vaikea selvitä vaikeuksista ja jaksaa, ellei usko tehtäväänsä.

– Tunne, että on keskellä tapahtumia, ajan hermolla ja osallistuu johonkin tärkeään, on palkitsevaa. Työssä pääsee lähelle ihmisiä, ja sairaudet ovat tässä ja nyt – ilman, että katsotaan ensin tietokoneelta. Syntyy todellisia potilas-lääkärisuhteita, poikkeuksellisen tiiviitä työtoveruuksia ja elämänmittaisia ystävyyksiä, Helena päättää haastattelumme. ■

Kevätkoulutuspäivien teemana seksuaalinen väkivalta ja lantionpohjan ongelmat

■ Teksti ja kuvat MERJA METSÄ-HEIKKILÄ

Jyväskylä keskisessä Suomessa kokosi suuren joukon kiinnostuneita gynekologeja pohtimaan tämänkertaisia koulutusaiheita. Vaikka aloitusteema olikin sisällöltään rankkaa kuultavaa, se sai kootun palautteen perusteella myönteisen vastaanoton. Tietoa ja ymmärrystä tarvitaan, sillä työssä emme voi päättää, millaisen historian omaava potilas eteemme istahtaa.

Toisen koulutuspäivän luennot valaisivat lantionpohjan ongelmia lähes kaikilta kuviteltavissa olevilta kanteilta. Mielenkiintoista antia oli pohdinta laskeumaverkkojen käytöstä – tähän aiheeseen paneutui luennossaan Tapio Väyrynen ja asiaa miettii myös Aarre Kivelä toisaalla tässä lehdessä.

Kevätkokouksessa esiteltiin Professori Juha Mäkisen kokoama uusi SGY:n 80-vuotishistoriikki – ajanmukaisesti DVD ja mukaan liitetty paperinen tiivistelmä.

Jussityöntekijät Martti Pennanen ja Timo Aarnivala johdattivat todenmakuisen fiktion keinoin parisuhde- ja perheväkivallan teemaan. Esitys oli ison miehen puolustuspuhe vaikeasta aiheesta. Se kertoi elävästi, miten lyövän miehen takana on usein lyöty lapsi.

Ulla Mäkilän muistorahaston palkinto vuoden merkittävimmästä väitöskirjasta ojennettiin LT Zdravka Velevalle Oulusta.

Keski-Suomen keskussairaalan naistenklinikan ylilääkäri Helena Sundstöm kertoi juhlapuheessaan alan alkutaipaleesta läänissä: ”Valtio perusti ensimmäisen lapsenpäästölaitoksen Jyväskylään vuonna 1898. Laitoksessa oli kolme paikkaa eli ”vapaasänkyä” varattomille ja yksi maksavia potilaita varten. Ennen keskussairaalan perustamista 55 vuotta sitten puolet äideistä synnytti kotona ja puolet kunnansairaaloissa. Lääkintöneuvos Oskar Herpolan, KSKS:n ensimmäisen ylilääkärin, mukaan ajatus, että suurin osa lapsista syntyisi keskussairaalassa ”oli vailla käytännöllistä pohjaa eikä edes periaatteessa hyväksyttävää.” Oli kunnia-asia syntyä kotona tai ainakin kotipitäjässä.”

Jos olet kuvitellut hallitsevasi lantionpohjan anatomian, olet erehtynyt. Professori Huub van der Vaartin esitys viimeistään sai vakuuttuneeksi, että paljon on vielä opittavaa.

Puheenjohtaja Juha Tapanainen ojensi iltajuhlassa LT Aarre Kivelälle Oulusta Käytännön gynekologi -palkinnon.

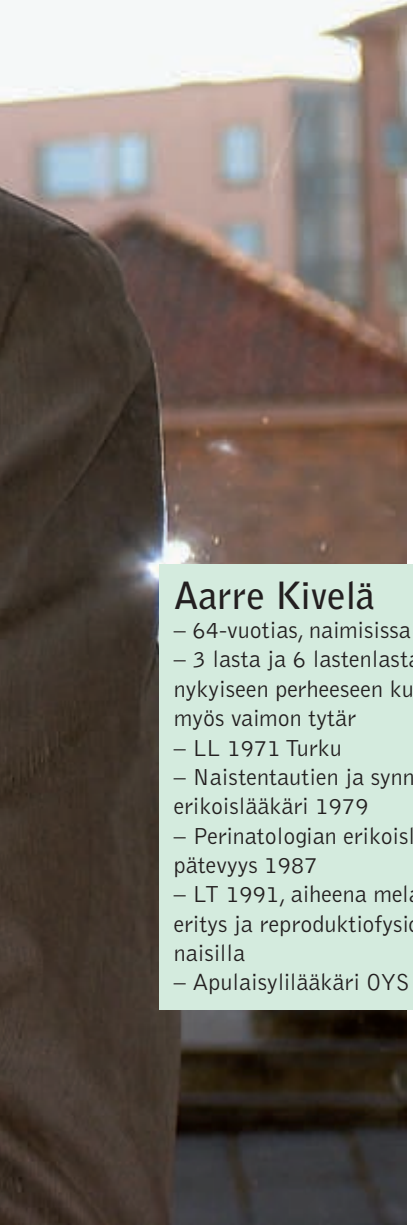
Professori Seppo Heinonen ja säätiön rahastonhoitaja Marjut Laurikka-Routti (oik) ojensivat Synnytys- ja naistentautiopin tutkimussäätion apurahat kokouksessa Pauliina Tuomikoskelle Helsingistä ja Outi Uimarille Oulusta. Muut apurahan saajat olivat Heli Lyytinen ja Jonna Salonen Helsingistä sekä Heli Saarelainen Kuopiosta.

Yhdistyksen uusia jäseniä.

■ Haastattelu MERJA METSÄ-HEIKKILÄ
■ Kuvat Merja Metsä-Heikkilä, Aarre Kivelän kotiarkisto

Aarre Kivelä
– käytännön gynekologi

Millainen on hyvä käytännön gynekologi? Hän on esimerkiksi Aarre Kivelän kaltainen – monipuolinen, potilaita kunnioittava, itsestään meteliä pitämätön kollegojen arvostama uurastaja. Muun muassa näistä syistä SGY palkitsi Aarre Kivelän tänä vuonna käytännön gynekologin palkinnolla.



Aarre Kivelä
– 64-vuotias, naimisissa
– 3 lasta ja 6 lastenlasta, nykyiseen perheeseen kuuluu myös vaimon tytär
– LL 1971 Turku
– Naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri 1979
– Perinatologian erikoislääkärin pätevyys 1987
– LT 1991, aiheena melatoniinin eritys ja reproduktiofysiologia naisilla
– Apulaisylilääkäri OYS 1993–

Kun kuulin palkinnosta, minulla oli vain hämärä mielikuva ansioista, joilla palkinto annetaan. Ehkä kollegat ajattelivat pitkää ja polveilevaa uraani. En ole sitä tietoisesti rakentanut, elämä on vain soljunut eteenpäin, tällaisena – oma elämä ja työn kautta myös potilaiden elämä – vuodet vain lyhenevät! Ehkäpä SGY:n hallitus näin lama-ajan tunnelmissa ajatteli, että samoilla kuluilla kun tulen pitämään kevätkokoukseen luennon, voin pokata myös palkinnon, epäilee Aarre pilke silmäkulmassa.

Lapsuudesta

– Perheeni oli tyypillinen peräpohjalainen maalaisperhe pienessä Pernun kylässä Posiolla. Olen syntynyt Lapin sodan evakkomatkalla Sievissä. Kun sodan jälkeen palattiin kotiin, saksalaiset olivat polttaneet koko kylän, vain rantasauna oli jäljellä. Siinä alettiin asua, kunnes rakennettiin uusi koti. Meitä lapsia oli kaikkiaan kahdeksan, kuusi on vielä elossa. Lapsesta lähtien totuin kaikkiin tavallisiin maatalon töihin. Kesät olivat erityisen kiireisiä ja muistan kovasti ihmetelleeni läheisessä Korouoman kanjonissa huvikseen vaellelleita joutilaita turisteja.

– Kotikylällä oli kansakoulu ja lapsia oli paljon, koulussa kolme opettajaakin. Kävin silloista kansakoulua kuusi vuotta, Posiolla ei ollut silloin vielä lukiota, mutta sinne oli perustettu pari vuotta aiemmin nelivuotinen kunnallinen keskikoulu, johon otettiin kuuden kansakouluvuoden jälkeen. Siirryin keskikoulun takia koulukortteeriin kirkolle reilun 30 km päähän, asuttiin siskosten kanssa siellä ensin vuokralla, kunnes myöhemmin tulivat koulukuljetukset. Keskikoulun viimeiselle luokalle läksin kuitenkin Rovaniemelle, kun ajattelin, että on helpompi siirtyä lukioon, kun on jo vuoden ollut samassa koulussa. Kotiin oli sata kilometriä, ja pari kolme kertaa lukukaudessa kävin kotona, ei ollut varaa eikä oikeastaan tarvettakaan tiheämmistä käynneistä.

Lääkäriksi

– Lukiossa jo jotenkin kirkastui halu lääkäriksi, ilman mitään erityistä yksittäistä syytä. Muita vakavasti otettavia vaihtoehtoja ei oikein ollut mielessä. Kaksi pikkuserkkuani oli opiskelemassa lääkäriksi Turussa, joten sinnehän minäkin pyrin. Lääkärin ammatti oli selkeä maalaispojalle, muut tutkinnot olivat hämärämpiä, kaikista ei oikein tiennyt, mihin ammattiin niistä valmistuisi. Lapsuuden lääkärikokemukset olivat ehkä enemmän negatiivisia kuin positiivisia, ja ajattelin, että kyllä minustakin nyt ainakin tuollainen lääkäri tulee. Jos en olisi päässyt ensimmäisellä yrittämällä, olisin pyrkinyt toisen kerran. Jos en useista yrityksistä huolimatta olisi päässyt, olisin ryhtynyt ehkä jonkinlaisiin ”kynähommiin”. Tykkäsin kirjoitella jo kouluaikana ja arvosanatkin olivat yleensä hyviä paitsi raittiuskilpakirjoitus Turmiolan Tommin kohtalosta, josta sain moitteet mielikuvituksettomasta aiheen käsittelystä ja ala-arvoisen arvosanan. Epäilen kumminkin, että olisin ollut hieman liian introvertti esimerkiksi toimittajan työhön, joten oli hyvä, että lääkärin ura aukeni.

Gynekologiksi

– ”Gynelle” ajautuminen oli monien sattumusten summa. Lääkäriksi valmistuttuani menin terveyskeskukseen, halusin nähdä ja tehdä perusläkäärin ▶

Juhannusruusut kukkivat Posiolla

Niittykämpällä

> ”Lääkärin ammatti oli selkeä maalaispojalle, muut tutkinnot olivat hämärämpiä, kaikista ei oikein tiennyt, mihin ammattiin niistä valmistuisi.”

Saunarannan ruskaa

työtä. Olin hyvin viihtynyt Turussa, se oli maalaispojalle sopivan kokoinen opiskelukaupunki, mutten kuitenkaan suunnitellut jääväni sinne. Niinpä tulin pohjoiseen, lainasin veljeni pikkufiiatin ja kiertelin kuntia kyselemässä lääkärin paikkoja. Monissa kunnissa olisi ollut töitä, mutta Suomussalmi tuntui siinä vaiheessa sopivimmalta. Aloitin kunnanlääkärinä ja lain muututtua heti kohta jatkoin terveyskeskuslääkärinä. Siellä vierähti kolme vuotta, viihdyin hyvin, työ kaukana keskussairaalasta oli vaativaa ja monipuolista – esimerkiksi normaalisynnytykset hoidettiin kunnansairaalassa ja vain riskisynnyttäjät lähetettiin eteenpäin. Minulla oli ajatus, että voisin jäädä vaikka yleislääkäriksi ja siksi läksin Ouluun ja työskentelin useilla eri klinikoilla, kolmesta kuuteen kuukautta, koska ajattelin, että se voisi auttaa terveyskeskustyössä. ”Sisukset” tuntui tällaiselle perfektionistille aivan liian laajalta ja vaativalta alalta – olisi pitänyt pystyä sietämään loputonta epävarmuutta ja tiedollista puutetta. ”Kirra” taas tuntui liian yksioikoiselta ”käsityöläisammatilta” ja päivystyksetkin olivat kamalia. Lopulta menin myös naistenklinikkaan. Pertti Kirkinen, vanha opiskelukaverini, oli siellä apulaislääkärinä ja houkutteli tulemaan. Kai se oli klinikan hyvä henki ja rento ilmapiiri, joka veti puoleensa, työn lisäksi. ”Gyne” tuntui myös riittävän monipuoliselta ja haastavalta. Ajattelin, että tämä on erikoisala, jonka voisi kuvitella hallitsevansa – käsitys, joka sittemmin osoittautui harhaluuloksi. Erikoistuttuani siirryin Kuusamon terveyskeskuksen gynekologi ylilääkäriksi – ilman yhtään alaista!

Parasta ja pahinta

Kysymykseen mikä erikoisalassa on parasta Aarre vastaa hetkeäkään empimättä: naiset tietenkin! Mutta naiset ovat samalla myös pahinta.

– Yksi nainen on hyvä, mutta naisjoukko on jo ongelman siemen, velmuilee Aarre.

– Haastavinta työssä on potilaan kohtaaminen: samantapainen ongelma merkitsee eri potilaalle ja eri elämäntilanteessa eri asioita. Potilaan kanssa pitäisi päästä samalle aaltopituudelle, osata kuunnella potilasta ja kertoa asioista hänelle ymmärrettävästi ja sitten osata tehdä ratkaisu potilaan parhaaksi ja saada potilas lähtemään tyytyväisenä vastaanotolta, vaikka ratkaisu poikkeaisikin siitä mitkä olivat potilaan alkuperäiset odotukset

– Raskaita ja samalla haasteellisia ovat päivystykset – synnytyksiä hoitavan lääkärin on tilanteesta riippuen osattava olla sekä kärsivällinen että ripeä – kaikkeen tosin sopeutuu.

– Kuusamossa olin viisi vuotta paikkakunnan ainoa gynekologi, joka soitettiin töihin aina kun kiinni saatiin eikä se silloin niin kamalalta tuntunut.

Väitöskirjatutkimus ja perinatologian suppea

– Näin Lääkärilehdessä nimimerkki Octopuksen jutun käpylisäkkeen toiminnasta. Käpylisäkkeen hormonin, melatoniinin, erityksessä on voimakas vuorokausivaihtelu, johon ympäristön valoisuus vaikuttaa. Melatoniini on osa biologista ajastinta, joka auttaa eläimiä ja ihmisiä sopeutumaan vaihteleviin olosuhteisiin. Olen aina ollut kiinnostunut luonnon ja ihmisen välisestä vuorovaikutuksesta – niinpä tämä tutkimusaihe kolahti. Surkeasti epäonnistuneen omatoimisen kanien immunisaatioyrityksen jäljiltä Oulun yliopiston fysiologian laitoksella tiedettiin kiinnostukseni aihepiiriin. Kun

Kemian töitä Posion keskikoulussa

Kiireistä kesän viettoa Posiolla

Pojat poseeraa

toimiva melatoniini-RIA oli pystyssä, fysiologian laitokselta oltiin yhteydessä ja niin tehtiin tutkimussuunnitelma ja siirryin takaisin Ouluun. ”Harrastelijatutkijalle” ei toki maksettu mitään ja niinpä leipätöikseni aloin hoitaa naistenklinikan perinatologin viransijaisuutta, jossa ikään kuin sivutuotteena kertyi suppean erikoisalan koulutus.

Huolimatta perinatologian osaamisestaan Aarre on nykyisin keskittynyt pääasiassa gynekologiseen kirurgiaan. Viime vuosina sekä potilaat että kollegat ovat saaneet erityisesti nauttia Aarren osaamisesta urogynekologian alalla. Vaikka Aarre kertookin ”harrastavansa” yksityisvastaanoton pitoa sekä Oulussa että kerran kuussa myös Kuusamossa, hän kokee sairaalatyön varsinaiseksi työkseen.

Nykypäivän potilas

– Ovatko tämän päivän potilaat vaativampia kuin ennen? Ainakin he tietävät enemmän ja ovat kiinnostuneita omista asioistaan – eikä siitä ole mitään pahaa sanottavana. Joskus tosin joutuu innokkaimpia nettisurffareita toppuuttelemaan, jos sopivia tauteja alkaa olla liian paljon tai ehdotetut hoidot kovin eksoottisia tai koululääketieteelle tuntemattomia. Yleensä suomalainen potilas kunnioittaa lääkärin perusteltua mielipidettä ja yhteisymmärrys löytyy ja jos ei löydy, niin sekin täytyy hyväksyä ja yrittää auttaa potilasta parhaan kykynsä mukaan ja antaa potilaan pitää mielestäsi oudot päähänpinttymänsä.

Onko kehitys aina edistystä?

– Pitkän urani aikana obstetriikan puolella keskoshoidon kehittyminen on huikein edistysaskel. Tänä päivänä pärjäämme 25–26 -viikkoisten keskosten kanssa yhtä hyvin kuin 30 vuotta sitten 31–32 -viikkoisten kanssa. Moni asia on muuttunut; esimerkiksi sektiota ei enää pelätä samalla tavalla kuin ennen – joskus tuntuu, että siitä on tullut liiankin helppo ratkaisu eikä tiedosteta toistuviin sektioihin liittyviä uhkakuvia. Operatiivisella puolella suurin muutos on ollut laparoskooppisen kirurgian esiinmarssi 1990-luvun alussa ja hieman myöhemmin mini-invasiivisten inkontinenssileikkausten kehittäminen. Nämä molemmat ovat heijastuneet muutoksen kourissa painivaan laskeumakirurgiaan, jossa koko ajattelutapa on muuttumassa ja erilaisten keinomateriaalien käyttö jyrkässä nousussa. Lähivuodet tulevat näyttämään, minkä aseman verkkoleikkaukset saavat ja liittyykö niiden käyttöön yllättäviä myöhäisongelmia. Verkkoleikkauksiin liittyy mielestäni potilaan kannalta myös tiettyjä uhkakuvia, koska erilaisista materiaaleista tehtyjä verkkoja ja erilaisia teknisiä apuvälineitä on markkinoilla suuri joukko ja niitä käytetään ilman tutkittua tietoa tehosta ja turvallisuudesta. Parasta olisikin, jos näitä uusia innovaatioita otettaisiin käyttöön vain osana sellaista tutkimusasetelmaa, jossa tätä kaivattua tietoa saataisiin – olkoonkin, että aidosti sokkoutetun, randomoidun tutkimuksen tekeminen on operatiivisella puolella erittäin vaikeaa. Vähintäänkin operatiivisen yksikön tulisi jotenkin seurata uudella menetelmällä leikkaamiaan potilaita, jotta mahdolliset lyhyen aikavälin ongelmat paljastuisivat. Uusimmasta villityksestä leikkausrobotista minulla ei ole vielä perusteltua mielipidettä, mutta periaatteessa se voisi sopia tietyntyyppisiin täsmäleikkauksiin – eri asia milloin leikkauksesta mahdollisesti koituvat hyödyt pystytään vakuuttavasti perustelemaan kustannusten maksajalle.

Tutkimisesta

– Ei tutkimusta ole pakko tehdä, lääkärin työ on arvokasta ja arvostettavaa muutenkin. Tutkimuksen tekoon tarvitaan omaa halua ja innostusta. Erityisesti kunnollisen kliinisen tutkimuksen tekeminen on vaikeaa, koska tutkijalla tulisi olla omakohtaista kokemusta käytetyistä menetelmistä ja otoskoko pitäisi saada riittävän suureksi, jotta tuloksista voitaisiin vetää luotettavia johtopäätöksiä hoitokäytäntöjen muuttamiseksi. Jotta riittävä määrä potilaita saataisiin rekrytoitua kohtuullisessa ajassa Suomen oloissa, monikeskustutkimus on usein ainoa järkevä ratkaisu. Samalla saa arvokkaita vinkkejä tutkimusryhmän muilta jäseniltä ja tutkimuspalavereissa voi olla suorastaan hauskaa! Tutkimuksen ei suinkaan aina tarvitse johtaa mihinkään väitöskirjaan, vaan potilastyössä havaittu kliininen ongelma ja siihen haettava ratkaisu ovat riittäviä syitä tehdä tutkimus. Tutkimuksen teosta on potilastyötäkin ajatellen se hyöty, että tänä tietotulvan aikana oppii kriittisesti lukemaan ja arvioimaan toisten tekemiä tutkimuksia.

Vastapainoa työlle

– Luonto- ja liikuntaharrastukset ovat olleet minulle aina tärkeitä eri muodoissaan ja niitä on laveasti esitelty Syklin numerossa 1/2009. Rentoudun myös lueskelemalla. Sen sijaan musiikki ei ole avautunut samalla tavalla – en osaa soittaa mitään instrumenttia ja julkisesti ei ole tarvinnut laulaakaan toisen kouluvuoden jälkeen, jolloin ▶

Kolme ukin pikku apulaista

opettaja totesi, että kiitos, sinun kykysi tunnetaan! Kuuntelen kyllä mielelläni erilaista musiikkia ”helposta” jatsista klassiseen – raskaan hevin kanssa en tosin ole päässyt oikein sinuksi. Tykkään myös olla omissa oloissani ja ajatella Pylkkäs-Konstan tavoin sinisiä ajatuksia ilman että yksinäisyys tai hiljaisuus ahdistaa.

Kirjallisuudesta

– Kaikki kirjallisuus scifiä ja kauhua lukuun ottamatta kelpaa! Tällä hetkellä yöpöydällä on norjalais-amerikkalaisen Siri Hustvedtin Amerikkalainen Elegia – joka ei tosin ole kovin sytyttänyt. Antti Tuurin pelkistetty, toteava kerronta ilman adjektiiveja viehättää. Jos Hakalan suvun vaiheet Pohjanmaalla tai Amerikassa eivät innosta, niin Tuuriin tutustuminen kannattaa aloittaa novelleista, joiden aihepiiri on laajempi ja kerrontakin monisyisempää. Tykkään myös Marquezista, jonka kolumbialainen sukukronikka Sadan vuoden yksinäisyys on tykkänään toisenlainen kuin Tuurin – henkeäsalpaavan värikylläistä kerrontaa ja monipolvisen, absurdin mutta toisaalta niin inhimillisen todenmakuisen tarinan juoksutusta. Jari Tervon teksti on tiiviydestään huolimatta verbaalista ilotulitusta ja juonen kehittely monitasoista – ja kiinnostusta lisäävästi ensimmäisten teosten inhimillisten reppanoiden edesottamukset on sijoitettu vielä omaan koulukaupunkiini! John Irwingin tuotannosta luin ensiksi omaa erikoisalaammekin sivuavan Oman elämänsä sankarin ja sitten Ystäväni Owen Meany osui vaiheeseen, jolloin ystäväpiiriimme kuului – kirjan päähenkilön tavoin – huomattavan lyhytkasvuiseksi jäänyt henkilö, jolloin kirjan tapahtumatkin puhuttelivat eri tavalla. Sen jälkeen on pitänyt lukea kaikki muukin Irwingin tuotanto, vaikka teksti onkin ajoittain laveaa ja leveää ja päätalomaisen pikkutarkkaa. Päätalon Iijoki -sarja sijoittuu omiin ”tekoselkosiini”, mutta lieneekö sitten olosuhteet ja tapahtumat liiankin tuttuja, koska en ole jaksanut sarjaa systemaattisesti lukea. Dekkareista olen aikoinaan kahlannut läpi kaikki Simenonin Maigret’it ja lähes kaikki Agatha Christiet ja lukenut myös jonkin verran ruotsalaisia dekkareita, mutta Ilkka Remestä lukuun ottamatta suomalaiset jännityskirjailijat ovat jääneet jotenkin vieraiksi. ■

Kirjallisuusvinkkejä Aarren tapaan

Koska kesäloma on aluillaan myös Syklin lukijoilla, Aarre tarjoaa lopuksi vinkkejä lomalukijalle:

Rosa Liksom – novelleja ja lyhyttä proosaa, jossa liikutaan luontevan oloisesti maailman metropoleista Lapin perukoille; lämmöllä ja ymmärtävästi kuvattuja rosoisia ihmiskohtaloita yllättävien ja osin shokeeraavien tapahtumien pyörteissä. Topi Mikkolan monologit Liksomin teksteistä ovat mainioita, ja niissä on minusta tavoitettu aidosti sama ymmärtäväinen ote kuin alkuteksteissä.

Daniel Katz – hirtehistä ja (itse)ironista huumoria, johon juutalaisuus antaa oman lisämausteensa. Kolahtaa minuun! ”Kun isoisä Suomeen hiihti” oli minusta aikanaan hauskin kirja minkä olin lukenut, eikä jatkokaan kalpene. Jos täyspitkä romaani hirvittää, Katzilla on myös mainioita novelleja.

Lauri Viita – Moreenia ”pakkoluettiin” ja analysoitiin jo kouluaikana, myöhemmin ovat suuremman vaikutuksen tehneet pienimuotoiset, aforismin omaiset, monen tasoista sanaleikkiä sisältävät nerouden ja hulluuden rajamailla olevat runot.

Aila Meriluoto – nuoruuden runot lyyrisen herkkiä, sittemmin rohkean raastavaa, avoimen seksuaalista kypsän naisen proosaa, johon yhteisillä vuosilla Lauri Viidan kanssa ollut varmaan osuutensa.

Joni Skiftesvik – ”Puhalluskukkapoika ja taivaankorjaaja” on järkyttävän kaunis kuvaus traagisista tapahtumista – teki aikoinaan lähtemättömän vaikutuksen. Myöhempi tuotanto ehkä hieman epätasaista, mutta joukossa toki monta todellista helmeä.

Orvokki Autio – Pohjanmaa -kuvauksineen voisi ristiä vaikka naispuoliseksi Antti Tuuriksi, mutta on monta vertaa hauskempi. Värikäs eteläpohjalainen murrehan joskus naurattaa sanoi mitä tahansa, mutta sanottavaakin Autiolla on – sekä pesäpallo -trilogiassa että Valokuvavarkaissa on puhuttelevia, voimakastahtoisia, itsetietoisia naisia, joiden elämä ei kuitenkaan aina mene suunnitelmien mukaan. Pesäpallotrilogiaa on KOM teatteri mainiosti tulkinnut myös näyttämöllä.

Veikko Huovinen – Havukka-ahoa ja Rauhanpiippua reposteltiin jo koulussa, mutta ei mies siitä pilalle mennyt – tuotanto on jatkunut kutkuttavan monimuotoisena ja -mielisenä näihin saakka. Novelleista dramatisoidut television ”Lyhyet erikoiset” ovat edelleenkin helmiä lajissaan.

– Lopuksi voisin oikeastaan suositella kahta kirjaa, jotka eivät ole varsinaisia romaaneja mutta ehdottomasti tutustumisen arvoisia:

Alexander von Schönburg: ”Tyylikkään köyhäilyn taito”. Näinä ankeina aikoina on hyvä tietää, miten voi säilyttää kasvonsa vaikka taloudellisesti menisikin huonosti – kuten nimestä voi päätellä, tekijä on aatelinen ja hänellä on köyhäilystä kokemusta jo monen sukupolven ajalta.

Bill Bryson: ”Lyhyt historia lähes kaikesta”. Nimensä mukaisesti kirja kertoo kansantajuisesti ja mukaansa tempaavasti jokseenkin kaikesta maan ja taivaan väliltä ja vielä paljon kauempaakin. Kirjassa on sen verran sivuja, että sitä voisi suositella vaikka aurinkoloman matkalukemiseksi. ■

Ilmo/Algol Pharma

LS- ja VIN-muutokset

■ LT MERJA YLISKOSKI, Keski-Suomen keskussairaala

Lichen sclerosus (LS) on krooninen inflammatorinen dermatoosi, joka on yleisempi naisilla kuin miehillä. Sitä on kaikissa ikäryhmissä, eniten kuitenkin postmenopausaalisilla naisilla. Noin 7–15 % kaikista tapauksista on juveniilia muotoa, joka voi parantua itsestään puberteetin aikana. Retrospektiivisten tutkimusten perusteella on arvioitu LS:n syöpäriskiksi 4,5–6 %. Vulvan levyepiteelikarsinoomapotilailla noin 60 %:lla löytyy LS-muutoksia. Osa heistä on sairastanut ainakin 10 vuotta oireista valkojäkälää, mutta osalla LS on ollut täysin oireeton. Syöpäriskiä lisäävät hyperkeratoosi/hypertrofia ja huonosti toteutunut paikallishoito. Extragenitaaliseen valkojäkälään ei ole todettu liittyvän syöpäriskiä.

LS:n tavallisin oire on kutina, joka pahenee öisin. Oireiden vaikeusaste ei korreloi muutoksen laajuuteen. Useimmiten diagnoosin pystyy tekemään kliinisen löydöksen perusteella, mutta se tulee varmistaa koepalalla. Erotusdiagnooseina tulevat kyseeseen psoriasis, vitiligo, punajäkälä ja VIN.

LS:n hoitona vahvat kortikosteroidit ja uudet ”muusit”

Vahvat kortikosteroidivoiteet ovat LS:n ensisijainen hoito. Niillä voidaan hallita oireet, mutta atrofia ja ihon värimuutokset säilyvät. Hoito-ohjeet vaihtelevat kirjallisuudessa. Yleensä aloitetaan päivittäisellä hoidolla 4 viikkoa ja sitten voi siirtyä ylläpitohoitoon 1–2 x/viikko. Oireiden pahentuessa voi olla paikallaan parin viikon päivittäinen hoito. Sekä testosteroni- että progesteronisalvoja on aikaisemmin käytetty, mutta kumpikaan niistä ei ole plaseboa tehokkaampi. Uudempia hoitovaihtoehtoja ovat takrolimuusi (Protopic) ja pimekrolimuusi (Elidel), jotka ovat vaihtoehtoja erityisesti silloin, kun kortikosteroidisalvat eivät tehoa.

Kortikosteroidisalvojen käytön perusteella on pyritty myös arvioimaan, kuka tarvitsee spesialistin seurantaa. Jos salvaa tarvitaan enemmän kuin 3 kertaa viikossa oireiden hillitsemiseksi tai salvaa kuluu enemmän kuin 30 g/6 kk, kyseessä olisi spesialistin seurattava potilas. Mutta mikä olisi sopiva seurantaväli?

Riittäisikö seuranta tai paikallishoito VIN-muutoksissa?

VIN (ulkosynnyttimien epiteelimuutokset) ovat lisääntyneet viime vuosikymmenien aikana ja samalla myös vulvan levyepiteelisyövät alle 50-vuotiailla naisilla. Kahdella kolmasosalla potilaista on ollut genitaalialueen dysplasia (CIN/VAIN) ennen VIN 3 -diagnoosia ja vajaalla puolella CIN 3/VAIN 3. VIN-muutokset voidaan jakaa kahteen päätyyppiin: HPV-tulehdukseen liittyvä VIN (undifferentiated = usual type VIN) ja erilaistunut VIN (differentiated VIN), joka ei liity HPV-tulehdukseen. Vulvakarsinoomista vain kolmannes liittyy HPV-tulehdukseen. Nuorilla naisilla VIN-muutokset ovat yleensä multifokaalisia, kun taas vanhemmilla unifokaalisia. Diagnoosi varmistetaan aina koepalalla. Lievissä muutoksissa (VIN 1) riittää seuranta ja VIN 2–3 hoidetaan kirurgisesti.

Huomioitavaa on, ettei tiedetä, estetäänkö VIN:n hoidolla vulvakarsinooman syntyä. Usein joudutaan laajoihin ekskiisioihin. Tämän vuoksi onkin pohdittu, voitaisiinko VIN-muutoksia seurata hoidon sijasta. Paikallisella imikimodi-hoidolla (Aldara) on saatu lupaavia tuloksia. ■

KIRJALLISUUTTA:
www.duodecim.fi/käypähoito: Kohdunkaulan, emättimen ja ulkosynnytinten solumuutokset – diagnostiikka, hoito ja seuranta
Clin Obstet Gynecol 2005;147(4):751-861
JW Jones ym. Guidelines for the follow-up of women with vulvar lichen sclerosus in specialist clinics. Am J Obstet Gynecol 2008;198:496.e1-496.e.3

Vulvan seudun muut malignoomat

■ LT, osastonlääkäri MAARIT VUENTO, TAYS Naistenklinikka

Vulvan malignoomista 90 % on levyepiteelikarsinoomia ja loput 10 % koostuu hyvin erilaisista, luonteeltaan vaihtelevanlaatuisista pahanlaatuisista kasvaimista. Melanooma on levyepiteelikarsinooman jälkeen toiseksi yleisin vulvan malignooma. Vulva käsittää 1–2 % vartalon pinta-alasta, kuitenkin melanoomista 3–7 % on vulvan alueella. Se on yleisin kaukaasialaisella rodulla. Potilaiden keski-ikä on uusimpien tutkimusten mukaan 54 v (20–91 v). Vulvamelanooman oireita ovat patti (39 %), kipu (30 %), verinen vuoto (24 %) ja kutina (20 %). Haavauma vulvan alueella tai muutos ulkosynnytinten luomessa voi viitata melanoomaan.

Diagnoosi tehdään ottamalla stanssilla riittävän syvä biopsia, tai jos muutos on pieni, se poistetaan ekskiisiolla kokonaisuudessaan riittävän syvältä. Vulvamelanoomat yleisyysjärjestyksessä ovat mucosal lentiginous melanoma (MLM) (57 %), nodular melanoma (NM) ja superficial spreading me-

lanoma (SSM). Ihomelanoomien yleisyysjärjestys on päinvastainen. Vulvan levyepiteelikarsinooman levinneisyysluokituksessa käytettävä FIGO:n luokitus ei sovellu vulvamelanoomaan. Sen levinneisyys määritetään mm. kliinisen luokituksen (stage I-III), ihomelanoomien yhteydessä käytettävien, invaasiosyvyyteen perustuvien Breslow´n, Clarkin ja Chungin luokitusten avulla.

Vulvamelanoomaan resektio ja inguinaalinen lymfadenectomia

Vulvamelanooman tärkeimpiä ennustetekijöitä ovat kasvaimen paksuus, ulseraatio, makroskooppinen amelanoosi, mitoosien määrä ja potilaan ikä. Keskiviivan tuumori, lymfovaskulaari-invaasio ja DNA-aneuploidia ovat imusolmukemetastaasien riskitekijöitä. Radikaali vulvectomia ja inguinaalinen lymfadenectomia oli vakiintunut vulvamelanooman hoito 1980-luvulle asti. Sen jälkeen tähän leikkaukseen liittyvän huomattavan morbiditeetin vuoksi on siirrytty konservatiivisempaan kirurgiaan, etenkin kun on todettu, että radikaali vulvectomia ei paranna potilaan elossaoloennustetta. Tällä hetkellä suosituksena on tehdä vulvaresektio niin, että tervekudosmarginaali on vähintään 2 cm sekä inguinaalinen lymfadenectomia. Imusolmukkeiden poiston merkitys on lähinnä prognostinen. On esitetty, että < 1 mm:n paksuisissa vulvamelanoomissa lymfadenectomiasta voitaisiin luopua. Ns. vartijaimusolmuketutkimuksen käyttöä vulvamelanoomien (1–4 mm) yhteydessä tutkitaan. Imusolmukkeisiin levinneiden vulvamelanoomien liitännäishoitoina on käytetty sädehoitoa ja/tai korkea-annoksista interferonihoitoa ihomelanoomien hoitolinjoja soveltaen.

Verrukoottinen karsinooma on levyepiteelisyövän variantti. Tyypillistä on paikallinen invasointi ilman imusolmuke- tai kaukometastaaseja. Ulkonäöltään se muistuttaa jättikondyloomaa. Potilaat ovat postmenopausaalisia, ja HPV todettavissa 25 %:ssa. Kasvain poistetaan kirurgisesti riittävin

tervekudosmarginaalein. Lymfadenectomia ei ole indisoitu. Mikäli poistomarginaalit eivät ole puhtaat, voidaan harkita sädehoitoa. Sädehoidon jälkeen voi hoidetulle alueelle kuitenkin kehittyä aggressiivinen levyepiteelikarsinooma.

Varo postmenopausaalisen naisen Bartholinin rauhasen pattia

Basalioomat vulvan alueella ovat yleensä pieniä, 1–2 cm. Potilaat ovat postmenopausaalisia. Muutoksen kirurginen poisto 1 cm:n tervekudosmarginaalein on riittävä, ja tauti uusii harvoin. Bartholinin rauhasen karsinooman oireena voi olla kivuton patti, poikkeava vuoto tai kutina, harvoin kipu. Keski-ikä on 60 v (33–93 v). Mikäli abscessin dreneerauksessa tulee nekroottista materiaalia, on muistettava karsinooman mahdollisuus. Postmenopausaalisella naisella Bartholinin rauhasen pattia on pidettävä karsinoomana, kunnes toisin on osoitettu, ja sitä hoidetaan kuten vulvakarsinoomaa.

Vulvan sarkoomat, adenosquamoosi- ja adenokarsinooma sekä Merckel -solukarsinooma (pienisolukarsinooma) ovat erittäin harvinaisia. Metastaaseja vulvaan voivat lähettää endometrium-, ovario-, cervix-, rinta- ja munuaissyöpä sekä lymfooma, ja hoito räätälöidään primaaritaudin mukaan. ■

Poliisiin rooli ja tehtävät tutkinnassa

■ Vanhempi rikoskonstaapeli MAIJA AUNIO, Helsinki

Poliisille ilmoitettujen seksuaalirikosten määrä on noussut vuosittain. Tällä hetkellä Helsingissä ilmoituksia tehdään 400–500, koko maassa yli 2000. Myös lapsiin kohdistuvien, poliisille ilmoitettujen seksuaalirikosten määrä on nousussa: Helsingissä ilmoituksia tehdään yli 200, koko maassa yli 1000. Rangaistussäännöksiä tarvitaan seksuaalisen itsemääräämisoikeuden suojelemiseksi. Henkilöllä on milloin tahansa oikeus kieltäytyä seksistä eikä sukupuolella, seksuaalisella suuntautumisella, avo- tai avioliitolla ole siinä merkitystä. Tämän lisäksi lailla suojataan lapsia.

Uhrin tekemä rikosilmoitus aloittaa esitutkinnan

Kun uhri eli asianomistaja, jonka oikeutta tai etua on loukattu, tekee poliisille rikosilmoituksen, aloittaa poliisi esitutkinnan rikoksen selvittämiseksi. Lääkärillä on oikeus todistaa esitutkinnassa silloin, kun rikoksesta säädetty rangaistus on vähintään 6 vuotta vankeutta. Poliisin tiedustellessa uhrin asioita esim. raiskaukseen liittyen, oikeus on yksiselitteinen. Lääkärin oma-aloitteinen oikeus rikosilmoituksen tekemiseen huomatessaan potilaansa tulleen raiskatuksi on tulkinnanvarainen ja kaipaa selvennyksiä lainsäädäntöön. Lastensuojeluilmoituksen tekeminen taas on AINA velvollisuus.

Sukupuoliyhteydellä tarkoitetaan rikoslaissa sukupuolielimellä tapahtuvaa tai sukupuolielimeen kohdistuvaa tunkeutumista toisen kehoon. Seksuaalisella teolla tarkoitetaan tekoa, joka olennaisesti loukkaa toisen seksuaalista itsemääräämisoikeutta. Teon tavoitteena on seksuaalinen kiihotus tai tyydytys.

Raiskaus (1–6 v. vankeutta), törkeä raiskaus (2–10 v.), pakottaminen sukupuoliyhteyteen (3 v.) ja pakottaminen seksuaaliseen tekoon (sakko–3 v.) ovat rikoksia, joiden ”yhteinen nimittäjä” on väkivalta tai sillä uhkaaminen. Muita seksuaalirikoksia ovat seksuaalinen hyväksikäyttö (sakko–4 v.), lapsen seksuaalinen hyväksikäyttö (4 v, ei sakkoa) ja sen törkeä muoto(1–10 v.), seksuaalipalvelujen ostaminen nuorelta (sakko–1 v.) ja paritus (sakko–3 v.). Lapsen seksuaalisessa hyväksikäytössä suojaikä on 16 vuotta. Tarkoitus ei ole rajoittaa nuorten keskinäisiä su- ▶

kupuolisuhteita silloin, kun ne eivät sisällä toisen hyväksikäyttöä. Lapsen seksuaalista hyväksikäyttöä ei ole, jos osapuolten iässä tai henkisessä ja ruumiillisessa kypsyydessä ei ole suurta eroa. Laissa ei mainita, kuinka monen vuoden ikäeroa on pidettävä suurena eli on muistettava tapauskohtainen harkinta.

Uhrin tutkiminen osa rikostutkintaa

Poliisin tutkintalinjan kannalta on eroa sillä, milloin ilmoitus tapahtuneesta seksuaalirikoksesta tulee poliisin tietoon: onko kyseessä veres tapaus vai vuosia sitten tapahtunut teko. Vereksessä tapauksessa alkutoimet ovat kriittisimmät, jottei todistusaineisto tuhoudu. Kaikissa tapauksissa tärkeintä on kuitenkin uhrin puhutus: miten tapahtumat saivat alkunsa, miten tekijä piti uhriaan hallinnassaan, väkivallan määrä ja laatu, uhrin vastarinta, riisuminen, seksuaalinen toiminta, teon jälkeinen toiminta.

Uhri toimitetaan lääkäriin tutkimuksiin vain omalla suostumuksellaan ja poliisi päättää, mitä tutkimuksia tehdään ja millä laajuudella. Tyypillisiä vammoja muualla kuin sukuelimissä ovat sormien painalluksesta syntyvät pinnallisesti, huonosti erottuvat sormenpäänmuotoiset mustelmat reisissä, säärissä, ranteissa ja käsivarsissa (jalkoja vedetty väkisin erilleen tai ranteista pidetty kiinni). Mikäli tekijä on nuollut esim. uhrin rintoja ja kyseessä veres tapaus, on muistettava ottaa DNA-näyte myös rinnoista. Keskusrikospoliisi tutkii näytteet (esim. kynnenalusnäytteet, häpykarvojen kampausnäyte, kuitunäytteet): onko uhrin vaatteissa tai näytteissä epäillyn DNA:ta, kuituja, häpykarvoja, muita eritteitä ja päinvastoin.

Mikä voi auttaa estämään seksuaalisia väkivallantekoja? Vaaratilanteiden ennakointi, toimintamallien miettiminen ja itsestään sekä omasta terveydestä huolehtiminen. Mutta entä pieni lapsi? ■

Nuorten seksuaalinen kaltoinkohtelu

■ Projektikoordinaattori KIRSI PORRAS, Väestöliitto

Väestöliiton Seksuaaliterveysklinikalla on toiminut Raha-automaattiyhdistyksen rahoittama nuorten seksuaalisen kaltoinkohtelun kohtaamisprojekti (NUSKA) vuodesta 2006. Työntekijät tarjoavat keskusteluapua seksuaalista kaltoinkohtelua kokeneille nuorille ja heidän läheisilleen, järjestävät koulutusta ammattihenkilöstölle ja pitävät turvataitotunteja ja vanhempainiltoja seksuaalisen kaltoinkohtelun ennaltaehkäisemiseksi. Projektissa on kehitetty malli seksuaalisesti kaltoinkohdeltujen nuorten kohtaamiseksi ja tukemiseksi.

Lasten seksuaalista hyväksikäyttöä koskevien rikosilmoitusten määrä on kasvanut nopeasti 2000-luvulla. Vuonna 2008 rikosilmoituksia tehtiin 1321. Tämä on vajaa 300 ilmoitusta enemmän kuin vuonna 2007. Eräiden arvioiden mukaan seksuaalirikosten todellinen määrä on noin nelinkertainen rikosilmoituksiin kirjattuihin tekoihin verrattuna.

Kaltoinkohtelu yleistä ja vaiettua

Vuonna 2006 Väestöliiton nuorten seksuaaliterveystietotutkimukseen vastasi anonyymisti noin puolet Suomen kahdeksasluokkalaisista tytöistä ja pojista (33 819 henkilöä). Vastanneista pojista yksi viidesosa ja tytöistä yksi neljäsosa oli kokenut seksuaalista kaltoinkohtelua. Yhdyntään tai muuhun seksiin pakottamista ilmoitti kokeneensa 4,1 % pojista ja 2,3 % tytöistä (Kontula & Meriläinen 2007).

Seksuaalista hyväksikäyttöä lapsuudessaan kokeneille aikuisille suunnatussa kyselyssä (Laiho 2006) 62 % vastaajista (N=191) ei ollut lapsuusaikanaan kertonut hyväksikäytöstä kenellekään aikuiselle. NUSKAn tekemässä seksuaalista kaltoinkohtelua kokeneille 12–18-vuotiaille nuorille suunnatussa nettikyselyssä (v. 2008) ilmeni, että kyselyyn vastanneista (N=86) lähes 60 % ei ollut kertonut kokemastaan seksuaalisesta kaltoinkohtelusta yhdellekään aikuiselle. Ainoastaan 10 % vastaajista kertoi ammattilaisen kysyneen seksuaalisen kaltoinkohtelun mahdollisuudesta.

Uskalla kysyä!

Seksuaalisen kaltoinkohtelun esilletulo mahdollistuu sillä, että siitä uskalletaan kysyä nuorelta. Onko joku / kukaan koskettanut sinua mielestäsi väärin? Onko joku pakottanut / painostanut sinua koskettelemaan itseään? Onko joku painostanut / pakottanut saada koskettaa sinua eri puolille kehoa? Oletko joutunut tekemään jotain sellaista, mitä et olisi halunnut tehdä? Onko sinusta otettu intiimejä kuvia ja laitettu niitä internetiin?

Seksuaalisesti kaltoinkohdellun nuoren kohtaava työntekijä on suuren haasteen edessä. Mihin nuori ohjataan jatkohoitoon? Kenelle nuoren kokemasta seksuaalisesta väkivallasta tulisi kertoa? Onko nuorella riittävästi tukiverkostoa ympärillään? Pitääkö työntekijän tehdä lastensuojelu- ja/tai rikosilmoitus? Mikä on minun roolini tässä prosessissa?

Seksuaalinen väkivalta ja hyväksikäyttö vaikuttavat aina nuoren itsetuntoon ja minäkuvaan. Seksuaalista kaltoinkohtelua kokeneelle jää vääristynyt kuva rakkaudesta, seksistä ja välittämisestä, mikä käsittelemättömänä heijastuu tulevissakin ihmissuhteissa. Nuorille on vaikeaa selviytyä seksuaalisista loukkauksista, hyväksikäytöstä ja väkivallasta, koska ne koetaan nöyryyttävinä sekä syyllisyyttä ja häpeää aiheuttavina. Nuori kokee herkästi olevansa huono, pilalla, erilainen ja leimattu.

Nuorten parissa työskenteleville ammattilaisille suunnattu kirja ”Eikö se kuulu kenellekään? Rohkene kohdata seksuaalisesti kaltoinkohdeltu nuori” ilmestyy huhtikuussa 2009. Kirjaa voi tilata osoitteesta http://www.vaestoliitto.fi/julkaisut/nettikauppa/. ■

Mistä tunnistaa väkivallan, mitä voi vastaanotolla tehdä potilaan hyväksi?

■ Erikoislääkäri, pari- ja seksuaaliterapeutti PIRKKO BRUSILA, Väestöliitto

Väkivalta ja erityisesti seksuaalinen väkivalta on traumatisoivaa. Vanha sanonta ”keho muistaa” pitää todella paikkansa. Modernit neurofysiologiset tutkimukset ovat osoittaneet, että akuuteista traumoista jää aivoihin muistijälkiä, jotka ahdistaviksi koetuissa tai tapahtuneesta muistuttavissa tilanteissa voivat aktivoitua saaden aikaan voimakkaitakin psykofyysisiä reaktioita. Toistuvat traumakokemukset johtavat psyyken suojaamiseen pyrkivään dissosiaatioilmiöön, jossa ihmisellä ei olekaan selvää muistikuvaa tapahtuneesta eikä loogista yhteyttä esim. paniikkitunteiden ja tapahtuneen välillä. Traumatisoituneilla esiintyy paljon päänsärkyä, sydänoireita, masennusta ja ahdistusoireita. Ulkopuolisen näkökulmasta katsoen epätarkoituksenmukainen oirehdinta mm. kroonisina kipuina tai särkyinä voi olla viesti traumakokemuksista. Kivut voivat vaihtaa sijaintiaan ja niiden tutkiminen ja hoitaminen kuluttaa resursseja. Naisten lantionpohjan kroonisten kipujen taustalta löytyy usein seksuaalinen väkivalta. Näille naisille tehdäänkin muita enemmän kirurgisia lantion alueen toimenpiteitä niin diagnostisina kuin hoidollisinakin interventioina.

Huonosti tehty ensimmäinen gynekologinen tutkimus voi traumatisoida

Gynekologisessa tutkimuksessa potilaat kertovat kokevansa äärimmäistä avuttomuutta joutuessaan avaamaan intiimeimmät kehonsa osat vieraan ihmisen tarkasteltaviksi. Gynekologisen tutkimuksen kohtuuton pelko tai ylivoimaiset mittasuhteet saanut synnytyspelko voivat olla oire koetusta väkivallasta. Trauman seurauksena itsemääräämisoikeutensa rikkoutuneeksi tai menetetyksi kokenut uhri alisteisessa tilanteessa ahdistuu ja kokee, ettei voi hallita tilannetta, jolloin paniikkireaktiot käynnistyvät. Hämmästyttävän usein tapaa paniikinomaisesti pelkääviä potilaita, joille ensimmäinen, huonosti tehty gynekologinen tutkimus on ollut trauman aiheuttajana.

Lääkärille panikoiva potilas on aikaa ja kärsivällisyyttä vaativana haasteellinen. Potilasta ja hänen pelkojaan kunnioittava, rauhallinen ja ystävällinen kohtelu rakentaa itsemääräämisoikeuden tunnetta. Toimenpiteiden selkokielellä selittäminen ja erityisen vaikeissa tilanteissa potilaan ehdoilla eteneminen palauttaa itsemääräämisoikeuden ja tilanteen hallinnan tunteen. Selviytymisestä on aina annettava aiheellinen kiitos ja muistettava kertoa, kun väkivaltaisista kokemuksista huolimatta keho on terve. Traumakokemuksen epäilyn herätessä on siitä rauhallisesti ja painostamatta kysyttävä. Kieltävä vastaus ei välttämättä ole koko totuus, mutta potilaalle kysymyksen esittäminen kertoo, että kokemusten mahdollisuus on huomioitu.

Jos potilas kertoo joutuneensa seksuaalisen väkivallan uhriksi, ei hänen kokemuksiaan saa mitätöidä tai kiistää. Niistä ei saa myöskään syyllistää, sen uhri itse kuitenkin tekee. Levollinen läsnäolo, kuunteleminen, kertomiseen kannustaminen ilman painostusta ja kokemusten merkityksen ymmärtäminen tutkimus-/ hoitotilanteessa antaa potilaalle tunteen, että häntä on kunnioitettu. Terapeutti ei tarvitse olla eikä itse tehdä kaikkea. Inhimillinen kohtelu ja kuunteleminen on aina eheyttävää ja oman paikkakunnan ammattiauttajatahojen hyödyntäminen jatkohoidossa on osa potilaan hyvää hoitoa.

Tutustu RAP-kansioon!

RAP-kansio (www.vaestoliitto.fi, www.tukinainen.fi) on oiva ja jokaisen käytettävissä oleva, netistä saatava manuaali raiskaustilanteiden optimaaliseen hoitoon. Siihen ennakkoon perehtyminen tekee akuuttitilanteen sujuvaksi ja potilaalle turvalliseksi. Jokaisella paikkakunnalla tulee olla yhteistyöverkosto, jossa potilaan hoitopolku on ennakkoon suunniteltu ja jonka varassa potilasta saattaen vaihdetaan. Jatkohoitoon ohjaamista ei saa unohtaa, tilanteen salliessa aika on varattava valmiiksi. Yksityissektorillakin on oltava tieto verkostosta ja sen toimintaperiaatteista. ■

Miten seksuaalisen väkivallan uhria voidaan auttaa terapialla?

■ PsL, Psykoterapeutti VET PÄIVI AHO-MUSTONEN

Seksuaalinen väkivalta voi kohdistua kaiken ikäisiin ja kumpaa tahansa sukupuolta oleviin ihmisiin. Väkivallan tekijä voi olla vieras tai läheinen, oman perheen jäsen. Seksuaalinen hyväksikäyttö voi olla hienovaraista viettelyä tai väkivaltainen raiskaus. Seksuaalinen väkivalta on voinut tapahtua kauan sitten tai aivan äskettäin. Se on voinut jatkua vuosia tai tapahtua vain kerran.

Trauma aiheuttaa monenlaisia oireita

Seksuaalinen väkivalta on aina traumaattista. Trauma on eräänlainen haava. Trauma-sana tulee kreikan kielestä, missä se tarkoittaa ihon lävistämistä, ruumin rajojen rikkomista. Lääketieteessä se merkitsee vau- ▶

rioita kudoksessa. Myös ihmisen mieli voi haavoittua ulkoisten tapahtumien voimasta. Kun ihminen kokee jotain ylivoimaista ja sietämätöntä, hän pyrkii sulkemaan sen kokemustodellisuutensa ulkopuolelle. Tämän seurauksena voi olla lukuisia oireita kuten mieleen tunkeutuvat traumapalautumat affektien, aistimusten ja pakkotoimintojen muodossa, traumatilanteisiin ajautuminen ja hakeutuminen eli toistamispakko, traumasymbolien välttely, tunteiden kuolettaminen, yleinen estyneisyys, käsittämättömät kiihtymystilat, huomio- keskittymis- ja yllykehallintaongelmat, muistamattomuus, depressio, psykosomaattiset oireet jne. Seksuaalisen väkivallan uhrit kokevat usein voimakasta pelkoa, vihaa, syyllisyyttä ja inhoa. He myös kokevat tuskalliset tunteensa fyysisinä kipuina.

Trauma vaikuttaa mielen toimintaan niin, että ihmisen kyky muodostaa symboleja ja ajatella murtuu. Tällöin traumamuistolle on luonteenomaista pitkäkestoisuus, muuttumattomuus, todentuntuisuus sekä kontrolloimaton visuaalinen mieleenpalautuminen. Muistot ovat pitkälti aistipohjaisia ja liittyvät hajuun, väreihin, kosketukseen ja kehon asentoihin. Ne ovat voimakkaan ruumiillisia ja tunnevärittyneitä. Niille ei voi antaa merkityksiä vaan trauma ikään kuin tapahtuu uudestaan nykyhetkessä.

Terapeutti puhdistaa trauman

Seksuaalisen väkivallan traumaa voidaan hoitaa mm. kriisiterapialla, sosiaalisen tuen avulla sekä yksilö- ja ryhmäterapialla. Hoidon tavoite on, että traumaattisesta tapahtumasta tulisi osa uhrin, trauman kokeneen henkilön jokapäiväistä ajattelua ja toimintaa sen sijaan, että se jäisi pois lohkotuksi, kapseloiduksi, vältetyksi ja vieraaksi alueeksi mielessä niin että se on valmis rikkoutumaan uudelleen seuraavassa odottamattomassa ja pelottavassa tapahtumassa. Koska traumamuistot ovat sanattomia ja tulevat ilmi oireiden, merkkien ja käyttäytymisen kautta, terapeutti joutuu ensin työstämään potilaan konfliktit omassa mielessään. Potilas joutuu tavallaan kierrättämään ongelmansa terapeutin mielen kautta. Terapeutin mieli toimii kuin ongelmajätteen käsittely- ja kierrätyslaitos. Hän vastaanottaa potilaalle sietämättömät ”myrkylliset” sisällöt ja puhdistaa niistä liiat ahdistukset, ”myrkyllisyyden”, minkä jälkeen hän voi palauttaa ne siedettävämmässä muodossa potilaalle, joka voi samalla omaksua terapeutilta tämän sietämis- ja detoksifiointikyvyn.

Terapeuttisessa työssä on tärkeä ottaa huomioon ihminen kokonaisuutena. Tämän hetken trauma voi olla voimakkaasti yhteydessä aikaisemman elämän tapahtumiin. Läheisissä ihmissuhteissa persoonallisuudenkehittymisen varhaisvuosina ihmiselle kehittyy kyky pitää huolta itsestään ja suojella itseään, kuten häntä on suojeltu. Traumassa tämä huolenpito ja itsesuojelu menetetään. Hoidon tavoitteena on palauttaa tämä kyky. ■

KIRJALLISUUS:

Garland, Caroline, ed. (2002) Understanding trauma, A Psychoanalytical Approach.
Schulman, Gustav (2002) Sietämättömän kestämisestä eheytymiseen. Kirjassa: Trauman monet kasvot, Psyykkinen trauma sisäisenä kokemuksena.
Ylikomi, Riitta & Virta, Virve (2008) Raiskaustrauman hoito, Opas CPT-menetelmän käyttöön.

Miten laskeumapotilas pitäisi tutkia?

■ Erikoislääkäri KARI NIEMINEN, LT, TAYS, naistenklinikka

Laskeumapotilaan tutkimisen tavoitteena on selvittää, aiheuttaako synnytinelinlaskeuma potilaan oireet ja kartoittaa hoitovaihtoehdot. On arvioitu, että jopa 50 %:lla synnyttäneistä naisista on jonkin asteinen laskeuma, mutta vain 10–20 %:lla heistä on laskeumaoireita. Tyypillisiä laskeumaan liittyviä oireita ovat rakon tyhjentämisvaikeudet, suolen tyhjentämisvaikeudet (outlet-obstruktio), yhdyntävaikeudet, painontunne, pullistuman tunne ja limakalvojen hankautuminen.

Huolellinen kliininen tutkimus on perusta

Laskeumapotilasta tutkittaessa tarvitaan gynekologinen tutkimuspöytä, tutkimusvalo, spekula ja jonkinlainen mittatikku. Perinteisesti oppikirjoissa on suositeltu potilaan tutkimista sekä makuulla että seisten. Rutiininomainen seisoma-asennossa tutkiminen ei kuitenkaan ole tarpeellista muuten kuin silloin, jos tutkimustulos makuulla ei korreloi oireisiin tai potilaan omaan arvioon laskeuman asteesta.

Laskeuman koko ja aste tulee selvittää sekä levossa että ponnistuksessa (ns. Valsalvan koe), tarvittaessa voi tarttua emättimen pohjukkaan tai kohdun napukkaan instrumentilla ja tehostaa ponnistusta kevyellä vedolla. Referenssipisteenä käytetään hymenrengasta. Jos kohtu on poistettu, vaginan pohjukka kannattaa identifioida huolellisesti. Spekulatutkimuksen avulla voidaan vielä tarkentaa, onko kyseessä etu- vai takaosan laskeuma. Samalla tulee huolellisesti arvioida limakalvojen kunto, esim. atrofia, ulseraatiot jne. Rectovaginaalitutkimuksen avulla arvioidaan, onko rektovaginaaliseptumissa defektiä ja onko takaseinän laskeumassa mukana enterocele. Yskäisytesti kannattaa tehdä tutkimuksen yhteydessä. Jäännösvirtsan määrä kannattaa mitata joko katetroimalla tai ultraäänellä.

Luokitus helpottaa kuvaamista

Laskeuman kuvaamiseksi on esitetty useita eri luokitteluja. Yksinkertaista ja informatiivista on sanallisesti kuvata etu-, apikaali- ja takaosan laskeuman aste referenssipisteeseen nähden. Yleisesti Suomessa on käytetty luokittelua, jossa I asteen laskeuma pysyy emättimen sisällä, II aste tulee

hymenrenkaan tasolle, III aste emättimestä ulos ja IV aste on täydellinen kohdun tai emättimen laskeuma. International Continence Society suosittelee käytettäväksi ns. POP-Q luokitusta, jossa etu-, apikaali- ja takaosan laskeuman asteen lisäksi mitataan genitaalihiatuksen läpimitta, perineumin korkeus ja vaginan pituus. POP-Q luokitusta pidetään monimutkaisena eikä se sen vuoksi ole saavuttanut kovinkaan paljon suosiota käytännön työssä. Vaginan etuseinän laskeumaa (cystocele) arvioitaessa tulee pyrkiä erottamaan ns. mediaali- ja lateraalidefekti toisistaan, vaikka se kliinisessä tutkimuksessa onkin vaikeaa.

Kuvantamista tarvitaan harvoin

Radiologisia tutkimuksia laskeumapotilailla tarvitaan suhteellisen harvoin. Mikäli potilaalla on outlet-tyyppisen obstruktion oireita ja kliinisessä tutkimuksessa löydös on vähäinen, defekografia on hyödyllinen tutkimus. Mahdollisen rektocelen läpimitta voidaan mitata ja arvioida myös kuinka hyvin suoli tyhjenee. Samalla voidaan poissulkea intususkeptio. MRI on tarkka kuvantamismenetelmä, jonka merkitys kuitenkin esim. leikkaushoidon suunnittelussa on vähäinen. Ultraäänen käyttöä on viime vuosina tutkittu paljon, mutta myös sen merkitys käytännön työssä on vähäinen. Urodynaamisia mittauksia suositellaan pohjoisamerikkalaisessa kirjallisuudessa rutiinisti tehtäväksi kaikille laskeumapotilaille, joille suunnitellaan leikkaushoitoa. Sen hyödyllisyys sekä kirjallisuuden että käytännön kokemusten perusteella on kuitenkin hyvin vähäinen. ■

KIRJALLISUUTTA:
Nieminen K. Operative treatment of genital prolapse. Acta Universitatis Tamperensis 982. Tampere: Tampereen yliopisto, 2004.
Theofrastous JP and Swift SE. The clinical evaluation of pelvic floor dysfunction. Obstet Gynecol Clin North Am 1998;25: 783-804.

Laskeumien epidemiologiaa – kenelle tulee laskeuma?

■ Aarre Kivelä, LT, OYS, Naistenklinikka

Laskeumien syntyyn ja yleisyyteen vaikuttavien tekijöiden luotettava selvittäminen on vaikeata, koska siihen vaikuttavat mm laskeuman määrittely, miten laskeuman olemassaolo varmennetaan ja minkälainen on tutkittava väestöpohja. Väestötason tutkimuksissa oireisen laskeuman prevalenssi on 4–12 % mutta oireettoman huomattavasti suurempi. Elinaikaisen laskeumaleikkauksen riski on n. 10 %.

Ikä vaikuttaa luultua vähemmän

Vaikka laskeumat ovat tavallisempia iäkkäillä ihmisillä niin sekoittavien tekijöiden poistamisen jälkeen iän merkitys jää vähäiseksi. WHI -tutkimuksen osiossa 70–79 v naisen riski kohdunlaskeumaan oli 1,36, kystoseeleen 1,25 ja rektoseeleen 1,18 -kertainen verrattuna 50–59 v naisiin. Pitkittäistutkimuksissa on todettu, että etenkin lievemmät laskeumat saattavat myös pienentyä.

Ylipaino lisää riskiä

WHI -tutkimuksen osiossa obesiteetti (BMI>30) lisäsi rektoseelen (OR 1,75) ja kystoseelen (OR 1,57) riskiä hieman enemmän kuin kohdunlaskeuman riskiä (OR 1,40) verrattuna normaalipainoisiin naisiin. Obesiteetti lisää myös jo olemassa olevan laskeuman pahenemisen riskiä. Viiden vuoden seurannassa riski kasvoi kohdunlaskeumassa 69 %, kystoseelessä 48 % ja rektoseelessä 58 % normaalipainoisiin naisiin verrattuna. Ainakaan 10 % painon pudotus ei vielä vähentänyt laskeumia, joten muutokset näyttävät olevan pysyviä.

Rodun vaikutus epäselvä

Rodun vaikutuksista laskeumariskiin on ristiriitaisia tuloksia. Afrikkalaista alkuperää olevilla on todettu laskeumia vähemmän ja aasialaisilla ja espanjalaista alkuperää olevilla taas enemmän kuin valkoihoisilla mutta näissä tutkimuksissa on paljon sekoittavia tekijöitä.

Perimäkin vaikuttaa

Positiivisen sukuhistorian omaavilla todetaan laskeuma kaksi kertaa useammin kuin jos sukuhistoria on negatiivinen (53 vs 29 %). Perinnöllisten tekijöiden ajatellaan liittyvän sidekudoksen rakenteen ja toiminnan muutoksiin. Kollageenien ja muiden sidekudosproteiinien toimintaa, synteesiä ja hajoamista on innokkaasti tutkittu mutta yksiselitteisiä päätelmiä on edelleenkin vaikea tehdä.

Synnyttäminen selvin riskinlisääjä

Kiistattomin ja voimakkain laskeumien kehittymistä edesauttava tekijä on raskaus ja synnytys. Synnyttämättömiin naisiin verrattuna ensimmäisen raskauden jälkeinen riski kohdun laskeumaan on 2,13, kystoseeleen 1,91 ja rektoseeleen 2,22 -kertainen. Jokaisen seuraavan raskauden jälkeinen lisäriski on kohdun laskeuman suhteen 1,10 ja kysto- ja rektoseelen suhteen 1,21. Synnytystavan vaikutusta tutkittiin laajassa rekisteritutkimuksessa. Verrattuna pelkästään alakautta synnyttäneisiin oli keisarileikkauksella synnyttäneiden riski laskeuman kehittymiseen yli viisi kertaa vähäisempi (OR 0,18). Vaginaalisesti synnyttäneillä laskeuman riski nousi lineaarisesti pariteetin myötä ja oli neljännen synnytykseen jälkeen yli kaksinkertainen verrattuna ensimmäiseen synnytykseen. Alatiesynnytyksen jälkeisen laskeuman kehittymisen riskiä saattavat li- ▶

sätä instrumentaalinen synnytys, episiotomia, pitkittynyt ponnistusvaihe ja kookas lapsi.

Kohdunpoisto, kolposuspensio tai aiempi laskeumaleikkaus lisäävät riskiä

Kohdunpoiston jälkeen ilmaantuu leikkaushoitoa vaativa laskeuma 0,5–5,1 %:lle potilaista. Laajassa pitkittäistutkimuksessa laskeumaleikkaus tehtiin 3,2 %:lle, jos kohtu oli poistettu ja 2,0 %.lle, jos kohtu oli jäljellä (HR 1,7). Riski oli suurempi vaginaalisen hysterektomian jälkeen (HR 3,8). Myös kolposuspension jälkeen on raportoitu lisääntynyttä laskeumataipumusta; 8 vuoden seurannassa 38 %:lle kehittyi oireinen ja yhtä suurelle määrälle oireeton laskeuma. Prospektiivisessa kohorttitutkimuksessa aiempi laskeuma- tai inkontinenssileikkaus lisäsi leikkausta vaativan laskeuman riskiä lähes kaksinkertaiseksi (HR1,9).

Lantionpohjan kuormituksellakin merkitystä

Kroonisesti lantionpohjaa kuormittavat tai vatsaontelon painetta nostavat tekijät kuten astma, ummetus ja raskas nostelu voivat tutkimusten mukaan jossain määrin altistaa laskeuman syntymiselle. Ulostamisongelmat korreloivat heikosti anatomisiin muutoksiin, mutta nuorella iällä alkava ummetustaipumus lisää laskeuman kehittymisen vaaraa (48 vs 4 %). Tapaus-verrokki tutkimuksessa kotitöistä huolehtivilla naisilla oli 3,1 kertainen riski II-III asteen laskeuman kehittymiseen verrattuna johtavassa asemassa oleviin naisiin. Tanskalaisessa rekisteritutkimuksessa perushoitajien riski joutua laskeumaleikkaukseen oli 1,6 -kertainen verrattuna muuhun väestöön.

Lopuksi

Monien laskeuman syntyyn vaikuttavien tekijöiden osuus on kiistanalainen ja merkitykseltään marginaalinen, ja useimpiin näihin tekijöihin ei voida vaikuttaa. Raskaudet sinänsä ja etenkin alatiesynnytys ovat kiistattomia riskitekijöitä. Jos arvioidaan, että naisen elinaikainen riski joutua laskeuman tai inkontinenssin takia leikkaukseen on n. 10 % ja tämä haluttaisiin estää tekemällä elektiivinen keisarileikkaus, niin yhtä laskeumaleikkaukselta välttynyttä naista kohti pitäisi tehdä keisarileikkaus yhdeksälle naiselle, joille ei koskaan kehittyisi hoitoa vaativaa laskeumaa. Nämä naiset altistettaisiin välittömille keisarileikkauksen riskeille ja lisäksi tulevissa raskauksissa toistetun sektion tai sektion jälkeisen alatiesynnytysyrityksen riskeille. Näissä laskelmissa ei ole huomioitu muita laskeumien riskitekijöitä. ■

Vaginaaliset laskeumaverkot – kokeellista vai käypää hoitoa?

■ LL, osastonylilääkäri TAPIO VÄYRYNEN, Hyvinkään sairaala

Vaikka perinteisten laskeumaleikkausten tieteellinen näyttö on puutteellinen, on niistä kertynyt mittava käytännön kokemus. Merkittävimpänä ongelmana pidetään sidekudosten pettämisestä johtuvaa residiiviriskiä. Tämä on pyritty ratkaisemaan tukemalla lantionpohjaa keinomateriaalein, joista on hyviä kokemuksia tyrä- ja inkontinenssikirurgiassa. Alustavat kokemukset vaginaalisista laskeumaverkoista ovat lupaavia ja niiden käyttö on laajentunut voimakkaasti. Toistaiseksi kuitenkin kaikki merkittävät systemaattiset kirjallisuuskatsaukset päätyvät toteamukseen, että hoitomuoto on vielä kokeiluasteella ja laadukkaita kliinisiä tutkimuksia tarvitaan kipeästi.

Tällä hetkellä on kohtalainen näyttö siitä, että tyypin I verkkomateriaali toimii parhaiten, joskin materiaaleissa tapahtuu jatkuvaa kehitystä. Melko yksimielisiä ollaan myös siitä, että verkkoleikkausten anatominen leikkaustulos on parempi ja residiiviriski vähäisempi. Huomattavasti epäselvempää sen sijaan on, missä määrin tämä heijastuu potilaan kokemiin oireisiin ja elämänlaatuun, joiden parantaminen on hoidon ensisijainen tavoite. Komplikaatioiden osalta tiedetään, että verkkoleikkauksiin liittyy sekä yleisiä että spesifisiä komplikaatioita, joista osa on potentiaalisesti vakavia. Vakavat komplikaatiot ovat asiaan perehtyneiden leikkaajien käsissä onneksi harvinaisia ja niiden esiintyvyys on hyväksyttävällä tasolla edellyttäen, että toimenpiteidenhyödyllisyydestä saadaan riittävä näyttö. Vaginaalisten verkkoleikkausten pitkäaikaistuloksista tai kustannusvaikuttavuudesta ei kuitenkaan toistaiseksi ole käytettävissä luotettavaa tietoa. Toimenpiteen yksikköhintaa verkot joka tapauksessa nostavat.

Toistaiseksi kokeellinen hoitomuoto

On siis ilmeistä, että vaginaalinen laskeumaverkkokirurgia ei vielä ole saavuttanut käyvän hoidon asemaa, vaan se on katsottava kokeelliseksi hoitomuodoksi. Tiukan tulkinnan mukaan tätä hoitomuotoa tulisi tarjota vain laadukkaiden kliinisten tutkimusten puitteissa. Itsestään selvää on, että tämä ajatus on epärealistinen; myös tutkimuksissa mukana olevat klinikat käyttävät verkkoja muillekin kuin tutkimuksiin osallistuville potilaille. Tilanne herättää monia kysymyksiä, joista useimpien vastaus on (ellei juridisesti niin ainakin moraalisesti) toistaiseksi avoin: mitä vaatimuksia asetetaan laskeumaverkkotuotteiden markkinoinnille? Missä määrin jollakin tuotteella saatuja tutkimustuloksia voidaan yleistää koskemaan myös muita samantapaisia tuotteita? Kuka voi käyttää tätä hoitomuotoa (= millainen kokemus ja perehdytys on tarpeen)? Minkälainen potilasvalinta on hyväksyttävää? Mikä instanssi ottaa kantaa ja tekee päätöksiä näiden kysymysten osalta? Kuka päättää, mikä on käypää hoitoa? Kansainvälinen tiedeyhteisö

(eri kuppikuntien välisine näkemyseroineen)? Kansallinen asiantuntijaryhmä (SGY urogynekologisen pienryhmänsä kautta tai Käypä hoito -työryhmä)? Potilasvakuutuskeskus yksittäisen asiantuntijalääkärin lausunnon pohjalta?

Koska laskeumaverkkotuotteiden markkinointiin liittyy merkittävä taloudellinen intressi ja kilpailu ja koska tuotteiden markkinoinnin lupaprosessi on ainakin lääkkeisiin verrattuna huomattavasti yksinkertaisempi, uusia materiaaleja ja verkkotuotteita ilmestyy markkinoille jo ennen kuin aiemmista on vielä saatu kunnollista näyttöä. Leikkaaville lääkäreille tämä antaa mahdollisuuden päästä kokeilemaan useita eri tuotteita ja löytämään mielestään paras. On kuitenkin olemassa riski, että verkkoja otetaan (vaikkakin hyvässä uskossa) käyttöön liian kevein perustein ilman, että potilas ja sen myötä yhteiskunta millään lailla hyötyvät. Tämän välttämiseksi on ammattikuntamme osoitettava riittävää tervettä kriittisyyttä laskeumaverkkojen käytössä. Potilaille on aina annettava rehellinen informaatio verkkoleikkausten tämänhetkisestä tiedon tasosta ja tuloksia seurattava tarkasti. ■

Parantaako kohdunpoisto lantionpohjan toimintahäiriöitä?

■ Oyl Pauliina Aukee, Keski-Suomen keskussairaala

Lantionpohjan toimintahäiriöt ovat yleisiä keski-ikäisillä naisilla. Virtsankarkailua ja suolen tyhjenemisongelmia on joka kolmannella naisella. Ulosteen pidätyskyvyttömyyttä on noin kuudella prosentilla. Aikaisemmissa poikittaisissa väestötutkimuksissa on kohdunpoiston katsottu olevan riskitekijä useille lantionpohjan toimintahäiriöille. Myöhemmissä prospektiivisissa tutkimuksissa tämä syy-yhteys on kyseenalaistettu, koska lantionpohjan toimintahäiriöt ovat osoittautuneet yleisiksi jo ennen leikkausta.

Tutkimustulokset ristiriitaisia kohdunpoiston jälkeisissä oireissa

Väestötutkimuksessa kohdun poiston on katsottu altistavan virtsankarkailulle[1,2], mutta ruotsalaisessa prospektiivisessa tutkimuksessa ponnistusvirtsankarkailu väheni merkittävästi 3 vuoden seurannassa[3]. Keski-ikäisille naisille tehdyn väestötutkimuksen mukaan vaginaalinen tai laparoskooppinen kohdunpoisto on riskitekijä obstruktiiviselle ulostamisongelmalle[4]. Prospektiiviset tutkimukset eivät tätä syy-yhteyttä vahvista. Kolmen vuoden seurantatutkimuksessa ummetus säilyi 48 %:ssa ja vain kahdella prosentilla se tuli uutena oireena[5]. Ruotsalaisten kolmivuotisessa seurantatutkimuksessa anaali-inkontinenssin määrä lisääntyi sekä abdominaalisen että vaginaalisen kohdunpoiston jälkeen ja synnytyksessä sattunut sulkijalihasvaurio oli tälle merkittävä lisäriski[6]. Hollantilaiset selvittivät abdominaalisen ja vaginaalisen kohdunpoiston vaikutusta seksuaaliseen hyvinvointiin[7]. Ennen leikkausta ryhmät olivat samankaltaisia sukupuoliaktiviteetin, pariteetin, parisuhteen keston ja seksuaaliongelmien suhteen. Molemmissa ryhmissä tapahtui seksuaaliongelmien vähenemistä, eikä ryhmien välillä ollut eroja. De novo -oireita tuli 12,1 %:lle.

Supravaginaalisen ja abdominaalisen kohdunpoistoleikkauksen eroja on tutkittu monessa satunnaistetussa työssä. Menetelmillä ei ole eroja virtsankarkailun esiintymisen, orgasmin kokemisen, seksuaalisen aktiviteetin tai seksuaalielämän yleisen muutoksen suhteen. Kohdunpoistoleikkauksen jälkeiseen seksuaalielämän laatuun vaikuttavat merkittävästi sen laatu ennen leikkausta ja hyvä parisuhde. Gynekologisissa syöpäleikkauksissa lantion alueen laajempi avaus ja postoperatiivinen säde- tai sytostaattihoito voivat vaikuttaa lantionpohjan toimintaan.

Leikkaus vain valikoiduille potilaille

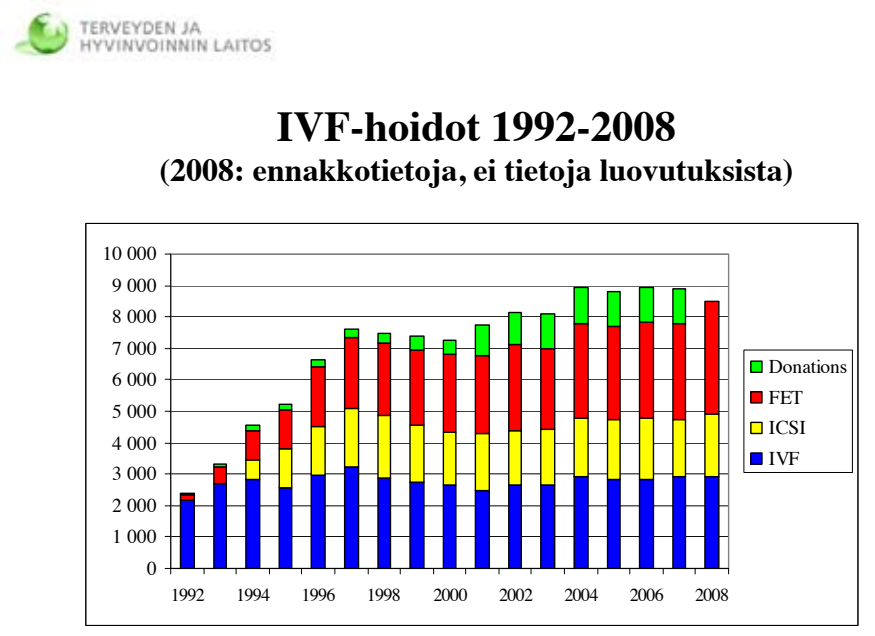
Omassa tutkimuksessamme (n=322) lantionpohjan toimintahäiriöt selvitettiin ennen ja jälkeen kohdunpoiston. Vuoden kuluttua virtsankarkailu, tiheävirtsaisuus ja ummetus olivat merkittävästi vähentyneet, mutta ei anaali-inkontinenssi. De novo -oireiden esiintyvyys oli 10–15 %. Kohdunpoisto on erinomainen leikkaus viallisen kohdun aiheuttamien vaivojen parantamiseksi, mutta se sisältää riskin altistua lantionpohjan toimintahäiriöille. Jos kohdussa tai emättimessä ei ole selkeää vikaa ja potilas oireilee, pitää epäillä toiminnallista syytä, joka tutkitaan ja hoidetaan konservatiivisesti ennen kuin muutetaan emättimen tai lantionpohjan anatomiaa. ■

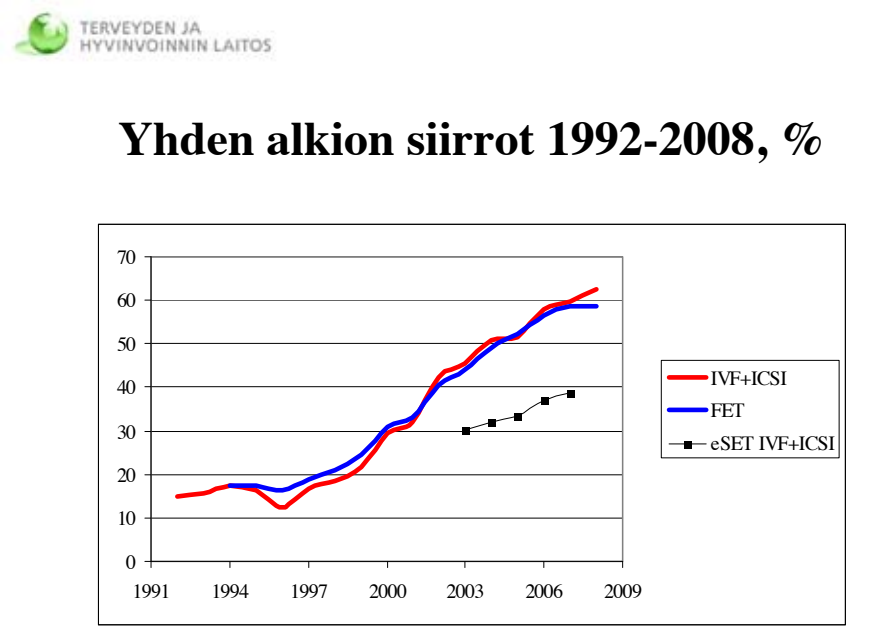
1. Brown JS, Sawaya G ym. Hysterectomy and urinary incontinence: a systematic review. Lancet 2000;356:535-9.
2. Altman D, Granath F ym. Hysterectomy and risk of stress-urinary-incontinence surgery: nationwide cohort study. Lancet 2007:370(9597):1494-1499
3. Gustafsson C, Ekström A. Urinary incontinence after hysterectomy: three-year observational study. Urology 2006;6884):769-74
4. Varma MG. Obstructive defecation in middle-aged women. Dig Dis Sci 2008: 53(10):2702-9
5. Roovers JP, van der Bom JG ym. Hysterectomy does not cause constipation. Dis Colon Rectum 2008;51(7):1068-72
6. Forsgren C, Zetterström J ym. Effects of hysterectomy on bowel function: A three-year,prospective cohort study. Dis Col Rect 2007;50:1139-1145
7. Roovers JP, van der Bom JG ym. Hysterectomy and sexual wellbeing: prospective observational study of vaginal hysterectomy, subtotal abdominal hysterectomy, and total abdominal hystrectomy. BMJ 2003;327:1-5

■ Teksti AILA TIITINEN

Suomen IVF-tilastot päiv

Suomen Fertiliteettiyhdistys (SFY) piti vuosikokouksensa huhtikuussa. Yhdistyksen (nimellä SILY, Suomen IVF-laboratorioyhdistys) ovat alun perin perustaneet IVF-biologit ja laboratoriohoitajat, mutta vuosi sitten yhdistyksen sääntöjä muutettiin. Yhdistyksen nimi muuttui, ja yhdistykseen voivat nykyisin liittyä kaikki lapsettomuuden tutkimuksen tai hoidon puitteissa työskentelevät.



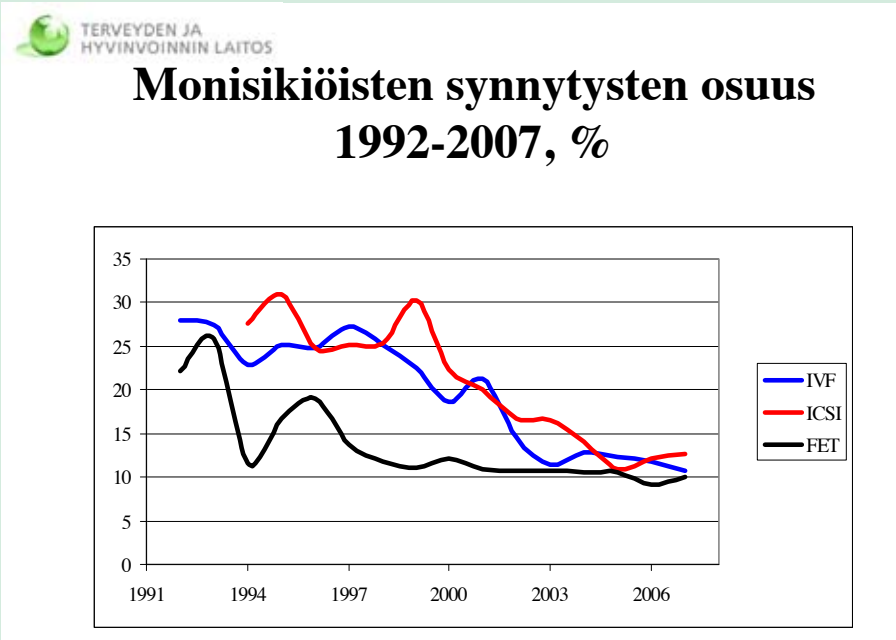


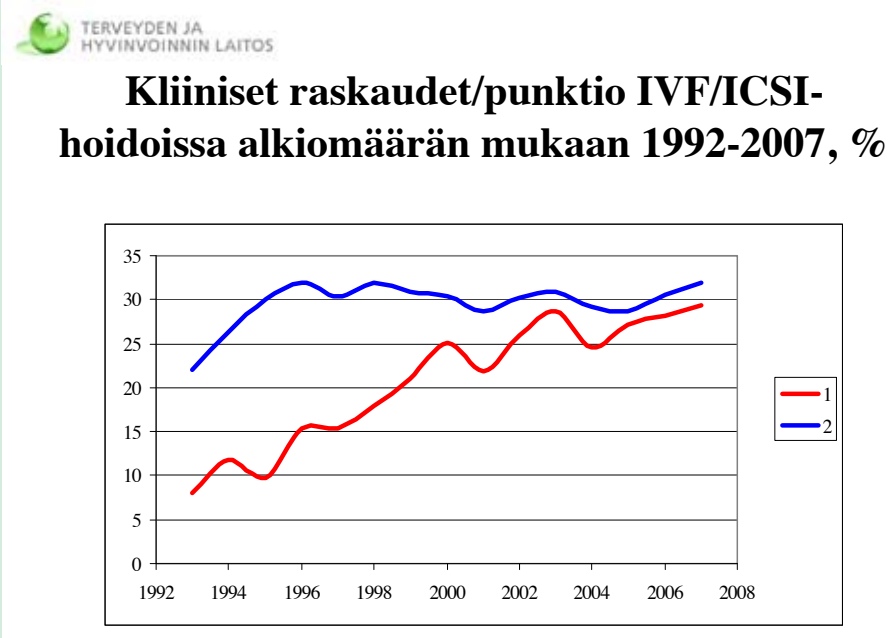
Yhdistyksen toiminta on vasta muotoutumassa, mutta tärkeä osa toimintaa on kerran vuodessa tapahtuva kahden päivän koulutus. Koulutuspäiville osallistui tänä vuonna lähes 200 lapsettomuuden ammattilaista, lääkäreitä, biologeja, laboratoriohoitajia, sairaanhoitajia ja psykologeja. Luennoilla käsiteltiin monia asioita alkaen lainsäädännöstä, KELA:n korvauskäytännöistä jatkuen embryologian ja andrologian uusimpiin tutkimustuloksiin. Yksi luento oli jo perinteinen, professori Mika Gisslerin esitys Suomen IVF-tuloksista.

Uusi laki näkyy jo tuloksissa

Vuoden 2007 hedelmöityshoitotilastoissa näkyy ensimmäistä kertaa 1.9.2007 voimaan tulleen hedelmöityshoitolain vaikutuksia. Näistä muutoksista tärkein liittyy sukusolujen lahjoitukseen. Lain mukaan luovutetuista sukusoluista syntyneellä henkilöllä on oikeus 18 vuotta täytettyään saada tietoonsa luovuttajan henkilöllisyys. Lakimuutoksen odotettiin ennakkoon vähentävän luovutettujen sukusolujen saatavuutta ja lisäävän ulkomaille suuntautuvaa hedelmöityshoitoturismia. Vuonna 2007 tehtiin 632 hoitoa luovutetuilla munasoluilla, mikä on 13,2 prosenttia vähemmän kuin vuonna 2006. Toisaalta luovutettujen siittiöiden käyttö kasvoi. Tämä saattaa johtua siitä, että luovutetuilla siittiöillä tehtiin vuoden 2007 alkupuoliskolla huomattavasti normaalia enemmän hoitoja lain voimaanastumista odotettaessa. Luovutettujen munasolujen saatavuuden vuoksi niillä tehtyjen hoitojen kohdalla tätä lisäämistä ei ollut mahdollista tehdä. Vuoden 2008 ennakkotietojen

itetty





mukaan luovutetulla siemennesteellä tehtyjen hoitojen määrä laski 21,5 prosenttia.

Alkionsiirtojen määrä kasvaa edelleen

Vuonna 2007 aloitettiin lähes 8 000 IVF- ja ICSI-hoitoa sekä niihin liittyvää pakastetun alkion siirtoa (FET). Vuoden 2008 ennakkotietojen mukaan näiden hoitojen määrä edelleenkin kasvoi (6,1 %). Lisääntymisen selittää pakastetun alkion siirtojen määrä. Se taas lisääntyy yhden alkion siirtojen osuuden kasvaessa. Vuoden 2007 tilastojen mukaan yhden alkion siirtoja IVF- ja ICSI-siirroista oli 58 %. Vuoden 2008 ennakkotietojen mukaan osuus kasvoi hiukan, 62 %. Vuonna 2007 ns. elektiivisiä yhden alkion siirtoja oli 39 % kaikista IVF- ja ICSI-siirroista. Näissä alkionsiirroissa siirtoon valitaan paras alkio ja muut pakastetaan. Klinikoiden välillä on suuria eroja yhden alkion siirron osuudessa kaikista siirroista.

Monisikiöisyys edelleen ongelma

Vuonna 2007 hedelmöityshoitojen tulokset paranivat hieman edelliseen vuoteen nähden. Elävän lapsen synnytykseen eteni 23,0 % IVF-siirroista, 24,7 % ICSI-siirroista ja 18,1 % pakastetun alkion siirroista.

Vuoden 2007 kaikista koeputkihedelmöityshoidoista syntyi 1 787 synnytyksessä 1 994 lasta. Tämä vastaa 3,1 prosenttia kaikista synnytyksistä ja 3,4 prosenttia kaikista syntyneistä lapsista. Osuudet pysyivät edellisvuoteen verrattuna samoina. Monisikiöisten synnytysten osuus oli vuonna 2007 10,8 %, mikä on hieman vähemmän kuin vuonna 2006. THL:n syntymärekisterin mukaan kaikista vuoden 2007 synnytyksistä 1,5 prosenttia oli monisikiöisiä synnytyksiä (kolmossynnytyksiä oli 11 kappaletta), eli hedelmöityshoidoissa on yhä merkittävä monisikiöisyyden riski.

IVF-hoitoja on tilastoitu jo vuodesta 1992, mutta inseminaatioiden tietoja on saatu vasta pari vuotta. Vuonna 2007 tilastoitiin 3 782 inseminaatiota puolison siemennesteellä (82,1 %) ja 822 luovutetulla siemennesteellä (17,9 %). Kaikista hoitokerroista 599 (13,0 %) eteni raskauteen ja 430 (9,3 %) synnytykseen, jossa oli vähintään yksi elävänä syntynyt lapsi. ■

Tarkempia tietoja löytyy verkosta http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Lisaantyminen/hoidot/index.htm
(Sivut siirtyvät vuoden 2009 kuluessa osoitteeseen http://www.thl.fi).

■ Teksti ja kuvat ERVO VESTERINEN

Ars longa, vita brevis

Aarno Salosmaan kuvamaailmat

Vuonna 1969 taidemaalari Aarno Salosmaa (1941–2008) tuli taideyleisön tietoisuuteen voittamalla I palkinnon Montecatinin kansainvälisessä nykytaiteen biennaalissa Italiassa. Valmistuttuaan Suomen Taideakatemian koulusta 1965 Salosmaa oli nopeasti noussut nykytaiteilijoittemme eturiviin hienovaraisilla abstrakteilla sommitelmillaan. Vuosina 1996–97, toipuessani selkäleikkauksesta, teki taiteilija kotiimme seinämaalauksen.

Tämä työ, jonka monivaiheinen syntyprosessi eteni yhdessä toipumiseni kanssa, heijastaa samalla tekijänsä mielenmaiseman muutosta. Maalaus kuuluu Salosmaan viimeiseen maalaussarjaan ”Heijastumia”, jolloin hän oli jättämässä taakseen terveyttä heikentäneen boheemikauden. Heijastumien teokset peilaavatkin Aarno Salosmaan taakse jäävää taidemaalarikautta enteillen toisella tavalla rikasta, tekijänsä elämän loppuun asti kestänyttä videotaiteen ajanjaksoa, jonka yhteydessä taiteilija avoimesti puhui jatkoajasta.

Elämää Nallenpolulla ja sisäistynyttä neorealismia

Taidemaalari Aarno Salosmaa ja vaimonsa Maila Ponkkonen olivat 1960-luvun loppupuolella asettuneet Nallenpolun maineikkaaseen taiteilijataloon Espoon Tapiolaan. Aulis Blomstedtin suunnittelema Suomen Taiteilijaseuran ateljee oli 1970-luvun alussa käynyt perheelleni tutuksi. Tuolloin Maila Ponkkonen maalasi vaimoni Raijan muotokuvan, ja lapsemme leikkivät taiteilijapariskunnan tyttärien kanssa. Näihin aikoihin tutustuimme muihinkin Nallenpolun taiteilijoihin, muun muassa Kari ja Seija Juvaan. Näiden lähes neljänkymmenen vuoden aikana ovat Aarno Salosmaan abstraktit sommitelmat tulleet läheisiksi. Taideteoksiaan Salosmaa nimitti sommitelmiksi, maalauksiksi, reliefeiksi tahi veistoksiksi. Töiden muoto ja värien käsittely tuovat esille kultivoituneen taiteilijapersoonallisuuden, jonka juuret ovat urbaanissa maaperässä. Helsingissä 1941 syntynyt Salosmaa asui nuoruutensa tärkeimmät kasvun ajat Kruununhaassa. Suomen Taideakatemian koulussa hän opiskeli 1959–1965. Salosmaan varhaisimmat työt liittyvätkin selvästi kaupunkikulttuurin maisemaan. ”Kun on koko ikänsä asunut Helsingissä, ei ole paljon muuta nähnyt kuin kiviseiniä, numeroita, kirjaimia, raiteita. Tämä vaikuttaa myös maalauksiini. Ei kaupunkimiljöön tarvitse olla piirteiltään tai yksityiskohdiltaan kielteistä”, mainitsi hän haastattelijalle 1970.

Taitekohta toiselle taiteilijauralle

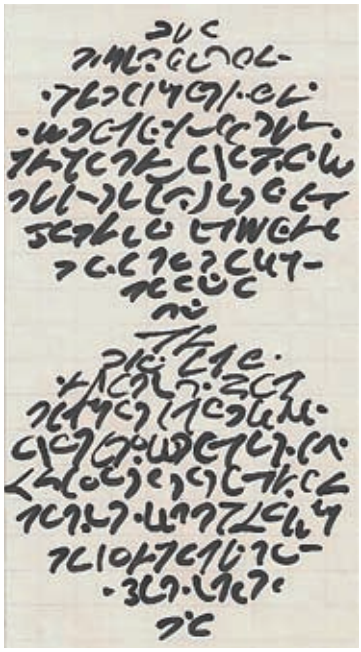
Kesällä 1996 Aarno Salosmaa vieraili kesämökillämme Tuuloksessa. Vieraamme oli lopen uupunut taidemaalari, jonka elinvoimat boheemi elämänperiodi oli loppuun kuluttanut. Muistan hyvin käyntimme Hämeen historiallisessa linnassa, jossa pienet rappusten askelmatkin ottivat kovasti voimille. Muutaman selvän päivän jälkeen sisäinen muutos kuitenkin tapahtui. Voimat palasivat, uudenlaisia virikkeitä löytyi ja maalaussarja ”Heijastumia” sai alkunsa. Ensimmäinen näistä on kotini seinämaalaus, helmikuussa 1997 valmistunut guassityö, jonka idea syntyi kirjakaupassa mutta jonka juuret ovat monissa taidemaalarin Egyptin matkojen kokemuksissa. Lopullinen idea syntyi, kun Salosmaa huomasi kirjakaupassa paperiliuskan, johon asiakkaat olivat testanneet huopakynien viivaa ja väriä. Syntyi visio graffitin tapaisesta teoksesta, jossa värikkäät koukerot ja pisteet leikittelisivät teoksen pinnalla nuottisymbolien tavoin. Luonnoslehtiötä, ruutupaperia, lyijykynää ja mittanauhaa käyttäen syntyivät esityöt ja lopulta guassimaalaus, jossa käsin tehdylle paperille maalatut kuvioinnit ja työtä peittävä pleksi välittävät hienostunutta vastajännitteistä ilmapiiriä. Seinämaalausta seurasi lisää vastaavia taideteoksia, ja lopulta syntyi 31 taulua käsittävä sarja, joka oli esillä helsinkiläisessä Galleria Brondassa maaliskuussa 1998. Arabian kielen professori Heikki Palva oli avajaisissa ja löysi lopulta, pitkän tutkinnan jälkeen merkin, joka tarkoittaa arabiaksi jotain tiettyä sanaa tai asiaa. Salosmaa kertoikin selanneensa työskennellessään koraania, joten arabialaisperäisistä vaikutteista oli todellakin kyse.

Aarno Salosmaa seinämaalausta suunnittelemassa marraskuussa 1996.

Joutsenten tanssi

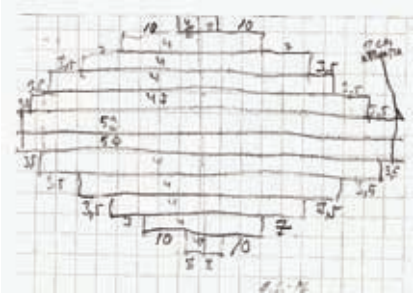
Aarno Salosmaa yllätti suomalaisen taidemaailman 1999 esittelemällä yksityisnäyttelyssään Galleria Kari Kenetissä ensimmäisen julkisen videoteok-

Guassimaalaus Heijastumia valmistui helmikuussa 1997.



Esityö.

Testausta huopakynillä.



Työn suunnittelu ja mittaus.

sensa Dance of the Swans. Visuaalisia virikkeitä alituisesti etsivälle taiteilijalle ei pelkkä tyylissä pysyminen ja uran hoito riittänyt, mainitsi kriitikko Otso Kantokorpi esitellessään Salosmaan videotaidetta EMMAssa 2007. Heijastumien tapaan ovat Salosmaan videot, joita hän ehti tehdä kaikkiaan yhdeksän, tavallaan maalauksellisia, sähköisen välineen esiin tuomia näkyjä, joita leimaa tarkka tekninen viimeistely ja dynaaminen äänimaailma. Kantokorpi on puhunut myös Salosmaan videoiden lumovoimasta, joka pitää katsojan herpaantumattomassa otteessaan. Salosmaan videoita on mm. EMMAn ja Kiasman kokoelmissa. MUU studiossa Helsingissä nähtiin hänen videoretrospektiivinsä syksyllä 2007. Puoli vuotta myöhemmin Aarno Salosmaa kuoli nopeasti edenneeseen sairauteen.

Lopuksi

Aarno Salosmaan elämän käännekohdasta seurasi muutos hänen taiteessaan, siveltimen välittämältä maalauksen pinnalta liikkuvien pintojen ja musiikin maailmaan. Maila Ponkkonen, taiteilijan nuoruuden puoliso ja lasten äiti kertoo, että maalauksia tehdessään Salosmaa tavan takaa ajautui kriiseihin. Videoiden tekemisestä hän kuitenkin näytti nauttivan. Koneet ja bittien maailma toivat uuden oppimisen ilon ja jännityksen elämään. Niin erilaisia kuin maalaukset ja videot toteutustavaltaan ovatkin, edustavat ne kuitenkin samoja maalauksellisia ulottuvuuksia. Salosmaan taide on syvästi ja pysyvästi vaikuttanut monien taiteita harrastavien taidekäsityksiin, niin minunkin. Aarno Salosmaan maalauksia ja videoita on ollut esillä lukuisissa yksityis- ja yhteisnäyttelyissä Suomessa ja ulkomailla. Hänen töitään on kaikissa merkittävissä suomalaisissa museokokoelmissa. Tilaustöitä ovat muun muassa Espoonlahden kirkon sekä Helsingin kauppakorkeakoulun kirjaston maalaukset. Salosmaalla oli useita luottamustoimia taiteilijajärjestöissä. Hän toimi myös Suomen Taideakatemian koulun sekä Taideteollisen korkeakoulun opettajana.

Vaikka lähes viikoittain tapahtuneet yhteydenpidot ovat nyt katkenneet, voin yhä edelleen mielessäni kuulla puhelimen pirahtavan ja pehmeän, matalasointuisen äänen aloittavan keskustelun tutulla tervehdyksellä ”Terve, täällä Aarno”, ikään kuin hippokraattista aforismia, elämän lyhyyttä ja taiteen tahi taidon kestävyyttä viestittäen. ■

KIRJALLISUUTTA

Ilvas, Juha. Kansallistaidetta. Suomalaista taidetta Kansallis-Osake Pankin kokoelmissa. WSOY. Porvoo 1989.
Kantokorpi, Otso. Aarno Salosmaa (1941–2008). Cartes Flux. Lead Story. Festival of New Media Art/Tapiola, Espoo 6. 5–18. 5. 2008.
Vesterinen, Niina. Aarno Salosmaa. Teossarja Heijastumia. Taidehistorian proseminaari. Turun yliopisto. 4. 4. 2001.

■ Teksti ja kuvat PEKKA VENESMAA

Pastaa, makkaroita ja mansikoita

Viime joulukuun lopulla televisiossa oli mainio matkailu- ja kokkausohjelma "Ruokamatka Välimerellä", jossa englantilainen kokki Rick Stein matkaili jeepillään useissa Välimeren maissa perehdyttäen katsojan upeisiin maisemiin ja ennen kaikkea näiden maiden ruokakulttuuriin.

Valitettavasti ohjelman liitteenä ei ollut reseptejä, mutta ne ovat kuulemma tulossa ohjelman uusinnan myötä. Ne olisivat ilmeisesti luettavissa ohjelman tuottajan www-sivuilta, mutta onnistuin kadottamaan tarkan osoitteen, joten oheisiin resepteihin olen käyttänyt apuna omaa kirjastoani.

Useissa kirjoissa on kehuttu munakoisopastan eli pasta alla Norman herkullisuutta, mutta aiemmalla parilla yrityksellä en saanut siihen mielestäni oikeaa tuntumaa. Vasta Rick Steinin vinkit tekivät siitä todella maistuvan. Olennainen ero on siinä, että Stein korosti pecorinon käyttöä, kun taas kokeilemissani resepteissä käytettiin parmiggianoa. Mutta nyt mielestäni pecorino on ainoa oikea valinta juustoksi tähän ruokaan. Tuoretta basilikaa pitää olla todella runsaasti. Aiemmin olen tyytynyt tuorepastan teossa vain tagliatellen tekemiseen, vaikka monasti on mielessä ollut raviolien tai vastaavien täytettyjen pastojen valmistaminen. Vain kerran erään Italian matkani yhteydessä olen saanut osallistua raviolien näpräämiseen, mutta kotioloissa se on jäänyt.

Niinpä oli pakko ryhdistäytyä, että olisin saanut tähän juttuun toisenkin pastaruoan, jota ei normaalisti ole ruokalistoilla ravintoloissa ja joka olisi myös kasvisyöjien mieleen. Italian matkoilla olen useita kertoja saanut kookkaita ravioleja ja miellyin niiden muotoon ja niinpä tein nämä omanikin tällaisiksi. Täytteen ainekset yhdistelin muutamista resepteistä ja samoin kastikkeen, mutta niitähän on helppo jokaisen säveltää mielensä mukaan. Puolen kilon purkeissa saatava tomaattipassata on mainio raaka-aine tomaattikastikkeille ja tuo pasta alla Norman tapaan valmistettu tomaattikastike sopii monille ravioleille varsinkin, jos niissä on jonkinlainen lihatäyte.

Raakamakkara-perunapaistos oli minusta Steinin TV-ohjelman huippuja yksinkertaisuudessaan ja helppoudessaan. Jo katsellessani kuvittelin millaisen makunautinnon Hakaniemen hallin Hakkaraisen karitsanmakkarat tämän ruoan valmistuksessa tuottavat.

Vuosi sitten vapun edellä Kauppatorille ilmaantui portugalialisia mansikoita, joiden maku oli lähellä omien kesäisten mansikoiden makua. Niiden inspiroima on oheinen jälkiruokakin. Pastojen kanssa voisi kokeilla kohtuuhintaista Tommasin Valpolicellaa. Makkarapaistos onnistui niin hyvin, että sen kanssa Zenato Ripassa Valpolicella Superiore saattaisi olla hyvä valinta.

Munakoisot paistinpannulla

Pasta alla Norma

(4 annosta)

300 g pennejä tai rigatoneja
400 g munakoisoa

Pasta alla Norma

oliiviöljyä munakoison paistamiseen
3–4 rkl vastaraastettua pecorinoa
runsaasti basilikan lehtiä
pieneksi silpuksi revittynä

Kastike

500 g tomaattipassataa tai tomaattimurskaa
1 valkosipulin kynsi
4 rkl oliiviöljyä
pieni pala peperonicoa
merisuolaa

Valmista ensiksi tomaattikastike. Kuumenna pari ruokalusikallista öljyä paistinpannulla ja paista valkosipulin kynsi tummaksi. Poista kynsi, ota pannu pois liedeltä ja anna öljyn jäähtyä hiukan, ettei se roiskuisi, kun lisäät tomaattipassatan pannuun. Lisää vielä pieni pala peperonicoa (tai kuivattua chiliä) kastikkeeseen. Mausta tomaattikastike kevyesti suolalla ja anna kypsyä miedolla lämmöllä ilman kantta 20–30 minuuttia. Sekoita välillä ja lisää tarvittaessa vettä, jos kastike kuivuu liikaa.

Leikkaa munakoisosta 3–4 cm:n mittaisia ja puolen sentin paksuisia tankoja ja paista ne oliiviöljyssä.

Keitä rigatonet runsaassa, kevyesti suolalla maustetussa vedessä. Valuta ne ja sekoita tomaattikastikkeen, munakoisoviipaleiden, juustoraasteen ja basilikan kera. Tarjoile välittömästi.

Pinaatilla ja tateilla täytetyt raviolit

(4 annosta)

Pastataikina

200 g durumvehnäjauhoja tai puolikarkeita vehnäjauhoja
2 kananmunaa

Ravioliannos

Täyte

250 g tuoretta pinaattia
200 g herkkutatteja tai tuoreita herkku- tai muita sieniä
1–2 salottisipulia hienoksi silputtuina
1 valkosipulin kynsi hienonnettuna
1 rkl oliiviöljyä paistamiseen
1 kananmuna
3 rkl raastettua pecorinoa
merisuolaa ja vastajauhettua mustapippuria
ripaus raastettua muskottia
½ tl tryffeliöljyä

Kastike

25 g suolatonta voita
1 rkl vehnäjauhoja
2–3 dl kermaa
½ dl kuivaa valkoviiniä
½ rkl konjakkia
merisuolaa ja vastajauhettua valkopippuria
ripaus raastettua muskottia
1 laakerinlehti
muutama iso basilikan lehti

Sekoita käsin jauhot ja kananmunat. Jos taikina on liian jauhoista, voit tarvittaessa lisätä tilkan vettä. Laita taiki- ▶

na tuorekelmuun tekeytymään reiluksi puoleksi tunniksi.

Ryöppää puhdistettuja pinaatinlehtiä pienessä vesimäärässä 1–2 minuuttia. Valuta vesi pois lävikössä ja huuhtele kylmällä vedellä. Puristele vesi pinaatista ja silppua se.

Kuumenna öljy paistinpannulla ja paista siinä silputut herkkutatit ja sipulit. Mausta suolalla ja mustapippurilla. Laita pinaatti ja sieniseos tehosekoittajaan tai käytä sauvasekoitinta ja jauha seos tasaiseksi tahnaksi. Lisää kananmuna ja raastettu pecorino. Sekoita huolellisesti. Mausta muskotilla ja tryffeliöljyllä. Tarkista suola ja mustapippuri.

Raviolien täyttämistä

Raviolit odottelevat jauhopedille pääsyä

Raviolit kuivahtamassa

Makkarapaistoksen raaka-aineet

Ota noin viidesosa pastataikinasta ja kaulitse se noin 1 mm:n vahvuiseksi levyksi tai tee levy pastakoneella. Pastakoneella saat reilun 10 cm:n levyisen levyn. Laita pinaatti-sienitahnaa noin teelusikallinen 5–6 cm:n välein pitkittäissuunnassa levyn keskiviivan toiselle puolella. Kostuta veteen kastetulla pensselillä tai sormella pinaattipuoliskon reunat ja pinaattinokareiden välit. Taita pinaatiton puoli kanneksi pinaattinokareiden päälle. Painele kansi kiinni nokareiden ympäriltä, tee hammastikulla reiät kanteen ja painele ilmakuplat pois. Leikkaa nyt taikinarullalla neliömäiset raviolit erilleen ja asettele ne hyvin jauhotetulle pellille.

Kastiketta varten sulata voi paksupohjaisessa kasarissa ja vispaa vehnäjauhot sekaan. Lisää kuumennettu kerma vähitellen koko ajan vispaten, tämän jälkeen valkoviini ja konjakki. Kiehauta, mausta suolalla ja valkopippurilla sekä muskottiraasteella. Lisää laakerinlehti ja basilikan lehdet. Hauduta 10–15 minuuttia. Poista laakerinlehti ja basilikan lehdet.

Raviolien keittäminen

Kiehauta laakeassa kattilassa runsaasti vettä. Mausta kevyesti suolalla ja laita raviolit kiehuvaan veteen. Keittoaika on noin 4–5 minuuttia, lasketaan siitä, kun vesi alkaa uudelleen kiehua. Nostele raviolit varovasti reikäkauhalla lämmitetylle lautaselle ja lisää kastike raviolien päälle. Ripottele pinnalle hivenen raastettua pecorinoa tai parmiggianoa. Tarjoa heti.

Makkara-perunapaistos

(4 annosta)

600–700 g raakamakkaroita (esim. mergues-lammasmakkaroita)
1–2 sipulia siivuttuina
2–3 valkosipulin kynttä ohuina siivuina

Makkarapaistos taginepadassa

10–12 kiinteää perunaa pilkottuina
oliiviöljyä
merisuolaa
mustapippuria myllystä
laakerinlehti
puolen sitruunan kuori
vettä
lehtipersiljaa

Tee raakamakkarasta 3–4 cm:n mittaisia pikkumakkaroita siten, että puristat 3–4 cm:n välein makkaraa ja kierrät makkaraa 1–2 kierrosta, jolloin saat kauniita pikkumakkaroita. Lämmitä paksupohjaisessa pannussa tai taginepadassa lusikallinen ruokaöljyä ja paista makkarat siinä kauniin ruskeiksi. Poista makkarat. Kuullota sipuli pannuun jääneessä rasvassa ja lisää valkosipulisiivut. Jatka kuullottamista pari minuuttia ja lisää perunat. Lisää 1–2 rkl öljyä ja kuullota pari minuuttia. Laita makkarat mukaan paistokseen ja lisää 1–2 dl vettä. Mausta suolalla ja mustapippurilla. Leikkaa pestystä sitruunasta kuorimaveitsellä ohuita kuorisuikaleita ja lisää ne sekä laakerinlehti pannuun. Sekoita ja anna hautua kannen alla, kunnes perunat ovat kypsät eli noin 20–25 minuuttia. Ennen tarjoilua koristele paistos persiljasilpulla.

Mansikkatorttu

(6–8 annosta)

Murotaikina
1½ dl mantelijauhoja
2 dl karkeita vehnäjauhoja
100 g suolatonta voita
1/4 dl sokeria
1 pieni kananmuna
Täyte
200 g tuorejuustoa (esim. Philadelphia tai Hovi)
½ appelsiinin raastettu kuori
2 rkl appelsiiniliköörіä tai -mehua
3–4 rkl tomusokeria
½ kg kypsiä, perattuja mansikoita

Sekoita jauhot kulhossa ja hiero kylmä voi puukauhalla jauhojen sekaan tasaiseksi murotaikinaksi. Lisää sokeri ja sekoita. Lopuksi lisää muna ja sekoita. Laita taikina piirakkavuokaan. Koska se on melko vetelää, niin sirottele pinnalle hiukan vehnäjauhoja ja taputtele se tasaiseksi vuokaan siten, että reunat tulevat parin cm:n korkuisiksi. Pane taikina jääkaappiin puoleksi tunniksi ja lämmitä uuni 200-asteiseksi.

Pistele taikinapohja haarukalla kauttaaltaan ja vuoraa se alumiinifoliolla, jonka täytät kuivatuilla pavuilla. Paista 15 minuuttia. Poista folio ja pavut ja paista vielä 10 minuuttia, kunnes pohja saa väriä. Anna jäähtyä.

Vatkaa sähkövatkaimella tai tehosekoittimessa huoneenlämmössä pehmennyt tuorejuusto, appelsiininkuori, likööri tai mehu ja maun mukaa tomusokeria. Levitä juustotäyte jäähtyneelle taikinapohjalle. Halkaise mansikat ja asettele ne juustotäytteen päälle. Siivilöi halutessa tomusokeria tortun pinnalle. ■

Pavuilla raskautettu kakkupohja odottelee uuniin menoa.

Mansikkatorttu

■ AILA TIITINEN

Slow life – olisiko syytä hidastaa?

Luin Kirjailijaliiton puheenjohtaja Tuula-Liina Variksen kolumnia ”Hidasta!” ja jäin mietiskelemään kirjoituksen viestiä. Hän kirjoittaa: ”Tulisipa trendikkääksi slow life eli koko elämäntyylin hidastaminen. Kaiken nimittäin ehtii, kun ei koskaan pidä kiirettä. Hidastaminen säästää monenlaiselta ahdistukselta, vaikka vauhtia ja tehokkuutta arvostavassa kulttuurissa taidetaan aina vain elää siinä uskossa, että nopeat syövät hitaat.”

Slow food, ruoan huolellinen valmistaminen perusraaka-aineista ja ruokailu ajan kanssa hyvässä seurassa lienee monelle tuttu. Liike laajenee, ja tutkailin, mitä aiheeseen liittyen netistä löytyy. Elämän hidastamiseen tähtäävä joukkoliike (slow movement) syntyi Roomassa järjestetystä protestista McDonaldsin ravintolaa vastaan. Protestin jälkimainingeissa syntyi Slow Food -yhdistys. Italialaisen Carlo Petrinin vuonna 1986 perustamaan Slow Food -yhdistykseen kuuluu nykyään yli 83 000 jäsentä 122 maassa. Järjestön pääpaikkana toimii lähellä Torinon kaupunkia sijaitseva Bra. Kansanliikkeen yksi keskeisistä päätavoitteista on paikallisten kulttuuriperinteiden säilyttäminen ja elävöittäminen. Äskettäin Madridissa lomailleena ja sen ravintoloiden tapas-valikoimaan perehtyneenä voin näitä ajatuksia lämpimästi kannattaa.

Nykyään slow -etuliite näkyy monessa paikassa: slow life, slow travel, slow shopping ja slow design. Voi vain pohtia, miksi nämä termit ovat mediaan ilmestyneet. Jatkuvan muutoksen ja kiireen keskellä moni kokee tarvitsevansa vastapainoksi aikaa ja rauhoittumista. Ajatus elämän hidastamisesta liittyy hyvinvoinnin parantamiseen. Suomessa on alettu käyttää kotoperäistä termiä leppoistaminen. Slow-filosofiaan liittyy keskeisesti ajan arvostaminen, ei täsmällisten aikataulujen laatiminen. Miten tätä voisi soveltaa työelämään?

Jotkut voisivat olla sitä mieltä, että elämän hidastamiseen liittyy kaiken uuden vastustus ja entisen kaipuu; kuvitelma siitä, että ennen oli kaikki paremmin. Joillekin voi ensimmäiseksi tulla mieleen palvelun tai toiminnan hitaus tai se, ettei alan kehityksessä tapahdu mitään. Näin ei kuitenkaan ole, päinvastoin pysähtyminen ja pohdiskelu voi tuottaa nerokkaan ajatuksen toiminnan kehittämisestä. Muistan eräällä kurssilla esimerkkinä kiireestä sanotun jotenkin näin: moni ihminen soutaa venettä niin kiivaasti ja viimeisillä voimillaan, että ei huomaa pysähtyä ja käynnistää veneen moottoria. Jos näin tekisi, pääsisi lopputulokseen mukavammin ja tehokkaammin. Näin on työelämässäkin. Yritämme epätoivoisesti tehdä asioita tavalla, jolla se on totuttu tekemään, tiukan aikataulun sanelemana. Pysähtyminen ja hetken miettiminen voi tuottaa helpomman tavan päästä tavoitteeseen. Toimimme alalla, joka varmasti on kaikkien mielestä kiireinen. Työtä on paljon, jatkuvasti pitäisi oppia uutta ja vastata niihin haasteisiin, joita toisaalta työnantaja, toisaalta potilas asettaa. Taloudellinen tilanne tuo mukanaan omat paineensa.

Luulen, että moni meistä ajattelee olevansa tehokas ja aikaansaapa, kun päivä venyy pitkäksi ja koko ajan on menossa. Itse ainakin tähän ajatukseen erehdyn. Mutta pian työ saattaakin tuntua uuvuttavalta, ja motivaatio alkaa kärsiä. Ehkä olisikin hyvä ottaa slow-filosofian oppeja käyttöön: pitää välillä luovia taukoja, lukea ja pohtia. Ei ole hedelmällistä ajatella, että ahkeroidaan nyt vaikka uupumiseen saakka – sitten viikonloppuna, lomalla, eläkkeellä ehtii nauttia elämästä.

Tätä lukiessanne on kesä alkanut, osalla jo lomatkin menossa. Toivottavasti ainakaan loma ei ole täynnä aikatauluja ja erilaista suorittamista. Luova laiskottelu lomalla on hyväksi. Ja leppoistamista voi jatkaa sitten töissäkin. ■

ilmo/Astellas Pharma

■ ANNIKA TULENHEIMO-SILFVAST

Gynaecologi Practicin kuulumisia

Gynaecologi Practicin vuosikokous pidettiin helmikuun lopussa. Kuten yhdistyksen puheenjohtaja Tarja Olkinuora helmikuun Syklissä kertoi, oli Tarja päättänyt luopua puheenjohtajuudestaan ja uuden puheenjohtajan oli aika astua saappaisiin. Kokous saikin sitten ehkä ennalta arvatusta hieman poikkeavan kulun, mutta uusi puheenjohtaja kuitenkin löytyi.

Myös yhdistyksen varainhoitaja vaihtui, edustus siirtyi Tampereelta Turkuun, kun Kristiina Liukko otti vastaan tämän luottamustehtävän hoitamisen. Muut hallituksen jäsenet jatkavat tuoden työskentelyyn toivottua jatkumoa, Hille Eroila loistavat web-sivut luoneena masterina, Leena Petas järjestelmällisenä sihteerinä ja Riitta-Liisa Heikkinen koulutusvastaavana. Virallinen hallituksen vaihto sujui varsin mukavissa merkeissä huhtikuussa.

Nyt kevään loppumetreillä syksyn koulutusten järjestäminen on kiivaimmillaan, Riitta-Liisa Heikkinen on toiminut tässä ahkerana koordinaattorina. Luvassa on monia mielenkiintoisia luentoja, ja olen jo etukäteen iloinen ja kiitollinen kollegoille, jotka ovat vastanneet luentopyyntöihin myönteisesti. Näin voimme edistää yhteistä etuamme, vahvistaa yhteistyötämme ja jakaa ja levittää meille kaikille niin tärkeää tietoa. ■

Kuvateksti

ilmo/Orion

Kohdunsuun kirurgiset hoidot ja ennenaikainen synnytys

Maija Jakobsson, Helsingin Yliopisto

Väitöstyössä selvitettiin kohdunkaulan esiastemuutosten kirurgisten hoitojen pitkäaikaisvaikutuksia ja erityisesti ennenaikaisen synnytyksen esiintyvyyttä kirurgisten hoitojen jälkeen käyttäen syntymä-, hoitoilmoitus- ja kuolinsyyrekistereiden sekä sairaskertomusten tietoja.

Tutkimuksessa oli mukana 25 827 naista, joille oli tehty kohdunsuun kirurgisia hoitoja. Vertailuaineistona oli samaan aikaan synnyttäneet naiset, joille näitä hoitoja ei ollut tehty.

Ennenaikaisten synnytysten osuus Suomessa oli vuosien 1987–2005 tutkimusjaksona 5,2 prosenttia kaikista synnytyksistä. Niiden määrä ei tuona aikana lisääntynyt, toisin kuin monissa muissa länsimaissa. Erittäin ennenaikaisten (ennen 28 raskausviikkoa) synnytysten määrä Suomessa jopa väheni. Tärkeimmät riskitekijät ennenaikaisuudelle olivat monisikiöisyys, synnytyksen käynnistäminen, ensisynnyttäjyys, keinohedelmöityshoito, äidin tupakointi ja äidin ikä.

Kohdunkaulan kirurgiset hoidot näyttivät lisäävän ennenaikaisen synnytyksen ja pienen syntymäpainon riskiä. Konisaatioryhmässä ennenaikaisen synnytyksen riski oli kaksinkertainen ja myös perinataalikuolleisuus oli lisääntynyt. Ennen loop-hoitoa ennenaikaisia synnytyksiä oli aineistossa 6,5 % ja hoidon jälkeen 12,0 %. Toistetun kohdunkaulan kirurgisen hoidon jälkeen ennenaikaisen synnytyksen riski oli jopa viisinkertainen.

Keinohedelmöityksellä aikaansaatujen synnytysten määrää kohdunsuun kirurgiset hoidot eivät lisänneet.

Kohdunkaulan kirurgisia hoitoja saaneiden naisten pitkäaikaiskuolleisuus oli 17 prosenttia väestön ikävakioituja kuolleisuuslukuja korkeampi, ja erityisen korkea kuolleisuus oli ennenaikaisesti synnyttäneillä naisilla. Muilla synnyttäneillä naisilla kuolleisuusluvut olivat muuta väestöä matalammat. ■

Vastaväittäjä Seppo Heinonen, väittelijä ja kustos Jorma Paavonen.

Apurahat

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

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

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

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

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

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

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

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

Erikoistuvien lääkäreiden matka-apurahat

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

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

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

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

Osoite: SGY:n sihteeri Kati Ojala, OYS/ Naistenklinikka, PL 24, 90029 OULU
s-posti: kati.ojala@oulu.fi

NFOG:ssa tapahtuu

NFOG:n hallituksen kokous oli Turussa 3.–4. huhtikuuta. Alla joitakin poimintoja kokouksessa käsitellyistä asioista, lisäksi kokousten pöytäkirjat ovat luettavissa NFOG:n kotisivuilla. Suomen edustajana hallituksessa on SGY:n puheenjohtaja Juha Tapanainen ja minulla on meneillään toinen kaksivuotiskausi puheenjohtajana.

"NFOG Educational Course 2009 on Vulvar Diseases" järjestetään Kööpenhaminassa lokakuussa. Ohjelma on monipuolinen ja varmasti hyödyllinen kaikenikäisille synnytys- ja naistentauti-lääkäreille. Kurssimaksu on edullinen, 1500 DKK ja kokous järjestetään lentokentältä kahden metropysäkin päässä olevassa Park Inn hotellissa. Aiheina on keskiviikkona erilaisia vulvan poikkeavuuksia, torstaina keskitytään vulvodyniaan. Ohjelma ja ilmoittautumisohjeet löytyvät NFOG:n kotisivuilta www.nfog.org.

NFGO:n Visitor Programin dead line on 1. marraskuuta. Ohjelmasta voi hakea apurahaa matka- ja majoituskulujen kattamiseen sekä Pohjoismaihin suuntautuvia klinikkavierailuja että tutkimusprojekteja varten. Visitor Program aloitettiin 2004 ja sen jälkeen useat SGY:n jäsenet ovat käyneet sen puitteissa tutustumassa jonkin klinikan toimintaan 1–2 viikon ajan: Annika Auranen, Eeva Ekholm, Antti Perheentupa, Tapio Väyrynen, Marjut Rintala, Kati Tihtonen, Merja Vainio, Marja Vääräsmäki, Sakari Hietanen, Maarit Vuento, Helena Laasonen ja Päivi Härkki. Vuodelle 2009 apurahan ovat saaneet Johanna Hynninen, Tommi Vimpeli, Maija Harrela, Kati Tihtonen ja Eeva Ekholm. Kysykää tietoja kokemuksista ja hakumenettelystä ja katsokaa ohjeet NFOG:n kotisivulta. Kannattaa hakea!

NFOG 2010 kokous on Kööpenhaminassa 16.–18. kesäkuuta 2010. Ohjelman valmistelu alkoi heti Reykjavikin kokouksen jälkeen ja on täydessä vauhdissa. Suomen edustajana tieteellisessä toimikunnassa on Oskari Heikinheimo, ja pyrkimyksenä on saada hyvä suomalaisedustus esitelmien pitäjiksi ja puheenjohtajiksi. Abstraktien dead line tulee olemaan 15.2.2010. Lähdetään taas joukolla mukaan kuten Reykjavikiinkin!

NFYOG (Nordic Federation of Young Obstetricians and Gynecologists) on NFOG:n alainen järjestö, jonka hallituksessa on kaksi erikoistuvien lääkäreiden edustajaa joka maasta. Puheenjohtaja on norjalainen Stig Hill ja Suomen edustajina ovat nykyisin Anniina Färkkilä Helsingistä ja Marianne Hallamaa Turusta. NFOG:n kotisivuilta löytyy NFYOG:n alta muun muassa lyhyet kuvaukset eri maiden erikoistumissysteemeistä. Kysykää lisää NFYOG:n toiminnasta Anniinalta ja Mariannelta.

Lopuksi muistuttaisin vielä NFOG:n väitöskirjarekisteristä. Väitöskirjan tiedot voi lähettää suoraan NFOG:n webmasterille Peter Secherille tai / ja Oskari Heikinheimolle. Ohjeet ovat NFOG:n kotisivuilla. Rekisteriin lähetetyistä väitöskirjoista valitaan esittäjät Väitöskirjasessioon NFOG 2010 kokoukseen.

Aurinkoisia kesäpäiviä!

SEIJA GRÉNMAN
Puheenjohtaja, NFOG
Naistenklinikka, TYKS

NFOG:n hallitus yhteiskuvassa.

Suomen Gynekologiyhdistyksen koulutuspäivät 12.–13.11.2009 Hotelli Caribia, Turku

Torstai 12.11.09

Presymposium: Jatkokoulutus
Pj. Prof Juha Mäkinen

9.00 Jatkokoulutuksen sisältö ja strategia
Prof. Jussi Mertsola, TYKS
9.30 Jatkokoulutuksen toteutuminen ja evaluointi
Prof. Juha Mäkinen, TYKS
10.00 Jatkokoulutus USA:ssa
Assoc. Prof. Kristiina Altman, Baltimore, USA
10.30 Jatkokoulutus erikoistuvan ja EGO:n näkökulmasta
LL Jatta Rautkorpi, TYKS

11.00 Lounas

12.00 Koulutuspäivien avaus
SGY:n pj, Prof. Juha Tapanainen, OYS

Teema: 40–50 -vuotias nainen
Pj. Prof Juha Tapanainen ja LT Tarja Olkinuora

12.05 Womens health at midlife, lessons learned from The Study of Womens Health Across the Nation
Prof. Nannette Santoro, Albert Einstein College, NY, USA
13.00 Ikääntyvä munasarja – mikä muuttuu?
LT Varpu Jokimaa, TYKS
13.30 Yli 40-vuotiaan naisen infertiliteetti
Dos Viveca Söderström-Anttila, Väestöliitto

14.00 Kahvitauko ja näyttely

14.45 Seth Wichmann luennoitsijan esittely
SGY:n pj Juha Tapanainen
14.50 Seth Wichmann luento

Teema: 40–50 -vuotias nainen jatkuu
Pj. Prof. Aila Tiitinen

15.15 Ikääntyvän naisen ehkäisy
LT Satu Suhonen, Helsinki
15.45 Yli 40-vuotiaan raskaus
LT Susanna Sainio, HYKS
16.20 Elämäntavat ja sairauksien ennaltaehkäisy keski-iässä
Prof. Riitta Luoto, UKK-instituutti

17.00 SGY:n vuosikokous

20.00 Iltajuhla Turun Linnassa

Perjantai 13.11.09

Teema: Hot Topics
Pj. Professori Juha Tapanainen

8.30 Hot topics
9.30 Tietoisku uusista tmp-koodeista
Dos. Pentti Kiilholma, TYKS

9.45 Kahvitauko

Teema: Potilastietojärjestelmien turvallisuus
Pj. LT Antti Valpas

10.15 Sähköisen potilastietojärjestelmän Visio 2007 kuinka se toteutui?
Ylil Jarmo Reponen, RAS
10.35 Tietosuoja sähköisissä järjestelmissä
Tietosuojavaltuutettu Reijo Aarnio, OM
11.00 Nykyiset sähköiset potilastietojärjestelmät
LT Pirkko Kortekangas, Medbit Oy
11.25 Sähköiset toiminnanohjausjärjestelmät – tulevaisuuttako vai utopiaa?
JYL Markku Härmä, E-KKS
11.50 Keskustelu

12.00 Lounas ja Pyöreän pöydän kokous (3 pöytää)

Teema: Obstetrinen pienryhmä: Diabetes ja raskaus
Pj. LT Marja Vääräsmäki

13.15 Tyyppi I ja II diabetes – eroaako raskauden ennuste?
LT Marja Vääräsmäki, OYS
13.45 Oraaliset diabeteslääkkeet ja uudet insuliinit raskauden aikana
Dos Tapani Rönnemaa, TYKS

14.30 Kahvitauko

15.00 Miksi sikiö kasvaa makrosomiseksi ja miten se pitäisi synnyttää?
Dos Vedran Stefanovic, HUS
15.30 Diabeteksen vaikutus lapsen pitkäaikaisennusteeseen
Dos Päivi Tapanainen, OYS

16.00 Päivien päätös, SGY:n pj

Syyskokous ja -koulutuspäivät Turussa 12.–13.11.2009

Kokouspaikkana toimii hotelli Caribia, missä pidetään päivien luennot, lääketieteellinen näyttely ja syyskokous. Iltajuhla pidetään juhlavissa puitteissa Turun linnan Kuninkaan salissa. Bayer-Schering Pharma järjestää keskiviikkona 11.11.2009 iltasymposiumin, johon jäsenet saavat erillisen kutsun ja ohjelmatiedot.

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

Ilmoittautumislomakkeessa on pakolliset osiot, jotka täyttämällä lomakkeen saa lähetetyksi suoraan Duodecimiin. Ilmoittautuminen on tehtävä 27.10.2009 mennessä. Ilmoittautumisia koskevat tiedustelut: koulutussihteeri Marketta Kaunisto, Duodecim, puh. (09) 6188 5305, marketta.kaunisto@duodecim.fi. Sähköposti on tärkeä ilmoittaa, koska halutessasi todistuksen osallistumisesta saat kokouksen jälkeen arviointilomakkeen sähköpostilla.

Osallistumismaksu: Maksu on maksettava 1.11.2009 mennessä. Erikoislääkärit 140 €/ yksi päivä ja 240 €/ kaksi päivää. Erikoistuvat 120 €/ yksi päivä ja 200 €/ 2 päivää. Maksut maksetaan SGY ry:n tilille 217238-2380. Eräpäivän jälkeen on maksettava 15 € kirjaamismaksu.

Iltajuhla pidetään Turun linnassa, jonne järjestetään edestakainen kuljetus hotelli Caribiasta. Avecin iltajuhlamaksu on 70 €. Majoituskapasiteettia on varattu SGY- kiintiössä hotelli Caribiasta. Huoneiden hinnat: 1-hengen huone 119 €/vrk, 2-hengen huone 129 €/vrk, Superior-huone 159 €/vrk ja Suite 229 €/vrk. Majoitus tulee varata suoraan hotelli Caribiasta. SGY kiintiö on varattuna 12.10.2009 saakka. Majoitusvarausten yhteystiedot: myynti.caribia@holidayclubhotels.fi, puh. 020 1234902

Suomen Gynekologiyhdistyksen koulutuspäivät 22.–23.4.2010 Biomedicum, Helsinki

Torstai 22.4.2010

9.00 Yksityisvastaanoton perustaminen
Gyn.Practici
10.00 Koulutuspäivien avaus SGY:n pj

Teema: Syöpä ja lisääntymisterveys
Pj: Aila Tiitinen ja Antti Perheentupa
10.10 Liittyykö lapsettomuuteen tai sen hoitoon lisääntynyt syöpäriski?
Dos Maritta Hippeläinen, KYS
10.50 Mitä yhteistä endometrioosilla ja syöpäriskillä?
Dos Oskari Heikinheimo, HUS
11.15 SGY tutkii 3 x 15 min
SGY:n vpj
12.00 Lounas

13.00 Munasarjakudoksen pakastus
Prof Claus Yding Andersen, Copenhagen
13.40 Muut keinot hedelmällisyyden säilyttämiseen
LT Helena Tinkanen, TAYS
14.30 Kahvitauko ja näyttely

Teema: Syöpä ja lisääntymisterveys jatkuu
Pj: Aila Tiitinen ja Antti Perheentupa
15.30 Gynekologisen syövän hoito, milloin voi säilyttää fertiliteetin?
LKT Päivi Pakarinen, HYKS
16.00 Kun syöpä todetaan raskausaikana
Dos Erja Halmesmäki, HYKS
16.30 Raskaus syövän jälkeen – miten seuranta?
Dos Ulla Ekblad, TYKS
17.00 SGY:n kevätkokous
SLL:n Suomen Gynekologit alaosaston vuosikokous
19.30 Iltajuhla Kalastajatorpalla

Perjantai 23.4.2010

Teema: Potilasturvallisuus
Pj: Antti Valpas
8.30 Mitä on potilasturvallisuus
Dos Hannu Halila, SLL
9.00 Suhtautuminen virheisiin – syyllisyydestä oppimiseen
Toiminnanjohtaja Heikki Pälve,
9.30 HaiPro – tietoa todellisuudesta
JYL Ermo Haavisto, KymSHP
10.00 Keskustelu
10.20 Kahvitauko ja näyttely

Teema: Miten Suomessa synnytetään? Osa 1: Sektiot
Pj: Veli-Matti Ulander ja Kati Ojala
11.00 Johdanto suomalaiseen synnytykseen
LT Veli-Matti Ulander, HUS
11.15 Miten sektioprosentti laskee?
LL Nanneli Pallasmaa, TYKS
11.45 Miten sektioprosentti nousee?
Dos Jukka Uotila, TAYS
12.15 Keskustelu
12.30 Lounas

Teema: Miten Suomessa synnytetään? Osa 2: Käynnistäminen
13.30 Onko käynnistyksistä hyötyä vai haittaa?
LL Kati Ojala, OYS
14.00 Käynnistysmenetelmän valinta
LL Päivi Kivelä, Vaasa
14.30 Keskustelu
15.00 Päivien päätös SGY:n pj

Gynekologisen Kirurgian Seuran koulutuspäivät Biomedicum, Helsinki 24–25.9.2009

Torstai 24.9.09

Endometrioosi

8.00 Ilmoittautuminen, näyttely ja kahvi

Pj. Eija Tomás

9.00 Avausanat, GKS:n puheenjohtaja Eija Tomás
9.05 Current knowledge of pathogenesis of endometriosis, Patrick Grothus Hollanti
9.50 Endometrioosin oireet ja diagnostiikka, Päivi Härkki HYKS
10.20 Endometrioosin lääkehoito, Antti Perheentupa TYKS
10.40 Endometrioosi ja lapsettomuus, Maritta Hippeläinen KYS
11.10 Lounas ja näyttely

12.30 Livekirurgiaa: Endometrioma, Michel Canis
Pj. Marjaleena Setälä
14.00 Kahvi ja näyttely

Pj. Päivi Härkki

14.30 Peritoneaalisen endometrioosin leikkaushoito, Jaana Fraser PKKS
14.50 Treatment of endometrioma, Michel Canis Ranska
15.35 Syvän endometrioosin leikkaushoito, Marjaleena Setälä TYKS
16.20 Harvinaisia endometrioosipotilastapauksia: Maksaendometrioosi, Ilmo Kellokumpu KSKS Iskiasendometrioosi ja katameniaalinen pneumothorax, Päivi Härkki HYKS
16.45 Vuosikokous
19.30 Iltajuhla

Perjantai 25.9.2009

Endometrioosikirurgia Suomessa

Pj. Jaana Fraser

8.30 Miten endometrioosia leikataan Suomessa, Anna-Mari Heikkinen KYS
8.50 Centralizing of endometriosis operations in Denmark, Jens Jorgen Kjer Tanska
9.20 Yleiskeskustelu
9.30 Livekirurgiaa: Robottileikkaus, Jan Persson
Pj Jyrki Jalkanen
12.00 Lounas ja näyttely

Robotit leikkausten apuna

Pj. Juha Mäkinen

13.00 Avaus, Juha Mäkinen TYKS
13.05 Robotic surgery in gynecology, Jan Persson, Lund Ruotsi
13.50 Working as an OR-nurse in robotic surgery, Christina Etén Bergqvist, Lund Ruotsi
14.15 Kahvi ja näyttely

14.45 Robottikirurgia Suomessa
urologin näkökulma, Teuvo Tammela TAYS
gastrokirurgin näkökulma, Caj Haglund HYKS
lastenkirurgin näkökulma, Risto Rintala HYKS
gynekologin näkökulma, Jari Sjöberg HYKS
paneelikeskustelu
15.45 Yhteenveto, Juha Mäkinen TYKS
15.55 Päivien päätös, GKS:n puheenjohtaja Eija Tomás

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 maksaessa. Jos työnantaja maksaa osallistumismaksun, tulee laskussa näkyä kaikkien osallistujien nimet tai viitenumerot! Laskun tosite on esitettävä ilmoittautumisessa! Ilmoittautuminen 18.9.2009 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. Sihteeri Nina Hedkrokille, NKL/HYKS, PL 140, 00029 HUS, puh 050 427 2860, fax (09) 4717 4801, e-mail nina.hedkrok@hus.fi
– tulosta kotisivuilta koulutuskohdasta ilmoittautumislomake ja lähetä Ninalle tai
– ilmoita Ninalle nimi, työpaikka, kotiosoite, e-mail, osallistuminen koulutuspäiville (1 tai 2 päivää), osallistuminen iltatilaisuuteen, erityisruokavalio
Majoitus: Gynekologisen Kirurgian Seuralla on kiintiö (varaustunnus GYN 240909) Hotelli Scandic Grand Marinaan, Katajanokan laituri 7, 00160 Helsinki. Puh +358 9 16661, fax +358 9 1666 857, e-mail: sales.helsinki@scandichotels.com. Jokainen hoitaa itse varauksen ja maksun suoraan hotelliin 24.8.2009 mennessä. 2hh 156 €/huone/vrk sisältäen arvonlisäveron ja buffetaamiaisen. Hotellilta pääsee luentopaikalle raitiovaunulla numero 4.
Iltatilaisuus: Ravintola Sipulin Talvipuutarha, Kanavaranta 7, Katajanokka.
Koulutuspäivät on tarkoitettu vain seuran jäsenille. Jos et ole vielä jäsen, voit anoa jäsenyyttä kotisivujen kautta www.terveysportti.fi/gks kohdasta jäsenasiat tai sihteeriltä Sari Koivurova, Naistenklinikka OYS, PL 24, 90020 OYS. Jäsenyytesi voit tarkistaa kotisivuilta kohdasta jäsenasiat (alkuvuoden 2009 tiedot).

NFOG Specialist Course 2009 on Vulvar Diseases November the 18th–19th 2009 Hotel Park Inn, Copenhagen

Preliminary program

Dear Colleagues
The Educational Committee of NFOG is proud to invite you to the first NFOG Specialist Course this year. The program will deal with many aspects on vulvar diseases, with Nordic as well as international top speakers. The course is the first NFOG Specialist Course, planned to run each year with different topics, and aimed at OBGYN specialists. However, trainees are more than welcome to participate as well. We expect a high level course on today's knowledge on vulvar diseases, and we are looking forward to welcoming you all in Copenhagen. Please make sure already now that you're able to attend. Below you find the preliminary program, with all confirmed speakers.

Anders Atke, Chair of the Educational Committee of NFOG

Wednesday November 18th 2009

Vulvar diseases section

10.30 Registration

10.55 Introduction
NFOG educational committee
11.00 The normal vulva
Micheline Moyal – Barracco, M.D. (F)
11.30 Lichen Sclerosus
Sallie Neill, M.D. (UK)
11.50 Lichen Planus
Micheline Moyal – Barraccoco, M.D. (F)
12.10 Other dermatoses, topical treatment
Sallie Neill, M.D. (UK)
13.00 Questions

13.10 Lunch break

14.10 Vulvar ulcers
Karin Edgardh, M.D., Dr. Med. (S)
14.40 Pigmented lesions of the vulva
Shireen Velangi, M.D., (UK)
15.00 Histological diagnostics of vulvar diseases
Lecturer to be announced
15.15 RVVC Sophia Ehrstöm, M.D., Ph.D. (S)

15.35 Coffee break

16.05 DIV Susanne Christau, M.D. (DK)
16.25 VIN, VAIN and Paget´s disease
clinical features, treatment
Marc van Beurden, M.D., Ph.D. (NL)
17.15 Hidradenitis suppurativa
Gregor Jemec, M.D., Dr. med (DK)
18.00 Questions to the panel

Dinner

Thursday November 19th 2009

Vulvodynia section

9.00 Medical and physical predictors of vulvodynia
Nina Bohm – Starke, M.D., Ph.D. (S)
9.40 Psychosexual predictors of vulvodynia
Christina Damsted Petersen, MD (DK)
10.10 Surgical treatment of vulvodynia
Jorma Paavonen, Professor, M.D. (FIN)

10.40 Coffee break

11.10 Physical therapy of vulvodynia
Birthe Bonde, Physiotherapist (DK)
11.40 Psychosexual treatment of vulvodynia
Christina Damsted Petersen, M.D. DK)
12.10 Swedish experiences with multidisciplinary treatment of vulvodynia
Nina Bohm – Starke, M.D., Ph.D. (S)
12.30 Questions to the panel

13.00 Closing remarks
NFOG Educational Committee

37TH NORDIC CONGRESS OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

© Axel Bolvig

15-18 JUNE 2010 · COPENHAGEN, DENMARK

IMPORTANT DATES

Congress Dates:
15-18 June 2010

Deadline for Abstract Submission:
15 February 2010

Deadline for low registration fee:
1 March 2010

ORGANISING COMMITTEE

Peter Hornnes, President
Søren Brostrøm
Thue Bryndorf
Erik Ernst
Helle Meinertz
Marie Søgaard
Kim Toftager-Larsen

WWW.NFOG2010.DK

ICS Finland - Kontinenssiklubi koulutuspäivä 2009

Missä mennään virtsainkontinenssin hoidossa – kriittinen katsaus

Perjantaina 18.9.2009 klo 8.30–15.30
Lahti, Sibeliustalo

Kohderyhmä: Virtsainkontinenssia hoitavat lääkärit ja hoitajat, uroterapeutit, fysioterapeutit
Helsingin yliopiston lääketieteelliseltä tiedekunnalta anotaan koulutuspäivää teoreettiseksi kurssimuotoiseksi koulutukseksi gynekologian, urologian ja yleislääketieteen erikoisaloille.
Osallistumismaksu 50 €, joka sisältää lounaan ja kahvit, maksetaan ennakkoilmoittautumisen yhteydessä 7.8.09 mennessä tilille: Sampo 800027-37380625.
Tiedustelut: sihteeri@kontinenssiklubi.net
tai ilkka.perttila@hus.fi

8.30 Ilmoittauminen
9.00 Avaus Erl. I. Perttilä

I sessio, Pj. prof. T.Tammela
9.05 Urodynamiikan merkitys urologin työssä
Prof. K. Taari
9.35 Urodynamiikan merkitys gynekologin työssä
Oyl. T. Väyrynen
10.05 Keskustelu

10.15 Kahvitauko ja tutustuminen näyttelyyn

II sessio, Pj.urot. esh. S. Salomaa
10.45 Fysioterapeutin mahdollisuudet inkontinenssin hoidossa Ft. P. Åkerman
11.15 Inkontinenssin ja nokturian lääkehoito
LT J. Sairanen
11.50 Keskustelu
12.00 Lounas ja tutustuminen näyttelyyn

III sessio, Pj. dos. S. Aaltomaa
13.00 Botuliinitoksiini-A inkontinenssin hoidossa
Erl. I. Perttilä
13.20 Sakraalinen neuromodulaatio inkontinenssin hoidossa
Dos. P. Hellström
13.40 Keskustelu
13.50 Kahvitauko ja tutustuminen näyttelyyn

IV sessio, Pj. dos. P. Kiilholma
14.10 Näyttöön perustuva naisen inkontinenssikirurgia
LT A. Valpas
14.30 Uudet slingat inkontinenssin hoidossa urologiassa
Erl. A. Salonen
14.50 Ehkäiseekö robottikirurgia postoperatiivista inkontinenssia? Dos. A. Rannikko
15.10 Keskustelu

15.20 Yhteenveto ja päätös Erl. I. Perttilä

Laskettelevat Lapsen Päästäjät lähtevät koulutusmatkalle vk 5, 2010 Tirolin sydämeen Söldeniin

Vuonna 2010 järjestetään 23. kerran hiihtokokousmatka. Kohteenamme on Sölden, jonka ylpeydet ovat kolme 3000 metrin korkeuteen kohoavaa huippua ja kaksi jäätikköä. Söldenin jäätiköillä on lunta ympäri vuoden, ja Ötztalin laaksoa pidetään yhtenä Itävallan aurinkoisimmista alueista.

Söldenissä on tarjolla laadukkaiden luentojen lisäksi lumivarma ja laaja hiihtoalue sekä runsaasti harrastusmahdollisuuksia. Muistathan, että koulutusmatka on vähennyskelpoinen.

Aurinkomatkat ja SunSki ovat mukana matkajärjestelyissä. Hotellivaihtoehtoja buffetaamiaisella ovat Dr Riml, Paul Grüner, Gurglerhof, Tirolerheim Grüner, Paul Riml, Waldesrand ja Villa Cornelia. Waldesrand neljälle (ei aterioita). Hubertus ja Liebe Sonne puolihoidolla. Hinnat 2 H huoneissa 740–1300 €. Ennakkoetu ja ryhmäalennus (40 €+40 €) vähennetään listahinnasta.

MATKAN VARAAMINEN 3.6.2009 alkaen
Aurinkomatkat/Mari Jokinen puh.010 446 7163 tai mari.jokinen@aurinkomatkat.fi

Varaamisen yhteydessä ilmoita: Nimi / Syntymävuosi (lapset, seniorit)/ Yhteystiedot – sekä postiosoite (=laskutusosoite) että sähköpostiosoite ja puhelinnumero
Samat tiedot matkakumppanista / Hotellitoive (jos on)

Hiihtokelejä odotellessa, terveisin
Mervi Haarala, mervi.haarala@fimnet.fi, puh. 050 3012808

■ MAIJA-RIITTA ORDÉN

2009

KESÄKUU

• 17.-19.6. IUGA 2009 Annual Meeting of the International Urogynecological Assaciation, Lago di Como, Italia. www.iuga2009.org
• 21.-25.6. XIX World Congress of Sexual Health, Göteborg, Sweden. www.sexo-goteborg-2009.com
• 22.-23.6. Society for Pediatric and Perinatal Epidemiologic Research (SPER) 22nd Annual Meeting, Anaheim, Canada. www.sper.org
• 28.6.-1.7. The 25th Annual Meeting of the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), Amsterdam, the Netherlands. www.eshre.com
• 28.6.-2.7. The 8th World Congress in Fetal Medicine, Portoroz, Slovenia. www.fetalmedicine.com

ELOKUU

• 5.-8.8. The 19th Meeting of Nordic Fertility Society, Nyborg, Denmark. www.nordicfs.org
• 30.8.-3.9. 12th World Congress of the World Federation for Ultrasound on Medicine and Biology, Sydney, Australia. www.wfumb2009.com

SYYSKUU

• 9.-11.9. Laparoscopic Suturing Course from A to Z. Leuven, Belgíum. www.theacademyhouse.org
• 10.-13.9. 8th Congress of the European Society of Gynecology, Rome, Italy. www.seg2009.com
• 11.-12.9. NAFA Annual Meeting 2009 (Nordisk Association for Andrology), Århus, Denmark. www.nafa.nu
• 13.-17.9. 19th World Congress on Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, Hamburg, Germany. www.isuog.org
• 16.-19.9. 1st European Symposium in Robotic Gynaecological Surgery, Milan, Italy. www.sergs2009.org
• 18.-19.9. 10th Seminar of the Euro pean Society of Contraception and Reproductive Health. Unwanted pregnancy or abortion. Belgrade, Serbia. www.contraception-esc.com
• 23.-25.9. 10th Royan International Twin Congress (10th Congress on Reproductive Biomedicine and 5th Congress on Stem Cell Biology & Technology), Tehran, Iran. www.royaninstitute.org
• 24.-25.9. GKS: Endometrioosi ja robotit, Biomedicum , Helsinki. www.terveysportti.fi/gks
• 25.-26.9. Gynaecologi Practici, Tuohilampi. www.fimnet.fi/gynpract

LOKAKUU

• 1.-2.10. Suomen Perinatologisen Seuran syyskokous, Seinäjoki. www.terveysportti.fi/perinatologinenseura
• 4.-9.10. XIX FIGO World Congress of Gynecology and Obstetrics. Cape Town, South Africa. www.figo2009.org.za
• 6.-9.10. Placenta – the Key to Pregnancy Success, Adelaide, Australia. www.ifpaconference.org/2009
• 11.-15.10. 16th International Meeting of the European Society of Gynaecological Oncology, Belgrade, Serbia. www.esgo.org
• 15.-16.10. EGO (erikoistuvien gynekologien koulutuspäivät), onkologia, Helsinki. www.sgy-ego.org
• 21.-23.10. Laparoscopic Suturing Course from A to Z. Leuven, Belgíum. www.theacademyhouse.org
• 23.-24.10. Gynaecologi Practici.

ilmo/Sonar

www.fimnet.fi/gynpract
• 24.-28.10. 9th World Congress of Perinatal Medicine, Berlin, Germany. www.wcpm9.org
• 28.-31.10. 18th Annual Congress of the European Society of Gynaecological Endoscopy, Firenze, Italia. www.esge2009.com
• 30.10. Suomen Menopaussiseuran syyskokous. Vaihdevuosi-ikäisen naisen virtsaongelmat, Helsinki. www.menopaussiseura.net

MARRASKUU

• 12.-13.11. SGY:n vuosikokous, Turku. www.gynekologiyhdistys.fi
• 18.-19.11. Vulvar diseases, Copenhagen, Denmark. www.nfog.org
• 20.-22.11. Obstetric Doppler & Prediction of preterm labour, London, UK. www.isuog.org
• 25.-27.11. Endoscopy in reproductive medicine, Leuven, Belgium. www.eshre.com
• 27.11. Suomen Lääketieteellis-Biologinen Ultraääniseura, Helsinki. Sikiöseulonnat. www.fimnet.fi/ultraaaniseura

JOULUKUU

• 6.-8.12. 21st EUROSON Congress, Edinburg, Scotland. www.euroson2009.org
• 11.12. Gynaecologi Practici joulukokous. www.fimnet.fi/gynpract
• 16.-18.12. Laparoscopic Suturing Course from A to Z. Leuven, Belgíum. www.theacademyhouse.org

2010

HELMIKUU

• 1.-6.2. 30th Annual Meeting of Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM). The Pregnancy Meeting, Chicago, IL, USA. www.smfm.org
• 11.-12.2. SGY tutkijaseminaari, Tuohilampi. www.gynekologiyhdistys.fi

MAALISKUU

• 4.-7.3. 14th World Congress of Gynecological Endocrinology, Firenze, Italy. www.gynecologicalendocrinology.org
• 21.3.-26.3. Doppler-Ultrasound in the Fetal Examination. 16th International Symposium and Workshop. Oberlech-Arlberg, Austria. http://web.mac.com/g.tulzer
• 25.-26.3. Suomen perinatologisen seuran kevät- ja vuosikokous, Oulu. www.terveysportti.fi/perinatologinenseura

HUHTIKUU

• 15.-17.4. Suomen Lääketieteellis-Biologinen Ultraääniseura, Ylläs. www.fimnet.fi/ultraaaniseura
• 22.-23.4. SGY:n kevätkokous, Helsinki. www.gynekologiyhdistys.fi

TOUKOKUU

• 12.-15.5. 42nd Annual Meetingof the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology (SOAP), San Antonio, Texas, USA. www.soap.org
• 19.-22.5. 11th Congress of the European Society of Contraception, The Hague, The Netherlands. www.contraception-esc.com

KESÄKUU

• 16.-18.6. 37th Nordic Congress of Obstetrics and Gynecology, Copenhagen, Denmark. www.nfog2010.dk

Dansk Urogynækologisk Selskab (DUGS) – 5. Videnskabelige Møde
Nordisk Urogynekologisk Arbetsgrupp (NUGA) – 26th Annual Meeting
22 – 23 January 2010
Hotel Scandic, Copenhagen

Mark your calendar!

- Invited key-note lectures
- Multi-disciplinary interactive sessions
- Free communications
- Nordic theses
- Hands-on workshops

DUGS-mødet afholdes på dansk. The NUGA-meeting will be held in Scandinavian and English.
Programme and registration details will be available at www.nuga-info.org and www.dugs.dk
Deadline for submission of abstracts and for low-fee registrations is 20 November 2009.
A NUGA-sponsored Research Grant of a sum up to € 15.000 will be awarded at the meetinmg.
Please check www.nuga-info.org for information and deadlines.

Koulutuskalenteri SGY

ELOKUU

• 21.-25.8. 22nd EUROSON congress, Copenhagen, Denmark. www.euroson2010.org

SYYSKUU

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

LOKAKUU

• 23.-26.10. 13th Biennial Meeting of the International Gynecologic Cancer Society, Prague, Czech Republic. www.igcs.org

MARRASKUU

• 11.-12.11. SGY:n vuosikokous, Tampere. www.gynekologiyhdistys.fi

2011

HELMIKUU

• 14.-19.2. 31st Annual Meeting of Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM). The Pregnancy Meeting, San Francisco, CA, USA. www.smfm.org

HUHTIKUU

• 13.-17.4. 43rd Annual Meeting of the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology (SOAP), Lake Las Vegas, NV, USA. www.soap.org

TOUKOKUU

• 5.-6.5. SGY:n kevätkokous, Mikkeli. www.gynekologiyhdistys.fi

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

Syklin ilmestymisaikataulu

Numero		Ilmestyy	Aineistopäivä
4. 2009	Syyskuu	18.09.	21.08.
5. 2009	Lokakuu	30.10.	25.09.
6. 2009	Joulukuu	18.12.	13.11.

Hallituksen pöydältä

Kevätkokouksen ja hallituksen päätöksiä

• Käytännön Gynekologi -palkinto myönnettiin apulaisylilääkäri Aarre Kivelälle Oulusta.
• Kevätkokouksessa jaettiin Ulla-Maija Mäkilän muistorahastosta palkinto merkittävimmästä vuonna 2008 valmistuneesta synnytys- ja naistentautiopin väitöskirjasta. Palkinto myönnettiin LT Zdravka Velevalle Oulusta. Hän tutki väitöskirjassaan lapsettomuushoitojen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä.
• Tutkimussäätiön apurahan saivat Heli Lyytinen, Jonna Salonen, Pauliina Tuomikoski, Heli Saarelainen ja Outi Uimari. Samalla Keveätkokouksessa esiteltiin tutkimussäätiön logo, jonka oli suunnitellut HYKS:n Naistenklinikan opetushoitaja Leena Vaara.
• Erikoislääkärin matka-apurahan klinikkavierailua varten saivat LL Tommi Vimpeli ja LL Anna-Maria Parviainen. Erikoistuvan lääkärin matka-apurahan saivat LL Outi Uimari ja LL Anniina Färkkilä.
• Koulutuspäivien ohjelmia suunniteltaessa huomioidaan sisarjärjestöjen koulutuspäivien ohjelma päällekkäisyyksien välttämiseksi. Lääkäripäivien yhteydessä tammikuussa 2010 järjestetään kokous sisarjärjestöjen puheenjohtajien kanssa.
• Mikkelin kevätkokouksesta 2011 lähtien järjestetään koulutuspäivillä perjantaiaamupäivisin 2 tunnin rinnakkaissessiot, joista pientyöryhmät ovat vastuussa.
• NFOG:n education committee järjestää jatkossa joka vuosi, pääsääntöisesti Kööpenhaminassa, spesialistikoulutuksen. Tämän vuoden koulutus järjestetään 18.–19.11.09 Kööpenhaminassa. Aiheena vulvan sairaudet.
• Päätettiin ehdottaa Seija Grenmania FIGO:n hallitukseen. Muut Pohjoismaat ovat luvanneet tukea SGY:n ehdotusta.
• Hallitus päätti hankkia 500 kappaletta Juha Mäkisen kokoamaa SGY:n 80-vuotishistriikkia. Historiikki tulee myyntiin pikimmiten ja subventoiduksi hinnaksi päätettiin asettaa 20 €.
• Kesäkuussa kokoontuu nettisivujen uudistusta suunnitteleva työryhmä Helsingissä. ■

SGY:n hallitus

www.gynekologiyhdistys.fi

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

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

Sihteeri Kati Ojala
OYS / Naistenklinikka
PL 24, 90029 OYS
p. (08) 315 3052, 040 744 1688
fax (08) 315 4310
kati.ojala@oulu.fi

Varainhoitaja Mikko Loukovaara
HYKS / Naistenklinikka
PL 140, 00029 HUS
p. 050 427 2526
mikko.loukovaara@hus.fi

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

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

Jäsenet

Maarit Vuento
TAYS / Naistenklinikka
PL 2000, 33521 Tampere
p. (03) 3116 5539, 050 367 8767
fax (03) 3116 4360
maarit.vuento@pshp.fi

Pentti Kiilholma
TYKS / Naistenklinikka
PL 52, 20521 Turku
p. (02) 313 2303, 040 841 3570
fax (02) 313 2340
pentti.kiilholma@tyks.fi

Antti Valpas
EKSHP / 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

Riikka Tähtinen
Verstaankatu 1 B 43
33100 Tampere
050 548 2577
riikka.tahtinen@uta.fi

ilmo/ Philips

■ MERJA METSÄ-HEIKKILÄ

Missä kaksi kollegaa kokoontuu, siellä puhutaan tietojärjestelmistä

Potilastietojärjestelmät ovat herättäneet viime aikoina poikkeuksellisen paljon porua terveydenhuollossa – ja syystä. Potilastietojärjestelmät on tuomittu hitaiksi ja hajanaisiksi. Monet ohjelmat on tehty insinööreille, ei tavallisille käyttäjille, joille tietokone on vain varsinaisen työn apuväline, ei itse työ. Ohjelmat ovat kankeita, vaativat jatkuvaa ruutuun tuijottelua ja klikkailua niin, että potilas tahtoo jäädä sivuseikaksi. Oman mausteensa soppaan tuovat palvelinten ”kaatumiset”, jolloin koko järjestelmä pimenee, pahimmassa tapauksessa päiviksi. Tästä on kokemuksia sekä julkiselta että yksityiseltä sektorilta.

Yhtä asiaa en ymmärrä. Miksi me olemme kuin lammaslauma, joka kiltisti – korkeintaan vähän määkien – suostuu tähän tietotekniikan ja ohjelmistokauppiaiden terroriin? Jos mikä tahansa varsinaisessa työssä tarvitsemamme laite tai instrumentti toimisi yhtä surkeasti, nousisimme oitis kapinaan ja kieltäytyisimme moista sutta käyttämästä. Miksi meistä ei löydy tässä asiassa vastaanpanijaa?

Kenties meidät on saatu joskus uskomaan, että vika ei ole järjestelmässä, vaan käyttäjässä? Olenko vain niin hidasoppinen ja tyhmä, etten osaa käyttää ohjelmaa ja tämän salatakseni olen viisaasti hiljaa? Onko vika siis koneen ja tuolin välissä? Joskus näin varmasti onkin, mutta silloin oikea suunta olisi kehittää ohjelmistojen ergonomiaa niin, että myös me hitaat ja tyhmät kykenisimme selviytymään niiden avulla töistämme. Niin tehdään liikenneturvallisuuttakin kehitettäessä. Vaikka monet onnettomuudet johtuvat ”inhimillisestä tekijästä”, liikennejärjestelyjä ja liikenneväylien teknisiä ratkaisuja mietitään juuri tästä näkökulmasta: miten minimoida ”inhimillisen virheen” mahdollisuus.

TAUN©

Nyt olisi aika nousta kapinaan. Emme hyväksy keskentekoisia ja kömpelöitä tietokoneohjelmia, emme halua olla kauppiaille ilmaisia ohjelmistojen testaajia. Paluuta synnytyssalien mustaan kirjaan tai hukassa oleviin paperisiin sairauskertomuksiin ei ole, mutta nyt on paniikkijarrutuksen aika uusien ohjelmistojen tulvassa. Edetään mieluummin ”hitaasti hyvä tulee” -periaatteella kuin hätäisesti ja hosuen. Siitä tulee tunnetusti vain sutta ja sekundaa. Tässä asiassa taloudellinen lama saattaa hyvinkin olla siunaukseksi.

Lomakausi on alkamassa tätä lukiessanne. Lomalla kuuluu unohtaa niin tietotekniset kuin muutkin työmurheet. Laiturinnokassa onkiminen tapahtuu samalla tavalla nyt kuin sata vuotta sittenkin. Jos tietokoneen kanssa haluaa seurustella, sieltä voi katsoa kesänäyttelyn aukioloajat, tilata lippuja kesätapahtumiin ja selvittää reitin tuttavien mökille. Iloista ja voimia antavaa kesälomaa kaikille lukijoille ja erityisesti Sykliä ahkerasti avustaneille Eilalle, Ervolle, Nannalle ja Pekalle! ■

ilmo/Pfizer

ILMO/Schering-Plough