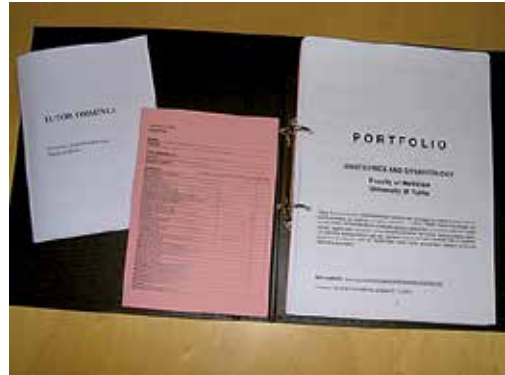


Miten Turun yliopistosta valmistuvat gynekologit ovat saavuttaneet koulutustavoitteensa?

Tutkimuksessa arvioitiin naistentautien ja synnytysten erikoistumiskoulutuksessa määritettyjen tavoitteiden toteutumista Turun yliopistossa vuosina 2006–2009. Selvityksen pohjana oli kymmenen tuona aikana erikoistuneen lääkärin käyttämä erikoisalamme eurooppalaisen järjestön EBCOG:n luoma lokikirja, josta on muokattu malli Suomen tarpeisiin. Lokikirjamerkintöjen perusteella selvitettiin, miten erikoistuvien tavoitteelliset suoritusmäärät täyttyivät naistentauteihin ja synnytyksiin liittyvissä yleisissä toimenpiteissä. Tulosten mukaan tavoitteisiin päästiin paremmin synnytysten kuin naistentautien osa-alueella. Naistentautien operatiivinen koulutus vaatii lisäpanostusta, jotta valmistuville erikoislääkäreille taataan riittävä ammattitaito. Tähän haasteeseen voimme vastata tarjoamalla erikoistuville uusia malleja kehittää operatiivisia taitojaan (esim. simulaattorit), koska perusleikkauksia ei enää pääse suorittamaan minimitalvoitteiden mukaisesti.

Naistentautien ja synnytysten erikoistumiskoulutus noudattaa European Board and College of Obstetrics and Gynaecology (EBCOG) määrittämiä vaatimuksia (www.ebcog.org). Suomessa myös opetus- ja kulttuuriministeriö sekä valtioneuvoston asetukset säätävät erikoislääkäritutkintoon liittyvää koulutusta, jonka käytännön toteuttamisesta puolestaan vastaavat Suomen viisi lääketieteellistä tiedekuntaa. Vuonna 1998 annetun Suomen erikoislääkärikoulutusta koskevan asetuksen (1998/678) kuudennessa pykälässä mainitaan, että erikoistuvan lääkärin tulee osallistua oman oppimisensa ja koulutuksen toimivuuden kehittämiseen ja arviointiin (Asetus erikoislääkärin tutkinnosta 1998). Tavoitteiden toteutumisessa ovat tärkeässä asemassa koulutettavien tutorointi ja sen apuna EBCOG:n lokikirja ja portfolio (KUVA 1).



KUVA 1. Naistentautien ja synnytysten erikoistumiskoulutuksessa käytössä olevat EBCOG:n lokikirja ja portfolio sekä Turussa käytettävä tutorointiopas. (Kuva JM)

den kehittämiseen ja arviointiin (Asetus erikoislääkärin tutkinnosta 1998). Tavoitteiden toteutumisessa ovat tärkeässä asemassa koulutettavien tutorointi ja sen apuna EBCOG:n lokikirja ja portfolio (KUVA 1).

Naistentautien ja synnytysten erikoisalan jatkokoulutuksen yleinen sisältö eri koulutusyksiköissä on arvioitu koko Suomessa 2000-luvulla (Mäkinen ym. 2005). Tämä auditointi perustuu EBCOG:n ohjeisiin, ja se tehdään suositusten mukaan noin viiden vuoden välein. Auditoinnin tarkoituksena on löytää koulutuksen heikkoudet ja vahvuudet. Näin eri erikoisaloilla saadaan tietoa koulutusyksiköiden välisistä eroista ja parhaimmat toimintatavat voidaan ottaa käyttöön valtakunnallisten suositusten myötä (Meretoja ja Kantanen 2009, Ritämäki 2011). Auditoinnin tulosten mukaan yksikölle annetaan koulutus-



Katso myös Aila Tiitisen pääkirjoitus Lokikirja erikoistumisen arvioinnissa s. 790.

Suomessa naistentautien ja synnytysten erikoistumiskoulutus kestää kuusi vuotta. Koulutusohjelman sisältö on hyvin määritelty ja varsin yhtenäinen kaikissa yliopistoissamme (www.med.utu.fi/opiskelu/II_koulutusohjelma/). Sen sijaan joissakin Keski-Euroopan maissa EBCOG:n suorittamat auditoinnit ovat tuoneet esille huomattavia sisällöllisiä puutteita koulutuksessa jopa yliopistotasoisissa sairaaloissa. Suomessa kaikki sairaalat on arvioitu ja todettu kelpoisiksi antamaan erikoisalan jatkokoulutusta. Tietoisuus siitä, miten koulutuksen tavoitteet saavutetaan yksilötasolla, on kuitenkin edelleen varsin puutteellista.

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää neljän kalenterivuoden aikana erikoislääkäriskoulutuksessa olleiden lokikirjamerkintöjä käyttämällä, miten Turun yliopistollisessa keskussairaalassa naistentautien ja synnytyksiin erikoistuneiden lääkäreiden koulutustavoitteet täyttyvät erityisesti erilaisten yleisten toimenpiteiden osalta.

Aineisto ja menetelmät

Turun yliopistollisessa keskussairaalassa naistentautien ja synnytysten erikoistumiskoulutuksen yhtenä arviointikeinona on EBCOG:n luoma lokikirja, joka on muokattu Suomen käytäntöihin sopivaksi (KUVA 2). TYKS:ssa kyseistä lokikirjaa on käytetty vuodesta 2001. Sen avulla erikoistujat pitävät kirjaa muun muassa erilaisten yleisimpien toimenpiteiden suoritusmääristä. Myös tiedot pidetyistä esitelmistä, tieteellisestä aktiivisuudesta ja koulutuksiin osallistumisesta taltioidaan opintosuorituskansioon eli portfolioon. Lisäksi se sisältää ne taidot, jotka koulutettavan odotetaan omaksuvan potilaiden hoidossa (esim. erilaiset hoitoihin liittyvät tiedolliset yksityiskohdat, lainsäädännön soveltaminen potilastyöhön jne.).

Turussa valmistuu keskimäärin 2–3 naistentautien ja synnytysten erikoislääkäriä vuodessa. Tässä tutkimuksessa tarkastellaan vuosina 2006–2009 valmistuneiden kymmenen lääkärin erikoistumiskoulutuksen kumulatiivisia, kattavasti kerättyjä lokikirjamerkintöjä. Joissakin perustoimenpiteissä (esim. kaikukuvauk-

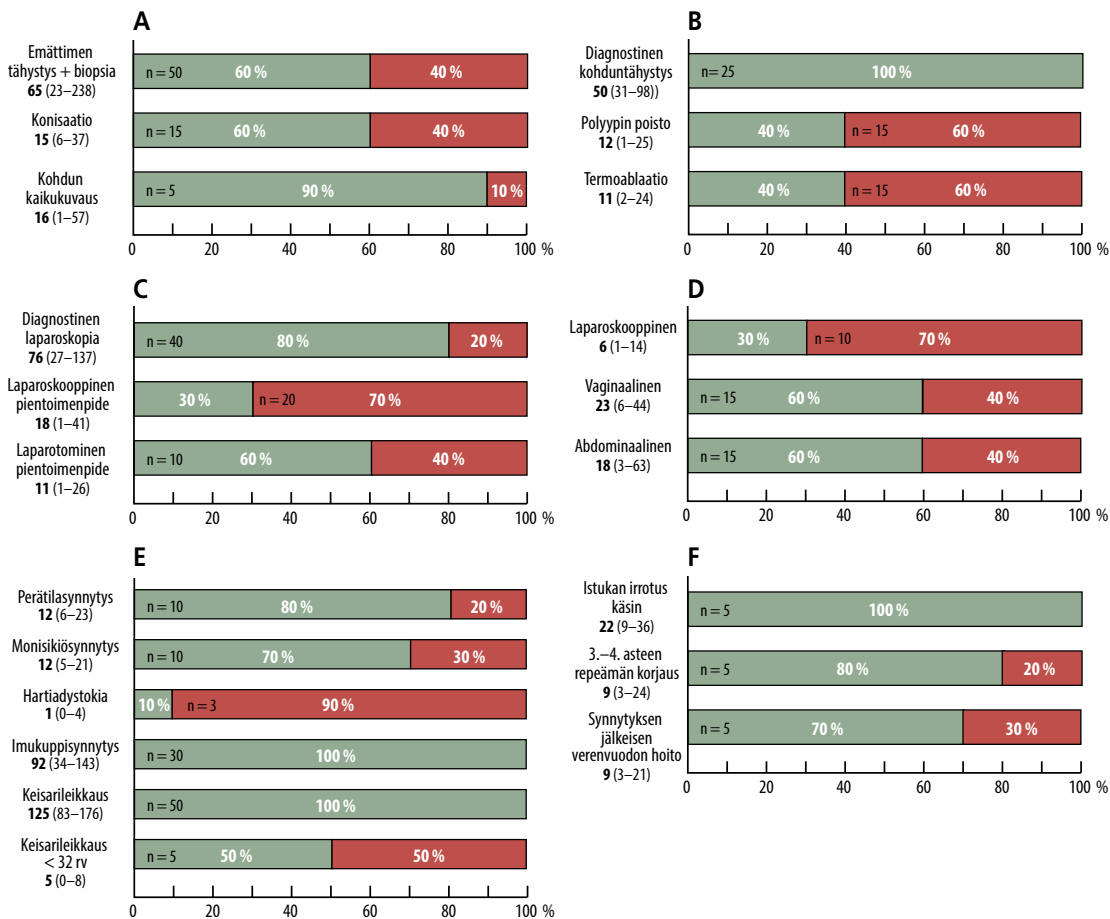
set, kohdunthyjennykset, diagnostiset kaavinat jne.) suorituksia kertyy useita kymmeniä, ja niiden osalta tavoitteet ylittyvät helposti. Tässä selvityksessä keskityttiinkin tietoihin sellaisista toimenpiteistä, jotka ovat ammattitaidon kannalta olennaisia mutta joiden saavuttaminen on vaikeampaa. Tiedot koskivat erityisesti yliopistosairaalajaksoa eli viimeisten 2–3 vuoden aikana saatuja kokemuksia.

Aineisto jaettiin naistentauteihin ja synnytyksiin. Naistentautien tiedot koskevat yleisiä poliklinikassa suoritettavia toimenpiteitä, leikkaussaliolosuhteissa suoritettavia päiväkirurgisia tai vaativampia pientoimenpiteitä sekä vaativan kirurgian alueelta kohdunpoiston eritekniikoita. Obstetriikan tiedot koskevat eri synnytystoimenpiteitä, kuten perätila-, monisikiö- ja imukuppisynnytystä, hartiadystokiaa sekä keisarileikkausta täysiaikaisessa ja alle 32-viikkoisessa raskaudessa. Lisäksi arvioitiin synnytyksen jälkeisten komplikaatioiden hoidossa kertyneet toimenpiteet, kuten istukan irrottaminen käsin, 3.–4. asteen repeämien korjaus sekä synnytyksen jälkeisen verenvuodon hoito. Tulokset esitellään KUVASSA 3. Kustakin omatoimisesti tehtävästä toimenpiteestä kerrotaan EBCOG-perusteinen minimimitavoitemäärä (n) sekä kaikkien osallistujien suorituskertojen keskiluku (mediaani) ja vaihteluväli. Lisäksi ilmoitetaan, kuinka suuri prosenttiosuus kymmenen lääkärin joukossa saavutti minimimitavoitteen (vihreä) ja kuinka suuri osuus ei siihen yltänyt (punainen).

Tulokset

Naistentaudit. Polikliinisesti suoritettavissa toimenpiteissä minimimitavoitteet täyttyivät varsin hyvin kaikukuvausten osalta (90 %), mutta osassa toimenpiteitä (konisaatio ja emättimentähystys + biopsia) vain hieman yli puolet erikoistujista ylsi tavoitteeseen, vaikka toimenpidemäärän mediaani ylittää tavoitteeseen tai sen yli (KUVA 3 A). Vaihteluväli on varsin laaja, minkä vuoksi osalla tavoite saattoi ylittyä jopa 4–10-kertaisesti.

Diagnostisia kohduntähystyksiä kaikki olivat tehneet paljon: mediaani oli kaksinkertainen vaadittavaan minimimäärään nähden



KUVA 3. Kymmenen Turun yliopistosta valmistuneen naistentautien ja synnytysten erikoislääkärin suorittamat toimenpiteet vuosina 2006–2009. **A)** Polikliiniset toimenpiteet, **B)** kohduntähytyksessä suoritettut toimenpiteet, **C)** leikkaussaliolosuhteissa tehdyt pientoimenpiteet, **D)** tehdyt kohdunpoistot, **E)** synnytyksiin liittyvät toimenpiteet ja **F)** synnytyksen jälkeiset toimenpiteet. Lihavoidut numerot ilmaisevat keskiluvun (mediaani) ja suluissa olevat vaihteluvälit. n-luku osoittaa kulloisenkin toimenpiteen minimimitavoitemäärän. Vihreä prosenttiosuus viittaa niihin erikoistujiin, jotka ovat saavuttaneet tavoitteen, ja punainen niihin, jotka eivät ole päässeet siihen.

(**KUVA 3 B**). Kohduntähytyksellä tehtävissä toimenpiteissä (polyypin poisto ja termoablaatio) vähimmäistavoitteet täytti vain 40 % erikoistujista ja toimenpidemäärien mediaanitkin jäivät alle minimiin.

Leikkaussaliolosuhteissa tehtävän diagnostisen vatsaontelontähytyksen vähimmäistavoite täyttyi 80 %:lla koulutettavista (**KUVA 3 C**). Sen sijaan vaaditun minimimäärän tähytyksellä suoritettavia pientoimenpiteitä (sterilisaatio, kohdun sivuelinten kirurgia) oli päässyt tekemään ainoastaan 30 % erikoistujista. Avoimia vatsaontelon pientoimenpiteitä kertyi tarpeeksi vain vähän yli puolelle lääkä-

reistä, vaikka toimenpiteiden mediaani ylittää tavoitemäärän.

Vaginaalisissa ja abdominaalisissa kohdunpoistoissa tavoite täyttyi 60 %:lla erikoistujista (**KUVA 3 D**). Vaikka näissä mediaani ylittääkin tavoiterajan, on vaihteluväli varsin laaja. Laparoskooppisissa kohdunpoistoissa vain 30 % erikoistujista pääsi minimitalvoitteeseen.

Synnytykset. Synnytyksiin liittyvissä toimenpiteissä minimitalvoitteet täyttyivät vähintään puolella lääkäreistä (**KUVA 3 E**) lukuun ottamatta hartiadystokian hoitoa, jonka osalta tavoitteen saavutti vain 10 % erikoistujista. Imukuppisynnytysten ja täysiaikaisen raskau-

den päättäneiden keisarileikkausten suhteen tavoite täyttyi jopa sataprosenttisesti. Synnytksen jälkeisten toimenpiteiden hoidossa tavoitteisiin päästiin yleisesti varsin hyvin (70–100 %) (KUVA 3 F).

Pohdinta

Erikoislääkärikoulutuksen arviointi on vaativaa sekä kouluttajalle että koulutettavalle. Vaikka koulutuksen rakenteesta ja yksityiskohtaisesta sisällöstä onkin laadittu varsin selkeät ohjeet ja käytettävissä on tavoitteiden toteutumisen arviointia varten lokikirja ja portfolio, näiden apuvälineiden käyttö vaihtelee runsaasti. Kirjallisuudessa on vain vähän vertailevaa tietoa siitä, miten niitä käytetään, miten koulutus todella toteutuu ja mikä lopulta on valmistuvien erikoislääkärien ammattitaito. Yhteinen käsitys puuttuu myös siitä, mitkä olisivat ne luotettavat ja validoidut menetelmät, joilla tavoitteiden saavuttamista voisi arvioida. Konkreettisia arviointimalleja ja niistä saatuja tuloksia on kansainvälisestikin vielä sangen vähän, vaikka niiden tarpeeseen on kiinnitetty viime aikoina paljon huomiota (Baker 2011, Fernández Gálvez 2011). Käytännössä vastuu koulutuksen toteutumisesta jää valitettavan usein suurelta osin koulutettavalle itselleen, vaikka senioritason kouluttajien ja tutorien sekä viime kädessä yliopistovirassa toimivan professorin (mentorin) tulisi toimia koulutusohjelman vastuunkantajina. Koulutettavan oma vastuunotto on toisaalta tärkeää ja asetuksen mukaista.

Lokikirjakäytännön pitäisi olla osa eurooppalaista ja myös suomalaista asetuksen mukaista erikoistumiskoulutuksen arviointia ja laadunvalvontaa. Vastuukouluttajien ja tutoreiden pitäisi tarkkailla suoritteita. Jos tavoitteisiin ei päästä, asiaan on puututtava, koska asetettujen minimitalvoitemäärien tulisi olla myös pakollisia suoritustamääriä. Vastaavan kouluttajan pitää tarvittaessa järjestää esimerkiksi ylimääräisiä leikkaussalipäiviä. Tällä on suora vaikutus tavoitteiden saavuttamiseen ja näin myös erikoistumiskoulutuksen laatuun. Kaiken kaikkiaan erikoistumiskoulutuksen haasteena onkin tavoitteiden jatkuva ajan tasalla pitäminen erilaisten uusien toi-

menpidetyyppien yleistyessä sekä ”vanhojen” tutkimusten ja toimenpiteiden väistyessä. Esimerkiksi laparoskooppisten kohdunpoistojen tavoitemäärää (10) tulisi siis lisätä, vaikka nykyiseenkin tavoitteeseen pääsee valitettavasti ainoastaan hyvin harva koulutettava.

Tässä tutkimuksessa valmistuvan naisten tautien ja synnytysten erikoislääkärin oppimistavoitteet täytyivät paremmin obstetrisella osa-alueella kuin gynekologiassa. Erityisesti leikkaussaliolosuhteissa suoritettavien kirurgisten toimenpiteiden osalta tavoitteet jäivät vajaiksi, mikä saattaa osaltaan johtua myös erikoistuvan kiinnostuksen puutteesta operatiiviseen toimintaan. Samankaltaisesta ongelmasta on puhuttu myös muissa EU:n jäsenvaltioissa. Kirurgisten suoritteiden väheneminen koulutuksessa on osaltaan heijastusta siitä, että Suomessa gynekologisten leikkausten, erityisesti kohdunpoistojen ja esimerkiksi sterilisaatioiden, kokonaismäärät ovat vähentyneet. Muun muassa Turussa hysterektomioiden määrä on puolittunut 20 vuodessa. Samalla abdominaalisten kohdunpoistojen määrä ja osuus kaikista hysterektomioista on pienentynyt huomattavasti, kun taas laparoskooppisesti suoritettavien toimenpiteiden osuus on lisääntynyt nopeasti. Sama ilmiö on todettu myös koko maassa (Brummer ym. 2009).

Tässä selvityksessä havaitut puutteet valmistuneiden erikoislääkäreiden kirurgisissa suoritteissa ovat herättäneet myös kriittisiä ajatuksia. On puhuttu siitä, tulisiko gynekologisen kirurgian opetusta jakaa niin, että kaikki erikoistujat saisivat saman pohjakoulutuksen, mutta operatiiviselle puolelle suuntautuvat jatkaisivat vaativamman kirurgian harjoittelua. Tällöin jo aikaisessa vaiheessa pitäisi päättää tulevaisuuden suuntautuminen ammattielämässä. Erikoisalan perustavoite kouluttaa kaikista päteviä sairaalalääkäreitä saattaisi näin hämärtyä. Euroopassa voi valita yksityis- tai sairaalalääkärin urapolun (mm. Ranskassa), mutta tämä ajatus ei ole saanut sijaa Suomessa.

Viime aikoina hoidoissa tapahtuneet muutokset heijastuvat myös koulutukseen, jonka tarpeisiin ja sisältöön kouluttajat voivat vaikuttaa. Sen sijaan muuttuneisiin hoitokäytäntöihin, kuten säästäviin hoitoihin (termoablaatio

ja hormonikierukan käyttö) esimerkiksi runsaiden kuukautisten hoidossa, on vaikeampi vaikuttaa, ja ne myös vähentävät osaltaan kohdunpoistojen kokonaismäärää. Gynekologisen kirurgian harjoittelun vaatimuksissa tämä tulisi ottaa huomioon, koska juuri laparoskooppisesti suoritettavat toimenpiteet ovat yleistyneet huomattavasti. EBCOG:n lokikirjassa abdominaalisten kohdunpoistojen tavoitemäärä on 15, kun taas laparoskooppisia hysterektomioita vaaditaan ainoastaan kymmenen, vaikka toimenpiteenä se on nykyään Suomessa yleisempi kuin avoleikkaus. Viime vuosina yleistynyt simulaattorikoulutus on erinomainen keino erityisesti tähestyleikkausten opettelemiseen. Kaikki eivät pääse tekemään riittävästi kaikkia perusleikkauksia, joten laparoskopiasimulaattori on hyvä esimerkki uusista koulutusta tukevista ratkaisuista (Molinas ym. 2008). Simulaattoreita käytetään nykyään naistentautien ja synnytysten erikoisalalla myös hysteroskopian, kaikkuvauksen sekä synnytysten hoidon ja seurannan harjoitteluun. Yliopistosairaaloista ja myös keskussairaaloista (mm. Jyväskylä) löytyy asiaankuuluvia opetuslaitteita ja -yksiköjä.

Tutkimuksemme tulosten tarkastelussa on otettava huomioon myös mahdolliset virhelähteet ja epätarkkuudet. Taulukoitujen lokikirjamerkintöjen suuri vaihteluväli voi johtua koulutettavan lokikirjamerkintöjen puutteellisuudesta, koska viime kädessä on erikoistuvan oma työ pitää merkinnät ajan tasalla. Suuri vaihteluväli voi selittyä osittain myös sillä, että obstetriikan puolelle suuntautuvien operatiivinen mielenkiinto on vähäisempää kuin naistentauteihin suuntautuvien. Vaikka puolet kymmenestä erikoistujasta on tehnyt riittävän määrän tiettyä toimenpidettä, saattaa toisella puolikkaalla olla suorituksia varsin vähän. Laadun kannalta olisi parempi, että kaikki saavuttaisivat vähintään minimitason, vaikka silläkkin ehdolla, että kouluttautuminen pitkittyisi. Säännöllisten tutortapaamisten ja lokikirjan seurannan pitäisi olla pakollista ja motivoida kirjanpitoon, mikä täsmentäisi koulutusta ja todennäköisesti lisäisi vähimmäisvaatimusten saavuttaneiden määrää. Yleisesti ottaen erikoistuvat lääkärit ovat ainakin Turussa olleet

varsin aktiivisia käyttämään lokikirjaa, jota muokataan jatkuvasti erikoistujien palautteen mukaan. Siksi uskomme näiden tulosten kuvaavan varsin hyvin todellisuutta ja osoittavan, että Turusta valmistuneet saavat hyvän arvostanan.

Koulutuksen arvioinnilla tutkitaan, miten koko koulutusohjelma jossakin yksikössä toimii ja miten yksilö saavuttaa asetetut tavoitteet. Yksilön tiedot selvitetään myös erikoisalan kirjallisessa loppukuulustelussa, joka on käytössä joissakin EU-maissa, kuten Suomessa. Käytännön taitojen ja laadun arviointi on paljon vaikeampaa kuin alan teoreettisen tietämyksen. Kliinisiä taitotestejä käytetään muun muassa Ruotsissa (www.lakarforbundet.se/spur), mutta ne vaativat paljon panostusta. Tämän tutkimuksen kaltaisia yksittäisten toimenpiteiden suorittamismääriä ja koulutuksen toteutumista selvitteleviä tutkimuksia on vielä vähän. Niiden ongelma on siinä, etteivät nekään tarjoa tietoa laadusta (Maagaard ym. 2012). Tässä selvityksessä meillä ei ollut mahdollista tutkia taitojen tai asenteiden laadullista oppimista. Toimenpidemäärät eivät aina korreloi taitojen kanssa. Gynekologis-obstetristen toimenpiteiden laatua voitaisiin selvittää kartoittamalla erikoistuvan lääkärin suorittamien toimenpiteiden jälkeiset komplikaatiot ja potilaiden tyytyväisyys. Vertaisarvioinnit sekä seniorilääkäreiden ja moniammatillisen yhteisön niin sanotut 360 asteen arvioinnit tukisivat kokonaiskäsitystä (Davies ym. 2008). Silti sellaiset taidot kuin potilaiden kohtaaminen ja haastatteleminen, kliininen tutkiminen, diagnoosin tekeminen ja muu päätöksenteko, neuvonta, organisointikyky ja ammatillisuus ovat vaikeita arvioida. Yksi malli voisi olla, että omista rutiineistaan vapautetut seniorilääkärit tarkkailisivat näitä asioita päivittäisessä työssä (Fernández Gálvez 2011). Tällainen järjestely on silti iso haaste muun muassa ajan käytön kannalta (Maagaard ym. 2012). Toimenpidemäärien selvittelyssä toimivaa lokikirjaa voitaisiin ehkä kehittää myös tähän suuntaan. Lisäksi voisimme Suomessa olla aloitteellisia esimerkiksi perustamalla EVO-rahoituksen turvin arviointiin keskittyviä tutorlääkäreiden virkoja. ■

KIRJALLISUUTTA

- Baker K. Determining resident clinical performance: getting beyond the noise. *Anesthesiology* 2011;115:862–78.
- Brummer T, Jalkanen J, Fraser J, ym. FINHYST 2006 – national prospective 1-year survey of 5279 hysterectomies. *Hum Reprod* 2009;24:2515–22
- Davies H, Archer J, Bateman A, Dewar, ym. Specialty-specific multi-source feedback: assuring validity, informing training. *Med Educ* 2008;42:1014–20.
- Fernández Gálvez GM. Assessment of clinical competence in pediatric residency with the Mini-Clinical Evaluation Exercise (Mini-CEX). *Arch Argent Pediatric* 2011; 109:314–20.
- Maagaard M, Johansen M, Lottrup P, Sørensen JL. Clinical skills training in obstetrics – a descriptive survey of current practice in Denmark. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2012;91:143–6.
- Meretoja A, Kantanen A-M. Neurologit tekivät sen taas. Auditointien tuloksena entistä parempaa erikoislääkäriskoulutusta. *Suom Lääkäril* 2009; 64:388–93.
- Molinas R, Campo R. Defining a structured training program for acquiring basic and advanced laparoscopic psychomotor skills in a simulator. *Gynaecol Surg* 2010;7:427–35.
- Mäkinen J, Aaltonen R, Silventoinen S, Tomás E, Kujansuu E, Heinonen S. Gynekologit tekivät sen jo – jatkokoulutus auditoitu koko maassa. *Suom Lääkäril* 2005;60:4767–9.
- Opetusministeriö. Asetus erikoislääkärin tutkinnosta [siteerattu 31.5.2012]. www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1998/19980678
- Ritamäki N. Auditointi tavaksi. Puheenjohtajalta. *Nuori Lääkäri* 2011;48:13.
- Sveriges läkarförbunds och Svenska Läkaresällskapet stiftelse för utbildningskvalitet (SPUR). Site Visit - Quality Assurance in Postgraduate Training [siteerattu 31.5.2012]. www.lakarforbundet.se/spur
- Turun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Erikoislääkäritutkinto [siteerattu 31.5.2012]. www.med.utu.fi/opiskelu/ll_koulutusohjelma/

JUHA MÄKINEN, naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri, professori

SANNA-MARI MANNINEN, sairaanhoitaja, kätilö (YAMK)

Turun yliopisto, kliininen laitos, synnytys- ja naistentautioppi

ANTTI PERHEENTUPA, naistentautien ja synnytysten erikoislääkäri, dosentti

TYKS, naistenklinikka

SUVI LEHTO, LL

Raision sosiaali- ja terveystieteiden keskus, Ruskon terveysasema

SIDONNAISUUDET

Kirjoittajilla ei ole sidonnaisuuksia

Summary

Achievement of educational goals among the trainees of obstetrics and gynaecology in the university of Turku

This survey evaluates how the requirements in OB-GYN training are fulfilled in the University of Turku, Finland. We analysed the interventions and procedures performed by ten trainees who completed their specialisation between 2006 and 2009. The analysis was based on the EBCOG-Log Books. According to our survey the minimum requirements are better fulfilled in obstetrics compared to gynaecology. There is an imbalance between the EBCOG theoretical demand and practical performance of the trainees in gynaecology because of limited possibilities to perform traditional operations to the required extent. Consequently, gynaecological aspects in training need more resources and new alternative activities.