6.2009 Joulukuu 25. vuosikerta Suomen Gynekologiyhdistys ry. / Finlands Gynekologförening rf.

Sykli

Professori Outi Hovatta monessa mukana

s. 6

SGY

Suomen Gynekologiyhdistys ry.

| Etusivu | Yhdistys | Sykli | Pienryhmät | EGO | Jäseneksi | Kirjaudu | Omat tietoni |

- SGY kouluttaa
- Koulutuskalenteri
- Käypä hoito
- Kannanotot ja ohjeet
- Apurahat, palkinnot
- Linkit
- Kuvagalleria
- Ilmoittaudu koulutukseen
- Abstraktipohja
- Matkakorvauskaavake
- Palaute

Yhdistyksen uudet www-sivut avattu

Sivujen osoite (www.gynekologiyhdistys.fi) on ennallaan. Aikaisempaa suurempi osa sivujen materiaalista on viety salasanan taakse. Sivujen käyttö edellyttääkin siis rekisteröitymistä, joka tapahtuu yläpalkissa olevan ”Kirjaudu” -ikonin alta. Kun olet kirjautunut ohjeiden mukaisesti, sinun tulee luoda omat tunnuksesi, joka tapahtuu ”Omat tietoni”-ikonin kautta.

www.gynekologiyhdistys.fi

Suomen Gynekologiyhdistyksen jäsenlehti 25. vuosikerta **Numero 6 joulukuu 2009**

Sykli

SISÄLTÖ

SGY:n www-sivut avattu 2

Pääkirjoitus 5

Vuosi vaihtuu, niin vaihtui SGY:n hallituskin

Aila Tiitinen

Henkilökuvassa Outi Hovatta 6

– Köyhien maiden lapsettomat ovat lähellä *Outi Hovatan* sydäntä

Työnohjaus – kilpi kyynistymistä vastaan 12

– *Eila Suvanto* kertoo OYS:n mallista

Leikkausrobotit tulivat 16

Syyskoulutuksen luentolyhennelmät 18

– Aiheet käsittelivät koulutusta, keski-ikää, sähköisiä potilastietojärjestelmiä ja raskausdiabetestä

Kasvattava taide 28

– *Ervo Vesterinen* kertoo Aleksanteri Ahola-Valon perinnöstä

Ankanmaksaa ja cassoulet´ta 30

– *Pekka Venesmaa* pyöräili tällä kertaa Midin kanavan varrella Ranskassa

Onko 75-vuotias vanhus? 34

– ei ainakaan HYKS:n Naistenklinikka, joka täytti 75 vuotta

Seija Grénmanista FIGOn hallituksen jäsen 38

Vain muutos on pysyvää 40

– *Pentti Kiilholma* väittää viimeisessä hallituskolumnissaan

Suomalaisia palkittiin NAMS:ssa 41

Sinustako GP:n jäsen? 42

– Kysyy *Annika Tulenheimo-Silfvast* kolumnissaan

Maailmalta – ENDO 2009 kongressista 43

– Kuulumisia välittää *Anniina Färkkilä*

Apurahat 44

Hallituksen pöydältä 45

Tommi Vimpeli väitteli Tromsssassa 46

Koulutusta 48

Koulutuskalenteri 58

Vuosikokouksen pöytäkirja 61

Päätoimittajalta 62

Paperille vai nettiin?

Merja Metsä-Heikkilä

Rauhallista Joulunaikaa ja menestystä vuodelle 2010!

Sykli

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

Julkaisija ja kustantaja:
Suomen Gynekologiyhdistys ry – Finlands Gynekologförening rf

www.gynekologiyhdistys.fi

Kannessa jäätyneitä kukkia Chimborazon rinteellä Ecuadorissa, n. 4900 metrin korkeudessa. Kukat jäätyvät yöllä ja heräävät henkiin kun aurinko lämmittää. Kuva Outi Hovatta.

Päätoimittaja:
Merja Metsä-Heikkilä
puh. 040 730 4283
s-posti: merja.metsa-heikkila@kolumbus.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
Leila Unkila-Kallio
HYKS / Naistenklinikka
PL 140, 00029 HUS
s-posti: leila.unkila-kallio@hus.fi

Seuraava Sykli 1/2010 ilmestyy 19.2.2010, aineiston ja ilmoitusten jättöpäivä on 15.1.2010

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

■ AILA TIITINEN, pj

Vuosi vaihtuu, niin vaihtui SGY:n hallituskin

Kuva Merja Metsä-Heikkilä

Yhdistyksemme hallitus vaihtui Turun vuosikokouksessa lähes kokonaan. Uutena puheenjohtajana kiitän luottamuksesta koko uuden hallituksen puolesta. Yritämme jatkaa hyvien perinteiden mukaan mutta myös uutta toimintaa ja työtapoja kehittäen.

Pysähdyin miettimään, mitä yhdistystoiminta tarkoittaa ja miksi itse olen halunnut toimia SGY:ssä. Katsoin, miten netissä yhdistystoiminta määritetään. Tällaisia lauseita löysin selkokielen sivuilta: ”Yhdistys on yhteistoimintaa. Yhdistys on joukko ihmisiä, jotka haluavat tehdä tai saada aikaan jotakin yhdessä. Yhdistystoiminta on vapaaehtoista. Yhdistyksen jäsentä ei voi pakottaa ottamaan tehtäviä yhdistyksessä, jos hän ei halua. Mutta yhdistyksen jäsen ei voi vaatia, että hän itse ottaa hyödyn ja huvin ja toiset tekevät työt. Yhdistyksessä on monenlaisia tehtäviä. Ne voivat olla pieniä tai suuria, mutta yhdistykselle kaikki ovat yhtä arvokkaita. On tärkeää tehdä sitä, mitä jäsenet haluavat. Toiminnan suunnittelu on kaikkien yhteinen asia.”

Kaikki edellä mainittu tuntuu todelta ja mielestäni sopii myös Suomen Gynekologiyhdistyksen toimintaan. Säännöissämme todetaan: ”Yhdistyksen tarkoituksena on edistää synnytys- ja naistentautien kehitystä ja käytännöllistä soveltamista maassamme ja ylläpitää hyviä yhteyksiä tällä alalla toimivien lääkäreiden kesken.” Koulutuspäivät ovat tärkein toimintamuotomme. Hallitus ei halua suunnitella koulutusta omiin tarpeisiinsa vaan jäsenten tarpeisiin. Jos emme saa kentältä palautetta, toiveita ja ehdotuksia, emme varmaankaan pysty tehtäväämme täyttämään.

Sosiaalinen yhdessäolo on oleellinen osa koulutuspäiviä, sille pitää sopivasti jättää aikaa koulutustilaisuuksien ohjelmassa. Itselleni toiminta SGY:ssä on antanut mahdollisuuden tutustua kollegoihin, jotka tulevat eri puolilta maata, tekevät työtä erilaisissa paikoissa, kuka avohoidossa, kuka sairaalassa, kuka tutkijana, kuka hallintotehtävissä. Yksi hoitaa synnytyksiä, toinen leikkaa potilaita, kolmas pohtii hormoniopin saloja. Siinähän se on valitsemamme erikoisalan suola. Vaihtoehtoja on paljon, voi jatkuvasti miettiä: ”Mikähän minusta tulee isona?”

Oma erikoisalamme on naistentaudit ja synnytykset. Olemme halunneet pitää alan yhtenäisenä, emme jakaa sitä gynekologiaan ja obstetriikkaan. Se vaatiikin monenmoista taitoa. Niin sanottuja suppeita aloja meillä on useita ja on varmasti tarpeen, että osa kollegoista perehtyy syvällisesti joihinkin erityisalueisiin. Mutta samaan aikaan tarvitaan yleisosaajia, jotta sairaalan ympärivuorokautinen toiminta voidaan turvata. Koulutuksen suunnittelussa SGY toimii tämän mukaisesti: aiheet suunnitellaan niin, että ne ovat kattavia ja käsittelevät erikoisalaamme eri kanteilta. Tarkoitus on lisätä yhteistyötä sisaryhdistysten kanssa niin, että koulutusten aiheet eivät mene päällekkäin vaan täydentävät toisiaan.

Osalla meistä on myllerrysten vuosi takanapäin, ainakin työelämässä. Olemme saaneet uuden yliopistolain, jonka myötä uusia hallintokuvioita suunnitellaan. Samaan aikaan sairaanhoitopiireissä ja sairaaloissa on uusittu organisaatiota, muodostettu uusia terveyspiirejä, tulosyksiköitä, klinikkaryhmiä, jne. Yhteistyökuvioita julkisen ja yksityisen sairaanhoidon välillä pohditaan, samoin terveydenhuollon ja lääketeollisuuden välillä. Ei taida kaikki muutos viedä asioita eteenpäin, mutta toivon, että vähän tyvenempi aika on edessä. SGY on kuitenkin vakaana ja ryhdikkäänä jatkanut reitillään eteenpäin.

Tätä lukiessanne vuotta 2009 on enää muutama päivä jäljellä. On aika rauhoittua joulun viettoon, kukin omalla tavallaan, osalla tähän kuuluu myös työrupeama sairaalan joulussa. Toivotan kaikille mukavaa joulun aikaa ja onnellista uutta vuotta.

■ Teksti NANNA SARVILINNA
■ Kuvat Nanna Sarvilinna, Outi Hovatta

Outi Hovatta kaipailee kollegoita mukaan Low Cost IVF Foundationin toimintaan

Professori Outi Hovatan moni tuntee Väestöliiton ajoilta, olihan hän Suomessa ensimmäisten joukossa aloittamassa koeputkihedelmöityksiä. Sen jälkeen yliopistomaailma ja tutkimus vetivät takaisin puoleensa, ja tällä hetkellä hän hoitaa professuuria sekä Kuopiossa että Tukholmassa. Tutkijana hänen ansionsa ovat huomattavat, ja Low Cost IVF Foundationin perustajajäsen kaipailee Suomesta kollegoita mukaan toimintaan.

Olin kiinnostunut tutkimustyöstä jo heti opintojen alusta saakka. Minulla oli vaihtoehtoina biologia tai lääketiede. Olin harrastanut luontoa ja kiinnostunut biologisista asioista. Isäni kannustuksesta päädyin sitten pyrkimään lääketieteelliseen, enkä ole katunut.

– Rupesin tekemään tutkimusta heti kandidaatiksi valmistuttuani ja jatkoin anatomian laitoksella, missä tein väitöskirjani sittemmin Turun radiologian professoriksi valitun Martti Kormanon ohjauksessa. Ryhmässä tutkittiin siittiönmuodostusta ja kiveksen toimintaa. Toimin kandiaikanani myös osaaikaisena assistenttina.

– Väitökseni jälkeen olin vuoden apulaisopettajana anatomian laitoksella ja apulaislääkärinä Kätilöopiston sairaalassa. Naistenklinikalle menin 1974, Outi kertoo.

Miksi naistentaudit ja synnytykset?

– Lisääntymisfysiologia ja -biologia kiinnostivat jo väitöskirjatyön perusteella. Kudosviljely ja siittiönmuodostus olivat tuttuja aiheita, ja mietin, että kertynyttä tietoa voisi käyttää hyödyksi infertiliteetin hoidossa. Alussa harrastin myös andrologiaa enemmän ja Naistenklinikalla aloin tehdä enemmän kliinistä tutkimusta; anatomian laitoksellahan tehtiin perustutkimusta.

– Ennen 70-luvun loppua infertiliteettiin ei ollut juuri kunnon hoitoa tarjolla. Ensimmäinen koeputkilapsi syntyi 1978, julkaisuja alkoi tulla enenevässä määrin ja nähtiin, että näillä tekniikoilla päästään eteenpäin ja että on pärjättävä niillä siittiöillä, joita saadaan. Täten oli luontevaa keskittyä näihin asioihin, Outi muistelee.

Yksi Suomen koeputkihedelmöitysten uranuurtajista

– Hoidin infertiliteettipotilaita aikanaan Jorvissa ja Naistenklinikalla niin pitkälle kuin tuolloin pystyttiin. Koeputkihedelmöityksiä aloin tehdä Väestöliitossa Henri Kurunmäen ja Kari Ratsulan kanssa vuonna 1986. Anna-Mari Lähteenmäen kanssa aloitimme siittiön mikroinjektiohoidot vaikean miehen hedelmättömyyden hoitona heti, kun ensimmäiset julkaisut aiheesta ilmestyivät. Meillä oli tarvittava osaaminen ja välineistö jo valmiina odottamassa. Perustimme myös spermapankin. Olimme mikroinjektiossa Suomessa ensimmäisten joukossa, myös AVA-klinikka Tampereella aloitti nämä hoidot samaan aikaan. Myös lapsia syntyi samaan aikaan sekä heillä että meillä.

Outi Leena Lemmikki Hovatta

s.1946 Helsingissä
yo 1964 Alppilan yhteislyseo
LL 1970 HY
LKT 1972 HY
Naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri 1978 HY
Andrologian dosentti 1983 HY
Hallinnon pätevyys 1993 HY
Vt erikoislääkäri HYKS NKL 1978–1979
Erikoislääkäri Jorvin sairaala 1979–1986
Ylilääkäri Väestöliitto1986–1997
Vieraileva tutkija ja professori, Hammersmithin sairaala Lontoo 1995–1998
Naistentautien ja synnytysten professori ja ylilääkäri, Karoliininen instituutti Tukholma vuodesta 1998
Osa-aikainen solu- ja kudosteknologian professori, Solu- ja kudosteknologiakeskus Regea Tampere 2005–2006
Kantasolubiologian professori 15 %, Kuopion yliopiston A.I.Virtanen -instituutti 4/2008 alkaen
Perhe: aviomies, DI Pentti Hovatta, lapset Iiris -70, Vuokko -72, Ville -74 ja Talvikki -82
Harrastukset: hiihto, soutu, vuorikiipeily, valokuvaus, musiikki

Kalastava haikara Kiotossa, 2009.

– Pitkään arvosteltiin sitä, että emme hoida itse miestä vaan käytämme vain niitä siittiöitä, joita saadaan. Mielestäni olemme päässeet kuitenkin valtavasti eteenpäin silläkin alueella. 70- ja 80-luvuilla käytettiin hyvin paljon lahjoitettuja siittiöitä. Inseminaatiot pestyillä siittiöillä aloitettiin Jorvissa 1979. Raskausluvut olivat melko hyviä ottaen huomioon, että näillä pareilla ei olisi ollut mahdollisuutta saada lasta käytännössä lainkaan ilman meidän antamiamme hoitoja.

– Koeputkihedelmöitykset olivat aikanaan miehen infertiliteetin hoidossa vallankumous. Nykyisin pystytään siittiöitä kasvattamaan jossain määrin in vitro, mutta kliinisellä asteella se ei vielä ole. Uusinta uutta tai uusvanhaa juuri tällä hetkellä on, että olemme vähentämässä naisten hormonistimulaatioita ja yritämme siten välttää hoitojen ikäviä sivuvaikutuksia. Hyperstimulaatio-oireyhtymän aikaansaaminen ei ole nykyisin hyväksyttävää. Stimuloimme tarkoituksella miedosti, emmekä haluakaan kovin montaa munasolua kerralla. Punktio, useampikin, ei vie kauaa aikaa ja kipulääkityksen tarve on vähäisempi.

– Väestöliitossa vierähti 10 vuotta, ja aloitimme paljon uusia hoitoja. Kuitenkin resurssit ovat aina rajallisemmat yliopiston ulkopuolella, ja niin päätin lähteä ulkomaille, takaisin yliopistomaailmaan. Päädyin 1995 Lontooseen Hammersmithin sairaalaan, jossa tein sekä kliinistä että perustutkimusta vajaan kolmen vuoden ajan. Tämä oli yksi elämäni tärkeimmistä käännekohdista, Outi kertoo.

Tavoitteena sukusolujen tuotanto ja hedelmöitys in vitro

Outi on toiminut Karoliinisen instituutin naistentautien ja synnytysten professorina ja ylilääkärinä vuodesta 1998, ja tämän vuoden alusta hän on hoitanut osa-aikaisesti myös kantasolubiologian professuuria Kuopiossa. Outi antaa kiitosta Karoliiniselle instituutille, joka on hänen mielestään riittävän iso, kansainvälinen ja tutkimusryhmät tekevät tiiviisti yhteistyötä keskenään.

– Uusinta uutta tutkimusrintamalla menneeltä kesältä on julkaisu munasarjakudoksen vitrifioinnista. Kyseessä on nopea pakastusmenetelmä, ja tulos on erittäin hyvä. Otamme laparoskopiassa pinnallista ovarion kortikaalikerrosta muutaman palasen, kaiken kaikkiaan ehkä noin neljänneksen. Tämä määrä on riittävä eikä sen pitäisi vaikuttaa munasarjan toimintaan.

– Menetelmä tulee kyseeseen naisille, joilla on jokin pahanlaatuinen sairaus ja fertiliteetti halutaan säilyttää myöhempiä aikoja varten. Toinen potilasryhmä ovat ne naiset, joille tulee ennenaikainen munasarjojen toiminnan loppuminen. Olemme pakastaneet ovariokudosta muun muassa Turner-tytöiltä, joilla on follikkeleita ainakin 14-15 ikävuoteen saakka. Kolmas ryhmä ovat erilaisia autoimmuunitauteja sairastavat ja benignien tautien vuoksi sytostaatteja saavat naiset. Esimerkiksi galaktosemiaa sairastavat ovat yksi potilasryhmä. Sen sijaan munasarjasyövän, leukemian tai non-Hodgkinin lymfooman sairastaneille ei kukaan uskalla munasarjakudosta siirtää, mutta mielestäni pakastaa pitää, sillä munasolujen in vitro -kypsytysmenetelmät ovat lähitulevaisuudessa valmiita.

– Olemme pakastaneet myös prepubertaalisten poikien kiveskudosta ennen syöpähoitojen aloitusta. Sen suh-

Outin kamerasta

Unikoita alppiniityllä Davosissa.

Edelweisseja 2300 metrin korkeudessa.

teen meneillään on tiivis tutkimustyö, jotta saataisiin aikaan kypsiä siittiöitä. Spermatogonio-kantasolut säilyvät ihmisessä hengissä sytostaattihoitojen jälkeenkin, ja nyt me tiedämme, miten ne saadaan kasvamaan. Olemme pystyneet tuottamaan meioosin loppuvaiheessa olevia primaarisia ja sekundaarisia spermatosyyttejä ja spermatideja myös uudelleen ohjelmoiduista ihosoluista.

– Toinen tärkeä tutkimusalueeni on munarakkuloiden ja munasolujen in vitro -kypsytys, jossa olemme mielestäni melko pitkällä. Aloitin tämän projektin Lontoossa ollessani. Kudosviljelmissä saamme kasvattamalla aikaan antraalisia follikkeleita kahdessa viikossa primordiaalifollikkeleista alkaen. Nyt näyttää siltä, että pääsemme pian hedelmöittämään näitä kasvatettuja follikkeleita – se onkin yksi tavoitteeni ennen eläkkeelle siirtymistä.

– Kantasolututkimuksen puolella meillä on menossa uusi projekti. Aloitimme sen Ruotsissa vuonna 2002 ja olemme parantaneet viljelytekniikkaa vuosi vuodelta. Tärkeä haaste on varmistaa, ettei mukana ole yhtään ylimääräistä monikykyistä solua, joita sitten siirrettäisiin potilaaseen.

– Aloimme ensimmäisinä maailmassa käyttää ihon fibroblasteja tukisoluina viljelmissä. Siihen saakka oli käytetty hiiren sikiöstä tehtyä fibroblastimassaa, eikä kukaan voi kuvitella siirtävänsä tällä tekniikalla tuotettuja soluja ihmiseen. Nyt kehittämämme tekniikka onkin käytössä joka puolella, missä kantasolututkimusta tehdään, ja tämä on yksi eniten referoituja tutkimuksiamme. Tästä olemme parantaneet tekniikkaa entisestään: emme tarvitse enää tukisoluja, vaan käytämme samaa laminiinia, jota alkion sisäsolumassa itse tuottaa. Se valmistetaan yhdistelmä-DNA-tekniikalla professori Karl Tryggvasonin laboratoriossa täällä Karoliinisessa instituutissa.

– Olemme mukana myös kahdessa EU-projektissa. Toisessa vastuunani on alkion kantasoluviljelmien optimoin- ▶

– Itse olen katunut ainoastaan sitä, etten antautunut täysipäiväiselle tutkimustyölle jo aiemmin. Toisaalta kliinisen kokemuksen kautta tiedän tarpeet ja ongelmat, mikä on oleellista ja mikä ei tutkimusta tehdessä.

ti ja standardointi. Hermosolujen erilaistamista teemme sekä Tukholmassa että Kuopiossa. Toisena projektina on EU:n kantasolurekisterin pystyttäminen. Tässä tietokannassa on tieto kaikista Euroopassa käytettävistä alkion kantasolulinjoista sekä standardoidut viljelyn toimintaohjeet ja eettiset säännöstöt.

Low Cost IVF Foundationin perustajajäsen

– Pitkään oli ollut tiedossa, että infertiliteetti on Afrikassa ja muissakin kehitysmaissa iso ongelma. Itse kiinnostuin asiasta, kun Karoliinisen Instituutin professori Staffan Bergström vihjaisi kerran, että olisimmeko me kiinnostuneita viemään osaamistamme Afrikkaan. Tarve infertiliteettihoidoille olisi kuulemma kova. Professori Bergström itse oli tehnyt jo pitkään töitä äitien ja lasten terveydenhuollon parantamiseksi Afrikassa. Pikku hiljaa puhuimme asiasta lisää muutaman samanmielisen kollegan kanssa ja perustimme tämän Low Cost IVF -nimisen säätiön. Ensimmäinen paikka valikoitui juuri professori Bergströmin kontaktien kautta.

– Lapsettoman naisen asema Afrikassa on erittäin huono – käytännössä he ovat yhteiskunnan ulkopuolella. Miehestä johtuva infertiliteetti on vähintään yhtä tavallista, ellei tavallisempaa kuin naisesta johtuva. Syynä tälle ovat infektiot ja ilmeisesti perinnöllisiä tekijöitä on myös mukana. Käytännössä Afrikassa ollaan tilanteessa, jossa Suomessa oltiin 70-luvulla.

– Yritämme tarjota näille pareille hoitovaihtoehtoja. Säätiön avulla olemme perustaneet yksiköitä tähän mennessä Khartumiin ja Addis Abebaan ja toivomme, että nämä yksiköt levittäisivät jatkossa tieto-taitoa eteenpäin. Henkilökunta on koulutettu meillä Tukholmassa.

– New Scientist -lehdessä oli tänä vuonna kertomus Khartumin klinikassa hoitamastamme Osman-nimisestä miehestä. Osman ja hänen vaimonsa menivät naimisiin, mutta lasta ei vain alkanut kuulua. Ympäristö alkoi jopa painostaa vaimon vaihtamiseksi, koska vian ajateltiin olevan vaimossa. Pariskunta kuuli yksiköstämme ja he ovat itse asiassa aivan ensimmäisiä Afrikassa hoitamiamme pariskuntia. Tutkimuksissa selvisi, että miehellä oli spermavika, eikä tilanne näin ollen olisi ratkennut vaimoa vaihtamalla. Teimme intrauteriinisen inseminaation pestyillä siittiöillä, raskaus alkoi ja New Scientistin artikkelin kuvassa Osman hymyilee leveästi yhdessä poikansa kanssa.

– Olemme hankkineet osan tarvittavista laitteista itse ja osan olemme saaneet lahjoituksina. Muun muassa ultraäänikone on peräisin omasta klinikastamme, jossa uusittiin laitteistoa. Vaikka kone on meidän mittapuulla jo vanhentunut, tähän tarkoitukseen se on erittäin hyvä. Yksi hoitokerta maksaa alle 100 dollaria, mikä on paljon maassa, jossa keskiansio on kaksi dollaria päivässä. Liiallisia hienouksia tai temppuja ei ole tarkoitus tehdä, mutta perusmenetelmillä päästään jo pitkälle.

– Tapasin taannoin Addis Abeban lääketieteellisen tiedekunnan dekaanin, joka piti asiaa hyvin tärkeänä ja kertoi, että pahimmillaan nämä lapsettomat, onnettomat pariskunnat myyvät ensin talonsa. Tällä hinnalla he saavat

juuri ja juuri edestakaiset lentoliput Etelä-Afrikkaan koeputkihedelmöitykseen. Ja kun hoito epäonnistuu, heillä ei ole lasta, taloa eikä rahaa. Dekaanin mielestä sellainen ei voi enää jatkua, ja seuraava yksikkömme onkin perusteilla Addis Abebaan.

– Olen puhunut tästä projektista kollegoiden kanssa myös täällä Suomessa. He ovat kaikki olleet kovin kiinnostuneita, ja konkreettista apua tarvittaisiin!

Outin arkea

Arki on siis sukkulointia Espoon-kodin, Tukholman, Kuopion, Sveitsin ja monen muun paikan välillä. Pyörityksessä auttavat paitsi Internet-kokoukset myös hyvä fyysinen kunto, kiinnostavat työtehtävät ja priorisointi.

– Kokouksesta toiseen siirtyminen tuntuu välillä epäinhimilliseltä. Jatkuva lentokentillä odottelu on raskasta ja vapaa-aikaa on vähän. Toisaalta kun tapaa ihmisiä eri puolilla maailmaa, pääsee vaihtamaan ideoita kasvokkain, mikä on erittäin hedelmällistä ja innostavaa.

– Tutkimustyön lisäksi teen myös kliinistä työtä korkeintaan yhden päivän viikossa. Aluksi tein koeputkihedelmöityksiä, sillä opetin muuta henkilökuntaa, mutta viimeisen parin vuoden ajan olen keskittynyt lähinnä haastavimpiin ja syöpäpotilaisiin. Niin sanotut ”vaikeat potilaat” ovat mielestäni kaikkein kiinnostavimpia. Haasteethan tulevat kliinisen työn kautta, minkä vuoksi en halua siitä luopua kokonaan.

– Kunnosta täytyy huolehtia, muuten en pystyisi tekemään työtäni. Juoksen pitkiä matkoja, hiihdän, soudan ja harrastan vuorikiipeilyä. Liikkuessa aivot lepäävät ja toisaalta saa uusia ajatuksia. Kamera on kulkenut mukanani 15-vuotiaasta. Lähinnä harrastan luontokuvausta. Kesäisin vietämme aikaa Lohjanjärven mökillämme. Neljä lasta ja kaksi lastenlasta ovat myös tärkeitä minulle.

– Lisäksi on pakko sanoa välillä ei ja priorisoida; tehdä valintoja ja luopua jostakin aloittaakseen uutta. Omat rajat täytyy myös tuntea. Ruotsiin lähdettyäni luovuin yksityisvastaanoton pitämisestä. Mielestäni tutkimustyötä ja vastaanottoa on vaikea yhdistää. Tutkimustyöhön täytyy paneutua kokopäiväisesti, se on sinällään ammatti.

– Tällä hetkellä puhutaan siitä, että lääkäritutkijoita on vaikea saada rekrytoitua. Jussi Toivosta lainatakseni syy on nykynumismatiikassa – onhan tutkimustyö niin huonosti palkattua verrattuna siihen, mitä saa pitämällä yksityisvastaanottoa tai tekemällä sairaalatyötä päivystyksineen. Tutkimustyöhön täytyy olla aito into ja kiinnostus. Pettymyksiä täytyy myös sietää ja sinnikkyyttä tarvitaan.

– Itse olen katunut ainoastaan sitä, etten antautunut täysipäiväiselle tutkimustyölle jo aiemmin. Toisaalta kliinisen kokemuksen kautta tiedän tarpeet ja ongelmat, mikä on oleellista ja mikä ei tutkimusta tehdessä. Perustutkimus on hyvää ja tarpeellista, mutta ehkä siellä useammin mennään enemmän muun muassa mekanismitutkimuksen puolelle, joka ei välttämättä johda mihinkään tarpeelliseen kliiniseen käytäntöön. Itse koen olevani sillanrakentajana jossakin kliinisen ja perustutkimuksen välimaastossa.

Mitä SGY merkitsee sinulle?

– Seuraan lehteä ja SGY:n toimintaa aktiivisesti, mutta koulutuspäiville en ole valitettavasti ehtinyt moneen vuoteen. Muuta tekemistä on ollut vain niin paljon. Terveisiä kaikille tutuille Syklin lukijoille! ■

Outi tutkimusryhmänsä ympäröimänä.

■ Teksti EILA SUVANTO

Työnohjaus – kilpi kyynistymistä vastaan

On perjantai-iltapäivä ja ennen viikonlopun viettoon lähtöä Oulun yliopistollisen sairaalan Synnytys- ja naistentautien klinikan erikoistuvat lääkärit kokoontuvat ryhmätyönohjaukseen. Ryhmä on kokoontunut kuukausittain vuoden verran.

Työnohjaus on psyykkistä työsuojelua, toteaa ohjaajana toimiva psykiatrian erikoislääkäri, ylilääkäri Outi Saarento. Klinikassa on toinenkin ryhmä nuorille erikoislääkäreille, ja yksilötyönohjausta on tarjottu niille senioreille, jotka ovat tunteneet olevansa sen tarpeessa. Erikoislääkäriryhmää ohjaava Hannu Rahikkala muotoilee työnohjauksen määritelmää:

– Työnohjauksen tavoite on käsitellä lääkärin ja potilaan välisen hoitosuhteen ilmiöitä, vuorovaikutukseen vaikuttavia tekijöitä ja tunteita, joita potilaassa on esiintynyt ja myös lääkärissä kehittynyt. Ryhmä- ja yksilötyönohjaus on luottamuksellista; sen sisällöistä ei ole tarkoitus puhua työnohjaustilanteiden ulkopuolella.

Ryhmään kuuluu kymmenkunta erikoistuvaa lääkäriä, mutta kaikki eivät joka kerta pääse paikalle. Periaate kuitenkin on, että ryhmään sitoudutaan.

– Ryhmään hakeudutaan vapaaehtoisesti, 'pakkotyönohjaus' on tuloksetonta, toteaa psykiatrian klinikan ylilääkäri Kristian Läksy, joka alaisensa tuntien pyrkii löytämään jokaiselle ohjattavalle ryhmälle näköisensä työnohjaajan.

– Henkilö, joka ei ole koskaan ollut sairaalassa työssä, tuskin tietää, kuinka sairaalassa tehdään työtä. Sarasvuo -tyyppiset 'valmennukset' kannattaa pitää erossa työnohjauksesta. Lääkäreiden työnohjauksessa on yleensä hyötyä siitä, että ohjaajalla on lääkärin koulutus. Esimerkiksi psykiatrian erikoislääkäri tai sopivan työnohjaaja-ja/tai psykoterapiakoulutuksen hankkinut muu lääkäri voi mainiosti toimia lääkäreiden työnohjaajana, toteavat Outi Saarento ja Kristian Läksy, jotka molemmat ovat 'viran puolesta' kouluttautuneet työnohjaajiksi. Luontevana psykiatrin työtehtävänä työnohjauksen näkee myös Hannu.

– Työskentelin myös pitkään OYS:ssa toimivalla yleissairaalapsykiatrian poliklinikalla, jonka toimintaan sisältyi sekä yksilö- että ryhmätyönohjausta OYS:n eri erikoisalojen henkilöstölle. Tässä työyksikössä tarjoutui erinomainen mahdollisuus opiskella somaattisten alojen terveydenhuoltohenkilöstön työnohjausta.

Työnohjaaja-nimikettä ei ole suojattu, vaan sitä voi käyttää kuka tahansa. Työnohjaajakoulutuksia on Suomessa järjestetty jo pitkään, mutta koulutukset ovat edelleen tasoltaan hyvin kirjavia.

– Moni lienee kuullut puhuttavan Balint-työnohjauksesta. Nimi juontuu perustajansa nimestä: Michael (alunperin Mikhaly) Balint oli unkarilaislähtöinen Britanniassa sittemmin vaikuttanut psykoanalyytikko, joka alkoi järjestää työnohjausryhmiä sikäläisille yleislääkäreille. Suomen Lääkäreiden Balint -yhdistys ylläpitää rekisteriä koulutetuista lääkäriohjaajista, selittää Balint-ohjaaja, psykiatrian erikoislääkäri Hannu Rahikkala.

Kristian Läksy pitää myös ohjaajan todellista ammattitaitoa tärkeänä.

– Työnohjausta suunniteltaessa on hyvä selvittää ohjaajan koulutustausta ja viitekehys. Yleensä ohjaajalla tulee olla ammatillinen senioriteetti jossakin mielessä sekä riippumattomuus. Muodollista koulutusvaatimusta ei kannata liikaa korostaa, sillä pelkkä ohjaajan pätevyys ilman substanssiosaamista ei pitkälle kanna.

Työnohjauksella pyritään syventämään ja tukemaan työntekijän ammatissa kehittymistä ja ammattitaitoa

Työnohjaus sanana lienee kaikille tuttu, mutta edelleen saattaa sen sisällöstä olla lääkärikunnalla vääriä käsityksiä.

– Työnohjaus ei ole terapiaa eikä hoitoa. Työnohjaus ei ole työntekijöiden henkilökohtaisten ongelmien selvittelyä varten. Toiseksi työnohjaus ei ole opettamista tietojen siirtämismielessä, vaan työnohjaus tukee ohjattavan oman ajattelun kehittymistä ja antaa mahdollisuuden pysähtyä myös työn herättämien tunteiden ja mielikuvien ääreen. Kolmanneksi työnohjaus ei ole konsultaatiota. Konsultaatiossa konsultoitava antaa selkeän ohjeen tai kannanoton käsillä olevaan ongel-

Kuva Tauno Metsä-Heikkilä

maan. Työnohjauksessa ohjattava itse pohtii omaa työtään pidemmällä aikavälillä, selvittää Outi Saarento.

– Työnohjauksella pyritään syventämään ja tukemaan työntekijän ammatissa kehittymistä ja ammattitaitoa. Työnohjauksen avulla lääkäri ymmärtää paremmin potilaitaan ja tulee heidän kanssaan toimeen vaikeissakin tilanteissa. Tällöin lääkäri jaksaa paremmin työssään ja hoitokin tuottaa parempia tuloksia.

Se estää siis kyynistymistä, väsymistä ja loppuun palamista.

– Kaikilla ei ole tarvetta työnohjaukseen, pohtii Kristian Läksy.

– Työnohjauksen onnistumiseen vaikuttaa olennaisesti se, että ennen aloittamista määritellään selkeästi tavoitteet, ja erityisen tärkeää tämä on ryhmätyönohjauksessa, jotta yksi ei tule terapiaan, toinen saamaan kliinisiä ohjeita, kolmas välttääkseen kliinistä työtä, neljäs määrättynä ja niin edelleen. Työnohjaus ei ole elinikäinen kakku, vaan onnistuneesta työnohjausjaksosta saa eväitä pysyvästi.

Kenelle ja millaista työnohjausta sitten kannattaa antaa? Outi ja Kristian listaavat:

– Erilaisissa uran käännekohdissa, kuten työuran alussa lääkärin ammatti-identiteetin muodostuessa ja erilaisissa siirtymävaiheissa. Tilanteissa, jossa ammattiin liittyy asioita, joita eivät henkilön esimiehet tai alaiset voi ratkaista ja jotka ovat luonteeltaan periaatteessa ammatillista laatua; työtä ja yksityisyyttä ei tietysti oikeasti voi erottaa, mutta puhtaita yksityiselämän kysymyksiä ei ole syytä työnohjauksessa käsitellä.

Työnohjaus sopii siis kaikille lääkäreille, joilla on oma motivaatio oman ammatillisen toiminnan tutkimiseen ja kehittämiseen.

– Toimenpidekeskeisillä, vaikeita tilanteita ja ihmiskohtaloita sisältävillä aloilla työnohjaus on hyvä mahdollisuus auttaa työssä jaksamista. Jos työn asiat liikkuvat paljon vapaa-ajalla mielessä, esiintyy väsyneisyyttä, kyynistymistä, ärtyisyyttä, uniongelmia tai muita työuupumuksen viitteitä, voi riittävän varhaisessa vaiheessa työnohjaus riittää toimenpiteeksi ongelmaan, listaa Hannu Rahikkala.

Työnohjausta voidaan toteuttaa sekä yksin että ryhmässä.

– Ryhmätyönohjauksen etuja ovat näkökulmien runsaus, mahdollisuus oppia ja saada tukea muilta ryhmäläisiltä sekä taloudellisuus. Hyvä työnohjausryhmän koko on alle 10 henkeä. Toimivassa ryhmässä on riittävästi erilaisuutta monipuolisten näkökulmien esiin tulemiseen ja riittävästi samanlaisuutta turvallisen ilmapiirin luomiseen, toteaa Outi.

– Ryhmätyönohjaus sopii erityisesti junioreille, yksilötyönohjaus todellisille senioreille (ei välttämättä juuri valmistuneille spesialisteille) sekä esimiehille. Ryhmätyönohjausta käytetään työryhmille, kun tarkoitus on ohjata nimenomaan työryhmää työryhmänä, Kristian täydentää.

Hannu Rahikkala kertoo, mitä käytännössä kokoontumisessa tapahtuu:

– Ryhmätyöskentelyssä tavallisimmin yksi osallistujista kertoo lyhyehkösti itseään askarruttavasta potilaasta tai joskus työtilanteesta, minkä jälkeen ryhmän muut kollegat voivat tarvittaessa hieman tarkennella tietoja kysymyksin sekä kuvailla heränneitä omia ajatuksiaan, tunnelmiaan ja mahdollisia kokemuksiaan vastaavista potilaista tai tilanteista. Vuoropuhelu voi antaa uutta ulottuvuutta ja ymmärrystä potilaan problematiikkaan sekä lääkärin ja potilaan vuorovaikutussuhteeseen.

Ohjaajan tehtäviä ovat keskustelevuudesta huolehtiminen, ryhmätilanteen säilyttäminen kaikkien kannalta turvallisena ja ryhmätilanteen struktuurien ylläpitäminen. Työnohjauksessa ei käsitellä osallistujien yksityiselämän asioita, työyhteisön henkilösuhteita tai organisaatiohallintoa. Se ei siis ole psykoterapiaa eikä organisaatiotyönohjausta.

Työnohjaus on motivoivaa ohjaajallekin

Outi pohtii motivaatiotaan ohjaamiseen.

– Olen koulutukseltani psykiatrian erikoislääkäri ja Balint-ryhmätyönohjaaja. Olen pääsääntöisesti vastannut myönteisesti työnohjauspyyntöihin, koska pidän työnohjausta hyvänä keinona tukea lääkäreiden ammatillisen toiminnan kehittämistä ja työssä jaksamista. Lisäksi varsinkin somaattisen puolen kollegoiden työnohjaus tuo minulle itselleni uutta näkökulmaa ja ymmärrystä lääkäri-potilassuhteesta ja lääkärin työstä.

Kristianin mielestä parhaat hetket työnohjaaja kokee, kun tuntee, että on hyödyksi eikä aika ja raha mene hukkaan. Vuosien varrella on Hannulle myös tullut monia hyviä kokemuksia työnohjausryhmistä, kun joku tai parhaimmillaan useakin ryhmässä on huomannut jonkin vuorovaikutussuhteen ilmiön tai näkökulman, mitä ei aiemmin ole tullut ajatelleeksikaan.

– Joskus hyvä kokemus on syntynyt siitä, kun joku osallistuja on uskaltautunut tuomaan julki tuntemuksia, joita muut osallistujat sitten myös ovat kuvailleet, ja helpottuneisuuden tunne yhteisenä kokemuksena ryhmässä on ollut suuri.

Samaa mieltä on Outikin.

– Parhaita ovat ne hetket, kun ryhmä työskentelee aktiivisesti, uusia näkökulmia ja oivalluksia tuottaen luottamuksellisen, toisia kunnioittavan ja tukea antavan ilmapiirin vallitessa. ■

Lisää tietoa esim. tuore Suomen Lääkärilehti 42/2009, s.3572-4.

■ Teksti ja kuvat MERJA METSÄ-HEIKKILÄ

Keski-ikäinen nainen syyskoulutuksen keskiössä

Syksyn koulutuspäivien luentoaiheina olivat tällä kertaa 40–50 -vuotiaan naisen terveyteen liittyvät näkökohdat, sähköiset potilastietojärjestelmät sekä diabetes ja raskaus. Kokouspalautteen perusteella viesti oli saavuttanut kuulijat ja aiheisiin ja niiden käsittelyyn oltiin tyytyväisiä.

Koulutuspäivät aloitettiin puhumalla jatkokoulutuksesta. Mielenkiintoisinta antia oli suomalaissyntyisen Yhdysvalloissa työskentelevän Kristiina Altmanin luento amerikkalaisesta erikoistumisesta sekä sikäläisestä CME-käytännöstä. Selväksi tuli, että erikoistuminen Suomessa on ainakin ajankäytöllisesti lastenleikkiä amerikkalaiseen verrattuna. Yhdysvalloissa on tullut 2008 voimaan uusi MOC-ohjelma ammattitaidon ylläpitämiseksi. Kannattaa tutustua Kristiinan luentolyhennelmään sivulla 18 ja samalla miettiä, mitä vastaava systeemi merkitsisi meillä Suomessa. Jo nyt voi sanoa, että SGY ei tee turhaa työtä järjestämällä koulutusta jäsenilleen.

Yhdistyksen uusia jäseniä ryhmäkuvassa.

Ajankohtaisuutta Hot Topics -sessiossa

Koulutuspäivät suunnitellaan vähintään kaksi vuotta etukäteen ja se merkitsee usein sitä, että aivan päivänpolttavia teemoja ei tule laajojen luentokokonaisuuksien aiheiksi. Tästä syystä päiville on luotu Hot Topics -sessio, jossa voidaan nostaa esille muutama juuri nyt keskustelua herättävä aihe.

STAN-menetelmän käyttö synnytyksen aikaisessa sikiövalvonnassa on yksi tällainen, julkaistiinhan äskettäin aiheesta punaista valoa näyttänyt Halo-katsaus. Nopeimmat ehtivät kieltää sen perusteella menetelmän käytön laajentamisen. Taustalla on tutkimusyhteisölle ikävä tutkimusvilppiepäily laajimmassa STANia koskevassa tutkimuksessa. Halo-katsausta kirjoittamassa ollut Kati Tihtonen TAYS:stä kertoi tämän hetkisestä tilanteesta. Aiheesta on tulossa lisätutkimuksia ja nähtäväksi jää, mikä on lopullinen STANista saatava hyöty.

Pyöreän pöydän lounastapaamiset keskustelun laajentajina

Jäsenet ovat usein toivoneet lisää interaktiivisuutta luento-opetukseen. Keskustelu tahtoo jäädä vähäiseksi joko kainostelun tai tiukan aikataulun vuoksi. Tästä syystä on päätetty kokeilla keskeisistä aiheista lounastauolla pidettäviä pyöreän pöydän lounastapaamisia. Tällä kertaa pöytiä oli kolme ja keskustelu ilmeisen vilkasta.

Annika Tulenheimo-Silfvast osallistui Juha Tapanaisen ja Nanette Santoron vetämään munasarjan ikääntymistä ja naisen terveyttä käsittelevään sessioon.

– Aihe herätti vilkasta keskustelua. Olemme esimerkiksi ajatelleet, että tupakointi varhentaa menopaussia, mutta Santoron tutkimusten mukaan tähän voidaankin vielä vaikuttaa tupa-

SGY:n uusi puheenjohtaja Aila Tiitinen 40-50-vuotiasta naista käsittelevän session puheenjohtajana.

Yhdistyksen uusi sihteeri Leila Unkila-Kallio luovuttaa kiitokseksi väistyvälle puheenjohtaja Juha Tapanaiselle jotain, joka saa suun messingille...

Nonna Heiskanen (keskellä) sai tänä vuonna Seth Wichmann -palkinnon ansioistaan obstetriikan alan tutkijana. Neljän lapsen äitinä hän on onnistunut elämässään yhdistämään menestyksekkäästi äidin, tutkijan ja kliinikon roolit.

koinnin lopettamisella – primordiaalifollikkelit ovat suojassa tupakan aiheuttamalta vauriolta ja tupakoinnin lopettaminen sallii niiden toipumisen, kertoo Annika esimerkkinä keskustelusta.

Myös ovarion vanhenemisen aikataulu puhutti.

– Ovariot alkavat vanheta jo ennen 30 vuoden ikää ja se näkyy FSH- ja LH-tasoissa. Lisämunuaisen tuottamat androgeenit laskevat 30 ikävuoden jälkeen 70 %, mutta tämän vaikutus menopaussiin on epäselvä. Santoron mukaan on kuitenkin niin, että tällä ei ole pystytty osoittamaan minkäänlaista korrelaatiota seksuaaliseen aktiivisuuteen. Samoin obeeseilla on korkeammat testosteronitasot, mutta heidänkään halukkuutensa ei poikkea normaalipainoisten halusta.

Pyöreän pöydän keskustelun viesti olikin, että naisia on kannustettava pitämään huolta itsestään. Perimenopausaali-iässä on oikea aika elämässä puuttua tähän.

Aila Tiitisestä uusi puheenjohtaja

Juha Tapanainen jätti puheenjohtajuuden ilmeisen huojentuneena ja SGY:n uudeksi puheenjohtajaksi valittiin Aila Tiitinen ja sihteeriksi Leila Unkila-Kallio, molemmat HYKS:stä. Myös hallitus uudistui, uudet hallituksen jäsenet esitellään ensi vuoden ensimmäisessä numerossa. ■

■ Teksti ja kuvat MERJA METSÄ-HEIKKILÄ

Leikkausrobotit tulivat – jäädäkseen

Suomessa on tällä hetkellä käytössä kaksi leikkausrobottia, toinen TAYS:ssa ja toinen HYKS:ssä. Molemmat ovat kirurgien hankkimia, ja niiden pääkäyttöalue on prostatakirurgiassa. Kummassakin sairaalassa gynekologeilla on käytössä yksi robottileikkauspäivä.

—Meillä on nyt koulutettu kaksi erikoislääkäriä robottikirurgiaan ja suunnitteilla on vielä kahden kouluttaminen, kertoo sekä laparoskooppisen että robottikirurgian pioneereihin kuuluva dosentti Jari Sjöberg HYKS:stä.

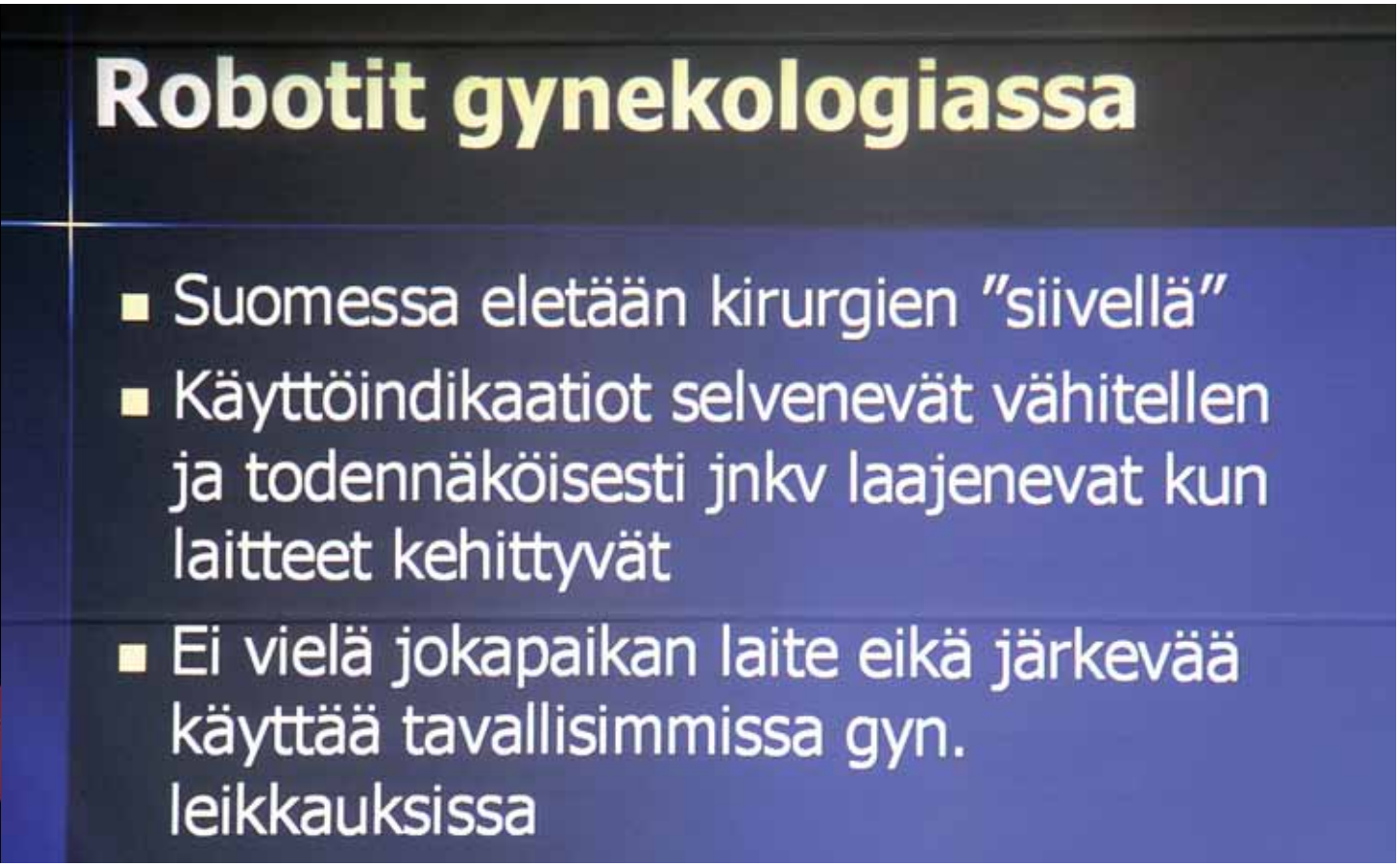
Kyseessä ei siis ole jokamiehen kirurgia eikä leikkaajien joukkoa ole tästä toistaiseksi tarkoitus mainittavasti laajentaa.

Robotti on Meilahdessa tällä hetkellä käytössä neljänä päivänä viikossa ja näistä päivistä yhtenä sitä käyttävät gynekologit. Viidennenkin päivän käyttö on harkinnassa, parhaillaan mietitään robotin käyttöä esimerkiksi thoraxkirurgiassa.

– Aloitimme toimenpiteet toukokuussa ja kesätauon vuoksi meille on kertynyt suunnilleen 30 toimenpiteen kokemus. Kaikkien toimenpiteiden oppimiseen sisältyy tietynlainen oppimiskäyrä ja se on saatava kuntoon tällä hetkellä leikkaavilla. Samoin leikkaussalitiimimme on harjaannutettava asiaan, valaisee Jari robottikirurgian menestyksen ehtoja.

Syöpä ensisijainen leikkauskohde

Robottiavusteisesti on toistaiseksi leikattu pääasiassa kohdun runko-osan syöpää, jatkossa tullaan leikkaamaan myös kohdunkaulan syöpää ja näiden lisäksi esimerkiksi laskeumaleik-



kaukset ovat mietinnässä. Toimenpiteitä ehditään tehdä enintään kaksi leikkauspäivän aikana. Tällä hetkellä kohtusyövän leikkaukseen kuluu aikaa kahdesta kolmeen tuntia, toistaiseksi vielä enemmän kuin perinteisellä laparoskopialla, jos aika lasketaan anestesian alusta.

– Aluksi "kattaus" eli leikkauksen valmistelu vie paljon aikaa, mutta sekin lyhenee leikkaussalitiimin toiminnan rutinoituessa, kertoo Jari.

Niin yllättävältä kuin se kuulostaakin, laparoskoopisen kirurgian edelläkävijät maailmalla eivät ole olleet kaikkein innostuneimpia robottikirurgeja.

– Perinteisen avokirurgian harrastajat ovat ottaneet robottikirurgian innokkaimmin vastaan. Robottikirurgian oppiminen on helpompaa kuin perinteisen laparoskooppisen kirurgian ja moni on siirtynyt robottikirurgiaan ilman skopia-välivaihetta. Kokenut laparoskopisti oppii robottikirurgian kohtalaisen helposti ja esimerkiksi ompeleminen sujuu robotin 360 astetta kääntyvillä instrumenteilla perinteistä skopiaa selvästi näppärämmin, selvittää Jari.

Robotti on ergonominen mutta kallis

– Operatöörin kannalta robottikirurgiassa näkyvyys on huomattavasti perinteistä parempi kolmiulotteisen, suurentavan ja stabiilin kuvan vuoksi. Myös työskentelyergonomia on parempi, mikä mahdollistaa tarkemman toiminnan. Kudosten identifiointi on helpompaa, koska käden liikkeen aiheuttama kuvan heiluminen puuttuu, paljastaa Jari.

Laitteen hinta kuitenkin hirvittää. Robotteja valmistaa tällä hetkellä vain yksi laitevalmistaja ja se osaltaan pitää hintaa korkealla. Yksi laite maksaa suunnilleen 1,6 M€, päälle tulevat noin 200 000 euron vuotuiset huoltokulut ja kymmenen käyttökertaa kestävät instrumentit. Henkilökuntaa tarvitaan sama määrä, toimenpide vie ainakin toistaiseksi pidemmän ajan ja potilaan sairausloma on yhtä pitkä kuin perinteisestikin. Kustannustehokkaasta toiminnasta ei siis ole tällä hetkellä kysymys.

– Robottiteknologia on vielä alkuvaiheessa, kehitystä on varmasti tulossa ja tekniikka tulee tulevaisuudessa yksinkertaistumaan. Toimenpiteet nopeutuvat oppimisen ja laitteiston kehityksen myötä. Tietyissä operaatioissa uskon, että kustannustehokkuus saavutetaan. Paikkansa se lunastanee esimerkiksi kohdunkaulan syövän leikkaushoidossa, visioi Jari Sjöberg tulevaisuuden näkymiä.

Urologiassa robotista on sen sijaan selvä tarve ja hoitotulokset näyttävät tällä alalla todella lupaavilta. Esimerkiksi prostatakarsinooman leikkausajat ovat jo nyt lyhentyneet ja näiden leikkausten haitalliset jälkiseuraukset todennäköisesti ovat selvästi vähäisemmät kuin perinteisen avoleikkauksen. Eturauhassyövän leikkauksiin onkin tällä hetkellä HYKS:ssä kolmen kuukauden jono.

Dosentti Jari Sjöberg oli luennoimassa SGY:n koulutuspäivien hot topics -sessiossa robottikirurgiasta. Jari oli vakuuttunut, että robotti on tullut jäädäkseen, mutta joka niemeen ja notkoon robottia ei kannata hankkia. Keskittämällä toimenpiteitä hänen mukaansa gynekologit pärjäisivät pitkälle tulevaisuuteen kahdella leikkausrobotilla. ■

Koulutus, keski-ikä, sähköiset potilastietojärjestelmät ja raskausdiabetes luentojen aiheina

Koulutus ja jatkokoulutus USA:ssa

■ KRISTIINA ALTMAN, LKT, Assistant professor, Johns Hopkins Bayview Hospital

USA:n lääkärien jatkokoulutuksen lähtöviiva on NIH:in lista edellytyksistä alalle aikoville: heidän pitää mm. olla ”halukkaita opiskelemaan koko uransa ajan pysyäkseen lääketieteen kehityksen tasalla”.

Lääkärin lisenssin saaminen edellyttää USMLE-testien ja käytännön työn lisäksi moraalista ryhtiä ja asianmukaista terveydentilaa. Lisenssi on määräaikainen; uudistamiseen tarvitaan näyttö ammatillisesta käyttäytymisestä ja asianmukaisesta ammatinharjoittamisesta sekä keskeytymätöntä jatkokoulutusta, ”continuous medical education” (CME). CME-pisteitä saa koulutustilaisuuksista, CME-artikkeleista ja tietokonekursseista. Osavaltiot vaativat 25–50 CME/vuosi kaikilta lääkäreiltä erikoisalasta riippumatta.

Myös gynekologian erikoisalaoikeudet ovat vaatineet ajoittaista uudistamista jo 20v. Nyt alkoi ”Maintenance of Certification” (MOC): jatkuva erikoisoikeuksien ylläpitoohjelma. MOC ei ole vain oman alamme ilmiö. Sen takana on kaikki erikoisalat kattava ABMS, joka toteaa: ”Spesialistin mittapuu ei ole vain erikoisalan oikeudet, vaan se, kuinka hyvin hän pysyy alansa kehityksen tasalla”.

MOC varmistaa, että erikoislääkäri sitoutuu elinikäiseen opiskeluun ja pätevyyden ylläpitämiseen vaatimalla 6 ydintaidon, ”kompetenssin” jatkuvaa arviointia. Tämä tapahtuu 4-osaisella prosessilla, jolla erikoisalan oikeudet pidetään voimassa.

(Patient Care)-ydintaito määritellään kykynä tarjota myötätuntoista, asianmukaista ja tehokasta sairauden- ja terveydenhoitoa (sis. lääketieteelliset ja kirurgiset taidot). Lääketieteellinen tietämys (Medical Knowledge) osoittaa vakiintuneiden ja uusien kliinisten ja biomedikaalisten tieteiden ja niiden soveltamisen hallintaa. Ihmissuhde- ja kommunikointikyvyt (Interpersonal and Communication Skills) johtavat tehokkaaseen tiedonvaihtoon ja yhteistyöhön potilaiden, heidän perheidensä ja työtovereiden kanssa (kuuntelemisen taito, verbaalinen ja non-verbaalinen kommunikointi, toiminta tiimin jäsenenä tai johtajana). Ammatillinen käyttäytyminen (Professionalism) on omistautumista ammatin asettamien velvoitteiden täyttämiseen, käyttäytymiseen, eettisten periaatteiden noudattamiseen ja sensitiivisyyttä erilaisia taustoja omaavia potilaita kohtaan.

Käytännön työkokemuksen hyödyntäminen (Practice Based Learning) osoittaa kykyä analysoida hoitokäytäntöjä, arvostella ja omaksua tieteellistä näyttöä ja parantaa lääkärintaitoja. Järjestelmän hyväksikäyttö (Systems Based Practice) on kyky olla tietoinen ja vastuullinen koko terveydenhuoltojärjestelmän suhteen ja käyttää sitä optimaalisen hoidon takaamiseksi (esim. koordinoida yhteistyö eri hoitopaikkojen, erikoisalojen ja terveydenhuollon ammattiryhmien välillä).

MOC:ssa on 4 osaa: I Ammatillinen maine (Professional Standing) sisältää vaatimukset sekä rajoittamattomattomasta lisenssistä (sis. CME-vaatimuksen) ja sairaalaoikeuksista että näytön moitteettomasta käytöksestä. II Elinikäinen opiskelu ABC (Annual Board Certification) on vuosittainen tietokonetesti Am. Board of Ob/Gyn (ABOG) määräämistä artikkeleista. III Tiedollinen pätevyys on kirjallinen testi, joka täytyy läpäistä joka 6. vuosi (alkaa 2012). IV Tie pätevyyden ylläpitämiseen alkoi v. 2008. Ensin ABOG antaa ”käypä hoito”-tietoiskun. Sitten gynekologi käy läpi potilaittensa sairaskertomuksia (10 aihetta /6 v.) ja vastaa”kyllä/ei”-muodossa, onko suosituksia noudatettu. Tarkoitus on saada lääkäri suorittamaan laadunparannusta ja itsearviointia, onko hänen hoitotyönsä ajanmukaista. Aiheina ovat ASCUS, episiotomia, IUD jne.

ABMS-lausunto 2009 toteaa, että nykyiset vaatimukset laadukkaasta terveydenhoidosta ja lääkäreiden vastuullisuuden avoimuudesta edellyttävät dynaamista MOC-prosessia, joka etenee erikoisoikeuksien määräaikaisesta uudistamisesta jatkuvaan uudelleenkoulutusprosessiin. ■

Womens health at mid-life, lessons learned from the study on Women´s health Across the Nation

■ NANETTE SANTORO, Prof, MD, Division of Reproductive Endocrinology and Infertility Albert Einstein College of Medicine, Division of Reproductive Endocrinology and Infertility, Albert Einstein College of Medicine, Bronx, NY

All women will eventually experience menopause. The onset, duration, and quality of the menopausal transition have rarely been evaluated in a systematic fashion. A relationship between parameters of the menopausal transition and the subsequent health of women has been long believed to exist. The Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) is a multi-ethnic, longitudinal, cohort study of US women that includes non-Hispanic Caucasian, African-American, Chinese, Japanese and Hispanic women. It was designed to examine key correlates of the transition in a longitudinal study design. The initial strategy for this seven-site study involved community-based recruitment of non-Hispanic Caucasians at each site, plus one minority ethnic group. A cross-sectional, population-based screening survey was administered to 16,065 women, and a longitudinal cohort of 3,302 women was recruited. Eligibility for the longitudinal study included being aged 42–52, having at least one menstrual period within the past 3 months, not being pregnant, and having a uterus and at least one ovary.

In the cross sectional data, many aspects of menopause were found to be related to ethnicity. Early menopause (final menses prior to age 45) was most prevalent in Hispanics (4.1 %), followed by African-Americans (3.7 %), non-Hispanic Caucasians (2.9 %), Chinese (2.2 %) and Japanese women (0.8 %). Hysterectomy was more likely to occur in African-American (OR 1.66, 95 % CI 1.29–2.07) and Hispanic women (OR 1.64, 95 % CI 1.29–2.07), and was least likely in the Asian-American groups (OR 0.44, 95 % CI 0.34–0.56). Vasomotor symptoms, the cardinal symptom of menopause, were most commonly reported by African-Americans (46.5 %) and Hispanics (49.4 %), followed by 36.6 % of Chinese, 34.3 % Japanese, and 28.9 % Caucasian women.

Among all of the covariates examined in SWAN, BMI plays one of the most important roles. The relationship between adiposity and hormones is particularly noteworthy. Annual assessments of FSH, estradiol (E2), sex hormone binding globulin (SHBG), testosterone, and dehydroepiandrosterone sulfate (DHEAS) demonstrated a statistically significant negative correlation between BMI and FSH, E2, DHEAS and SHBG. Testosterone and free androgen index (FAI, a ratio of total testosterone and SHBG) were positively correlated with BMI across all ethnicities. In daily urinary hormone assessments across menstrual cycles, whole cycle LH, FSH estrogen and progesterone metabolites were all lower with increasing BMI tertile. In longitudinal studies, women with higher BMIs are more likely to experience irregular or anovulatory cycles, but do not appear to have an earlier menopause.

Women of high BMI are more likely to report functional disabilities, vasomotor symptoms, and depressive symptoms. High BMI and an androgenic profile are also linked to the metabolic syndrome, which is associated with a dramatic increase in a number of serum-based cardiovascular disease risk factors. More recent longitudinal analyses confirm this increase in risk with the use of more sensitive intermediate markers such as carotid intimal medial thickness.

The transition into menopause marks both a physiological and psychological milestone in a woman's life. It is a good time for an individual to assess her overall health profile, and take an active role in managing her risks so as to maximize her remaining disease-free years of life. SWAN has helped to support the notion that midlife health is predictive of not only the quality of the transition, but the years to come. A woman's ethnicity, behaviors, environment and her reactions to these factors all need to be taken into account to estimate her health in her menopausal and postmenopausal years. ■

Ikääntyvä munasarja – mikä muuttuu?

■ VARPU JOKIMAA, LT, TYKS

Useimpien vanhenemisteorioiden mukaan ikääntymiseen liittyvä elimistön toiminnan heikkeneminen aiheutuu normaalin metabolian seurauksena syntyvien irreversiibeleiden biomolekyylien vaurioiden kertymisestä. Munasarjan luonne munasolujen varastona poikkeaa oleellisesti muista elimistä, ja varaston pienentyminen heijastuukin väistämättä munasarjan toimintaan. Munasarjan ikääntymiseen liittyvä toimintakapasitee- ▶

tin hiipuminen tunnetaankin ennemmin varastofunktion heikkenemisenä kuin yleisenä vanhenemisilmiönä.

Munasarjassa tapahtuu ajan myötä sekä makroskooppisia ja mikroskooppisia anatomisia muutoksia että toiminnallisia muutoksia, jotka heijastuvat hormonitoimintaan, hedelmällisyyteen ja raskauksien geneettisiin riskeihin. Munasarjan ikääntymistä voidaan tarkastella niin oireilun, terveysriskien kuin hormonaalisten, anatomisten, solutason tai molekyylitason muutostenkin kannalta.

Ikääntyvän munasarjan toiminnan muutoksista johtuvat oireet alkavat usein jo vuosia ennen varsinaista menopaussia. Kuukautiskierron häiriöt, PMS-oireilun vaikeutuminen ja lisääntyvät vaihdevuosivaivat kuten unihäiriöt, hikoilu ja kuumat aallot ovat yleisiä. Osa oireista selittyy suoraan munasarjan hormonitoiminnan muutoksilla, kun taas osa oireiden syntymekanismeista on vaikeammin tutkittavissa.

Menopausaaliselle transitiovaiheelle on tyypillistä epäsäännölliset kierrot ja ailahtelevat hormonitasot kuten vaihtelevan korkeat E2- ja matalat P4 -tasot luteaalivaiheessa. Syklien välillä ja niiden aikana tapahtuu yksilöllisiä, vaikeasti ennustettavia vaihteluita. Alkuun kierto lyhenee, mutta pitenee myöhemmin muuttuen aina epäsäännöllisemmäksi samalla kun anovulatoristen kiertojen osuus kasvaa.

Vaikka perimenopaussissa hormonitasot ovat huonosti ennustettavia, niissä voidaan havaita tietynlaista logiikkaa. Ajan myötä ovulatoristen syklien Inh B laskee, FSH ja E2 kohoavat ja P4 laskee. FSH:n nousu voi riittää follikkelin valikoitumiseen ja kypsymiseen luteaalivaiheen follikkelikohortin rekrytoitumisaallosta, mikä voi selittää keski-luteaali- ja mensvaiheiden kohonneet E2-tasot (luteal out of phase -event LOOP). Joskus LOOP voi jopa johtaa LH-piikkiin ja ovulaatioon syklin ensipäivien aikana, jolloin kierto jää lyhyeksi. Menopaussin lähestyessä kyky vastata kohoaviin FSH-tasoihin heikkenee ja follikkelien kasvuun lähtö viivästyy (lag phase) pitkittäen kiertoa jopa viikoilla.

Munasolun herättyä kasvuun alkaa RNA:n, proteiinien ja mtDNA:n tuotanto ja oosyytti kasvaa voimakkaasti. Ikääntyneiden munasoluissa ja follikkeleissa on todettu muutoksia sellaisten geenien ekspressiossa, jotka liittyvät mitokondrioiden toimintaan, solun energiatalouteen, oksidatiivisen stressin säätelyyn, stressivasteisiin, sytoskeletoniin sekä solusyklin ja transkription kontrolliin. Muutokset poikkeavat atresiaan liittyvistä muutoksista. Sytoplasman tärkeimpiä muutoksia ovat mitokondrioiden määrän vähentyminen ja mtDNA:n vauriot, joita on granuloosasoluissakin. Mitokondriot vastaavat solun ATP-tuotannosta, joten niiden vauriot heijastuvat runsaasti energiaa vaativiin prosesseihin kuten transkriptio, proteiinituotanto ja DNA-replikaatio, kaikki oleellisia munasolun kypsymiselle, hedelmöittymiselle ja alkion kehitykselle.

Hedelmällisyyden lasku ja keskenmenojen määrän kasvu johtuu lähinnä munasolujen aneuploidiasta. Oksidatiivisen stressin ajatellaan altistavan meioottisille erheille, samoin intraovariaalisten endokriinisten muutosten. Virheet syntyvät useimmiten meioosi I:n aikana kromosomien poikkeavan ryhmittymisen, nondisjunktion, sisarkromatidien ennenaikaisen irtoamisen tai tumasukkulan poikkeavuuden pohjalta. ■

Yli 40-vuotiaiden naisten infertiliteetti

■ VIVECA SÖDERSTRÖM-ANTTILA, dosentti, Väestöliiton klinikat Oy, Helsingin klinikka

Naisilla luonnollinen hedelmällisyys alkaa heikentyä jo 30 ikävuoden jälkeen. Luonnonpopulaatioissa, joissa ehkäisyä ei käytetä, riski jäädä lapsettomaksi on <10 % alle 30-vuotiailla, 15 %, jos nainen meni naimisiin 30–34-vuotiaana, 30 %, jos ikä naimisiinmenon aikaan oli 35–39 vuotta ja 63 %, jos oli yli 40-vuotias. Ikään liittyvään hedelmällisyyden laskuun liittyy paitsi alentunut konseptiotodennäköisyys per kuukausi myös suurempi todennäköisyys, että raskaus keskeytyy ennenaikaisesti.

Naisilla reproduktiivinen ikääntyminen on sama kuin munasarjan ikääntyminen, johon kuuluu munarakkuloiden määrän aleneminen ja munasolujen aneuploidian lisääntyminen. Follikkeleiden

määrän lasku kiihtyy keskimäärin 37 vuoden iässä. Naisilla steriliteetti ilmenee keskimäärin noin 10 vuotta ennen menopaussia ja näin ollen nainen on steriili useita vuosia ennen kuin selkeitä kuukautishäiriöitä ilmenee. Fertiliteetin loppumisiässä on kuitenkin suuria eroja naisten välillä.

Munasarjojen reservi voidaan tutkia määrittämällä muun muassa FSH, anti-Müllerian hormoni (AMH) ja inhibiini B tai mittaamalla antraalifollikkeleiden määrä (AFC) ja ovarion volyymi ultraäänellä. Näistä AMH ja AFC kertovat parhaiten ovariovasteesta gonadotropiinistimulaatiolle.

Ovarioreservitestien kyky ennustaa spontaanin raskauden mahdollisuutta tai raskautta hedelmöityshoitojen jälkeen on sen sijaan hyvin rajoittunut.

On muistettava, että yli 40-vuotiaalla naisella on usein vanhempi puoliso, ja myös miehellä voi olla infertiliteettiongelma. Useimmat tutkimukset osoittavat, että sperman volyymi, siittiöiden liikkuvuus ja siittiöiden morfologia heikkenevät iän myötä. Nämä muutokset eivät välttämättä vaikuta fertiliteettiin, joskin subfertiliteetin insidenssi lisääntyy ja ”time to pregnancy” lisääntyy, jos mies on yli 50-vuotias.

Suunniteltaessa hoitoja on ensiksi huolellisesti keskusteltava ennusteesta, aneuploidia- ja keskenmenoriskista sekä ikään liittyvistä obstetrisista asioista. Inseminaatiohoito yli 40-vuotiaalla naisella on tehotonta. Oman puolison spermalla raskausprosentti on vain noin 4–6 % per yritys.

Ikäryhmässä 40–42 vuotta donorinseminaatiolla kumulatiivinen todennäköisyys lapsen syntymään voi nousta jopa 50 prosenttiin 12 inseminaatiohoidon jälkeen.

Koeputkihedelmöityshoidolla (IVF) 40–44 vuoden iässä kliininen raskausprosentti per alkionsiirto on 15–18 % ja 10 % siirroista johtaa lapsen syntymään. Käytännössä 40–42 vuotiaille kannattaa harkita 1–3 IVF-hoitoa, jos ovariovaste on kohtalainen ja hoidolla syntyy siirrettäviä alkioita. Hoito omilla munasoluilla on harvoin indisoitu, jos nainen on jo ehtinyt täyttää 43 vuotta. Alkioiden preimplantaatiodiagnostiikka ja aneuploidiascreening eivät ole toivotusti parantaneet iäkkäämpien potilaiden hoitotuloksia.

Lahjamunasoluhoito (ovum donatio, OD) on tehokkain hedelmöityshoito tilanteissa, joissa munasarjareservi on heikentynyt. OD-hoidolla raskausprosentti on 30–60 % per alkionsiirto ja se on käytännössä sama munasolusaajan iästä ja diagnoosista riippumatta. Erinomaiset tulokset johtuvat luovutettujen munasolujen hyvästä laadusta. OD-hoidot ovat opettaneet, että kohtu on alkiolle vastaanottokykyinen ja toimiva naisen korkeaan ikään saakka, kunhan se valmistellaan oikein hormonikorvaushoidolla.

Naiset lykkäävät nykyisin raskaaksi tulemista myöhäisempään vaiheeseen. Ehkäisykeinot ovat tehokkaat ja raskauksia halutaan suunnitella huolella. Monet löytävät sopivan partnerin vasta kypsemmässä iässä. Tutkimukset viittaavat siihen, että tietoisuus fertiliteetin laskusta suhteessa ikään on puutteellinen. Moni ehkä luottaa hedelmöityshoitojen tehokkuuteen, mikäli ongelmia lapsensaannissa ilmenisi. Valitettavasti IVF-hoidolla voidaan kompensoida vain korkeintaan 30–50 % siitä menetetystä fekunditeetistä, jonka raskauksien lykkääntyminen aiheuttaa. ■

Ikääntyvän naisen ehkäisy

■ SATU SUHONEN LT, ylilääkäri, helsingin terveyskeskus

Ikääntyvässä munasarjassa munarakkuloiden ja munasolujen määrä pienenee ja laatu huononee. Inhibiinin eritys vähenee ja johtaa FSH-erityksen lisääntymiseen, follikkelikehitys nopeutuu ja kierrot alkavat lyhentyä. Ovulaation ja keltarauhastoiminnan häiriöt altistavat osaltaan vuotopoikkeavuuksille. Epäsäännölliset vuodot, ajoittaiset vaihdevuosioireet ja erilaiset elämän- muutokset luovat helposti parisuhteeseenkin paineita. Ehkäisyn tässäkin ikäryhmässä pitäisi olla helposti toteutettava, luotettava ja haittavaikutukseton. Suunnittelemattomaan raskauteen ikääntyvällä naisella liittyy niin sosiaalista kuin emotionaalista kuormitusta, elämän pitäisi olla jo raiteillaan.

Ikä ei ole este minkään ehkäisymenetelmän käytölle, joidenkin aloitukselle kyllä. Ikä lisää laskimotukosriskiä, samoin erityisesti synteettistä estrogeenia, etinyyliestradiolia, sisältävän yhdistelmäehkäisyvalmisteen aloitus ja 40 vuoden ikä onkin vasta-aihe aloitukselle. Jos nainen on käyttänyt hormonaalista yhdistelmäehkäisyä (pillerit, laastari, rengas), hän voi jatkaa menetelmällä vaihdevuosiin saakka, jollei vasta-aiheita ole (laskimotukos/-taipumus, verenpainetauti, dyslipidemiat, diabetes, migreeni, tupakointi). Yhdistelmäehkäisy pitää vuodot säännöllisinä, tasoittaa PMS-oireita, voi lievittää alkavia vaihdevuosioireita, ja vaikuttaa edullisesti luustoon hyvän ehkäisytehon lisäksi. Luonnollista estrogeenia, estradiolia, sisältäviä yhdistelmäehkäisyvalmisteita on tällä hetkellä Suomessa kaksi. Toinen, pidempään markkinoilla ollut valmiste, jossa progestiinina on syproteroniasetaatti, voidaan aloittaa myös 40 vuotta täyttäneelle, jollei estrogeenin käytölle sinänsä ole vasta-aiheita.

Jos nainen on käyttänyt progestiiniehkäisyä (tabletit, implantaatit), hän voi jatkaa käyttöä niin kauan kuin ehkäisyn tarvetta on. Progestiiniehkäisy on myös vaihtoehto, jos estrogeeni on vasta-aiheinen. Keltarauhashormonia vapauttava kohdunsisäinen ehkäisin voidaan katsoa myös progestiiniehkäisyksi. Se takaa niin tehokkaan raskaudenehkäisyn kuin vuotohäiriöiden hoidon. Lisäksi hormonikierukan käyttäjä voi siirtyä mahdolliseen estrogeenikorvaushoitoon helposti, kohdunlimakalvon suojaus on hoidettu. Kuparikierukka on edelleen hyvä ja tarpeellinen vaihtoehto, jos vuodot eivät ole ongelmalliset ja halutaan hormoniton ehkäisy. Viisi vuotta kupari- tai hormonikierukan asetuksesta ja 50 ikävuoden lähestyessä kannattaa pysähtyä pohtimaan niin vaihdon kuin poiston tarpeellisuutta. Vaihto saattaa olla yliehkäisyä, toisaalta poisto pienen raskaudenriskin ottoa. Jos estemenetelmä, Suomessa tällä hetkellä kondomi, sopii suhteeseen, se tarjoaa riittävän hyvän ehkäisytehon tässä ikäryhmässä. Siihen voidaan liittää spermisidi, joka yksinkin on vaihtoehto ikääntyvän naisen ehkäisyyn.

Sterilisaatioiden määrä Suomessa on vähentynyt. 40 vuotta täyttäneen naisen sterilisaatio tulee kysymykseen, jos edellä kuvatut vaihtoehdot tai vasektomia eivät ole mahdollisia. Jos nainen on täyttänyt 45 vuotta, sterilisaatio on yleensä ylimitoitettua ehkäisyä. Katsotaan, että FSH-arvo yli 30 IU/L kertoo munasarjojen toiminnan hiipuneen niin, ettei ehkäisyä enää tarvita. Jos yhdistelmäehkäisy on käytössä, FSH kannattaa määrittää taukoviikon viimeisinä päivinä. Kuparikierukan käyttäjällä vuotojen poisjääminen ja mahdolliset vaihdevuosioireet viestittävät tilannetta. Amenorreassa olevalta, oireettomalta progestiiniehkäisyn (pillerit, implantaatit, hormonikierukka) käyttäjältä jatkoehkäisyn tarve voidaan arvioida FSH-määrityksellä.

Yksittäisen 40 vuotta täyttäneen naisen jäljellä olevaa hedelmällisyyttä ja ehkäisyn tarvetta on vaikea tarkasti arvioida. Vaikka ikääntyvällä naisella raskauden todennäköisyys on kiistatta pienentynyt, ehkäisyn hyvä hoito on elämänlaadulle tärkeä. ■

Yli 40-vuotiaan naisen raskaus

■ SUSANNA SAINIO LT, HYKS

Viimeisen kolmen vuosikymmenen aikana länsimaissa on nähty kasvava tendenssi siirtää lasten hankintaa myöhempään ajankohtaan. Suomessa synnyttäjien keski-ikä oli vuonna 1972 26,8 vuotta ja 2007 30,0 vuotta. Yli 35-vuotiaiden naisten osuus kaikista synnyttäjistä oli 7 % v. 1972 ja 19 % v. 2007. Yli 40-vuotiaiden naisten osuus oli matalimmillaan vuonna 1975 (1,3 %), minkä jälkeen se on tasaisesti noussut ollen 4,0 % vuonna 2007. Muista poiketen yli 45-vuotiaiden naisten osuus (0,3 %) ei näytä meillä merkittävästi nousseen viime vuosina. Yli 50-vuotiaita synnyttäjiä on 2000-luvulla ollut 0–2 vuodessa.

Monisikiöisten osuus kaikista synnytyksistä kasvoi vuodesta 1987 (1,1 %) vuoteen 1998 asti (1,7 %) lapsettomuushoitojen yleistyessä. Vuonna 2007 monisikiösynnytyksiä oli 1,5 %, ja yli 40-vuotiaiden naisten synnytyksistä osuus oli 2,1 %. Koeputkihedelmöityshoitojen osuus tämän ikäryhmän synnytyksistä oli 6,3 %, kun se kaikissa synnytyksissä oli 3,1 %. Yli 40-vuotiaiden äitien kaksosista 28 % oli seurausta IVF-hoidoista. Kolmosia on Suomessa 2000-luvulla syntynyt keskimäärin 10 vuodessa, joista yli 40-vuotiaille äideille 0–2. Yhdysvalloissa on 1980-luvulta lähtien kaksosten osuus kaksinkertaistunut, kolmosten yli viisinkertaistunut. Yli 40-vuotiaiden äitien ikäryhmässä vastaavat luvut ovat olleet 6- ja 12-kertaiset, mikä on herättänyt vilkasta keskustelua sekä tiedotusvälineissä että lääketieteellisissä julkaisuissa.

Äidin iän vaikutus raskauden lopputulokseen on selvimmin nähtävissä alentuneena hedelmällisyytenä ja lisääntyneinä keskenmenoina. Vähintään 50 % 40–45-vuotiaiden naisten raskauksista päättyy keskenmenoon ja sitä vanhempien ikäryhmissä yli 90 %. Ilmiön taustalla oleva iän vaikutus kromosomipoikkeavuuksien lisääntyneeseen riskiin tunnetaan hyvin naisten keskuudessa. Downin syndrooman riski 40-vuotiaalla äidillä on 1. raskauskolmanneksenlopussa 1/60 ja täysiaikaisessa raskaudessa 1/100. Vastaavat luvut 45-vuotiaalla naisella ovat 1/15 ja 1/30.

Kirjallisuudesta löytyy lukuisia tutkimuksia iän vaikutuksesta raskauteen. Tutkimuksia arvioitaessa on tärkeää huomioida tutkimusryhmän koko – koska useimmat komplikaatiot ovat harvinaisia, tarvitaan isoja aineistoja erojen osoittamiseksi. Toiseksi pariteetti, monisikiöraskaudet ja hedelmällisyyshoidot vaikuttavat merkittävästi tutkittaviin lukuihin. Useimmat suuret rekisteritutkimukset ovat retrospektiivisiä, mikä vaikuttaa kerättävään tietoon ja sen tasoon erityisesti Yhdysvalloissa. Myös kontrolliryhmän valinta vaikuttaa lopputulokseen, ikä on jatkuva muuttuja, ja hedelmällisen iän molemmissa ääripäissä nähtävä lisääntynyt riski voi johtua eri syistä.

Kirjallisuuden perusteella näyttäisi yli 40-vuotiaan naisen raskauteen liittyvän kaksinkertainen PNM, ennenaikaisuuden ja pienipainoisuuden riski. Kohonneen verenpaineen (mistä syystä tahansa), diabeteksen ja istukan kiinnittymishäiriöiden riskit ovat 2–5-kertaisia. Toisaalta pelkästään kaksosraskauteen liittyvät riskit ovat jo 5–8-kertaisia. Äitiyskuolemat lisääntyvät selvästi iän myötä, mutta ovat onneksi edelleen huomattavan harvinaisia. Suomessa 2000-luvun jälkipuoliskolla yli 40-vuotiaiden naisten raskauksissa PNM oli 0,8 %, mikä oli 1,8-kertainen verrattuna 20–29-vuotiaisiin, ennenaikaisuuden ja pienipainoisuuden riskit olivat vastaavasti 1,4- ja 1,6-kertaisia. Etinen istukka ja istukan ennenaikainen irtoaminen todettiin 6x useammin verrattuna kaikkein nuorimpiin äiteihin, mutta absoluuttinen riski oli edelleen varsin pieni (0,4 %).

Ehkäisyn ja keskeytysten ollessa kaikkien saatavilla naisten on mahdollista itse päättää synnytystensä määrästä ja ajankohdasta. Oikeaan synnytysikään vaikuttavat pääasiassa muut kuin lääketieteelliset seikat, mutta biologiset tosiasiat ratkaisevat kuitenkin lopputuloksen ja sekä naisten että yhteiskunnan tulee olla tietoisia synnytysiän myöhemmäksi siirtämisen seurauksista ja kustannuksista. Gynekologien tehtävänä on luoda näyttöön perustuvia hoitokäytäntöjä, mitkä takaavat parhaan mahdollisen lopputuloksen. ■

Elämäntavat ja sairauksien ennaltaehkäisy keski-iässä

■ RIITTA LUOTO, dosentti, UKK-instituutti

Elämäntavat vaikuttavat naisten elämään merkittävästi sekä nuoruudessa, keski-iässä että vanhuudessa. Keski-iässä, jolla tässä tarkoitetaan vaihdevuosi-ikää, elintapojen muutoksella on merkitystä paitsi kroonisten sairauksien ehkäisyn, myös yleisen hyvinvoinnin ja vähemmän oireilun kannalta. Aiemmissa tutkimuksissa on havaittu, että

paino lisääntyy vaihdevuosien aikana noin kilon vuodessa, mikä määräytyy selvemmin ikääntymisen kuin vaihdevuosien itsensä seurauksena. Painon lisääntymistä selvempi muutos on vyötärö-lantio-suhteen muuttuminen ja rasvan keräytyminen vyötärölle. Uusimpien suomalaisten tutkimusten mukaan keski-ikäiset naiset ovat lisänneet alkoholin kulutustaan suhteessa enemmän kuin muut ikäryhmät tai miehet.

Vaikka vaihdevuosien ajoittuminen on osittain geneettisesti määräytynyttä, elämäntapojen tarkistaminen on tällä ryhmällä erityisen tärkeää. Aikaiset vaihdevuodet kokevien naisten suurempi sydän- ja verisuonitautiriski on estettävissä. Viime vuosina on julkaistu useita laajoja kokeellisia väestötutkimuksia, joiden tulokset ovat yhdensuuntaiset. Kroonisten tautien ja niiden riskitekijöiden ehkäisy erityisesti vaihdevuosi-iässä olevilla naisilla on mahdollista rajoittamalla tyydyttyneen rasvan saantia, lisäämällä liikuntaa ja ehkäisemällä painonnousua.

Suomen Akatemia on rahoittanut vuodesta 2007 lähtien laajaa allekirjoittaneen johtamaa tutkimusta, jossa selvitetään vaihdevuosi-ikäisten elämänlaatua, elämäntapoja ja terveyttä.

Nelivuotisen hankkeen kokonaisuuteen kuuluu sekä kyselymenetelmällä kerättyjä osia että satunnaistettu kokeellinen liikuntatutkimus. Terveys2000- tutkimukseen vuonna 2000 osallistuneet keski-ikäiset naiset täyttivät vuonna 2008 kyselylomakkeen koskien sairastavuutta, elämänlaatua sekä oireiden ja elämäntapojen yleisyyttä. UKK-instituutissa on toteutettu maaliskuusta 2009 lähtien satunnaistettu liikuntatutkimus, joka on nyt loppumittausvaiheessa. Kokeeseen on osallistunut 170 vaihdevuosioireita kokevaa naista, joista 17 keskeytti tutkimuksen. Interventioryhmään kuuluvat naiset toteuttivat sykepantaohjattua liikuntaohjelmaa kuuden kuukauden ajan. Sekä koe- että kontrolliryhmään kuuluvat raportoivat lähes päivittäin oireet ja koeryhmä myös suoritetun liikunnan kännykkäkyselyn avulla. Esitys sisältää tuloksia sekä Terveys2000-tutkimuksen seurantakyselystä että liikuntaintervention toteutumisesta. ■

KIRJALLISUUTTA

Luoto R. Hot flushes and quality of life during menopause. Commentary. BMC Women\'s health 2009;9:13. doi: 10.1186/1472-6874-9-13 (http://www.biomedcentral.com/1472-6874/9/13)

Luoto R. Menopausal transition and chronic diseases. Current Womens Health Reviews 2006;2:125-132.

CA125 – onko hyötyä munasarjasyövän seurannassa?

■ JOHANNA MÄENPÄÄ, vt. professori, TAYS, naistenklinikka

Seerumin CA125-pitoisuuden määrityksen merkitys erityisesti postmenopausaalisten naisten epiteliaalisen munasarjasyövän diagnostiikassa ja hoidon tehon seurannassa on kiistaton. CA125:n seerumipitoisuuden nousu ennakoi myös selvästi taudin uusiutumista. Epäselvää sen sijaan on ollut, parantaako CA125-pitoisuuden nousun perusteella aloitettu residiivin hoito potilaan ennustetta siihen tilanteeseen verrattuna, että hoito aloitettaisiin vasta, jos uusiutumisen olisi todettavissa myös muulla tavoin.

Tämän vuoden ASCO-kokouksessa julkaistiin satunnaistetun prospektiivisen tutkimuksen, joka etsi vastausta juuri tähän kysymykseen, tulokset. Tässä tutkimuksessa rekisteröitiin 1442 potilasta, joilla oli saavutettu platinapohjaisella kemoterapialla täydellinen hoitovaste ja CA125-pitoisuuden normalisoituminen. Potilailta seurattiin kolmen kuukauden välein seerumin CA125-pitoisuutta ilmoittamatta potilaalle tai hoitavalle lääkärille tulosta. Kun CA125-pitoisuus nousi korkeammaksi kuin kaksi kertaa normaalin yläraja, potilaat (n=529) randomisoitiin aktiivihoitoryhmään, jolla aloitettiin kemoterapia ja seurantaryhmään, jolle ei tulosta ilmoitettu, vaan näytteiden ottoa jatkettiin kuten ennenkin ja hoito aloitettiin vasta, kun residiivi todettiin muulla tavoin.

Tutkimuksen lopputulos oli, ettei hoidon aikaisempi aloittaminen yhtään parantanut kokonaiselinaikaa, vaikka toisen linjan hoito aloitettiin mediaani 5 kk aiemmin. Hoidon aikaisempi aloittaminen ei myöskään parantanut potilaiden elämänlaatua, pikemminkin päinvastoin.

Johtopäätökset: Seerumin CA125-pitoisuuden rutiininomaisesta määrittämisestä hoidettujen, oireettomien munasarjasyöpäpotilaiden seurannassa voidaan luopua (tason B näyttö). ■

KIRJALLISUUS:

Rustin G, van der Burg M (on behalf of all OV05 and 55955 Collaborators). Early treatment of relapsed ovarian cancer based on CA125 level alone versus delayed treatment based on conventional clinical indicators. Results of the randomized MRC OV05 and EORTC 55955 trials. Proc ASCO 45th Annual Meeting, Orlando, Florida May 29-June 2, 2009. Abstr. 1 (JCO 27: 18S, Part II, 2009).

Sähköisen potilastietojärjestelmän Visio 2007- kuinka se toteutui?

■ JARMO REPONEN, Ylilääkäri, RAS

Osana kansallista terveyshanketta Sosiaali- ja terveysministeriö asetti vuonna 2003 Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien toteuttamista ohjaavan työryhmän, jossa ensimmäistä kertaa saatettiin saman pöydän ääreen aiemmin rahoituksesta kilpailleet sairaanhoitopiirit ja muut toimijat. STM sai jaettavakseen koordinointiin korvamerkittyä rahoitusta. Alueilla alkaneissa terveydenhuollon tietojärjestelmien kehittämishankkeissa oli käytettävissä valtion rahoitus kolmen vuoden ajan. Tuotoksena syntyivät määrittelyt sähköisille potilaskertomusjärjestelmille sekä yhteinen näkemys siitä, että maassa pitää pyrkiä standardoituihin, yhteensopiviin, potilaan hoitoa palveleviin ohjelmiin [1].

Suomeen oli jo koordinoimattoman toiminnan seurauksena muodostunut monen toimittajan tuotteista koostunut sairaskertomusten tilkkutäkki. Paikallisesti terveyskeskusten potilaskertomukset olivat jo sähköisiä ja sairaaloissa oli meneillään kiivain hankintavaihe. Mahdolliset uudistukset ja ohjeistukset kohdistuisivat vasta järjestelmien seuraavaan sukupolveen [2].

Asiantuntijatyöryhmä laati lokakuussa 2003 ”Visio 2007” -nimellä näkemyksen siitä, millainen potilaskertomuksen tilanne lähivuosina olisi:

1. Sähköinen terveys- ja potilaskertomus on vuoden 2007 loppuun mennessä vakiintuneessa käytössä.
2. Potilasasiakirjat ovat pääsääntöisesti sähköisiä.
3. Järjestelmän kehittäminen tarpeiden mukaan jatkuu organisoidulla tavalla myös vuoden 2007 jälkeen.
4. Sähköinen potilaskertomus omalta osaltaan turvaa hoidon jatkuvuuden terveydenhuollossa palvelunantajasta ja toimintayksiköstä riippumatta.
5. Sähköinen potilaskertomus lisää hoidon turvallisuutta ja parantaa hoidon vaikuttavuutta, laatua ja tehokkuutta sekä edesauttaa näyttöön perustuvan tiedon hyväksikäyttöä.
6. Sähköisen potilaskertomuksen toteuttamisessa on otettu huomioon käyttäjäystävällisyys ja potilaan mahdollisuudet hallita omia tietojaan.

Oulun yliopiston FinnTelemedicumin tuoreimman selvityksen mukaan sähköiset tietojärjestelmät olivat kattavasti käytössä Suomessa vuoden 2007 lopussa. Paperimuotoinen kertomus oli siis enää historiatiedon varasto [3].

2000-luvun puolivälissä STM:n painopiste muuttui, yhteensopivuuden eteen nostettiin KanTA-palvelut, kansallinen potilastiedon arkisto eli eArkisto, sen rinnalle sähköinen eResepti ja kansalaisten oma kertomustiedon katselu, eKatselu. Vuoden 2007 lain mukaan kaikkien julkisten toimijoiden ja sähköistä arkistointia käyttävien yksityisten toimijoiden tuli liittyä palveluihin aprillipäivään 2011 mennessä. Alueelliset potilastietojärjestelmähankkeet ohjattiin rahoituksella toteuttamaan KanTA-yhteensopivuutta. KanTA- hanketta tarkentava asetus viivästyi toista vuotta ja pilotit ovat kohdanneet ongelmia, joten käyttöönottoaikataulua joudutaan vaiheistamaan ja pidentämään.

Parin viime vuoden aikana käytännön lääkärit ovat havahtuneet sähköiseen todellisuuteen. Lääkäriliiton eHealth-valiokunnan tekemä kartoitus paljasti vakavia puutteita nykyisten järjestelmien käytettävyydessä [4]. Oulussa tehty tuore tutkimus osoittaa, kuinka suuren osan lääkärit käyttävät vastaanottoajastaan sähköisten tietojärjestelmien parissa [5]. Pandemiarokotusten ruuhkaisuuden yhdeksi syyksi on julkisuudessa sanottu tietojärjestelmien hitautta. Tieto on keskeinen työkalu ja sen käytettävyys avainkysymys. ■

1. Sähköisten potilasasiakirjajärjestelmien valtakunnallinen määrittely ja toimeenpano. STM Työryhmämuistioita 2003:38.
2. Kiviaho, Winblad, Reponen. Terveydenhuollon toimintaprosesseja ja asiointia tukevat ATK-sovellukset Suomessa. OSKE-julkaisuja 8/2004.
3. Hämäläinen, Reponen, Winblad. eHealth of Finland – Check Point 2008. THL report 1/2009.
4. Potilaskertomusjärjestelmät-liite. Suom Lääkäril 2008.
5. Winblad et al. Onko tietokone vastaanoton aikavaras? Suom Lääkäril 46/2009.

Tyyppi I ja II diabetes – eroaako raskauden ennuste?

■ MARJA VÄÄRÄSMÄKI, LT, OYS

Niin diabeteksen kuin diabetesraskauksienkin määrä lisääntyy koko maailmassa. Tuoreen brittitutkimuksen mukaan raskautta edeltävän diabeteksen esiintyvyys lisääntyi oleellisesti ollen vuonna 1996 3.1 ja vuonna 2004 jo 4.7/1000 synnytystä. Yleistymisen todettiin johtuvan ensisijaisesti tyypin 2 diabeteksen (DM2) voimakkaasta lisääntymisestä – tutkimusjakson aikana sen osuus kaikista diabetesraskauksista lisääntyi 7 %:sta 26 %:iin (Bell et al. 2007). Samankaltaista DM2:n yleistymistä raskauden aikana on havaittu myös muissa maissa. Länsimaissa tyypin 1 diabetes (DM1) on kuitenkin edelleen yleisin raskautta edeltävän diabeteksen muoto, mutta esim. Japanissa ja Kuwaitissa jopa 75 % raskautta edeltävästi diabetesta sairastavista naisista sairastaa DM2:sta.

DM1- ja DM2-äidit eroavat toisistaan monessa suhteessa: DM2-naiset ovat yleensä vanhempia, painavampia ja hypertensio on heillä yleisempää. Heidän raskautensa ovat harvemmin suunniteltuja ja he hakeutuvat raskausseurantaan DM1-äitejä myöhemmin. Diabeteksen kesto on yleensä lyhyempi, elinkomplikaatioiden määrä vähäisempi ja GHbA1c-arvoilla mitattu verensokeritasapaino raskauden aikana parempi.

Tyypin 1 diabetesta sairastavilla naisilla huono raskaudenaikainen verensokeritasapaino liittyy tunnetusti huonoon raskausennusteeseen – huono tasapaino alkuraskaudessa lisää selvästi synnynnäisten epämuodostumien riskiä ja myöhemmässä raskauden vaiheessa sen on todettu liittyvän makrosomian ja perinataalikuolleisuuden riskin kasvuun. Näennäisesti lievemmästä taudista ja paremmasta raskaudenaikaisesta verensokeritasosta huolimatta DM2-naisten raskauden ennuste on kuitenkin monien tutkimusten mukaan jopa huonompi kuin DM1-naisilla. Onkin ajateltu, että glukoositasapainon lisäksi myös muut tekijät kuten äidin ylipaino, hypertensio, korkeampi ikä ja mahdollinen alkuraskauden lääkealtistus ovat yhteydessä raskauden huonoon ennusteeseen. Näiden kaikkien tekijöiden tiedetään itsenäisestikin lisäävän raskausongelmien riskiä.

Vastikään ilmestyneen meta-analyysin mukaan perinataalimortaliteetti on DM2-synnyttäjillä merkitsevästi korkeampi (OR 1.50, 95 % CI 1.15–1.96) kuin DM1 sairastavilla naisilla. Epämuodostumien tai kohtu- ja neonataalikuolemien määrissä ei todettu merkitseviä eroja ryhmien välillä. Tyypin 2 diabeetikoilla oli vähemmän ketoasidoosia ilmeisimmin paremmasta ß-solujen toiminnasta johtuen, sekä vähemmän sektiosynnytyksiä, joka puolestaan johtunee paritettierojen lisäksi DM1-raskauksiin yleisesti liittyvästä korkeasta leikkausfrekvenssistä. Yhteenvetona todettiin, että vaikka DM2 sinänsä on metaboliselta kannalta katsottuna DM1:a lievempi tauti, raskaustulokset eivät kuitenkaan ole paremmat (Balsells et al. 2009).

Useiden tutkimusten mukaan molempien diabetestyyppien suurin ja yhteinen ongelma on raskauksien suunnittelemattomuus. Vaikka vain noin puolet tyypin 1 diabeetikoista saa raskautta edeltävää tasapainotusta ja neuvontaa, on vastaava luku tyypin 2 diabeetikoilla eri tutkimusten mukaan vain n. 2–25 %. Syynä on usein lievänä pidetty tauti – dieettihoitoisten diabeetikoiden ei usein mielletä sairastavan diabetesta tai tautia ei ole edes diagnosoitu raskautta edeltävästi. Tehostettu raskausdiabeteksen seulonta – nimenomaan suuren riskin potilaiden seulonta alkuraskaudessa – on osaltaan tarkoitettu myös löytämään tyypin 2 diabeetikot edes hieman varhaisemmin tiivistetyn seurannan piiriin.

Tyypin 2 diabetes on raskaudelle vähintään yhtä suuri uhka kuin tyyppi 1. Hyväksyttävä verensokeritasapainokaan ei näytä suojaavan näitä naisia raskausongelmilta, ja tämän vuoksi heidän raskauksiaan tulee seurata yhtä tiiviisti kuin tyypin 1 diabeetikoillakin. ■

Oraaliset diabeteslääkkeet ja uudet insuliinit raskauden aikana

■ TAPANI RÖNNEMAA, dosentti, TYKS

Oraaliset diabeteslääkkeet voidaan jakaa glukoosin imeytymistä suolistosta estäviin, insuliinieritystä lisääviin ja insuliiniherkkyyttä lisääviin valmisteisiin. Imeytymistä estävistä lääkkeistä guarkumi on melko heikkotehoinen, mutta sinänsä käyttökelpoinen raskauden aikana. Akarboosi on myös melko heikkotehoinen eikä sen turvallisuutta raskauden aikana ole riittävästi osoitettu.

Insuliiniherkkyyttä lisääviä lääkeryhmiä on kaksi: biguanidit ja glitatsonit. Biguanideista on käytössä ainoastaan metformiini. Sen käytöstä raskauden aikana on useita pieniä seurantatutkimuksia ja yksi suuri randomoitu kontrolloitu tutkimus raskausdiabeteksessa sekä kontrolloituja tutkimuksia PCO-potilaiden raskauden aikana. Metformiinin teho on raskausdiabeteksessa heikompi kuin insuliinin, mutta osalla äideistä saadaan sillä riittävän hyvä hoitotasapaino. Vaikka metformiini läpäisee istukan, mitään haittavaikutuksia ei sikiölle ole todettu. Pitkäaikaisseurantatutkimuksia metformiinia raskauden aikana käyttäneiden äitien lapsista kaivataan lisää. Glitatsoneja (rosiglitatsoni ja pioglitatsoni) ei tule käyttää raskauden aikana.

Insuliinieritystä lisääviä lääkkeitä ovat sulfonyyliureat (glipitsidi, glibenklamidi ja glimepiridi), glinidit (repaglinidi ja nateglidi) sekä uusimpana ryhmänä gliptiinit eli DPP4-estäjät (sitagliptiini ja vildagliptiini). Näistä lääkkeistä ainoastaan glibenklamidia on tutkittu raskauden aikana yhdessä USA:ssa tehdyssä suuressa randomoidussa kontrolloidussa tutkimuksessa. Teho glukoosiarvoihin on raskausdiabeteksessa melko hyvä, mutta osa potilaista on kuitenkin hoidettava insuliinilla. Glibenklamidi läpäisee istukan, mutta haitallisia vaikutuksia sikiöön ei kyseisessä ▶

tutkimuksessa todettu. Toistaiseksi glibenklamidia ei tiettävästi käytetä Euroopassa raskauden aikana.

Uudet insuliinit ovat ihmisinsuliinin johdoksia, joiden vaikutusaikaa on saatu tietyin aminohappomuutoksin muutettua vastaamaan enemmän terveen ihmisen insuliinieritystä. Lyhytvaikutteisia johdoksia kutsutaan pikainsuliineiksi. Niitä on kolme: lispro-, aspart- ja glulis-insuliinit. Lispro- ja aspart-insuliinin käyttö on ollut jo pitkään rutiinia, ja niillä saadaan helpommin hallintaan mm. raskauden aikana usein ongelmalliset aamupalan jälkeiset hyperglykemiapiikit. Pitkävaikutteisista analogeista raskauden aikana on jo useiden vuosien ajan käytetty turvallisesti glargin-insuliinia. Sen annostelu raskauden aikana on usein hankalampaa kuin humaanin NPH-insuliinin johtuen glargin-insuliinin pitkästä vaikutusajasta. Uudemman pitkävaikutteisen analogin, detemir-insuliinin, käytöstä raskauden aikana ei ole julkaistu tutkimuksia, mutta käynnissä olevasta randomoidusta tutkimuksesta on odotettavissa tuloksia vuonna 2010. ■

Miksi sikiö kasvaa makrosomiseksi ja miten se pitäisi synnyttää?

■ Dosentti VEDRAN STEFANOVIC HYKS, Naistenklinikka

Makrosomialla tarkoitetaan sikiön liikakasvua ja se määritetään yleisesti käyttämällä absoluuttista syntymäpainon rajaa (> 4000 g), mutta sikiö on makrosominen myös jos se kasvaa yli 90 promillen käyrällä raskauden kestoon nähden (relatiivinen makrosomia). Makrosomia voi olla konstitutionaalinen (perimä) tai johtua äidin (diabetes) tai sikiön syistä (esim.Beckwith-Wiedemannin oireyhtymä, nesidioblastoosi-kongenitaalinen hyperinsulinismi, kasvaimet).

Makrosomia voi olla lievä (4000–4499 g) ja altistaa operatiiviseen synnytykseen liittyviin äidin ja sikiön vaurioihin (esim. Erbin pareesi, äidin synnytyskanavan vauriot). ”Kohtalainen” makrosomia (4500–4999 g) lisää entistä enemmän neonataalimorbiditeettia (esim. hengitysvaikeudet, mekoniumaspiraatio) ja vakava makrosomia (yli 5000 g) altistaa vakaviinkin komplikaatioihin (sikiön asfyksia, intrauteriininen kuolema, suurentunut perinataalimortaliteetti). Kaikki komplikaatiot voivat esiintyä kuitenkin missä tahansa ryhmässä. Diabeetikon raskaudessa nämä ongelmat ovat yleensä korostuneempia.

Makrosomian diagnoosi perustuu yleensä ultraäänitutkimukseen ja kliiniseen tutkimukseen. On olemassa erilaisia ultraääniparametreja, joiden kyky ennustaa makrosomiaa on vaihteleva. Toiset ovat parempia makrosomian poissulussa (negatiivinen ennusteellinen arvo) ja toiset taas makrosomian ennustamisessa (positiivinen ennusteellinen arvo). Sikiön kasvua voidaan diabeetikkoraskaudessa yrittää optimoida parantamalla sokeritasapanoa, mutta monessa moitteettomasti edistyneessä diabeetikon raskaudessa sikiö on kuitenkin makrosominen. Onnistuuko sikiön liiallisen kasvun pysäyttäminen synnytyksen käynnistämisellä? Onnistuu, mutta onnistuuko silloin alatiesynnytys? On muistettava että 39 viikon jälkeen sikiön kasvu luonnollisesti taantuu. Ei-diabeetikon raskaudessa synnytyksen käynnistäminen ei vähennä synnytyskomplikaatioita; päinvastoin: terveen äidin raskaudessa makrosomiaepäilyn takia käynnistetty synnytys selvästi lisää sektiosynnytyksen riskiä vähentämättä neonataaliongelmia. Sekä tyyppi 1 DM että gestaatio-DM ovat sinänsä riskitekijöitä traumaattiseen synnytykseen.

Makrosomia todetaan parhaiten tekemällä sekä ultraääni- että kliininen tutkimus. Jos epäillään makrosomiaa, normaalissa raskaudessa synnytystä ei kannata käynnistää, koska se lisää sektioriskiä parantamatta lapsen ennustetta ja vähentämättä perinataaliongelmia. Jos sikiön painoarvio lähestyy 5000 g eikä aiemmin ole ollut alatiesynnytyksiä, sopivin synnytystapa olisi elektiivinen sektio. Diabeetikolle sopivin synnytystapa on elektiivinen sektio, jos arvioitu sikiön paino on 4250g–4500g pariteetista ja raskaushistoriasta riippumatta. Diabeetikon synnytyksen käynnistykseen ennen laskettua aikaa muissa kuin obstetrisissa indikaatioissa (esim. hepatogestoosi, pre-eklampsia, koholla oleva lapsiveden erytropoietiini) täytyy suhtautua pidättyväisesti. Aiemmin esiintynyt dystokia ilman Erbin pareesia ei ole alatiesynnytysyrityksen este, mikäli synnytys käynnistyy spontaanisti ja sikiön koko on arvioitu edellistä pienemmäksi.

Makrosomiaepäily ja edellinen Erbin pareesi (dystokian yhteydessä tai ilman) antaa aihetta elektiiviseen sektioon.

On muistettava että alatiesynnytys voi aina muuttua sektioksi ja hyviä obstetrisia sääntöjä alatiesynnytyksestä on syytä noudattaa jokaisessa synnytyksessä, erityisesti jos epäillään makrosomiaa. Vanha sanonta, että synnytys itse on paras synnytystapa-arvio pitää edelleen paikkansa, joten kollegojen käsiä ei kannattaa sitoa sanomalla esim. ”ei saa tehdä imukuppia”, ”synnytys pitää edistyä 1 cm per tunti” tms. Jokaisen synnyttäjän synnytystapa-arvion täytyy olla hyvin yksilöllinen ottaen huomioon mahdollisen diabeteksen, obstetrisen anamneesin ja äidin antropometriset parametrit. ■

■ Teksti ja kuvat ERVO VESTERINEN

Kasvattava taide

Aleksanteri Ahola-Valon elämänfilosofian jäljillä

Kasvatustieteiden kunniatohtori, graafikko ja taidemaalari Aleksanteri Ahola-Valon (1900–1997) lähes vuosisadan mittaisessa elämässä taide ja lääketiede kietoutuivat erottumattomasti toisiinsa. Erityisen mielenkiintoinen on se seikka, että Ahola-Valo vietti elämänsä kolme ensimmäistä vuosikymmentä Venäjällä. Hän opiskeli lääketiedettä Pietarissa ja taidetta Vitebskin taidekoulussa kohoten ennen Stalinin vainoja merkittävään asemaan sekä taiteilijana että lääketieteellisenä organisaattorina.

Aleksanteri Ahola-Valo analysoi Rudolf Koivun taidetta Tuuloksessa 1995 muistellen yhteisiä vuosia Suomen Piirtäjäin liiton johtokunnassa 1933–1941.

Aleksanteri Ahola-Valo oli korkealle arvostettu kulttuuripersoonallisuus, jonka kehittämä elämänfilosofia perustuu lapsuuden kunnioittamiseen ja yksilön itsekasvatuksen kannustamiseen. Hänen maailmankatsomuksessaan muun muassa yhteiskuntasuhteet, terveyttä ylläpitävät jokapäiväiset toiminnot sekä ajankäytön maksimoiminen ovat avainasemassa. Ahola-Valon filosofiaa on runsaasti dokumentoitu monin kirjoituksin, kirjoin sekä yliopistollisin opinnäyttein. Itse tutustuin Ahola-Valoon lyhyesti, kun hän vieraili Rudolf Koivu -taidenäyttelyssä Tuuloksessa 1995. Taiteilijan kuoleman jälkeen sain mahdollisuuden kartoittaa hänen kirjakokoelmaansa, jossa on lukuisia merkittäviä vanhan Venäjän ja Neuvostoliiton aikaisia lääketieteen ja taiteen teoksia. Näistä kirjoista olen kertonut lähemmin mm. Bibliophiloksen (I/2008) artikkelissani.

Aleksanteri Ahola-Valon elämänkaari

Aleksanteri Ahola-Valo syntyi 27. tammikuuta 1900 Impilahdella Laatokan Karjalassa Petteri ja Ida Aholan (o.s. Kultalahti) esikoisena. Varhaiset vuotensa hän varttui Viiritsan kyläyhteisössä Inkerissä, jonne hänen perheensä oli lähetetty maansisäiseen karkotukseen 1907. Lukuisten Ahola-Valon kirjoittamien päiväkirjojen avulla on mahdollista seurata yksityiskohtaisesti yhteisön tapahtumia. Vuonna 1916 Ahola-Valo muutti Pietariin, jossa opiskeli lääketiedettä. Sittemmin hän muutti Valko-Venäjälle Vitebskiin, jossa kävi taideteollis-teknisen koulun iltalinjaa vuosina 1921–23. Samassa koulussa oli ollut opettajana muun muassa Marc Chagall, jonka jälkeen suprematistisen ohjelman opettajaksi tuli Kazimir Malevitš 1919. Yehuda Pen, Ahola-Valon opettaja, oli ollut myös merkittävän avantgardistin ja graafikon El Lissitzkyn opettaja. Taiteilijana Ahola-Valo sai huomiota etenkin siirryttyään Minskiin, jonne Valko-Venäjän laajentamiskomitea hänet lähetti 1924. Ahola-Valon ateljee nousi paikallisen taide-elämän keskukseksi. Jouduttuaan erimielisyyksiin kommunistisen puolueen kanssa hän pakeni kaupungista. Hieman myöhemmin Minskin väestö joutui Stalinin puhdistusoperaatioiden kohteeksi, ja huomattava osa sivistyneistöstä surmattiin. Vainojen alettua Ahola-Valo pelastautui muuttamalla Moskovaan ja osallistumalla nuoren tasavallan rakentamiseen arkkitehtina ja suunnittelijana.

Vuosina 1931–33 Aleksanteri Ahola-Valo työskenteli Moskovan Äitiyden ja Lastensuojelun Instituutin keskeisissä lääketieteellisissä suunnittelutehtävissä esimiehenään lastentautiopin professori E. A. Feder. Näihin aikoihin Ahola-Valolla oli muitakin merkittäviä tuttavuuksia, joista mainittakoon Karl Radek (s. 1885), vasemmistokommunistien johtaja, lehtimies ja poliitikko, joka sittemmin teloitettiin maanpetturuudesta. Stalinin otteen kiristyessä Ahola-Valo ehti paeta Neuvostoliitosta Suomeen hyvissä ajoin vuoden 1933 alussa.

Suomen siirryttyään Ahola-Valo työskenteli muun muassa graafikkona. Hänen piirustuksiaan julkaistiin vasemmiston kulttuurilehdissä, ja näin

hän oli osaltaan rikkomassa ajan kansallisen taideideologian hegemoniaa. Talvisodan puhjettua Ahola-Valo joutui Tammisaareen turvasäilöön, josta hänet vapautettiin vasta talvisodan jälkeen. Vuonna 1946 Ahola-Valo muutti Ruotsiin lähes 40 vuodeksi. Sittemmin, siirryttyään takaisin Suomeen, Ahola-Valo perusti ajatustensa kehittämiseksi Elpo ry:n Hämeenlinnaan 1983 ja siirsi omaisuutensa perustamalleen Valola-säätiölle 1990. Kesällä 1997 Oulun yliopisto kutsui Ahola-Valon kasvatustieteellisen tiedekunnan kunniatohtoriksi. Samana vuonna Aleksanteri Ahola-Valo kuoli 97 vuoden ikäisenä.

Aleksanteri Ahola-Valon kirjasto

Ahola-Valon kirjakokoelma sisältää hieman yli tuhat nidettä, jonka lisäksi siihen kuuluu runsaslukuinen joukko käsikirjoituksia, muistiinpanoja, lehtiä ja lehtileikkeitä. Venäjänkielisten kirjojen osasto tekee kokoelmasta hyvin merkittävän, koska kokoelman lääketieteeseen ja taiteeseen liittyvät kirjat ovat nykyään suuria harvinaisuuksia. Venäläisen osaston vanhimmat kirjat, joita Ahola-Valo hankki vuodesta 1916 lähtien, käsittelevät pääosin käytännön lääketiedettä ja historiaa. Koko 1920-luvun taidekirjat ja näyttelyluettelot ovat olleet keskeisimpiä hankintoja. Vanhimmat taidekirjat ovat myös vuodelta 1916. Teoksista löytyy muun muassa Olga Rozanovan, Yuri Annenkovin, Frans Masereelin ja Sergei Chekhonin´n kirjagrafiikkaa.

Lopuksi

Ahola-Valon taiteesta on käytetty nimikkeitä realismi, symbolismi, futurismi ja uusasiallisuus. Itse hän koki edustavansa realismia, joka sopi parhaiten hänen elämänkatsomukseensa ja Vitebskissä hän valitsikin oppilinjakseen realismin. Aikansa venäläisten avantgardistien vaikutus on kuitenkin ilmeistä hänen varhaisissa töissään, jotka osin liittyvät ajanjakson propagandistisiin päämääriin. Myöhemmin elämässään, 1930-luvun jälkeen, Ahola-Valon taide ja lääketiede kasvoivat yhä selvemmin osaksi hänen filosofiaansa, jossa taidekasvatukselliset ulottuvuudet korostuvat. ■

Äiti ja lapsi (Kaikkeuden äiti). Luonnos lasimaalausta varten 1949.

■ Teksti ja kuvat PEKKA VENESMAA

Ankanmaksaa ja cassoulet´ta Canal du Midin varrella

Viime kesänä pyöräilimme Midin kanavan vartta Toulousesta Seteen. Canal du Midi rakennettiin 1600-luvulla yhdistämään Biskajan lahden pohjukassa oleva Bordeauxin kaupunki Välimeren rannalla olevaan Port-la-Nouvelleen. Kanavan rakentamisella pyrittiin välttämään Englannin hallitseman Gibraltarin ohitus ja nopeuttamaan tavaraliikennettä Atlantilta Välimerelle. Kaiken kaikkiaan kanava on pituudeltaan noin 450 km ja on nykyisin jokseenkin pelkästään huvivenekäytössä.

Plataanien varjossa Canal du Midin varrella

Oma matkaosuutemme oli noin 330 km, johon sisältyi pari yhteensä noin 100 km:n poikkeamaa ympäristön nähtävyyksiä katsomaan. Joinakin pyöräilypäivinä lämpötila nousi 30 asteen tuntumaan, mutta pyöräilyä helpotti kanavan vartta reunustavien plataanipuiden lehvistön varjo ja ehkä myös veden läheisyyden tuoma viilennys. Ajoittain ajoura oli huomattavan kapea ja puiden juurien muhkuroima, mutta pääosin hyvin ajettavissa käytössämme olleilla hyväkuntoisilla maastopyörillä. Ensimmäisen päivän päätepiste Toulousesta lähdön jälkeen oli Castelnaudary, jota kutsutaan myös cassoulet'n (ranskalaisen papupadan) pääkaupungiksi. Siellä vietimme pari yötä ja teimme toisena pyöräilypäivänä retken mäkisempään maastoon vailla plataanipuiden varjoa yli 30 asteen helteessä. Kolmantena pyöräilypäivänä palasimme kanavan rantaan puiden varjoon ja siirryimme matkamme ehkä kiintoisimpaan kohteeseen, Carcassonnen keskiaikaiseen, muurien ympäröimään linnoituskaupunkiin, jonka muurien suojassa vietimme pari yötä. Seuraavana päivänä oli tarkoitus pyöräillä parinkymmenen kilometrin päässä olevaan Saint Hilairen pikkuluostariin, mutta pääryhmä eksyi seitsemän kilometrin "sissiretkelle" Carcassonen läheiseen metsikköön ja niinpä meitä varsinaiseen kohteeseen päässeitä oli vain neljä. Carcassonnesta matka jatkui Narbonneen ja loppumatkan aikana oli vähäistä sadetta, mikä jäikin matkan ainoaksi sadekokemukseksi. Seuraavana päivänä siirryimme aurinkoisessa säässä osin merenrantaa myötäillen Seteen, jonne matkamme päättyi.

Matkan aikana nautitut lounaat koostuivat useimmin yhdestä tai kahdesta ruokalajista ja vain aniharva tyytyi pelkkään veteen ruokajuomana. Iltaruoat käsittivät tavallisesti kolme ruokalajia. Kun neljännen kerran alkuruokana oli ankanmaksaa, niin joukosta kuului jo pientä napinaa: taasko? Onhan tuo herkku varsin kaloripitoista, eikä ajamamme matka alkuunkaan riittänyt tuon ylimääräisen rasvamäärän polttamiseen. Ankanmaksapateen korvikkeeksi ohessa on Gloria-leh-

Ankanmaksapatee Castelnaudaryssa

Ankanmaksapatee toisen kerran Carcassonnessa

Ankanmaksapatee Carcassonnessa

Ankanmaksapatee Narbonnen tapaan

destä poimimani broilerinmaksapateen resepti.

Matkallamme mieleenpainuvin ruoka oli Castenaudaryssa nautittu cassoulet eli ranskalainen papupata. Cassoulet tulee sanasta cassole, joka tarkoittaa lasitettua savipataa. Pääraaka-aineena ovat tällä seudulla kasvatetut pavut, mieluiten saman vuoden satoa. Tärkein raaka-aine papujen ohella on Toulousen makkara (karkearakenteinen posaanlihasta tehty raakamakkara), muina aineksina voi olla lampaanlihaa, possua, ankkaa ja jopa peltopyytä. Koska tämä ruoka on hyvin täyttävää, lisukkeeksi riittää pelkkä kevyt salaatti. Ruoan valmistamiseen on syytä varata aikaa ja se kannattaa tehdä jo edellisenä päivänä, koska uudelleen lämmittäminen vain parantaa makua.

Cassoulet olikin pääruokana järjestämässäni jokasyksyisessä serkkujeni tapaamisessa. Mielestäni parhaan reseptin tähän ruokalajiin löysin jo alkuvuodesta Helsingin Sanomien ruokatorstain sivuilta, vaikka kirjahyllyssäni on muutama kirja, joissa on reseptejä tästä samasta aiheesta. Ruokatorstain sivuilta on peräisin myös oheinen omenapiirakan resepti, jota kannattaa kokeilla. Etelä-afrikkalainen pienikuplainen Pongrácz-kuohuviini kirvoitti kielet serkkutapaamisen yhteydessä ja cassoulet'ta huuhdeltiin alas Chateau La Gorce 2005-punaviinillä, jota voi lämpimästi suositella.

Castelnaudaryn cassoulet

Castelnaudaryn cassoulet-annos

Uudenmaankadun broilerinmaksapatee sipulihillokkeen kera.

Uudenmaankadun cassoulet.

Broilerinmaksapatee

(Mousse de foies de volaille)

600 g broilerinmaksaa
2 sipulia
2–4 valkosipulinkynttä
½ dl konjakkia tai calvadosta
125 g voita
8 anjovisfileetä
1 rkl silputtua, tuoretta rakuunaa
1 tl rouhittua viherpippuria
1½ tl suolaa

Sulata ja valuta maksat. Hienonna sipuli ja valkosipulinkynnet.

Sulata voita pannulla ja kuullota sipulisilput miedolla lämmöllä. Lisää broilerinmaksat ja paista ne juuri ja juuri kypsiksi. Lisää konjakki ja sytytä se palamaan. Sekoittele kunnes liekit sammuvat.

Nosta pannu levyltä, lisää loppu voista paloina ja anna sulaa. Lisää jäähtyneeseen maksaseokseen anjovisfileet ja jauha seos sileäksi massaksi sauvasekoittimella tai monitoimikoneella. Mausta massa suolalla, pippurilla ja rakuunalla. Laita levite noin ½ litran vetoiseen vuokaan. Anna jähmettyä jääkaapissa.

Kumoa patee, leikkaa viipaleiksi ja tarjoa punasipulimarmeladin, salaatin ja paahtoleivän kera.

Punasipulimarmeladi

(Marmelade d'oignons rouges)

450 g punasipuleita
2–3 valkosipulinkynttä
2 rkl voita
½ tl timjamia
½ dl balsamicoa
3 rkl hunajaa tai Cane-siirappia
2/3 dl rusinoita

Kuori ja viipaloi sipulit ohuiksi renkaiksi. Sulata voi kattilassa, lisää sipulit ja kypsennä sekoitellen noin 20 minuuttia.

Lisää joukkoon hienonnetut valkosipulinkynnet, rusinat ja muut mausteet. Kypsennä kannen alla 15 minuuttia, kunnes sipulit ovat täysin pehmenneet. Jäähdytä huoneenlämpöiseksi.

Cassoulet eli ranskalainen papupata

(10–15 annosta)

1 kg kuivia valkoisia papuja (esim canneloni)
360 g luutonta nahallista, suolattua siankylkeä
1 porkkana
1 sipuli
2 neilikkaa
bouquet garni eli yrttikimppu (pari laakerinlehteä, persiljaa timjamia ja/tai rosmariinia)
2–4 valkosipulin kynttä
suolaa
kokonaisia mustapippureita
Lihat:
2 rkl hanhen- tai ankanrasvaa
250 g possun lapaa
250 g lampaanpaistia
2 sipulia
1 porkkana
500 g tuoremakkaroita
puoli tlk kokonaisia säilyketomaatteja
1½ l lihalientä
2–4 valkosipulinkynttä
bouquet garni
suolaa
mustapippuria
Viimeistelyyn:
2–3 palaa ankka- tai hanhiconfitia (tölkistä tai itse tehtyä)
tuoretta vaaleaa leipäraastetta
hanhen- tai ankanrasvaa (lihalientä)

Papupataa kannattaa tehdä kerralla reilu annos. Valmistaminen vie aikaa ja pata maistuu hyvältä myös lämmitettynä. Aloita pavuista. Liota papuja runsaassa kylmässä vedessä yön yli.

Valuta ja huuhtele pavut juoksevassa vedessä ja pane kattilaan. Kaada päälle kylmää vettä niin, että pavut juuri ja juuri peittyvät. Kuumenna kie-

humispisteeseen. Kuori vaahto ja lisää siankylki, paloiteltu porkkana ja halkaistu sipuli, johon on pistetty neilikat. Lisää mausteet, mutta ei suolaa.

Keitä hiljalleen, kunnes pavut ovat juuri kypsiä eli noin tunnin verran. Älä keitä liikaa. Lisää suola kypsymisen puolivälissä.

Valmista lihat papujen kypsyessä. Paloittele lihat parin, kolme sentin kuutioiksi. Kuori ja hienonna sipuli. Kuori ja kuutioi porkkana.

Pane ankan- tai hanhenrasva sopivan kokoiseen paistokasariin. Ruskista siinä possu- ja lammaskuutiot huolellisesti. Lisää sipuli ja porkkana. Sekoita ja anna kasvisten saada väriä. Mausta suolalla ja pippurilla.

Ruskista makkarat erillisessä pannussa. Valuta pannulta rasva ja leikkaa makkarat suupaloiksi. Yhdistä lihojen joukkoon. Lisää tomaatit ja hienonnettu valkosipuli. Lisää lihaliemi ja maustekimppu.

Hauduta lihoja kannen alla noin tunti. Nostele lihat liemestä reikäkauhalla ja säästä haudutusneste.

Kuumenna uuni 150 asteeseen. Lämmitä ankkaconfitia pannulla niin, että rasva irtoaa. Poista koivista nahka ja leikkaa tai revi liha suupaloiksi.

Valuta kypsät pavut ja säästä keitinliemi. Leikkaa nahka irti kypsästä siankyljestä. Pilko liha ja nahka paloiksi. Asettele nahanpalat uunivuoan pohjalle rasvapuoli alaspäin.

Levitä puolet pavuista astian pohjalle. Asettele kaikki lihat papujen päälle tasaiseksi kerrokseksi. Lisää loput pavut päälle. Kaada vuokaan lihojen kypsytysneste. Lisää tarvittaessa lihalientä ja papujen keitinlientä niin, että pavut peittyvä. Levitä päälle kerros leipäraastetta.

Pane vuoka uuniin noin tunniksi. Sekoita pataa niin, että leipäraastekerros sekoittuu papujen joukkoon. Lisää uusi kerros raastetta ja valuta sille ankanrasvaa. Kypsennä taas tunti ja sekoita. Lisää vielä uusi leipäraastekerros ja ankanrasvaa. Kypsennä vielä tunti.

Apple pie Uudenmaankadulla.

Amerikkalainen omenapiiras

Apple pie

Täyte:
Noin 1 kg happamia omenoita (esim Granny Smith, 6–8 kpl)
1¾ dl hillosokeria
1 tl kanelia
1 maustemitallinen muskottia
ripaus suolaa
2 rkl vehnäjauhoja
2 rkl voita
Taikina:
4½ dl vehnäjauhoja
½ tl suolaa
2 rkl sokeria
150 g kylmää voita
vajaa dl jäävettä
Päälle:
Kuohukermaa
Sokeria

Tee ensin täyte. Kuori omenat ja poista siemenkota. Leikkaa omenat ohuiksi viipaleiksi.

Sekoita sokeri, kaneli, muskotti, suola ja jauhot. Ripottele seos tasaisesti omenaviipaleiden joukkoon.

Tee sitten taikina. Mittaa kuivat aineet kulhoon ja lisää voi joukkoon herneen kokoisina paloina. Murusta seos sormin tai tehosekoittimessa.

Lisää joukkoon kylmä vesi ja sekoita nopeasti taikinaksi. Kääri kelmuun ja pane jääkaappiin puoleksi tunniksi.

Jaa taikina kahteen osaan ja pyöritä palloiksi. Kasta toinen paloista vehnäjauhoihin ja kaaviloi kahden leivinpaperin välissä ohut, pyöreä levy, joka peittää pyöreän vuoan (halkaisija 23–24 cm) pohjan sekä reunat. Kaaviloi toinen pala piirakan kanneksi.

Nosta omenaviipaleet vuoan keskelle korkeaksi keoksi ja vuole päälle voi. Voitele reunat vedellä, peitä piiras taikinakannella ja nipistele reunat kiinni.

Voitele pinta kermalla ja ripottele päälle hieman sokeria. Pistele haarukalla tai leikkaa veitsellä pintaan höyryaukkoja.

Pane piiras 200-asteiseen uuniin alatasolle 15 minuutiksi. Laske lämpöä ja kypsennä 175 asteessa noin 45 minuuttia. Anna jäähtyä hieman ennen tarjoilua.

Tarjoile vaniljakastikkeen tai vaniljajäätelön kera. ■

■ Teksti ja kuvat MERJA METSÄ-HEIKKILÄ

HYKS:n Naistenklinikka täytti 75 vuotta

Naistenklinikan henkilökunta ja ystävät kokoontuivat lokakuisena perjantaina juhlistamaan klinikan pitkää taivalta ”työn merkeissä” Biomedicumin suureen luentosaliin. Juhlasymposiumin luennot kattoivat klinikan koko elämänkaaren sen syntyajoista tähän päivään.

Arkkiatri Risto Pelkonen sekä nykyisiä ja entisiä naistenklinikkalaisia: Olavi Ylikorkala, Eeva-Marja Rutanen, Aila Tiitinen, Olavi Karjalainen.

Klinikkaryhmän johtaja Maija Haukkamaa kertoi klinikan viime vuosista.

Arkkiatri Risto Pelkonen kertoi tervehdyksessään, että "ellen olisi kavahtanut veistä ja verta, olisin ehkä valinnut tämän erikoisalan."

Samma på svenska: professori Carl-Gustaf Nilsson kertasi puheessaan merkittäviä lääketieteellisiä virstanpylväitä Naistenklinikan historiassa.

Kaiken voi katsoa alkaneen siitä, kun Seth Wichmann kutsui vuonna 1929 poliitikkoja Miina Sillanpään johdolla tutustumaan vanhan Kätilöopiston sekasortoisiin tiloihin. Poliitikot olivat tyrmistyneitä näkemästään ja Miina Sillanpää etunenässä alkoivat ajaa uuden naistenklinikan rakentamista. Arkkitehdiksi saatiin professori Jussi Paatela ja vaikka elettiin kolmikymmenluvun laman aikaa, rakennus valmistui ja avajaisia vietettiin 1934.

Rakennuksen lisäksi tarvitaan osaajia

Naistenklinikalta ovat lähtöisin monet nykyään itsestäänselvyyksinä pitämämme havainnot ja keksinnöt. Sakari Timonen toi PAPA:n käytön kohdunkaulasyövän esiasteiden havaitsemiseen, Esko Purola ja Eeva Savia huomasivat ensimmäisinä maailmassa HPV:n ja kohdunkaulan syövän yhteyden, Bengt Meyer toi kolposkopian Suomeen Saksasta. Monet endokrinologiset oivallukset ovat myös syntyneet klinikan tutkijoiden toimesta, obstetrisella puolella maininnan ansaitsevat vaikkapa PROM-testin kehittäminen tai gestaatiodiabeteksen hoidon vakiinnuttaminen. Klinikka on ollut edelläkävijä päiväkirurgian ja mini-invasiivisen inkontinenssikirurgian alalla, samoin lapsettomuushoidoissa yhden alkion siirroissa.

Tänä päivänä Naistenklinikan Womens' Health -tutkimusohjelma on yksi kuudesta suuresta lääketieteellisen tiedekunnan tutkimusohjelmasta. Yhdessä Stakesin kanssa toteutettu Vuokko-tutkimus on esimerkki tutkimuksesta, joka on muuttanut kliini-

Naistenklinikka 75 vuotta

"Elokuvaohjaaja", erikoislääkäri Päivi Pakarinen.

Sairaalalääkäri Henriikka Utriainen kysyi: onko sairaalalääkärillä elämää? Enemmistö nykyisistä sairaalalääkäreistä on pienten lasten äitejä ja hänen omassa kalenterissaan oli 46 yöpäivystystä ja 12 iltapäivystystä vuoden aikana, joten kysymys on aiheellinen. Yhteiset riennot kuitenkin jättävät useimmille mukavat muistot klinikka-ajasta.

Kätilö Marja Jalkanen muisteli myös uransa alkuvaiheitä: paljon tehtiin ja potilaan pääasiallinen homma oli oleskella vuoteessa. Pitkä matka on kuljettu hoitotyössä tämän päivän hoitokäytäntöihin.

siä hoitokäytäntöjä sekä kansallisesti että globaalisti.

...ja moniosaajia

Paljon on tapahtunut 75 vuodessa. Jos Seth Wichmann tai Laimi Leidenius pääsisivät katsomaan tämän päivän työskentelyä klinikalla, he tuskin uskoisivat silmiään. Erikoislääkäri Päivi Pakarinen oli käsikirjoittanut, ohjannut, kuvannut ja leikannut tilaisuudessa nähdyn mainion filmin "Erikoislääkärin elämää: Kiwikupista robottiin" klinikan arjesta syksyllä 2009. Kehitys on ollut hengästyttävää – niin teknisesti kuin osaamisenkin osalta.

Muutos on pysyvää?

Niin HYKS kuin Naistenklinikkakin ovat olleet suurten muutosten kohteena viime vuosina. Vuonna 1995 luovuttiin kahden klinikan systeemistä. HUS aloitti toimintansa 2000 ja Naistenklinikasta ja Kätilöopistosta muodostettiin naistensairaala. Peijaksen sairaalan naistentautiyksikkö sulautettiin Kätilöopiston sairaalaan 2003 ja Jorvista tuli osa naistensairaalaa 2006. Viimeinen suoraan klinikkaa koskeva muutos tuli vuonna 2008, kun muodostettiin naisten- ja lastentautien tulosyksikkö.

Tämänkin jälkeen muutokset ovat jatkuneet, viimeksi HYKS:n keskushallinnossa. Naistenklinikan nykyinen klinikkaryhmän johtaja Maija Haukkamaa on jäämässä eläkkeelle ja hänen tilalleen valittiin 1.12. työnsä aloittanut LT, erikoislääkäri Raimo Kekkonen.

Keskusteleva ja kuunteleva johtaja

Raimo Kekkonen tulee klinikalle Lohjan sairaalan johtajan pestistä, jota hän on hoitanut viimeiset 13 vuotta. Sitä ennen hän on ehtinyt hankkia niin yleislääketieteen kuin naistentautien ja synnytystenkin erikoislääkärin pätevyydet, väitellä ja saada hallin-

Raimo Kekkonen, Naistenklinikan klinikkaryhmän johtaja.

non pätevyyden. Viimeisin huomionosoitus oli lääkintöneuvoksen titteli viime vuonna.

Raimo Kekkonen ei koe hankalana palata entisten työtovereiden johtajaksi, siitä asetelmasta hänellä on paljon aiempaakin kokemusta.

– Näen sen positiivisena asiana. Voidakseen johtaa on tunnettava sekä substanssi että substanssia hoitavat asiantuntijat, perustelee Raimo.

Työuralla siirtyminen Naistenklinikalle muodostaa jatkumon.

– Yhteistyö on tuttua sekä kunnalliselle puolelle että HUS:n hallintoon. Naistenklinikka on hieman Lohjan sairaalaa suurempi sekä henkilöstöltään että budjetiltaan. Entisessä työssäni olin lähempänä kuntia ja poliittista päätöksentekoa, uudessa tehtävässä taas substanssia ja omaa erikoisalaani.

– Työssäni on tärkeää yhdistää asioiden ja ihmisten johtaminen, ilman toista ei ole toista. Pidän itseäni moneen suuntaan yhteistyöhön kykenevänä. Johtajan tehtävänä on keskustelun ja kuuntelun kautta luoda linja, jota kohti organisaatio kulkee, kuvailee Raimo itseään johtajana.

Perheiden ja naisten oikeudet fokuksessa

Lama ja kuntatalouden kriisi koskevat koko sairaan- ja terveydenhoitoa. Sen Raimo Kekkonen näkee ensimmäisenä isona haasteena uudessakin tehtävässään. Toinen merkittävä lähitulevaisuuden asia on Naistenklinikan ison remontin ja tilankäyttösuunnitelman läpivieminen.

– Toimimme kolmessa kiinteistössä ja näen, että olisi erittäin tärkeää luoda näiden yksiköiden välille vahva yhteisyyden tunne, yhteen hiileen puhaltamisen henki, sanoo Raimo.

HYKS:n uusi hallintomalli on aiheuttanut paljon puhetta ja se vaatii vielä työstämistä.

– Henkilöstölle se on ollut iso asia, mutta pitää aina pitää mielessä, että olemme Suomen ja Pohjoismaiden suurin synnytys- ja naistentautiyksikkö, jolla on oma vahvuutensa ja voimansa, oma ammattitaitonsa, jota tuoda esille. Kaikissa hallintomalleissa on aina joku yläpuolella, tässä haluan korostaa omanarvontuntoista yhteistyötä, Raimo Kekkonen muistuttaa.

Nykyisellä organisaatiolla voidaan siis elää, ainakin niin kauan kunnes kenties tuleva terveydenhuoltolaki jälleen pistää kaiken uusiksi.

Vaikka verorahoitus väestörakenteen muuttuessa hiipuukin, Raimo Kekkonen ei näe mahdolliseksi omalla erikoisalallamme, etenkään synnytyspuolella, juuri enää lisätä yksityisen sektorin roolia.

– Toivon että perheet ja naiset voidaan edelleen hoitaa julkisen sektorin puolella.

– Kansainvälisiä näyttöjä ei ole siitä, että yksityinen taho pystyisi tuottamaan palveluita halvemmalla kuin julkinen sektori. Sairaalat eivät ole kustannuskriisissä, kyse on rahoitusongelmista. Tässä on kyse perheiden ja seksuaaliterveysoikeuksista ja niistä meidän tulee pitää kiinni. Pirstomalla emme voi taata tätä asiaa paremmin, toteaa Raimo Kekkonen painokkaasti. ■

■ Teksti SEIJA GRÉNMAN, MERJA METSÄ-HEIKKILÄ
■ Kuva Merja Metsä-Heikkilä

Suomelle edustus FIGO:n

Lokakuun alussa runsas joukko SGY:n jäseniä osallistui FIGO:n XIX kokoukseen Kapkaupungissa, Etelä-Afrikassa. Kokoukseen osallistui yli 8000 edustajaa 124 maasta, joissa elinolosuhteet, koulutus ja terveydenhuolto poikkeavat huomattavasti toisistaan. Ohjelmatarjonta oli runsas tarjoten kuultavaa kehitysmaiden äitikuolleisuudesta robottikirurgiaan ja uusimpaan tietoon kantasolututkimuksesta.

Ohjelmaan oli otettu myös aiemmin arkoina pidettyjä aiheita, joista FIGO:n jäsenillä on toisistaan poikkeavia käsityksiä uskonnosta ja kulttuuritaustasta johtuen. Seksuaaliterveyttä ja sairauksien vaikutuksia seksuaalisuuteen käsiteltiin kahdessa eri sessiossa ja kokouksen aikana lanseerattiin FIGO:n teettämä naisten ympärileikkauksia käsittelevä video, joka ei varmasti jättänyt ketään kylmäksi! Se jaettiin kongressipaketissa kaikille osanottajille ja on toivottavaa, että mahdollisimman moni suomalainenkin kollega saa tilaisuuden nähdä tämän Meryl Streepin juontaman filmin esimerkiksi klinikkameetingissä.

FIGO Stage gynekologisten syöpien luokittelussa on tuttu käsite useimmille gynekologeille, mutta mitä muuta obstetriikan ja gynekologian maailmanjärjestö pitää sisällään? FIGO perustettiin 1954 Genevessä. Ennen Kapkaupungin kokousta siihen kuului 113 maata, siellä jäsenmaiden määrä nousi 124:ään. FIGO:lla on neljä pääkomiteaa: Ethics, Gynecologic Oncology, Sexual and Reproductive Rights ja Safe Motherhood and Newborn health (SMNH). Merkittävä osa työstä tehdään komiteoissa ja työryhmissä.

FIGO:n hallitukseen eli Executive Boardiin kuuluu kuusi henkilöinä valittua virkailijaa sekä 24:n maan gynekologiyhdistysten edustajat. Hallituksen jäsenten kausi on joko 3 tai 6 vuotta ja jatkuvuuden turvaamiseksi vain osa jäsenistä vaihtuu kolmen vuoden välein. Tärkein virkailija on luonnollisesti järjestön presidentti ja SGY voi ylpeillä sillä, että professori Markku Seppälä hoiti tuota virkaa 1997–2000. Hän teki sitä ennen FIGO:ssa 15 vuoden uran, ensin 9 vuotta Executive Boardin jäsenenä ja sitten 6 vuotta virkailijana.

FIGO:n yleiskokous eli General Assembly kokoontuu FIGO:n kokouksen kuluessa kahtena päivänä ja äänestyksissä maan äänimäärä riippuu yhdistyksen jäsenten lukumäärästä. Suomella on kolme ääntä ja mahdollisuus kuuteen edustajaan. Tällä kertaa edustajina olivat Seija Grénman, Juha Mäkinen, Kaarin Mäkikallio-Anttila, Kati Ojala, Veli-Matti Ulander ja Antti Valpas. Suhteellisen monimutkaisessa kaksipäiväisessä äänestysprosessissa valittiin virkailijoita ja vaihtovuorossa olevat 17 hallituksenjäsentä.

Pohjoismaista on perinteisesti ollut edustaja FIGO:n hallituksessa. Ruotsalaisen Elisabeth Perssonin ollessa erovuorossa SGY:lle tuli mahdollisuus asettaa oma ehdokkaamme vaaliin. Prosessi muistutti ajoittain Euroviisujen äänestystä, eikä Suomen ehdokkaan valinta suinkaan ollut itsestään selvää muiden Pohjoismaiden tuesta huolimatta, sillä riittävä äänimäärä edellytti tukea myös Euroopan ulkopuolelta. Toisen kokouspäivän iltana, pudotuspelin tulosten selvittyä voitiin kuitenkin todeta, että SGY sai toisen kerran historiansa aikana Executive Boardin paikan.

Seija Grénman Executive Boardiin

Yhdistyksemme oli asettanut ehdokkaakseen Executive Boardiin Seija Grénmanin. Hän joutui lähtemään kotimatkalle jo ennen äänestystä, mutta sai tiedon valinnastaan lentokentälle Juha Mäkisen lähettämällä tekstiviestillä.

Seija toimii TYKS:n naistenklinikalla osastonylilääkärinä gynekologisen syövän sektorilla.

– Lukuunottamatta reunakoulutuksia ja paria USA:ssa vietettyä vuotta olen ollut siellä töissä erilaisissa tehtävissä valmistumisestani saakka. Kliinisen työni lisäksi tehtäviini kuuluu melkoisesti myös sektorin toiminnan pyörittämistä ja kehittämistä sekä opetusta ja erilaisten koulutustilaisuuksien järjestämistä. Suolana on tutkimustyö ja sen mukanaan tuomat yhteistyökumppanit, kertoo Seija arjestaan.

Seijan perheeseen kuuluvat TYKS:ssä toimiva korvalääkäri-puoliso, poika vaimoineen ja kaksi tytärtä. Heistä nuorin on enää kotona. Lukeminen, liikunta ja elokuvat erityisesti nuorimman tyttären kanssa kuuluvat harrastuksiin.

– Koko perheen voimin erakoidumme silloin tällöin mökille keskelle luontoa, ilman TV:tä, radiota ja tietokoneita, paljastaa Seija.

Aktiivinen järjestöihminen

– Olin aktiivinen Turun Lääketieteen kandidaattiseurassa, mutta varsinaiseen järjestötoimintaan olen tullut mukaan vasta valmistuttuani erikoislääkäriksi. SGY:ssä olin sihteerinä Risto Erkkolan aisaparina SGY:n viettäessä 70-vuotisjuhliaan ja sen jälkeen pari vuotta hallituksen jäsenenä. Sieltä Nils-Erik Backas bongasi minut Suomen edustajaksi NFOG:n tieteelliseen toimikuntaan, jota vedin puheenjohtajana kuusi vuotta. Pesti NFOG:n puheenjohtana alkoi 2006 ja nyt on meneillään toinen kaksivuotiskausi, joka loppuu Kööpenhaminassa NFOG 2010 kokouksessa. Pohjoismaisessa Gynekologisen Onkologian yhdistyksessä (NSGO) olin hallituksen jäsenenä useita vuosia, professori Tuula Salmen viitoittamalla tiellä.

Järjestötoiminta vie aikaa mutta antaa myös paljon.

– On erittäin hyvä kuulla eri klinikoiden ja maiden kliinisistä käytännöistä, koulutussysteemeistä sekä ongelmista ja niiden ratkaisuista. Sekä SGY:n että Pohjoismaisten yhdis-

Executive Boardiin

tysten puitteissa olen saanut mahdollisuuden tutustua eri klinikoiden ja maiden edustajiin ja tavata henkilöitä, joiden toimintatapoja olen oppinut arvostamaan. Asioiden eteenpäin vieminen edellyttää pitkäjänteistä työtä ja kykyä arvostaa erilaisia mielipiteitä, joista hioutuu lopullinen päätös tai esimerkiksi koulutuspäivien tai kokouksen ohjelma.

– On totta, että järjestötoiminta vie melkoisesti iltoja ja viikonloppuja. Toisaalta kokouksissa saadut uudet ajatukset ja toimintatavat sekä niissä muodostuneet ystävyyssuhteet pitävät mielen virkeänä, estävät ”leipääntymistä” työhön ja antavat puhtia päivittäiseen työhönkin klinikalla.

FIGO – asiantuntijuutta ja apua tarvitseville

– FIGO:n toiminnan tärkeimmät haasteet ja painopistealueet hahmottuvat varmasti vasta sitten, kun olen päässyt enemmän sisälle järjestön toimintaan. Rahoituksen järjestäminen eri projekteille lienee eräs suurimpia haasteita. Tunnen parhaiten Safe Motherhood and Newborn Health projektin toimintaa, sillä NFOG on osallistunut sen alla ns. twinning projektiin. Kyseessä on pääsääntöisesti FIGO:n rahoittama toiminta, jossa kehittynyt maa on tehnyt yhteistyötä kehitysmaan kanssa antamalla lähinnä asiantuntija-apua, ei rahaa projektiin. Tanska on tehnyt yhteistyötä Nigerian ja Ruotsi Pakistanin kanssa ja NFOG on rahoittanut kustakin maasta yhden lääkärin ja yhden kätilön käynnit kohdemaissa. Kuuntelin FIGO:n kokouksen yhteydessä näiden projektien raportteja ja täytyi todeta, että projektit olivat vieneet pienillä budjeteilla useita asioita eteenpäin erittäin tehokkaasti.

Seija kertoo aloittavansa 6 vuoden kautensa avoimin mielin ja lupaa pitää SGY:n jäsenet ajan tasalla järjestön toiminnasta sekä edistämään SGY:n ja NFOG:n jäsenten mahdollisuuksia osallistua kansainväliseen toimintaan. Sekä Sykli että SGY toivottavat Seijalle onnea ja menestystä tulevissa FIGO-haasteissa! ■

■ PENTTI KIILHOLMA

Vain muutos on pysyvää

”Naimisiin mentyä vaimo toivoo miehen ajan mittaan muuttuvan, mutta ei hän miksikään muutu; sulhanen toivoo, että nainen ei muuttuisi, mutta kyllä hän muuttuu”. Nainen siis muuttuu (muuttuu toki mieskin), mutta gynekologinen kirurgia, se vasta onkin muuttunut vuosien saatossa.

Grossen-Gilliam, Baldy-Webster, Menge, Cotte-Vara, Marshall-Marchetti-Kranz, Ingelmann-Sundberg, Burch – nämä nimet eivät ehkä ole tuttuja monellekaan nuoremman polven gynekologille. Kolmella ensin mainitulla menetelmällä käännettiin retroversiossa oleva kohtu anteversioon. Näitä toimenpiteitä, jotka olivat vieläpä erittäin yleisiä, suoritettiin selittämättömien alavatsakipujen hoidoksi ja ne liitettiin usein myös endometroosileikkauksiin. Vaikeimpien kipujen kohdalla saatettiin tehdä samalla kertaa Cotte-Vara, joka tarkoitti ristiluun päällä kulkevien eräiden hermosäikeiden katkaisua. Itsekin muistan muutaman tällaisen toimenpiteen tehneeni. Suuri osa potilaista tosiaankin tuli kivuttomiksi, vaikka mitään satunnaistettua tutkimusta kyseisten toimenpiteiden hyödyistä ei ole tehty.

Kolme viimemainittua olivat inkontinenssileikkausmenetelmiä. Inkontinenssileikkaukset olivat 1970-luvulla melko harvinaisia, mutta 1980-luku ja suurelta osin vielä 1990-lukukin olivat Burchin kolposuspension ”kulta-aikaa”. TYKS:ssa niitä tehtiin vuosittain toistasataa. Nythän inkontinenssikirurgiassa on tapahtunut kaikkein suurin mullistus; voisi puhua jopa vallankumouksesta niin sanottujen mini-invasiivisten menetelmien käyttöönoton myötä 1990-luvun loppupuolella.

Itse suoritin ensimmäiset gynekologiset leikkaukseni Satakunnan keskussairaalassa vuonna 1974. Verrattaessa silloista leikkaustoimintaa tämän päivän gynekologiseen kirurgiaan ero on valtava. Oikeastaan vain sektiot ja abdominaaliset kohdunpoistot ovat samanlaisia kuin 35 vuotta sitten. Kaikki muu gynekologinen leikkaustoiminta on täydellisesti muuttunut – sekä indikaatiot että erityisesti tekniikat. Abdominaalinen kohdunpoistokin on korvautunut vähemmän invasiivisilla vaginaalisilla ja laparoskooppisilla menetelmillä. Yleensäkin kohdunpoistot ovat vähentyneet korvaavien hoitomuotojen myötä. Viimeisin ”linnake” vanhoilta ajoilta eli laskeumakirurgia näyttää olevan sekin muutoksen pyörteissä; Kelly-plastia siis tulee lopultakin ”kellistetyksi”. Omien kudosten sijasta on alettu käyttää erilaisia verkkoimplantteja. Voimakasta muutosvastarintaa tällä sektorilla tosin vielä esiintyy, aivan kuten aikanaan TVT-leikkaustenkin kohdalla tapahtui.

Kuljetuskalustossa on kuitenkin tapahtunut taantumista?

Toisen trimesterin keskeytykset tehtiin 1970-luvun puolivälissä yleisesti niin sanotulla pikkusektiolla, joita tekemällä nuori erikoistuva lääkäri pääsi laparotomioiden makuun. Tällöin hän toki jo hallitsi sektioiden tekemisen. Seuraava askel oli kohdunpoisto, joka suoritettiin aina laparotomiateitse; vaginaalisesti poistettiin vain laskeutuneita kohtuja. Laparoskopiatekniikka teki vasta tuloaan noihin aikoihin, mutta ainakin yliopistosairaaloissa sitä jo käytettiin diagnostisena toimenpiteenä 1970-luvun puolivälissä. Sterilisaatiotkin tehtiin laparotomiateitse, tavallisimmin Pomeroyn tekniikalla. TYKS:n naistenklinikalla oli kuitenkin 1970-luvulla käytössä niin sanottu Anderesin-tekniikkaa, jossa kappale tuubaa poistettiin sitä peittävän serosan alta ja sen jälkeen serosakerros suljettiin. Jossain vaiheessa alettiin selvitellä, mistä tuo Anderes -nimi on peräisin. Mistään ei sellaista löytynyt ja lopulta pääteltiin, että varmaankin joku saksalainen oli aikanaan alkanut tehdä sterilisaatioita toisella tavalla (modo anderes!). Tämä tuo väistämättä mieleen monien kollegoiden omat modifikaatiot eri leikkauksista: siis ”modo Sinatra” (=I did it my way).

Aiemmin niin yleiset kaavinnat raskauden keskeyttämiseksi ja keskenmenojen takia ovat myös radikaalisti vähentyneet lääkkeellisen hoidon tultua yleiseen käyttöön. Samoin diagnostiset anestesiassa suoritettavat kaavinnat ovat lähes loppuneet, niitä tehdään korkeintaan sivutoimenpiteenä hysteroskopian ollessa päätoimenpide. Eräs toisen erikoisalan kollega kertoikin aikanaan, että hän muistaa vuoden 1970 gynen kurssista vain sen, että jos potilaalla oli vuotoa hänet kaavittiin ja jos ei ollut vuotoa niin silloinkin kaavittiin!

Paljon on muutosta tapahtunut, kaikki parempaan suuntaan. Myös gynekologin työnkuva ja työmäärä on erityisesti päivystämisen osalta muuttunut. Urani alkupuolella Satakunnan keskussairaalassa gynen apulaislääkäri osallistui muiden erikoisalojen apulaislääkäreiden kanssa päivystysrinkiin päivystäen yksin koko ensiapupolia eli kaikkia erikoisaloja. Vain synnytyssalia päivysti erikoislääkäri puhelinpäivystäjänä kotonaan. Pahimpia olivat viikonvaihteet. Perjantaina työpäivän jälkeen alkoi täysi ”rumba” ensiapupolilla. Koko viikonvaihde oli täyttä työtä vuorokauden ympäri ja maanantaina taas täysi työpäivä. Vapaapäivistä päivystyksen jälkeen ei ollut puhettakaan. Jossain vaiheessa sentään saimme muutosta aikaan sen verran, että ensiapupolia alkoi päivystää samanaikaisesti kaksi erikoistuvaa; toinen katsoi ”kirurgisia” ja toinen ”sisätautisia” ja muita potilaita.

Erikoisalamme naisistuminen on myös merkittävä muutos. Tähän liittyen en malta olla kertomatta tapahtumaa, joka sattui heti erikoistumiseni jälkeen 1980. Hämeenlinnassa oli osastolääkärin virka auki. Soitin ylilääkärille kysyen, kannattaisiko virkaa hakea. Hän vastasi, että kun meillä on täällä kuusi miesläkäriä, niin haluaisimme tänne joukkomme naispuolisen kollegan. Näin sitten tapahtuikin ja ratkaisu oli varmasti kaikkien osapuolten kannalta aivan oikea. Olin samaa mieltä, näinhän pitikin tehdä. Toisaalta pohdin nyt, mitä tasa-arvovaltuutettu tänä päivänä sanoisi, jos ylilääkäri ilmoittaisi naispuoliselle avointa virkaa kysyvälle, että haluaisimme naisvaltaiseen joukkoomme miespuolisen kollegan.

Nyt urani loppupuolella taaksepäin katsoessani totean kiitollisuudella, että olen saanut olla mukana seuraamassa ja itsekin kehittämässä erikoisalamme leikkaustoimintaa kohta 36 vuoden ajan. Mielenkiintoista on ollut. Muutoksia tapahtui urani alkuvuosina melko verkkaisesti, mutta nyt viimeisen kymmenen vuoden aikana sitäkin rajummin; joidenkin mielestä ehkä liiankin nopeasti. Roboteista ei 1970-luvulla osattu vielä uneksiakaan. Muutosta ei voi kuitenkaan estää, vain muutos on pysyvää. ■

Suomalaiset tutkijat palkittiin näyttävästi NAMS:ssa

North American Menopause Societyn kokous pidettiin 30.9.–3.10.2009 San Diegossa.

Dosentti Päivi Polo (vas.) sai ”2009 NAMS Menopause and Sleep Research Award” -palkinnon ansioistaan ymmärryksen lisääjänä peri- ja postmenopausaalisten naisten unesta ja unen häiriöistä.

LL Pauliina Tuomikoski palkittiin peräti kahdella palkinnolla. Hän sai ”New Investigator Award” -palkinnon abstraktistaan sekä erikoistuvan palkinnon kiinnostuksesta menopaussimedisiinaan ja -tutkimukseen. Tuomikoski piti suullisen esityksen väitöskirjatutkimuksestaan ”Influence of vasomotor symptoms on 24-h ambulatory blood pressure in recently postmenopausal women”.■

■ ANNIKA TULENHEIMO-SILFVAST

Sinustako Gynaecologi Practicin ry:n jäsen?

Minkälainen yhdistys on ensi keväänä 20 vuotta täyttävä Gynaecologi Practici? Ja miksi sellainen on perustettu?

20 vuotta sitten Tampereella kokoontui ryhmä yksityisvastaanottoa pitäviä kollegoja, jotka pohtivat oman työnsä yksinäisyyttä sekä tarvetta ylläpitää omaa ammattitaitoaan. Sairaalatyössä on helppo konsultoida kollegaa, jo kahvipöydässä syntyy kiinnostavia keskusteluja, tiedonjyväsiä tarttuu takinliepeisiin. Aina joku on käynyt mielenkiintoisissa kokouksissa, joista on kerrottavaa. Omaan tutkimukseen liittyviä kysymyksiä tai tutkimustuloksia tulee pohdittua ja jyväsiä jaettua. Klinikan sisäiseen jatkokoulutukseen on helppo osallistua, sen vältteleminen vaatii suorastaan kekseliäisyyttä.

Kun sitten klinikalta, alma materin hellästä huomasta, alumni astuu vuorollaan iloisten läksiäisten saattelemana yksin suureen maailmaan, kaiken uuden tiedon kerääminen vaatii suurta viitseliäisyyttä ja konsultaatiotilaisuuksiakin on harvassa. Koulutuksiin kyllä osallistutaan ja kirjallisuutta luetaan, mutta harvassa on tilaisuus jakaa näkemyksiään ja puida saatua tietoa kollegan kanssa. Gynaecologi Practici, GP, luo puitteet tälle yhteenkuuluvuudelle.

Jäseneksi voi liittyä yksityisvastaanottotoimintaa harjoittava naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri. Myös erikoislääkäri, joka on virassa, toimessa tai eläkkeellä ja samanaikaisesti harjoittaa yksityisvastaanottotoimintaa voi hakea yhdistyksen jäsenyyttä. Jäsenyyden hyväksyy hallitus. Jäseniä Gynaecologi Practicilla on tällä hetkellä 253.

Yhdistyksen perustajajäsen Heidi Nilsson, kunniajäsen Eero Carpén ja puheenjohtaja Annika Tuleheimo-Silfvast.

Yhdistyksemme jäsenmaksu voi ensisilmäyksellä tuntua joistakin korkealta, mutta on syytä ottaa huomioon, että se kattaa koko vuoden koulutustoiminnan, eikä koulutuksiin osallistumisesta erikseen peritä osallistumismaksua. Koulutukset ovat yksi- tai kaksipäiväisiä ja tänä vuonna tullaan pitämään kuusi koulutustilaisuutta. Ensi keväänä ei järjestetä perinteistä hiihtokokousta, mutta toukokuisena perjantaina vietetään sitten huikea 20-vuotisjuhla. ■

■ Teksti ja kuva ANNIINA FÄRKKILÄ

ENDO 2009 kongressi Washingtonissa

The Endocrine Societyn vuosittainen kongressi on maailmanlaajuisesti suurimpia ja arvostetuimpia endokrinologian alan kongresseja ja se järjestettiin tänä vuonna 91. kerran 10.–13.6.2009. Paikkana oli lämmin ja ruuhkainen pääkaupunki Washington DC, jonka suuri kongressikeskus loi järjestelmälliset puitteet lähes 8000 osallistujalle yli 75:stä maasta.

Pikkukuvat vasemmalta oikealle: Anniina Färkkilä, Marjut Kauppinen, Antti Kyrönlahti. Isompi kuva vasemmalta oikealle: granuloosasolukasvain-tutkijaryhmän jäseniä: Mikko Anttonen, Marjut Kauppinen, Antti Kyrönlahti, Anniina Färkkilä ja Jonna Salonen.

Kongressiohjelma oli varsin laaja käsittäen endokrinologisia aiheita kilpirauhassairauksista harvinaisiin endokrinologisiin kasvaimiin. PCO taudista ja lisääntymisbiologiasta oli varsin monta hyvää sessiota, ja vaikutelmaksi jäi, että taudin tutkimus on maailmalla vilkasta. Saimme myös uutta tietoa estrogeenin signaloinnista rintasyövässä, neuronien toiminnanmuutoksista menopaussissa, hyperandrogenismista, prolaktiinista, gestaatiodiabeteksestä jne. Kuuntelimme myös useamman yleis-endokrinologisen session lisämunuaissairauksista ja seksuaalikehityksen häiriöistä.

Tutkimusryhmästämme kongressiin osallistui itseni lisäksi yksi ohjaajistani, LT Mikko Anttonen, pro-gradu -työntekijä, FK Marjut Kauppinen, LL Antti Kyrönlahti ja LL Jonna Salonen. Lähes 800 posterin joukossa esitimme tuloksiamme kahdella posterilla granuloosasolukasvaimista, erityisesti verisuonikasvutekijä VEGF:n ja TRAIL -ligandin rooleista. Posterisessiossa riitti mukavasti kiinnostusta myös harvinaisen granuloosasolukasvaimemme ympärillä ja pääsimme vaihtamaan metodologisia vinkkejä muun muassa australialaisen GCT -tutkimusryhmän jäsenien kanssa.

Hieman jäi myös aikaa nähtävyyksien katseluun. Vierailimme vaikuttavalla Arlingtonin sotilashautausmaalla ja kiertelimme keskuspuistossa, jota rajaavat valkoinen talo, Lincoln memorial, kymmenet erilaiset museot, ja Capitol Hill. Washinton monumentin huipuilta päästiin myös tiirailemaan kaupunkia ja kohti toisen maailmansodan muistomerkkiä.

Kaiken kaikkiaan kongressi oli antoisa elämys, matka kiinnostavaan endokrinologian maailmaan. Sain tavata muita granuloosasolukasvaintutkijoita ja esitellä tuloksiani. Erityiskiitos SGY:lle matka-apurahasta, joka mahdollisti matkani ENDO 2009 kongressiin! ■

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

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.

Gynekologisen Kirurgian Seura ry julistaa haettavaksi kaksi henkilökohtaista apurahaa klinikka- tai kongressivierailuun.

Lääkärin 2000 € apuraha on tarkoitettu lyhytaikaista (1–2 viikkoa) klinikkavierailua varten joko ulkomaiseen tai kotimaiseen kirurgisessa osaamisessa ansioituneeseen klinikkaan. Apuraha on käytettävä apurahan myöntämisvuonna.

Hoitajan 1200 € apurahalla tuetaan osallistumista kansainväliseen leikkaussalihoitoalan kongressiin tai gynekologisen kirurgian ja leikkaussalihoitoalan yhteiskongressiin.

Apurahat jaetaan Gynekologisen Kirurgian Seuran jäsenille hakemusten perusteella. Hakemukset tulee toimittaa sähköisesti seuran vs. sihteerille 31.12.2009 mennessä ja hakemukseen tulee liittää hakijan henkilötiedot, lyhyt ansioluettelo ja apurahan käyttötarkoitus (klinikkavierailun osalta kohdeklinikka ja vierailuajankohta sekä matka-ja asumissuunnitelma; hoitajan apurahan osalta kongressin tiedot sekä matka- ja asumissuunnitelma). GKS:n hallitus päättää apurahan jakamisesta ja apurahat jaetaan GKS:n koulutuspäivillä Biomedicumissa 23.–24.9.2010.

Helsingissä, 20.9.2009
Eija Tomás, GKS:n puheenjohtaja,
eija.tomas@kolumbus.fi
Marjaleena Setälä, GKS:n vs. sihteeri,
marjaleena.setala@fimnet.fi

Suomen Menopaussitutkimusseura ry:n matka-apurahat

Suomen Menopaussitutkimusseura julistaa haettavaksi matka-apurahat (enintään 3 á 1000 €) vaihdevuosia käsitteleviin kongresseihin. Etusijalla ovat seuran jäsenet, nuoret tutkijat ja matka-apurahan saamisen edellytyksenä on kongressiin lähetettävä abstrakti.
Abstrakti ja julkaisuluettelo seitsemänä kappaleena pyydetään lähettämään 19.3.2010 mennessä Suomen Menopaussitutkimusseuran sihteerille;
Jarna Moilanen, Väestöliiton klinikat OY, Helsingin klinikka, Fredrikinkatu 47, 00100 Helsinki.

The Lillehammer Scholarship

Trainees in obstetrics and gynecology from the Nordic countries who are members of their national societies are eligible to apply for this scholarship.

Two scholarships amounting to 20.000 DKK each will be allocated in 2010.

Purpose
The aim of the scholarship is to enable a colleague to extend her/his training by visiting a department or an institution in a foreign country to learn diagnostic, therapeutic or organisational methods.

The grant can be used for expenses in connection with travel, board and lodging.

Applications must include
Short CV of the visitor
Location and length of the visit
Budget of the visit

Deadline for applications
April 1st 2010

Äänestä Duodecimin vaaleissa!

Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin valtuuskunnan vaali pidetään postiäänestyksellä 4.1.–16.2.2010. Valtuuskuntaan valitaan 40 jäsentä, joiden toimikausi alkaa 1.4.2010. Valtuuskunta valitaan vaaleilla joka kolmas vuosi ja se kokoontuu kahdesti vuodessa. Valtuuskunta on seuran korkein päättävä elin. Valtuuskunta valitsee seuran 12-jäsenisen hallituksen, joka vastaa seuran käytännön toiminnasta. Gynekologeilla on oma vaaliliitto ja siinä 9 ehdokasta.

The decision regarding the allocation of the scholarships will be announced at the NFOG congress which will be held in Copenhagen 16–18th June 2010.

Applications should be sent to

Secretary General of NFOG
Ragnheidur I. Bjarnadottir
Department of Obstetrics and Gynaecology
Landspitali University Hospital
101 Reykjavik, Iceland
e-mail: lagholt@simnet.is

Report

A written report should be sent within 3 months after the visit.

Further information

Ragnheidur I. Bjarnadóttir
Secretary General of NFOG
e-mail: lagholt@simnet.is
or
Alexander Kr Smárason
Chairman of the Scientific Committee
e-mail: smarason@simnet.is

The 37th NFOG Congress, Copenhagen 16–18th June 2010

The NFOG Scientific committee would like to remind and encourage all NFOG members to attend the congress and enjoy the high quality scientific program as well as meeting colleagues and friends from the other Nordic countries.

The deadline for abstract submission is the 15th of February and deadline for low registration fee the 1st of March.

The NFOG wants to reward good scientific work:

a. There will be 3 prices of 10.000 DKr for best posters and 3 prices of 10.000 DKr for best oral presentations.

b. At the congress it will be announced who gets the young scientist award of 20.000 DKr.

c. There will a thesis presentation session where one doctor from each country who has registered his/her thesis at the NFOG thesis registry in 2008 and 2009, will be invited to give a presentation. The NFOG wants to remind new doctors to register their thesis at the NFOG website and that every year one entry will get a price of 2.500 DKr (thesis lottery).

Two successful applicants for the Lillehammer scholarship will be given their rewards at the congress (see separate announcement).

For further information please visit the NFOG website www.nfog.org or the congress website www.nfog2010.dk

NFOG Scientific Committee

Hallituksen pöydältä

■ Poiminut JUHA TAPANAINEN

• Hallituksessa keskusteltiin koulutuspäivien osallistumismaksuista. Turun vuosikokouksen osallistumismaksu oli korkeampi kuin aikaisemmissa kokouksissa, myös Helsingin kevätkokouksen 2010 osallistumismaksua korotettiin kustannuksia vastaavaksi. 80-vuotisjuhlakokous Helsingissä ja kevätkokous Jyväskylässä olivat selkeästi tappiolliset.

• Hallitus hyväksyi Tampereen koulutuspäivien 11.–12.11.2010 ohjelman, joka toisaalla Syklissä.

• Mikkelin kevätkokouksen 5.–6.5.2011 ohjelmasta keskusteltiin. Alustavia aiheita ovat raskaus ja lääkkeet, matkailulääketiede, lapsi- ja nuorisogynekologia ja HPV/kolposkopia.

• Lääkäriliitosta oli tullut kirje koskien erikoistumiskoulutuksen laadun arviointia. Puheenjohtaja piti tärkeänä erikoistumiskoulutuksen arvioinnin pohjautumista EBCOG:n laatimiin ohjeisiin. Aila Tiitinen muistutti, että edellinen keskussairaaloiden koulutuksen auditointi on tehty 2003–04. Päätettiin, että seuraavan kaksivuotiskauden aikana hallitus suunnittelee auditointikierroksen keskussairaaloissa.

• SGY:n edustajaksi Orphanet -asiantuntijaryhmään nimitettiin Mervi Halttunen Helsingistä.

• SGY:n edustajaksi STM:n järjestämään Päivystysseminaariin 17.11.09 nimettiin Veli-Matti Ulander. Seminaarissa käsitellään päivystykseen liittyviä kysymyksiä, kuten millä perusteella potilas kuuluu päivystyshoitoon tai mitä valmiuksia päivystystoiminnassa pitää olla.

• Käytiin läpi vuosikokousasiat. Jäsenmaksua ei ehdoteta korotettavaksi. Ehdotus seuraavan hallituksen kokoonpanoksi käytiin läpi. Vuosikokouksen pöytäkirja on toisaalla Syklissä.

• Helsingin kevätkokouksen 2010 presymposiumin järjestäjä on Astellas Pharma.

• Syyskokouksen 2011 paikka on Kuopio. Ajankohta ja muut järjestelyt päätetään tulevissa kokouksissa.

• Riikka Tähtinen esitteli EGO:n jäsenistön tyytyväisyyskyselyn tulokset. Kyselyssä oli kartoitettu erikoistuvien lääkäreiden viihtymistä ja viihtyvyyteen vaikuttavia tekijöitä yliopistoklinikoissa. Todettiin, että yleinen ilmapiiri eli työpaikan henki vaikuttaa eniten työpaikalla viihtymiseen ja heijastuu työn kaikkiin osa-alueisiin.

• Antti Valpas kertoi suomalaisten matkasta Kapkaupunkiin FIGO:n kokoukseen lokakuussa 2009. Suomi valittiin FIGO:n hallitukseen. SGY oli etukäteen päättänyt, että edustajamme on Seija Grénman.

• Perustettiin gynekologien vaalirengas Duodecimin valtuuskunnan vaaleihin 4.1.–16.2.2010. Vaalirenkaaseen valittiin yksi ehdokas kustakin yliopistopiiristä, sekä erikoistuvien ja yksityisgynekologien ehdokkaat.

• SGY:n edustajat Väestöliiton syyskokouksessa ovat Arimo Vallasto ja Satu Suhonen. Heidän varajäsenekseen valittiin Leila Unkila-Kallio.

• Eeva Ekholm on ilmoittanut halukkuutensa järjestää erikoistuville lääkäreille nettikurssin sikiödiagnostiikasta. SGY tukee mielellään hanketta.

• SGY:n hallitus valitsi Tutkimussäätiön hallitukseen seuraavat jäsenet: Turusta Juha Mäkinen, varajäsen Antti Perheentupa, Tampereelta Johanna Mäenpää, varalla Maarit Vuento, Oulusta Markku Ryynänen, varalla Juha Tapanainen, Helsingistä Jorma Paavonen ja Carl-Gustaf Nilsson, varalla Aila Tiitinen ja Tomi Mikkola, Kuopiosta Seppo Heinonen ja Maarit Anttila, varalla Marjo Tuppurainen ja Leea Keski-Nisula. Säätiön hallitus nimeää sihteerin. ■

■ Teksti ja kuvat TOMMI VIMPELI

Disputans i Tromsø

Syyskuun alussa perhe Vimpeli matkusti jälleen kerran tuttuun ja jo kovasti kaipaamaamme Pohjois-Norjaan valmistautumaan väitöstilaisuuteeni, joka pidettiin Tromssan yliopistossa 11.9.2009. Työni kulkee nimellä *"Fetal cardiac output and its distribution to the placenta and brain at 11–20 weeks of gestation"*. Kyseessä on sikiön perusfysiologiaa, verenkiertoa, kartoittava työ.

Norjassa lääketieteen tohtorin tutkinto on kokonaisuus kuten Suomessakin. Projekti suunnitellaan etukäteen ja väitös on monivaiheisen työn "grande finale". Suunnitelman hyväksyy tiedekunta. Yhdessä ohjaajani ja varaohjaajani kanssa suunnittelimme tarvittavat opinnot (30 pistettä): postereita, tilastotiedettä ja tutkimustyön perusteoriakurssi yms. Kaikki tämä tulee olla tehtynä ennen kuin väitöskirjan voi antaa hyväksyttäväksi.

Yliopisto perustaa toimikunnan väitöskirjan arviointia varten. Toimikunta koostuu lääketieteellisen tiedekunnan dekaanista sekä kolmesta vastaväittäjästä. Näistä kolmesta kaksi osallistuu itse vastaväittäjänä, kolmas on toimikunnan puheenjohtaja ja ohjaa toimintaa. Valmiin työn luovuttamisen jälkeen yliopisto sitoutuu antamaan arvionsa väitöskirjasta kolmen kuukauden kuluessa.

Ohjaajanani toimi professori Ganesh Acharya Tromssan yliopistosairaalan naistenklinikasta (tuttu kaveri ainakin Oululaisille ja muillekin alaa seuraaville) ja varaohjaajana professori Jan-Martin Maltau samasta klinikasta. Ganesh on alkujaankin "syyllinen" koko projektille ja on ideoinut asioita koko matkan ajan. Jan-Martin on luonut taloudellisia edellytyksiä osallistua erilaisiin koulutuksiin. Vastaväittäjinä toimivat Juha Räsänen, Torvid Kiserud ja Anne Husebekk.

Väitöstilaisuus lienee jonkin verran vapaamuotoisempi kuin Suomessa. Protokolla myös on hieman erilainen. Väitöstilaisuuttani johti dekaani Per Ivar Kaaresen. Ennen varsinaista väitöstä pidin 45 min pituisen luennon aiheesta "Characteristics of good counseling at 11–13 week US scan". Mainitsemani toimikunta antoi luennon aiheen kaksi viikkoa ennen tilaisuutta.

Yliopiston väittelijälle järjestämä kahvitustilaisuus. Dekaani Per Ivar Kaaresen ojentaa yliopiston muistolahjan väittelijälle. Istumassa (vas.) Ganesh Acharya, Anne Husebekk, Torvid Kiserud sekä Juha Räsänen.

Luennon jälkeen toimikunta kokoontui suljettujen ovien taakse arvioimaan luentoani. Sain luvan jatkaa väitöstä. Frakki ei ole pakollinen eikä ilmeisesti edes kovin tavallinen asu väitöstilaisuudessa. Juha ja minä olimme kuitenkin sonnustautuneet sellaiseen. Frakki sopi mielestäni tunnelmaan erityisen hyvin, koska Tromssan yliopistosairaalan tunnus on lentävä pingviini.

Jatkoimme tunnin kuluttua varsinaisella väitöksellä, jonka alussa minulla oli kolmen vartin aika esitellä työni. Tämän jälkeen vastaväittäjät aloittivat työnsä. He olivat jakaneet väitöskirjani kahtia ja kävivät vuorotellen osuudestaan yksityiskohdat tarkasti läpi. Kysellen, kyseenalaistaen ja ajoittain suorastaan hiillostaen he tarkastivat työni. Juha Räsänen Portlandista Oregonista aloitti lyhyellä esitelmällä selittäen, miksi tämä väitös on tarpeen. Sitten hän kävi käsiksi varsinaiseen materiaaliin, kuten teki toinen vastaväittäjä professori Torvid Kiserud Bergenistä. Hikoilin ja välillä änkytinkin, mutta kolmen tunnin jälkeen olimme valmiit.

Toimikunta kokoontui jälleen. Ilmeisesti olin suoriutunut hyväksyttävästi, koska seuraavaksi yliopisto tarjosi kevyen lounaan väitöksen kunniaksi. Parin tunnin tauon jälkeen ilahduttavan runsaslukuisena Tromssaan matkustanut perheeni, sukuni, ystäväni ja kollegani sekä vieraat Tromssan yliopistosta ja yliopistosairaalasta kokoontuivat väitösillalliselle. Varsinaista karonkkaa ja jatkoja ei ole vaan koko joukko istuu yhteiselle illallisille, jota värittävät muun muassa erilaiset puheet. Tunnelma oli varsin välitön ja rento.

Miksi kannattaa väitellä ulkomailla? Tiedonsiirto edellyttää vain toimivaa sähköpostiyhteyttä, joten miksi ei? Maailmanlaajuisestikaan alalla toimiva kollegajoukko ei ole mitenkään suuri, joten on luontevaa tehdä yhteistyötä yli maantieteellisten rajojen. Aktiiviseen ja taitavaan ohjaajaani tutustuin aikanaan jo työskennellessäni Tromssan yliopistosairaalassa, mikä tietysti helpotti päätöksen tekoa. Paikalla ei ole merkitystä tutkimusta tehtäessä vaan halulla ja oikealla ohjauksella. Tutkimusta tehdessäni Tampereella erinomainen esimieheni Aki Kuukankorpi loi hyvät olosuhteet tehdä tutkimusta ja jaksoi myös innostaa siinä. ■

Väitöskirjani voi hakea osoitteesta http://www.ub.uit.no/munin/handle/10037/2150

Suomen Gynekologiyhdistyksen koulutuspäivät 22.–23.4.2010 Biomedicum, Helsinki

Torstai 22.4.2010

9.00 **Tietoisku:** Yksityisvastaanoton aloittaminen
Gyn. Practicin pj. Annika Tulenheimo-Silfvast
9.00 Yksityislääkärin erilaiset toimintamuodot – yhtiö vai ammatinharjoittaja
Varatuomari Kati Lehtonen, SLL
9.25 Mihin asioihin tulisi perehtyä erityisesti kun vastaanottoa aloittaa?
LT Marjut Laurikka-Routti

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, SLL
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.

Kevätkokous ja -koulutuspäivät Helsingissä 22.–23.4.2010

Kokouspaikkana toimii Helsingin Biomedicum (Haartmaninkatu 8), missä pidetään päivien luennot, lääketieteellinen näyttely ja kevätkokous. Iltajuhla pidetään Hotelli Kalastajatorpan pyöreässä salissa.

Astellas Pharma järjestää keskiviikkona 21.4.2010 iltasymposiumin, johon jäsenet saavat erillisen kutsun ja ohjelmatiedot.

Ilmoittautuminen tapahtuu SGY ry:n kotisivujen kautta elektronisesti: www.gynekologiyhdistys.fi
Ilmoittautumislomakkeessa on pakolliset osiot, jotka täyttämällä lomakkeen saa lähetetyksi suoraan Duodecimiin. Ilmoittautuminen on tehtävä 7.4.2010 mennessä. Ilmoittautumisia koskevat tiedustelut: koulutussihteeri Marketta Kaunisto, Duodecim, puh. (09) 6188 5305, marketta.kaunisto@duodecim.fi.

SGY:n Tutkijaseminaari Tuohilammella 11.–12.2.2010

Vastuuhenkilöt: Oskari Heikinheimo, Juha Tapanainen, Aila Tiitinen

Torstai 11.2.2010

9.00 Ilmoittautuminen ja aamukahvit

10.00 Suomen kliinisen tutkimuksen taso nyt ja tulevaisuudessa, Prof. Olavi Ylikorkala

10.30 Tutkijan ja ohjaajan vastuut ja velvoitteet, Dos. Oskari Heikinheimo
– Kuinka löydän ohjaajan?
– Kuinka löydän ohjattavan?

11.00 Erilaiset tutkimusyhteisöt
– Yhteistyö kliinikon ja perustutkijan välillä Dos. Johanna Arola
– Kliininen tutkimus, Prof. Jorma Paavonen

12.00 Mitä mahdollisuuksia antaa tutkijakoulu Prof. Markku Heikinheimo

12.20 Lounas

13.15 Millainen on hyvä tutkimussuunnitelma? Dos. Tomi Mikkola

13.45 Millaisia lupia tutkimukseen tarvitaan? Prof. Aila Tiitinen

14.15 Millainen on hyvä apuraha-anomus – mistä rahoitusta tutkimukseen? Prof. Juha Tapanainen

15.00 Kahvitauko

15.15 Ryhmätyö, vetäjinä Prof. Juha Mäkinen, Oskari Heikinheimo, Juha Tapanainen, Aila Tiitinen
– Artikkelin arviointi, esim. kaksi eri tutkimusasetelmaa samasta kliinisestä kysymyksestä
– Tutkimussuunnitelman arviointi
– Potilastiedotteen ja -suostumuksen laatiminen tutkimussuunnitelman perusteella
– Kongressiesitelmän laatiminen (10 + 5 min)

17.00–19.00 Urheilua, ulkoilua ja saunomista

19.30 Illallinen

Perjantai 12.2.2010

9.00 Eri tutkimusasetelmat – kohortti, tapaus-verrokki, satunnaistettu koe Prof. Mika Gissler

9.45 Ryhmätöiden purku

11.45 Lounas

12.30 Artikkelin laadinta, Prof. Heikki Peltola

13.00 PubMed apuna kliinikon työssä? FM Tiina Heino

13.45 Tuoreita kokemuksia väitöskirjaprojektista – mikä meni hyvin, mitä tekisin toisin? LT Maija Jakobsson

14.15 Mitä väitöskirjan jälkeen, lähtisinkö post-dociksi? Dos. Oskari Heikinheimo

14.45–15.00 Palaute- ja päätöskeskustelu

Seminaari on tarkoitettu nuorille väitöskirjatutkijoille sekä aloitteleville tutkimuksen ohjaajille. Kurssille mahtuu n. 30 osanottajaa. Ei osanottomaksua.

Koulutuksesta hyväksytään 16 tuntia sekä naistentautien ja synnytysten että Tohtorin tutkinnon yleisopintoihin.

Ilmoittautumiset sähköpostilla 15.1.2010 mennessä: Maaria Puupponen, HYKS Naistenklinikka, maaria.puupponen@hus.fi

Sähköposti on tärkeä ilmoittaa, koska halutessasi todistuksen osallistumisesta saat kokouksen jälkeen arviointilomakkeen sähköpostilla.

Osallistumismaksu: Maksu on maksettava 7.4.2010 mennessä. Koulutuksen hinta erikoislääkäreiden osalta on 160 €/ yksi päivä ja 260 €/ kaksi päivää ja vastaavasti erikoistuvilta 120 €/ yksi päivä ja 200 €/ 2 päivää. Maksut maksetaan SGY ry:n tilille 217238-2380. Eräpäivän jälkeen on maksettava 15 € kirjaamismaksu.

Iltajuhla pidetään Hotelli Kalastajatorpalla. Avecien iltajuhlamaksu on 80 €. Osallistujien majoituskapasiteettiä on varattu Kalastatorpalta. Kaikkien osallistujien tulee varata majoitus suoraan linkin http://www.hilton.com/en/hi/groups/personalized/HELHIHI_GSKYA/index.jhtml kautta.

Suomen Gynekologiyhdistyksen koulutuspäivät 11.–12.11.2010 Tampere-talo, Tampere

Torstai 11.11.2010

9.00 Edunvalvontaa SLL alajaosto
10.00 Koulutuspäivien avaus SGY:n pj

Teema: Sisätaudit: Kardiologiset tilanteet obstetrisilla ja gynekologisilla potilailla
Pj: Aila Tiitinen ja Maarit Vuento
10.10 Sydänsairaan raskaus ja synnytys
LT Matti Niemelä, OYS
11.00 Erotusdiagnostisia ongelmia raskausaikana
LT Maija-Riitta Orden, KYS
11.30 Sydänsairas tarvitsee hormonihoitoa
Dos. Maritta Hippeläinen, KYS

12.10 Lounas

13.10 Rytmihäiriöt: mitä gynekologin tulee tietää?
LT Tapani Salonen, TAYS
13.40 Sydänsairaudet leikkauspotilailla: riskin arviointi
Prof. Arvi Yli-Hankala, TAYS

14.10 Kahvitauko ja näyttely

15.00 Seth Wichmann luennoitsijan esittely
SGY:n pj
15.05 Seth Wichmann -luento

Teema: Sisätaudit: Hematologiaa
Pj: Aila Tiitinen ja Maarit Vuento
15.30 Hyytymishäiriöt eri elämänvaiheissa
Prof. Risto Kaaja, TY
16.10 Uudet antitromboottiset hoidot
LT Pirjo Mustonen, SPR Veripalvelu

17.00 SGY:n vuosikokous

19.30 Iltajuhla Tullikamarin Pakkahuone

Perjantai 12.11.2010

8.30 Hot Topics SGY:n pj
9.30 Kahvitauko ja näyttely

Rinnakkaisessio 1: Gynekologinen 3/4D –ultraääni – onko hyötyä?
Pj: Pertti Kirkinen ja Veli-Matti Ulander
10.15 Perusteet ja uudet tekniset innovaatiot
Prof. Pertti Kirkinen, TAYS
10.45 3/4D infertiliteetin ja anomalioiden tutkimisessa
Dos. Ilkka Järvelä, OYS
11.15 3/4D gynekologisen syövän tutkimisessa
Dos. Bruno Cacciatore, HYKS

Rinnakkaissessio 2: Office-kirurgia
Pj: Pentti Kiilholma ja Riikka Aaltonen
10.15 Hysteroskopia
LT Riikka Aaltonen, TYKS
10.45 Essure
Dos. Ritva Hurskainen, HUS
11.15 Mini-slingat ja injektiohoidot inkontinenssin hoidossa
Dos. Pentti Kiilholma, TYKS

12.00 Lounas ja näyttely

Teema: Obstetrinen analgesia
Pj: Tytti Raudaskoski ja Maija-Riitta Orden
13.00 Spinaali ja epiduraali synnytyskivun hoidossa
LT Johanna Sarvela, HYK
13.30 Selkäpuudutuksen komplikaatiot
LT Pirjo Ranta, OYS
14.00 Vaikuttaako selkäpuudutus synnytyksen kulkuun?
LT Tytti Raudaskoski, OYS
14.30 Selkäpuudutuksen vaihtoehdot synnytyskivun hoidossa
LT Outi Palomäki, TAYS

15.00 Päivien päätös SGY:n pj

Naisen terveys

Suomen Sisätautilääkärien Yhdistyksen ja
Suomen Menopaussitutkimusseuran kevätkokous
Saariselkä, Tunturihotelli, 8–9.4.2010. Muutokset ohjelmaan mahdollisia

Torstai 8.4.2010

	Kahvi, MSD
15.00–15.10	Tervetulosanat Pj:t Leo Niskanen, Tomi Mikkola
15.10–15.40	Vaihdevuodet – alkaako meno vai paussi? Aila Tiitinen
15.45–16.15	Hormonihoidon edut ja haitat Olavi Ylikorkala
16.25–16.45	Hormonihoito ja riskipotilas Matti Tikkanen
16.55–17.15	Hormonihoito kontraindisoitu – miten hoidan Eila Suvanto
17.30–18.15	Suomen Menopaussitutkimusseuran kokous
19.00–	Illallinen, MSD

Perjantai 9.4.2010

	Pj. Ilkka Pörsti
9.00– 9.25	Menopaussi MBO:n riskitekijänä Risto Kaaja
9.30– 9.50	Muuttuuko PCO MBO:ksi menopaussissa Laure Morin-Papunen
	Pj. Risto Tuimala
9.55–10.20	Naisen sepelvaltimotauti – vaara väärin vaivoin? Sinikka Pohjola-Sintonen
10.25–10.50	Milloin statiinia naiselle Jorma Viikari
10.55–11.25	MSD puheenvuoro. Lounaskassien jako, MSD
16.30–17.00	Kahvi, MSD
	Pj. Päivi Polo
17.00–17.25	Geenit ja elämäntavat rintasyövän synnyssä Luennoitsija avoin
17.30–17.55	Rintasyövän hoitolinjat Riikka Huovinen
18.00–18.25	Rintasyöpotilaan osteoporoosi Matti Välimäki
18.30-18.55	Kun mies ei haluta Luennoitsija avoin
19.15–	Illallinen, MSD

Lauantai 10.4.

15.00–19.00	Round table-kokous luennoitsijoille ja hallituksille 4h.

Ilmoittautuminen ja Tunturihotellin majoitusvaraukset hoidetaan matkatoimiston kautta. Sitovat ilmoittautumiset hotellihuoneiden varausmääräajan vuoksi pyydetään 5.2.2010 mennessä sähköpostilla tai puhelimitse: L.R. International Oy, puh. 09 5846 9800, laura.elovainio@lrint.com. Majoitus olisi hyvä varata matkatoimistosta, koska seurat ovat maksaneet ennakkovarausmaksut hotellihuoneista! Lentoliput voi varata erikseen itse tai samasta matkatoimistosta. Ilmoitathan, kuulutko vanhana jäsenenä/ haluatko liittyä Suomen Menopaussitutkimusseuraan vai Suomen Sisätautilääkärien Yhdistykseen, ja osoitteesi, majoitus- ja matkavaraustarpeesi ja mahd. erityisruokavalion.

Menopaussitutkimusseuralaisten osallistumismaksu 80 € maksetaan Suomen Menopaussitutkimusseuran tilille: Tampereen seudun osuuspankki TSOP 573257-214649. Ilmoittautuminen kokoukseen katsotaan jäsenanomukseksi valinnan mukaan Sisätautilääkärien Yhdistykselle tai Menopaussitutkimusseuralle. Menopaussitutkimusseuran jäsenmaksu 15 € / vuosi peritään keskitetysti Lääkäriliiton kautta. Koulutusta anotaan erikoislääkärikoulutuksen teoreettiseksi kurssimuotoiseksi koulutukseksi 8 tunnin ajalta naistentautien ja synnytysten, sisätautien runkokoulutuksen, geriatrian, työterveyshuollon ja yleislääketieteen erikoisaloille.

Ohjeet myös Menopaussitutkimusseuran nettiosoitteessa www.menopaussiseura.net.
Tiedustelut: sihteeri Jarna Moilanen,
e-mail: jarna.moilanen@vaestoliitto.fi,
puh 09 616 221.

Kutsu Menopaussitutkimusseuran kevätkokoukseen

Suomen Menopaussitutkimusseura ry:n kevätkokous pidetään kevätkoulutuspäivän yhteydessä Saariselän Tunturihotellissa, torstaina 8.4.2010 klo 17.30 alkaen.
Kokouksessa käsitellään sääntöjen määräämät asiat.

Tervetuloa
Hallitus

Suomen Lapsi- ja Nuorisogynekologisen yhdistyksen SLANGYn vuosikokous 15.4.2010
Paikka: Folkhälsan, Arena-auditorio, Topeliuksenkatu 20, 00250 Helsinki

Lasten ja nuorten syömishäiriöt

15.4.2010

9.30– Ilmoittautuminen

Pj. Erikoislääk. Minna Joki-Erkkilä, TAYS

10.00 Koulutuspäivän avaus
10.05 Mitä ovat syömishäiriöt ja miten ne tunnistetaan? LT, psykiatrian erikoisl. Taina Hätönen, YTHS ja HUS/HYKS syömishäiriöyksikkö
10.45 Syömishäiriöpotilaan tutkiminen ja hoitoperiaatteet LT Katri Makkonen, HUS/LNS

11.25 Lounas

12.35 Gynekologin rooli syömishäiriöiden diagnostiikassa ja hoidossa Dos. Laure Morin-Papunen, OYS/Nkl
13.15 Anoreksia kasvuiässä, vaikutus luun terveyteen ja uudet hoitomahdollisuudet, onko niitä? Dos. Outi Mäkitie, HUS/LNS
13.45 Ravitsemusterapeutin työn erityispiirteet lasten ja nuorten syömishäiriöiden hoidossa Ravitsemusterapeutti Marjatta Palva-Alhola, HUS

14.15 Kahvi/tee

Pj. Erikoislääk. Minna Joki-Erkkilä, TAYS

14.45 Ylipainoinen nuori Dos. Päivi Tapanainen, OYS/Lkl
15.20 Ylipainoisen nuoren gynekologiset ongelmat Dos. Leila Unkila-Kallio, HUS/Nkl
15.55 Tilaisuuden päätös

16.15 Suomen Lapsi- ja Nuorisogynekologisen yhdistyksen vuosikokous

Koulutus on tarkoitettu yhdistyksen jäsenille. Ilmoittautuminen kokoukseen katsotaan jäsenanomukseksi. Slangyn jäsenmaksu 10 €/v peritään keskitetysti Suomen Lääkäriliiton kautta. Yhdistykseen voi kuulua myös ei-lääkäri. Ks. yhdistyksen kotisivut www.terveysportti.fi/slangy.

Koulutusta anotaan erikoislääkärikoulutuksen teoreettiseksi kurssimuotoiseksi koulutukseksi naistentautien ja synnytysten, lastentautien, yleislääketieteen, psykiatrian, lasten- ja nuorisopsykiatrian ja sisätautien erikoisaloille (HY).

Ilmoittautuminen sähköpostitse 31.3.2010 mennessä maarit.mentula@hus.fi. Vanhat jäsenet, ilmoittakaa samalla mahdolliset katu- ja sähköpostiosoitteen muutokset. Jos haluat uudeksi jäseneksi, ilmoita ammattisi, toimipaikkasi ja katu- ja sähköpostiosoitteesi jäsenrekisteriä varten.
Ilmoittautumiseen maininta erityisruokavalioista!

Osallistumismaksu 80 € (sisältää luennot, luentomateriaalin, lounaan ja kahvin) maksetaan 31.3.2010 mennessä Slangyn tilille Nordea 111230-379567, viiteno 2561.

Tiedustelut Slangyn sihteeri anna.kiilavuori@hus.fi .

Vanhat ja uudet jäsenet ovat lämpimästi tervetulleita!

Vuosikokouskutsu

Suomen Lapsi- ja Nuorisogynekologinen yhdistys ry:n sääntömääräinen vuosikokous pidetään 15.4.2010 Folkhälsanin Arena-auditoriossa, Topeliuksenkatu 20, 00250 Helsinki, klo 16.15 alkaen
Kokouksessa käsitellään yhdistyksen sääntöjen määräämät asiat.

Tervetuloa!
Hallitus

FSUMB Ylläs 15.4–17.4.2010

Fetal Heart and Cardiovascular Physiology

In Honor of Ultrasound Pioneers in Finland: Pentti Jouppila, Pertti Kirkinen, Pekka Ylöstalo

15.4.2010 Thursday

Fetal Cardiovascular Physiology

8.30– 9.00 Fetal cardiovascular anatomy and physiology: An overview, T. Kiserud, Bergen
9.00– 9.15 Classical paper: Absent end-diastolic velocity in the descending aorta, P. Jouppila, Oulu and P. Kirkinen, Tampere
9.15– 9.45 Placental circulation, G. Acharya, Tromso
9.45–10.15 Ductus venosus and liver circulation, T. Kiserud, Bergen
10.15– Refreshments

Skiing/Spa/Refreshments on the slopes

15.30–16.00 Refreshments
16.00–16.30 The role of aortic isthmus in the assessment of fetal cardiovascular physiology and pathophysiology, S-E. Sonesson, Stockholm
16.30–17.00 Fetal blood flow redistribution and later outcome, K. Marsal, Malmo
17.30–18.00 Twin-to-twin transfusion syndrome, L. Hornberger, Edmonton

19.00 Dinner
A Short History of Ultrasound Pioneers in Finland, P. Ylöstalo, Helsinki

16.4.2010 Friday

Fetal Heart

8.30– 9.00 Asymmetric ventricles and dextrocardia, O. Pitkänen, Helsinki
9.00– 9.30 Transposition of great arteries, T. Ojala, Helsinki
9.30–10.00 VSD – a piece in a puzzle? E. Jaeggi, Toronto
10.00– Refreshments

Skiing/Spa/Refreshments on the slopes

15.30–16.00 Refreshments
16.00–16.30 Atrioventricular valve regurgitation, L. Hornberger, Edmonton
16.30–17.00 Fetal heart failure, T. Ojala. Helsinki
17.30–18.00 Abnormalities of ductus venosus, T. Kiserud, Bergen

17.4.2010 Saturday

Fetal Arrhythmias

9.00– 9.30 Methods to assess fetal heart rhythm, E. Jaeggi, Toronto
9.30–10.00 Fetal extrasystoly, O. Pitkänen, Helsinki
10.00–10.30 Fetal bradycardia, S-E. Sonesson, Stockhlm
10.30–11.00 Fetal tachycardia, E. Jaeggi, Toronto

Kurssimaksu 350 eur/3 pvä. Kurssille mahtuu 130 osallistujaa ilmoittautumisjärjestyksessä. Kurssi pidetään kylpylähotelli YlläsSaagassa. Hotellivaraus 80:lle 30.10.2009 asti (alk. 267 eur/3 pvä/ hlö/2 hh/puolihoito) (varauskoodi: FSUMB-kurssi, Suomen Lääketieteellis-Biologinen Ultraääniseura). Säännöllinen 30 min-lentokenttäkuljetus Kittilän lentokentältä Ylläkselle. Ilmoittautuminen seuran kotisivujen kautta (www.Ultraaaniseura.fi.) tammikuun 2010 loppuun mennessä. Lisäinformaatio: pekka.taipale@ys-yty.fi; kaarin.makikallio@oulu.fi; am.tulimaa@gmail.com. Peruutukset 28.02.2010 saakka 50 % korvaus kurssimaksusta, 01.03.2010 jälkeen ei korvausta.

Tervetuloa!
Suomen Lääketieteellis-Biologinen Ultraääniseura

SUOMEN KOLPOSKOPIAYHDISTYKSEN

vuosikokous ja luennot
to 4.2.2010 klo 16.45

Aika: to 04.02.2010 klo 16.45

Paikka: Seth Wichmann -sali, Naistenklinikka, Haartmaninkatu 2, Helsinki

OHJELMA

Klo 16.45-17.00 Kolposkopiayhdistyksen vuosikokous

Klo 17.00-19.00 Kohdunkaulan, emättimen ja ulkosynnytinten solumuutokset - diagnostiikka, hoito ja seuranta;

Keskustelua Käypä Hoito -päivityksestä

mm.
- CIN-hoidon indikaatioiden tarkistus
- HPV-testin käyttö seulonnassa, hoidossa ja seurannassa
- HPV-rokotteet
- Organisoidun seulonnan ohjeistaminen

Alustajina Käypä Hoito -työryhmän jäsenet

Klo 19.00-21.00 Iltapala Naistenklinikalla

Kolposkopiayhdistyksen jäsenmaksu / osallistumismaksu on 22 €. Maksun voi suorittaa Suomen Kolposkopiayhdistyksen tilille: Nordea 205821-17279.

Ilmoittautuminen on **pakollinen** kaikille iltapalan vuoksi:
marjut.rintala@tyks.fi tai 02-313 0659.

37TH NORDIC CONGRESS OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

© Axel Bolvig

15-18 JUNE 2010 · BELLA CENTER, COPENHAGEN

IMPORTANT DATES

Congress dates:
15-18 June 2010

Deadline for Abstract submission:
15 February 2010

Please submit your Abstract on-line at www.nfog2010.dk

Deadline for the low registration fee:
1 March 2010

You may register on-line for the Congress at the registration site at www.nfog2010.dk

PLEASE SEE THE WEBSITE FOR UPDATED SCIENTIFIC PROGRAMME AT

W W W . N F O G 2 0 1 0 . D K

Pirkanmaa hospital district
TAMPERE UNIVERSITY HOSPITAL
Together for better health

Child Sexual Abuse

3rd June 2010

Finn-Medi 5, auditorium, Biokatu 12, Tampere, Finland

PROGRAMME

8.00 **Registration**

8:15 **Opening**
Minna Joki-Erkkilä, MD, Department of Child Psychiatry, Tampere University Hospital

8:25 **Prepubertal Forensic Examination Techniques, Normal Findings and Misconceptions**
Professor Joyce Adams, Department of Pediatrics, University of California, San Diego

9:55 Coffee

10:15 **Genital Findings in Prepubertal Females and Adolescents in Sexual Abuse, Acute and Non Acute**
Professor Joyce Adams

11:45 Lunch

12.30 **Anal Examination Techniques and Findings, Normal and in Child Sexual Abuse**
Arne Myhre, MD, Trondheim University Hospital, Norway

13:50 Coffee

14:15 **CSA Medical Statement**
Professor of Forensic Medicine Annie Vesterby, Århus, Denmark

15:30 Coffee

15:50 **How Doctors should Present the CSA Findings in Court**
Professor Joyce Adams

17:20 **Closing Remarks**
Minna Joki-Erkkilä

Person in Charge: Minna Joki-Erkkilä, e-mail: minna.joki-erkkila@pshp.fi
Organizers: Finnish Pediatric and Adolescent Gynecology Association, The Social Paediatric Committee of the Finnish Paediatric Association, Pirkanmaa Hospital District, Department of Child Psychiatry in co-operation with Pirkanmaa Hospital District Training Services.
Contact Information:
Training officer Elina Pitkäkangas Pirkanmaa Hospital District, Training Services, Finn-Medi 5, 4th floor, PL 2000, FIN-33521 Tampere
Tel. +358 3 3116 9086, e-mail: elina.pitkakangas@pshp.fi

Congress Venue: Finn-Medi 5, Tampere University Hospital Campus, Biokatu 12, Tampere
Congress language: English

More information about registration will be coming soon **www.pshp.fi**
Track: (ammattilaisille / koulutus / valtakunnallinen / kesäkuu).
Fee: 200 e (+ VAT 22 %).

General information about Tampere: http://www.tampere.fi/english/tourism/index.html
Pirkanmaa Hospital Dictrict Maps: http://www.pshp.fi, Tampere City Map http://www.tampere.fi/ytoteto/kartta/
Travelling by Bus: http://www.tampere.fi/tkl/aikataulut.html. Busnumbers: 6, 7, 16, 18, 19 ja 28.
Parking: http://www.tampereenptalo.fi/tays.htm

Koulutuskalenteri SGY

■ MAIJA-RIITTA ORDÉN

2010

TAMMIKUU

• 22.-23.1. Nordisk Urogynekologisk Arbetsgrupp (NUGA) – 26th Annual Meeting, Copenhagen, Denmark. www.nuga-info.org

HELMIKUU

• 1.-6.2. 30th Annual Meeting of Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM). The Pregnancy Meeting, Chicago, IL, USA. www.smfm.org
• 5.-7.2. Congenital anomalies and fetal echocardiography, London, UK. www.isuog.org
• 11.-12.2. SGY tutkijaseminaari, Tuohilampi. www.gynekologiyhdistys.fi
• 26.2. ESHRE Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Endometriosis, Budapest, Hungary. www.eshre.com

MAALISKUU

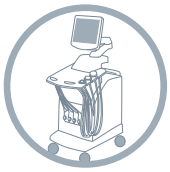
• 4.-7.3. 14th World Congress of Gynecological Endocrinology, Firenze, Italy. www.gynecologicalendocrinology.org
• 18.-20.3. Endometriosis 2010 from bench to patient, Milan, Italy. www.creo-educational.it/endometriosis2010
• 21.-24.3. Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynecologists (RANZCOG) 2010 Annual Scientific Meeting, Adelaide, Australia. www.ranzcog2010asm.com.au
• 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
• 25.-28.3. 6th International Scientific Meeting of ISUOG, cairo, Egypt. www.isuogcairo2010.com
• 26.-28.3. International Neonatal and Maternal Immunization Symposium (INMIS), Antalya, Turkey. www.inmis2010.org
• 24.-27.3. Annual Scientific Meeting of the SGI (Society for Gynecological Investigation), Orlando, USA. www.sgionline.org

HUHTIKUU

• 8.-10.4. Suomen Menopaussiseuran kevätkokous sisätautilääkäriyhdistyksen kanssa. Naisen terveys, Saariselkä. www.menopaussiseura.net
• 8.-10.4. 2nd International Video Workshop on Radical Surgery in Gynaecological Oncology, Prague, Czech Republic. www.ivw2010.cz
• 15.4. Lasten ja nuorten syömishäiriöt, Helsinki. www.terveysportti.fi/slangy
• 15.-17.4. Suomen Lääketieteellis-Biologinen Ultraääniseura, Ylläs. www.ultraaaniseura.fi
• 22.-23.4. SGY:n kevätkokous, Helsinki. www.gynekologiyhdistys.fi
• 25.-28.4. The 26th Fetus as a Patient International Congress, San Diego, USA. www.fetus2010.com

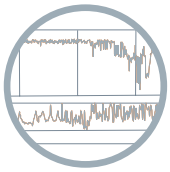
TOUKOKUU

• 5.-8.5. European Congress of Obstetrics and Gynaecology, Antwerp, Belgium. www.ebcog2010.be
• 6.-7.5. EGO (erikoistuvien gynekologien koulutuspäivät), yleisgynekologia, Kuopio. www.sgy-ego.org
• 12.-15.5. 42nd Annual Meetingof the Society for Obstetric Anesthesia and Perinatology (SOAP), San Antonio, Texas, USA. www.soap.org
• 15.-19.5. 58th Annual Clinical Meeting of the American College of Obstetri-


Hitachi, Mindray ja Voluson, ultraäänilaitteet

Stan, sikiön ST-analysaattori sekä KTG-laitteet

Toitu, sikiön sydänäänten kuuntelulaite


Milou, KTG-käyrien valvonta- ja arkistointijärjestelmä

Tuotteet ja tarvikkeet terveydenhuollon diagnostiikkaan ja tutkimukseen.
Tutustu tuotteisiimme kotisivuillamme **www.sonar.fi**

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

cians and Gynecologists, San Francisco, USA. www.acog.org
• 19.-22.5. 11th Congress of the European Society of Contraception, The Hague, The Netherlands. www.contraception-esc.com
• 26.-29.5. XXII European Congress of Perinatal Medicine, Granada, Spain. www.ecpm2010.org

KESÄKUU

• 3.6. Child Sexual Abuse, Tampere. www.pshp.fi. Lisätietoja: elina.pitkakangas@pshp.fi
• 16.-18.6. 37th Nordic Congress of Obstetrics and Gynecology, Copenhagen, Denmark. www.nfog2010.dk
• 20.-24.6. 9th World Congress in Fetal Medicine, Rhodes, Greece. www.fetalmedicine.com
• 23.-26.6. 1st World Congress on Office Hysteroscopy and Resectoscopy, Bari, Italy
• 26.-29.6. 4th World congress of minimally invasive gynaecologic surgery, Dubrovnik, Croatia. www.aagl.org
• 27.-30.6. 26th Annual Meeting of ESHRE (European Society of Human Reproduction and Embryology), Rome, Italy. www.eshre.com

HEINÄKUU

• 11.-14.7. 15th Conference of International Society for Prenatal Diagnosis, Amsterdam, Netherlands. www.ispdhome.org

ELOKUU

• 21.-25.8. 22nd EUROSON congress, Copenhagen, Denmark. www.euroson2010.org
• 23.-27.8. Annual Congress of the International Continence Society (ICS), Toronto, Canada. www.icsoffice.org

SYYSKUU

• 12.-16.9. 20th World Congress on Fertility and Sterility, Munich, Germany. www.iffs2010.com
• 18.-21.9. 7th European Congress of ESIDOG (European Society for Infectious Diseases). www.esidog.com
• 22.-26.9. 1st Global Congress of Maternal and Infant Health, Barcelona, Spain. www.globalcongress2010.com
• 26.-28.9. 6th Amsterdam Menopause and Women's Health Symposium, Amsterdam, The Netherlands. www.amswomenshealth.nl
• 29.9.-2.10. 19th Annual Congress of European Society of Gynaecological Endoscopy (ESGE), Barcelona, Spain. www.esge.org
• 30.9.-2.10. 6th World Congress on Ovulation Induction, Naples, Italy. www.ovulationinduction2010.org

LOKAKUU

• 3.-6.10. XVII World Congress of the International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy, Melbourne, Australia. www.isshp2010-melbourne.org
• 10.-14.10. 20th World Congress on Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, Prague, Czech Republic. www.isuog.org
• 23.-26.10. 13th Biennial Meeting of the International Gynecologic Cancer Society, Prague, Czech Republic. www.igcs.org
• 23.-27.10. 66th Annual Meeting of American Society for Reproductive Medicine (ASRM), Denver, USA. www.asrm.org

MARRASKUU

• 4.-7.11. 13th World Congress on Controversies, Gynecology & Infertility

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.

(COGI), Berlin, Germany.
www.comtecmed.com/cogi/berlin
• 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
• 25.-28.2. 7th International Scientific Meeting of ISUOG, Macau, China. www.isuog.org

MAALISKUU

• 16.-19.3. Annual Scientific Meeting of the SGI (Society for Gynecological Investigation), Miami Beach, USA. www.sgionline.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

KESÄKUU

• 8.-12.6. 13th World Congress on the Menopause, International Menopause Society, Rome, Italy. www.imsociety.org
• 28.6.-2.7. Annual Meeting of the International Urogynecological Association, Lisbon, Portugal. www.iuga.org

HEINÄKUU

• 25.-28.7. 44th Annual Meeting of the Society for the Study of Reproduction, Portland, USA. www.ssr.org

ELOKUU

• 29.8.-2.9. Annual Congress of the International Continence Society (ICS), Glasgow, Scotland. www.icsoffice.org

SYYSKUU

• 4.-7.9. 11th World Congress on Endometriosis, Montpellier, France. www.wce2011.com
• 18.-22.9. 21st World Congress on Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, Los Angeles, USA. www.isuog.org

LOKAKUU

• 15.-19.10. American Society for Reproductive Medicine 67th Annual Meeting, Orlando, FL, USA. www.asrm.org

MARRASKUU

• 8.-11.11. 10th World Congress of Perinatal Medicine, Punta del Este, Uruguay. www.10wcpm.info
• 30.11.-3.12. 14th World Congress on Human Reproduction, Melbourne, Australia. www.humanreproduction2011.com

2012

SYYSKUU

• 9.-13.9. 22nd World Congress on Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, Copenhagen, Denmark. www.isuog.org

LOKAKUU

• 7.-12.10. XX FIGO World Congress of Gynaecology and Obstetrics, Rome, Italy. www.figo.org
• 15.-19.10. Annual Congress of the International Continence Society (ICS), Beijing, China. www.icsoffice.org
• 20.-24.10. American Society for Reproductive Medicine 68th Annual Meeting, San Diego, CA, USA. www.asrm.org

2013

TOUKOKUU

• 23.-25.5. IV Nordic Congress on Endometriosis, Turku ja Naantali. www.nce13.com

LOKAKUU

• 12.-27.10. 69th Annual Meeting of the ASRM (American Society for Reproductive Medicine) and 21st World Congress on Fertility and Sterility, Boston, USA. www.asrm.org

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

Syklin ilmestymisaikataulu

Numero	Aineistopäivä	Ilmestyy
2010		
1. Helmikuu	15.1.	19.2.
2. Huhtikuu	19.3.	23.4.
3. Kesäkuu	19.5.	23.6.
4. Syyskuu	20.8.	17.9.
5. Lokakuu	24.9.	29.10.
6. Joulukuu	12.11.	17.12.

SGY:n hallitus

www.gynekologiyhdistys.fi

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

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

Sihteeri Leila Unkila-Kallio
HYKS / Naistenklinikka
PL 140, 00029 HUS
p. 050 427 2528 fax (09) 471 74801
leila.unkila-kallio@hus.fi

Varainhoitaja Pauli Wirta
Kartanontie 5 A 4, 00330 Helsinki
p. 0400 423 348
pauli.wirta@pp.fimnet.fi

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

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

Marja Komulainen
KYS Naistenklinikka
PL 1777, 70211 Kuopio
p. 044 717 2326
marja.komulainen@kuh.fi

Anna Luomaranta
HYKS Kätilöopiston sairaala
PL 610, 00029 HUS
p. 050 427 1176
anna.luomaranta@hus.fi

Virpi Rantanen
TYKS Naistenklinikka
PL 52, 20521 Turku
p. (02) 313 0239 fax (02) 313 2340
virpi.rantanen@tyks.fi

Tytti Raudaskoski
OYS / Naistenklinikka
PL 24, 90029 OYS
p. (08) 315 2011 fax (08) 315 4310
tytti.raudaskoski@ppshp.fi

Annika Tulenheimo-Silfvast
Fertinova
Unioninkatu 13, 00130 Helsinki
p. 050 350 7991 fax (09) 622 03220
annika.tulenheimo-silfvast@fimnet.fi

Suomen Gynekologiyhdistys ry:n sääntömääräinen vuosikokous pidettiin Turussa Hotelli Caribiassa torstaina 12.11.2009 klo 17.00 alkaen.

1. **Kokouksen avaus**
   Yhdistyksen puheenjohtaja Juha Tapanainen avasi kokouksen klo 17.00
2. **Kokouksen järjestäytyminen**
   Kokouksen puheenjohtajaksi valittiin Juha Tapanainen ja sihteeriksi Kati Ojala. Pöytäkirjan tarkastajiksi ja ääntenlaskijoiksi valittiin Tytti Raudaskoski ja Marja Vääräsmäki. Kokouksen esityslista hyväksyttiin.
3. **Kokouksen laillisuus ja päätösvaltaisuus**
   Kokous todettiin laillisesti kokoonkutsutuksi ja päätösvaltaiseksi.
4. **Edellisen kokouksen pöytäkirja**
   Kevätkokouksen 2009 pöytäkirja esitettiin kokoukselle. Pöytäkirja hyväksyttiin muutoksitta.
5. **Sääntömääräiset vuosikokousasiat**
   1§ Vuosikertomus, tilinpäätös ja tilintarkastuskertomus: Sihteeri esitteli toimikauden 1.9.2008–31.8.2009 vuosikertomuksen, joka hyväksyttiin muutoksitta. Rahastonhoitaja Mikko Loukovaara esitteli toimikauden tilinpäätöksen ja tilintarkastajien kertomuksen, joista ei esitetty huomautuksia.
   2§ Vastuuvapauden myöntäminen: Hallitukselle myönnettiin vastuuvapaus.
   3§ Jäsenmaksun suuruus: Hallitus esitti jäsenmaksun pitämistä ennallaan (75 €). Kokous hyväksyi tämän.
   4§ Hallituksen kokoonpano: Hallituksesta erovuorossa olivat Juha Tapanainen, Kati Ojala, Aila Tiitinen, Mikko Loukovaara, Pentti Kiilholma, Maarit Vuento, Maija-Riitta Orden, Tarja Olkinuora ja Riikka Tähtinen.
   Uuden hallituksen kokoonpanoksi esitettiin seuraavaa: Puheenjohtaja Aila Tiitinen (HUS), sihteeri Leila Unkila-Kallio (HUS), varapuheenjohtaja Maarit Vuento (TAYS), klubimestari Veli-Matti Ulander (HUS), rahastonhoitaja Pauli Wirta, Virpi Rantanen (TYKS), Tytti Raudaskoski (OYS), Marjo Komulainen (KYS), Annika Tulenheimo-Silfvast (Gynecologi Practici), Antti Valpas (keskussairaalat) ja Anna Luomaranta (EGO).
   Kokous valitsi uuden hallituksen ehdotuksen mukaisesti.
   5§ Tilintarkastajien ja varatilintarkastajien valinta: Prof. Risto Erkkola ehdotti SGY:n tilintarkastajiksi KTM Juha Väisästä ja Pauli Kajanojaa, sekä varatilintarkastajiksi Martti Ämmälää ja Mervi Halttusta. Kokous hyväksyi ehdotuksen.
6. **Apurahat**
   1§ Astellas Pharman apurahan hakemuksista hallitus oli valinnut parhaaksi LL Sari Ahonkallion hakemuksen. Hänen väitöskirjatutkimuksensa aiheena on endometriumin lämpöpallohoito. Astellas Pharman apurahan (3000 €) jakoivat Hannu Huuhka ja Eeva-Liisa Aurola; Sari Ahonkallio oli estynyt saapumasta paikalle, ja Kati Ojala otti palkinnon vastaan Ahonkallion puolesta.
   2§ SGY:n matka-apurahoja ei oltu anottu kevätkokouksen jälkeen. Puheenjohtaja kehotti klinikoita tiedottamaan matka-apurahan mahdollisuudesta.
   3§ Tutkimussäätiön stipendin (3000 €) jakoi professori Juha Mäkinen. Stipendi myönnetään väitöskirjatyön jälkeen tehdylle kliinisesti merkittävälle tutkimukselle. Stipendin sai LT Maija Jakobsson Helsingistä. Jakobsson kiitti saamastaan palkinnosta.
7. **Jäsenasiat**
   1§ Puheenjohtaja Juha Tapanainen lausui muistosanat viidestä toimikaudella edesmenneestä jäsenestä, jotka olivat Martti Pulkkinen, Eila-Maija Harrela, Kustaa Kotsalo, Valto Räsänen ja Ulla Vataja. Kokous kunnioitti edesmenneiden yhdistyksen jäsenten muistoa hiljaisella hetkellä.
   2§ Kevätkokouksen 2009 jälkeen SGY:n hallitus on hyväksynyt seuraavat uudet yhdistyksen jäsenet: Anniina Rintaniemi, Anni Tuominen, Jenni-Stiina Suominen, Katariina Mickelsson, Heidi Hakkarainen, Sanna Klemetti, Riitta Antila-Långsjö, Anniina Färkkilä, Henri Leminen, Ulrika Björklund ja Annu Heinonen. Puheenjohtaja Juha Tapanainen ja sihteeri Kati Ojala jakoivat paikalla olleille uusille jäsenille yhdistyksen jäsenkirjan ja SGY:n 80-vuotishistoriikki -dvd:n, sekä toivottivat heidät tervetulleiksi yhdistyksen toimintaan mukaan.
8. **Ilmoitusasiat**
   1§ Informoitiin tulevista koulutuspäivistä, joita ovat Helsinki 22.–23.4.2010 ja Tampere 11.–12.11.2010.
9. **Muut asiat**
   Muita asioita ei ollut.
10. **Kokouksen päättäminen**
    Puheenjohtaja päätti kokouksen klo 17.50.

Pöytäkirjan vakuudeksi 14.11.2009

Juha Tapanainen puheenjohtaja

Kati Ojala sihteeri

■ MERJA METSÄ-HEIKKILÄ

Paperille vai nettiin?

Sain äskettäin paperikirjeen kollegalta. Kiittäessään Syklistä hän samalla esitti epäilyksen, ”onko yhdistyksellämme varmasti pitkällä tähtäimellä varaa ulkoasultaan näin upeaan lehteen”. Tähän on helppo vastata. Toistaiseksi on – lehti on yhdistyksen tärkeä varainhankintaväline tuottaen merkittävän osan toimintaan tarvittavista varoista. Kiitos tästä kuuluu yhteistyökumppaneillemme, jotka mainostavat Syklissä. Sinä päivänä, kun tämä tilanne muuttuu, joudumme varmasti mekin miettimään nyt lehdessä julkaistavan aineiston siirtämistä kokonaan yhdistyksen nettisivuille.

Paperisen lehden kuolemasta on puhuttu jo vuosia, mutta siitä huolimatta Suomenkin kokoisessa maassa joka vuosi perustetaan uusia aikakauslehtiä. Totta on kuitenkin, että kaikkien sanomalehtien levikit ovat pienentyneet pitkään ja etenkin nuoret ovat tottuneet tyydyttämään uutisnälkänsä toistaiseksi ilmaisilta nettisivustoilta. Heidän aamunsa ei ala sanomalehden rapinalla ja kahvikupilla, vaan energiajuomalla ja nettivilkaisulla.

Tätä kirjoitettaessa postiluukusta ovat pudonneet maamme ykkoslehden ensimmäiset uudistetut numerot. Lehteä selatessa tulee väistämättä mieleen internetsivusto. Pääuutissivu on kuin www-sivujen avaussivu – houkutellen jatkamaan, syvemmälle. Sekä ylä- että sivureunasta löytyvät palkistot osoitteista eteenpäin, aivan kuten nettisivuillakin. Värikuvien käyttö on mahdollista kaikilla sivuilla ja väripalkit ovat sivujen ylälaidassa kertomassa, missä osassa lehteä ollaan. Lehdet siis alkavat käyttää samaa visuaalista ja toiminnallista rakennetta kuin sähköinen media.

TAUN©

Helsingin Sanomissa Vieraskynä -palstalla aikakausilehtijournalismin professori Maija Töyry otti 6.10. kantaa paperisten ammatti-, jäsen- ja järjestölehtien puolesta. Hän totesi muun muassa, että ”internet toimii eri tavoin kuin painotuote. Internetistä ihmiset hakevat useimmiten vastauksia heitä askarruttaviin kysymyksiin, kun taas aikakauslehdestä saadaan myös sellaista tietoa, jota ei ole osattu edes kysyä tai kaivata.” Hänen mukaansa erityisesti ammatillista tietoa jakavan aikakauslehdistön merkitys kasvaa, jos sanomalehtien kautta välittyvä asiantuntijatieto vähenee. Järjestölehden yksi tärkeistä tehtävistä on ammatti-identiteetin vahvistaminen. Vain tietoa jakava internetsivusto on tässä heikko väline.

Jokapäiväisen lehden painaminen paperille ja kuljettaminen tilaajille tuntuu epäekologiselta. Kaukana ei kuitenkaan liene aika, jolloin meillä jokaisella on jonkinlainen pieneen tilaan menevä mutta vaikkapa sanomalehden kokoiseksi avattava sähköinen mukana kulkeva alusta, johon saamme tilattua niin sanomalehden, aikakauslehdet kuin henkilökohtaisenkin postin. Silloin lehden substanssi voi säilyä muuttumattomana, ainoastaan sen muoto ja ”näppituntuma” muuttuvat. Olette varmasti käyneet nettisivuilla, joilla sivut kääntyvät kuin kirjan lehdet? Mutta millaiselta näyttää tuolloin kulttuurikodin kirjahylly? ■