Maaret Castrén ensihoidon ja päivystyslääketieteen professoriksi Karoliiniseen instituuttiin

■ Ensihoito näyttää olevan vauhdilla pönkittämässä asemaansa. Suomen ensimmäiset ensihoidon dosentit nimitettiin vuonna 2004, joskin heitä samana vuonna nimitettiin kolme, Markku Kuisma, Tom Silfvast ja Maaret Castrén. Nyt Castrén on nimitetty ensihoidon ja päivystyslääketieteen professoriksi Karoliiniseen instituuttiin. Finnanest haastatteli Maaretia sähköpostitse nimityksen johdosta.

Missä uusi toimipaikkasi sijaitsee ja milloin aloitat työsi Tukholmassa?
Toimipaikka on Kliinisen tutkimuksen ja koulutuksen keskus Södersjukhusetissa Karoliinisessa sairaalassa. Aloitan 5.2.2007.

Olet Karoliinisen Instituutin ensimmäinen ensihoidon professori. Onko Ruotsissa muita ensihoidon professoreita? Entä mikä on tilanne tällä hetkellä muissa Pohjoismaissa?
Ruotsissa ei ole muita eikä muissa Pohjoismaissa ole valintaprosessin kautta tulleita professoreita, Norjassa on tietääkseni vain yksi Oslossa. Se on ns. kutsuprofessuuri.

Mitkä olivat ne tärkeimmät tutkimuslinjasi, joita luulet valitsijoiden eniten arvostaneen?
Minun kohdallani valinta varmasti perustui monipuolisuuteeni juuri ensihoidon ja päivystyksen alueella, muut hakijat olivat pääsääntöisesti yhden suppeamman erikoisalan osaajia.

Millainen on työsi toimenkuva ja sisältö?
Se jää suunniteltavaksi tämän kevään aikana, onhan pesti uusi. Ei ole mitään vanhaa kuviota, vaan kaikki täytyy rakentaa alusta asti. Opetusta on kolmasosa, klinikkaa kolmasosa ja kolmasosa on tutkimusta. Sen verran on puhuttu jo valmiiksi, että kliininen työ Pohjoisen Euroopan suurimmalla päivystysasemalla on lähinnä 32 päivystyslääketieteeseen erikoistuvan lääkärin mentorointia ja päivystyksen prosessien tarkastelua, ei siis varsinaista potilastyötä.

Mitkä ovat suurimmat haasteet, jotka arvelet kohtaavasi aloittaessasi työsi?
Ruotsalaisten täysin toisenlainen tapa tehdä töitä ja päätöksiä.

Millainen on tulevaisuuden visiosi ensihoitolääketieteen tutkimuksesta ja opetuksesta?
Haluan, että se on elävä osa terveydenhuollon kokonaisuutta ja että ensihoito ja päivystyslääketiede saavat samanlaisen arvostuksen kuin vanhimmilla erikoisaloilla jo on. Kansainvälisyyttä riittää ihan eri tavalla kuin Suomessa, ja ryhmämme on jo tiiviissä yhteistyössä useamman hienon keskuksen kanssa. Uskon, että Tukholma on tulevaisuudessa mukana kaikissa merkittävissä ensihoidon kansainvälisissä tutkimuksissa.

Olet ollut paljon mukana pohjoismaisessa yhteistyössä ja tutustunut eri maiden ensihoitoon. Millaiset ovat kulttuurierot näiden kahden maan ensihoidon välillä?
Ruotsissa on jo muutaman vuoden ollut jokaisessa ambulanssissa pakollisena sairaanhoitaja. Meillä tämä suositus tuli vasta viime vuonna. Jokaisessa hätäkeskuksessa on vastuulääkäri, jollaista ei ole Suomessa ollenkaan. Muitakin eroja toki on.

Onko ensihoito Suomessa jossakin asiassa esimerkkinä muille vai tullaanko täällä jälkijunassa?
Jotkut asiat ovat paremmin, jotkut huonommin. Kun olen tutustunut järjestelmään paremmin niin varmasti pytyn hyödyntämään kummankin järjestelmän hyviä puolia, puolin ja toisin.

Mitä meidän olisi opittava muilta?
Ensimmäiseksi yhteistyön taito. Ei ole minulta pois, jos joku muu saa tekemäni asian käyttöönsä, koska minä saan vastavuoroisesti häneltä jotain tilalle. Toiseksi kansainvälisyys. Siinä olemme aivan lapsen kengissä verrattuna naapuriimme.

Koska Suomeen saadaan ensimmäinen ensihoidon professuuri?
Enpä tiedä. Kuopiossahan on jo jotain kaavailtu, mutta se liitettäisiin tehohoidon professuuriin. Se kombinaatio ei mielestäni ole kovin järkevä. Alat ovat niin kaukana toisistaan. Toivon, että ensihoito saisi oman professuurin sitten, kun sellaisen aika on. Eikä se ole ihan vielä.

Onko ensihoitolääketiede uravalintana ollut aina kristallinkirkkaana mielessäsi, vai onko se löytynyt hakemalla?
Seppo Vainionpää, joka oli Marian sairaalan kirurgian ylilääkäri, pyysi minut Helsingin lääkäriambulanssiin kesällä 1992, kun silloiset lääkärit joukkoirtisanoutuivat. Olin ollut amanuenssina yksikössä ja tämä oli peruste. Sille tielle jäin.

Suosittelisitko eteenpäin pyrkivälle nuorille suoraan uraputkeen pyrkimistä vai uusien polkujen kokeilemista?
Suosittelen kokeilemista. Lääketiede on niin kovin erilaista eri töissä. Olen ehdottomasti sitä mieltä, että oman erikoisalan löytäminen tapahtuu kokeilujen kautta kaikkein parhaiten.

Professorilla on monta roolia. Millainen arvojohtaja ja roolimalli haluaisit olla?
Pyrin tekemään, kuten isäni opetti. Oppilaiden ja nuorien tutkijoiden

kannustaminen eteenpäin ja heidän esille tuomisensa eri yhteyksissä tuo arvostusta myös minulle. Arvot ovat tärkeitä. Luulenpa, että Ruotsissa työelämän arvomaailma on ehkä hieman terveellisempi jo alkajaisiksi. Toivon voivani luoda ympärilleni rehellisten ja luotettavien, avoimien ja ahkerien ihmisten ryhmän, joka on aika itseohjautuva. Kuten aivan loistavat nuoret tutkijani ovat olleet Suomessa.

Sinulla on neljä lasta. Saitko joululahjaksi "Äitijohtaja" -kirjan?
Olen tilannut kirjan ihan mielenkiinnosta.

Äitijohtajuudesta on viime aikoina puhuttu paljon. Mikä on oma mielipiteesi aiheesta, onko äitijohtajuutta olemassa?
Toki äiti on johtaja. Myös isä voi olla perheen johtaja, vaikka rooli usein lankeaa meille äideille. Aikataulujen järjestely ja niukkuuden jakaminen sen mukaan, kenen tarve priorisoituu, on jokapäiväistä elämää nelilapsisessa perheessä. Eli johtamista mitä suurimmassa määrin.

Muutatko kokonaan Ruotsiin, ja muuttaako koko perhe työsi perässä vai tuleeko sinusta matkalaukkuprofessori? Miten aiot organisoida tulevaisuutesi?
Muutan Ruotsiin, ja lapset tulevat sinne syksyllä, kun uusi kouluvuosi alkaa. En kestäisi olla erossa perheeni arkipäivästä.

Finnanestissa on parin viime vuoden ajan seurattu 30 vuotta aiemmin julkaistuja tekstejä: Vuonna 1976 kiiteltiin Tampereella järjestettyä tilaisuutta "Metsästä sairaalaan". Voitko kiteyttää tärkeimmät muutokset, jotka ensihoidossa ovat tapahtuneet viimeisen 30 vuoden aikana?
Huh, kiteyttää. No, ensihoito ei enää ole sairaankuljetusta, vaan hoito viedään potilaan luo. Se on varmasti suurin muutos. Sen myötä asiat kuten CPAP vietiin kentälle, ja tässä Suomi on ollut selkeä edelläkävijä. Hätäkeskuksiin on saatu koulutettua väkeä, ja puhelun aikana tehdään riskinarvio.

Monipotilastilanteet hoidetaan ilman sairaalan tai terveyskeskuksen valmiusryhmää. On todettu, että päivittäiset toiminnat ensihoidon ammattilaisten toimesta luovat pohjan myös näissä tilanteissa. Asiantuntijuus löytyy kentältä, ei hoitolaitoksen seinien sisäpuolelta.

Itse asiassa luulen, ettei juuri mikään ole ensihoidossa, kuten se oli 30 vuotta sitten.

Vuoden 2007 Finnanestin viimeinen numero (5) tulee näillä Ensihoidon teemanumero. Luuletko ehtiväsi kirjoittaa siihen jonkun ajankohtaisen artikkelin?
Toki, jos vain pyydetään.

Olisiko jo nyt joku tulenpalavan tärkeä aihe mielessä?
Oikeuskanslerin viraston päätös, joka lähetettiin sairaanhoitopiireihin viime viikolla. Korkean verensokerin merkitys potilaalle. Laatumittarit hoitoketjun eri tasoilla. Ensivastetoiminta. ❐

Finnanest onnittelee Maaretia professuurin johdosta.

Dosenttiuutiset

Ravitsemuksesta raivaussahaan

■ Raili Suojaranta-Ylinen nimitettiin anestesiologian ja tehohoitolääketieteen dosentiksi Helsingin yliopistoon 23.11.2006. Finnanestin uutistoimitus haastatteli Railia sähköpostitse.

Mihin aiheisiin dosentuuriin johtanut tutkimustyösi on keskittynyt?
Sydänkirurgian riskeihin ja komplikaatioihin sekä niiden ennustamiseen, ehkäisemiseen ja hoitoon. Iäkkäät potilaat sydänkirurgiassa on yksi tutkimusalue. Voimakas painopiste on postoperatiivisessa nestehoidossa, veren hyytymisessä ja eri kolloidiliuosten vaikutuksessa hyytymiseen ja hemodynamiikkaan

Mikä on tärkein julkaisusi? Miksi?
Suojaranta-Ylinen R, Kari A, Hernesniemi J, Vapalahti M, Takala J. Hypermetabolism and increased peripheral release of amino acids after subarachnoidal hemorrhage and its operative treatment. Nutrition 1996;12:329–333. Tämä tutkimus oli malli perustutkimuksesta aminohappoaineenvaihdunnasta potilasryhmässä, jossa kudosvaurio on suhteellisen pieni, mutta metabolinen vaste suuri. SAV-potilaiden hypermetaboliaa ei voinut muokata aminohappoinfuusiolla, ei perinteisellä eikä glutamiinipitoisella. Samoin lihaskudoksen merkittävää aminohappojen vapautumista (etenkin glutamiinin) ei voitu sammuttaa aminohappoinfuusiolla. Tämä tutkimus on hyvä esimerkki siitä, että hyvällä yhteistyöllä eri erikoisalojen välillä myös päivystyspotilaiden rekrytointi tutkimukseen onnistuu ja tutkimus etenee nopeasti.

Kenen kanssa olet tutkimusta tehnyt? Onko joku tai jotkut henkilöt tuoneet sinut alalle tai vetäneet tutkimustyöhön?
Aloitin KYS:ssä dosentti Heikki Hendolinin kanssa. Varsinaisen väitöskirjatyön tein professori Jukka Takalan johtamassa Intensive Care Research Groupissa. Siirtyessäni kesällä -99 HYKS:iin Meilahden sairaalaan alussa energia kului uuden työpaikan haasteisiin vastaamiseen ja tutkimustoimintaan tuli tauko.

Pian kuitenkin pääsin mukaan dosentti Markku Salmenperän projekteihin, samoin sydänkirurgian tutkimusryhmään, jota veti silloin dosentti Juhani Rämö ja dosentti Jari Petäjä. Kun vähitellen opin tuntemaan henkilöitä ja tapoja ja näki minkälaisia potilaita hoidettiin, alkoi myös omia tutkimusideoita syntyä.

Yhteistyöverkosto laajeni käsittämään mm. professori Per Rosenbergin, dosentti Pekka Tarkkilan, dosentti Ville Pettilän ja dosentti Minna Niskasen sekä syntyi erittäin aktiivinen yhteistyö dosentti Anne Kuitusen ja LKT (pian dosentti) Tomi Niemen kanssa. Myös tutkimusyhteistyö sydänkirurgien kanssa jatkui, aktiivisimmin dosentti Ulla-Stina Salmisen ja LKT Antti Vennon kanssa. Olen myös mukana professori Ari Harjulan johtamassa kantasolututkimuksessa sydänkirurgian yhteydessä.

Olisin jo varhaisemmin halunnut aloittaa tutkimustyön sairaalalääkäriaikana, mutta silloisessa työpaikassa ei oikein ollut tutkimuskulttuuria, kaikki energia kului potilastyöhön. Vasta aiemmin mainitsemani Intensive Care Research Group oli päämää-