

JA APSTĀJIES, SĀC BREMZĒTIES

Teksts: Inta Brikerē • Foto: Rojs Maizītis

«Daudz ir atkarīgs no tā, kādus mērķus sev izvirzi. Un cik smagi esi gatavs strādāt to sasniegšanai,» šodien atzīst kardiotorakālais ķirurgs Virdžīnijas pavalsts Universitātes (ASV) asociētais profesors GUNDARS KATLAPS. No jauna ārsta «Gaiļezera» slimnīcā līdz sirds ķirurģijas nodaļas vadītājam McGuire Veterānu medicīnas centrā un paša izveidotai sirds un krūškurvja ķirurģijas programmai, ko tagad tur kā paraugu visā amerikāņu veterānu veselības aprūpes sistēmā – 26 darba gadu bilance ir pārsteidzoši sekmīga.

Jūsu pieredze ir iedvesmojoša – esat veiksminieks?

Ja apgūstu iemaņas un prasmes, protu darīt to, ko citi nedara, savas pieredzes un arī personības īpašību dēļ varu kļūt interesants un nepieciešams darba devējam, pretendēt uz pozīciju, kas mani interesē.

Kā sev sastādījāt programmu tāda komplekta izveidei?

Jāsāk ar nonākšanu Jeila Universitātē. Biju pabeidzis Medicīnas akadēmiju un reziden-

tūru Latvijā, strādāju par ķirurgu «Gaiļezērā». Pārstrādājies, pastāvīgā naudas trūkumā, arī liela morāla gandarījuma par darīto nebija – jutos arvien vairāk neapmierināts. Līdzīgi kā daudzi rezidenti un jaunie ārsti Latvijā arī pašlaik. Kad 1995. gadā bija iespēja trīs mēnešus viesoties Amerikā pie profesora Kristapa Kegī, apjautu – tas, kā strādāja ķirurģijas rezidenti Jeila Universitātes klinikā un kā biju mācīts un pratu es, jau pilntiesīgs ārsts Latvijā, bija šokējoši atšķirīgi. Saprātu – negribu strādāt un dzīvot, kā situācija Latvijā spieda to darīt.

VIZĪTKARTE GUNDARS KATLAPS

- Dzimis 1968. gadā Rīgā, ārstu Ilzes un Jāņa Katlapu ģimenē.
- 1992. g. beidzis Latvijas Medicīnas akadēmiju, specializējies vispārējā ķirurģijā.
- 1994.–1995. g. ķirurgs slimnīcā «Gaiļezers».
- 1996.–2001. g. Stenforda Universitātes medicīnas centra rezidents vispārējā ķirurģijā.
- 2001.–2003. g. apguvis sirds un krūškurvja ķirurģiju *fellowship* programmā Virdžīnijas pavalsts Universitātes medicīnas koledžā.
- 2003.–2004. g. 18 mēnešus papildinājis zināšanas un prasmes Lielbritānijā sirds un plaušu transplantācijā sirds mehānisko palīgierīču ķirurģijas *fellowship* programmā Kembridžas Universitātes *Papworth* slimnīcā.
- Kopš 2005. g. kardiotorakālais ķirurgs, kopš 2008. g. maija – kardiotorakālās nodaļas vadītājs un sirds transplantācijas un mehānisko palīgierīču programmas direktors McGuire Veterānu medicīnas centrā.
- Kopš 2010. g. ASV Veterānu lietu departamenta Transplantācijas ķirurģijas padomes priekšsēdētājs.
- Virdžīnijas pavalsts Universitātes asociētais profesors.
- Latvijas Ārstu un Zobārstu asociācijas (LĀZA) valdes loceklis.

Gribēju labāku izglītību un redzēju, ka smagā darbā ir iespējams to iegūt. Bet rezidentūra Amerikā jāiziet vēlreiz.

Atgriezos Latvijā un kopā ar grupas biedru Medicīnas akadēmijā Uģi Gruntmani mācījāmies, lai vispirms nokārtotu ASV ārstu licencēšanas eksāmenus. Tolaik tuvākā vieta, kur to varēja darīt, bija Varšava. Kad vēl pēc trijiem mēnešiem nokārtoju pirmo, pēc gada – nākamo eksāmenu, varēju kandidēt uz rezidentūru ASV. Pieteikumu izsūtīju kādām četrdesmit programmām dažādās ASV



universitātēs. To sajūsmu un gandarījumu, ko izjutu, kad saņēmu vēstuli, ka esmu pieņemts Stenforda Universitātes vispārējās ķirurģijas rezidentūras programmā, ir grūti izteikt vārdos!

Tā ar mecenātes dakteres Ainas Galējas finansiālu un morālu atbalstu mēs, daži jauni latviešu ārsti, varējām doties izglīties uz ASV.

Kalifornijas pavalsts Medicīnas padome salīdzināja manu augstskolas kursu Latvijā ar turienes apmācības prasībām un konstatēja,

ka man pietrūkst vienīgi četrus nedēļu ilga kursa praktiskajā psihiatrijā. Vajadzēja samaksāt trīstūkstoš dolāru un uz vienu mēnesi kļūt par Stenforda Universitātes studentu, lai šo kursu izietu. Pēc tam varēju sākt rezidentūru ķirurģijā.

Ar ko tā atšķirās no Latvijā izietās?

Amerikāņu medicīnas izglītības līmenis, it īpaši ķirurģijā, ir ļoti augsts. Turklāt pasaulē nav daudz Hārvardu vai Stenfordu. Šāda ranga universitāšu medicīnas skolās spēj iestāties

tikai labākie koledžu beidzēji; tikai labākie medicīnas studenti – iekļūt ķirurģijas rezidentūrā. Vairākkārtēja atlase un liela konkurence katrā posmā nosaka *galaprodukta* – rezidentu – ļoti augsto spēju un sagatavotības līmeni.

Bija vienkārši iedzīvoties šāda ranga sabiedrībā?

Man bija no visām pasaules malām nākuši kolēģi. Ja centīgi pildīji savus pienākumus un darbā biedri pārliecinājās, ka ar tevi var sastrādāties, esi noderīgs komandas loceklis, ▶

problēmu izcelsmes vai akcenta dēļ nebija. Tur nevienam nebija laika kādu ignorēt vai pret kādu izturēties īpaši šādu iemeslu dēļ. Rezidenta darbs bija tik intensīvs, atbildības tik daudz... Tolaik strādājām līdz pat 120 stundām nedēļā.

Tik ilgas darba stundas amerikāņu rezidentam ir norma?

Koncentrēšanās darbam un tā intensitāte ir gluži neticama. Jau pirmajos mēnešos pilnīgi citādi izpratu, ko nozīmē būt nogurušam!

Tik intensīvi strādājot, visu var apgūt trīsreiz ātrāk, bet ārpus medicīnas un slimnīcas nekam citam laika tikpat kā nav – nepātraukts praktiskais treniņš, slimnīca, pacienti, procedūras, operācijas... Vienu mēnesi specializācija varēja būt neiroķirurģijā, nākamajā – asinsvadu ķirurģijā vai anestezioloģijā; un jau pirmajā rotācijas dienā no rezidenta sagaidīja, ka viņš šīs specialitātes pamatprincipus ir teorētiski apguvis. Ar katru nākamo apmācības gadu rezidenta pienākumi mainās, atbildība palielinās. Otrā gada rezidents uzņemšanas nodaļā uz vietas bieži vien ir vispieredzējušākais. Operāciju zālē vecākais rezidents vai ķirurgs ierādīja pareizo tehniku, bet, lai vispār tiktu pie operēšanas, principi un procedūras soli jāzina, jau zālē ieejot.

Vai tik liela uzticēšanās rezidentam nerada risku pacientam?

Protams, pacientam būtu vislabāk, ja katru sīkako manipulāciju veiktu vispieredzējušākais ķirurgs. Praktisku iemeslu dēļ tas nav iespējams. Taču nedomāju, ka radījām daudz riska – bijām ļoti trenēti, ļoti atbildīgi, nekad arī netikām spiesti darīt ko tādu, ko neprastu vai nezinātu.

Manu rezidentūras gadu treniņu laikā gandrīz nekad neizmantojām manekenus. Tagad Amerikā noteikts, ka, pirms darboties ar reālu pacientu, rezidentam daudzas manipulācijas ir noteiktu skaitu reižu jāveic ar manekenu pamatā tāpēc, lai izvairītos no iespējamām pretenzijām un tiesu darbiem.

Manuprāt, vissvarīgākā joma, kur simulatoru uzskatu par simtprocentīgi nepieciešamu arī Latvijā, ir ir kardiopulmonālā atdzīvinašana. Kad pēdējo reizi pēc apmācības beigšanas un cik bieži parasts ārsts to ir darījis? Amerikā jebkuram ārstam, arī man, ik pēc diviem gadiem jāatjauno sertifikācija šajā jomā – vispirms *on-line* režīmā jāveic tests, tad jāierodas

norādītajā ofisā, jānovelk žakete, jānoņem šlīpse un pusstundu intensīvi jāreanimē mūlāžas *pacients* dažādās programmās, veicot krūškurvja kompresiju un mākslīgo elpināšanu pieaugušajam, bērnam – darot to dažādās modelētās situācijās. Tas palīdz izglābt daudz dzīvību.

Rezidents Amerikā ir ārkārtīgi vispusīgs?

Jā, gan ļoti labi izglītots, gan ļoti motivēts darbinieks. Kad sāku rezidentūru, ķirurģijas departamentu Stenforda Universitātes klīnikā vadīja onkoloģijas ķirurgs, kurš mēdza sacīt: ķirurgs ir ārsts, kurš ir pabeidzis savu apmācību medicīnā – visplašākā spektra ārsts, kurš līdzās citam vēl izmācīts par ķirurgu. Ja ķirurģijas pacients slimnīcā iestājas ar sarežģītu sirds aritmiju, viņa ārstēšanai pieaicinājam kardiologu. Taču, ja pacientam aritmija vai sirdstrieka radās, atrodoties manā aprūpē, tās ārstēšana bija manā ziņā. Ja kādam bija diabēts, es to ārstēju, nepieaicinot endokrinologu vai nefrologu. Rezidentūras piektajā gadā šķita, ka zini visu, un bieži vien bijī tas, kurš vadīja *parādi*.

Vai uzreiz zinājāt, ka gribat kļūt par sirds ķirurgu?

Uz Stenfordu devos ar vēlēšanos apgūt asinsvadu ķirurģiju. Tomēr, pabeidzis vispārējās ķirurģijas rezidentūru, izvēlējos kļūt par sirds un krūškurvja ķirurgu. Pieteicos un tiku pieņemts kardiotorakālās ķirurģijas *fellowship* programmā Virdžīnijas pavalsts Universitātē Ričmondā, Amerikas austrumkrastā. *Fellow-ship* ir divus līdz četrus gadus ilgas papildu apmācības kādā šaurākā apakšspecialitātē pieredzējušu ķirurgu virsuzraudzībā.

Šī specialitāte ir vissarežģītākā ķirurģijā?

Ļoti sarežģītas procedūras ir daudzās specialitātēs. Taču nedomāju, ka medicīnā ir kas aizraujošāks un sarežģītāks par sirds un citu krūškurvja orgānu ķirurģiju.

Lai gan mūsu pacientu vidējais vecums pārsniedz 70 gadus un viņiem parasti ir vairākas citas saslimšanas – diabēts, nieru mazspēja, plaušu slimības, sirds bieži vien jau operācijas laikā sāk strādāt labāk. Lielākajai daļai pacientu, atstājot slimnīcu, pašsajūta ir daudz labāka nekā pirms tam.

Jūsu profesionālajā biogrāfijā ir arī mācības Kembridžā.

Pabeidzis apmācību Ričmondā, negribēju būt tikai viens no simtiem citu sirds un krūškurvja ķirurgu. Izvēlējos apgūt vēl vienu *fellowship* programmu, lai pilnveidotu un padziļinātu savas iemaņas un zināšanas gan konvencionālajā ķirurģijā, gan sirds un plaušu transplantācijā, mehāniskās sirds un sirds mehānisko palīgierīču implantēšanā.

Pusnapietni to sauca par savu *finishing school*. Devos uz Lielbritāniju, lai savā nozarē spētu darīt viskomplicētākās lietas, lai ne tikai piedalītos to veikšanā kāda cita vadībā, bet pats būtu vadītājs. Tā bija iespēja mācīties pie neticami profesionāliem ķirurgiem – pasaulē nav daudz tādu vietu kā Kembridžas Universitātes *Papworth* klīnika!

Tomēr pēc pusotra gada atgriezāties agrākajā darbavietā Ričmondā.

Bijušie kolēģi piedāvāja labu darbu, lielisku perspektīvu akadēmiskai un profesionālai izaugsmei. Gandrīz identiska iespēja bija Kembridžas Universitātes klīnikā. Pēc nopietnām pārdomām, kur būtu interesantāk turpināt karjeru, izvēlējos Ameriku.

Konkursā uz Virdžīnijas pavalsts Universitātes medicīnas centra sirds un plaušu transplantācijas programmas vadītāja posteni, apsteidzot vairāk nekā desmit citus pretendētus amerikāņus, tiku atzīts par labāko. Tā bija tiešām fantastiska sajūta – iegūt labu darbu pie kolēģiem, kuri mani gadiem ilgi mācījuši.

Kāda bijusi pēdējā desmitgade Amerikā?

Tik lielu lēcieni un pārmaiņu kā iepriekš, ejot cauri apmācību procesam, tagad nav bijis. Esmu dzīvojis vienā pilsētā - Ričmondā, bet šie vienalga bijuši fantastiski interesanti gadi! Prioritātes nedaudz mainījušās. Profesionāli esmu vairāk nobriedis, turpinu apgūt jaunas iemaņas – jo, ja apstājies, pārstāj iet uz priekšu, tu kusties atpakaļ. Tagad ne tikai klīniski ārstēju pacientus, *izvedu* viņus caur operāciju zāli; esmu arī administrators, skolotājs – asistentprofesors Virdžīnijas pavalsts Universitātē, organizators, kura pienākums ir gādāt, lai apgūtās zināšanas un prasmes izplatītu ne tikai savās slimnīcās – visā ASV veterānu veselības aprūpes sistēmā.

Bet plaušu transplantācijas programma Virdžīnijas Universitātes medicīnas centrā beidzās interesanti.

Kā?

Visiem pacientiem, kuri bija transplantācijas gaidīšanas sarakstā, plaušas pārstādīja, un gaidītāju vairs nebija. Pulmonologi neatrada pietiekami daudz pacientu transplantācijas programmas uzturēšanai.

Uz sirds un tās mehānisko palīgierīču implantēšanu tas neattiecas?

Sirds mazspēja, kas noved pie nepieciešamības pacientam ievietot citu – dabisku vai mākslīgu – orgānu, ir milzīga problēma. ASV no tās cieš aptuveni divi procenti populācijas; katru gadu no jauna to diagnosticē apmēram pusmiljonam pacientu, un tā ir visbiežākā diagnoze, ko ieraksta nāves sertifikātā. Pēdējos četrdesmit gados šī problēma ASV kļuvusi trīsreiz smagāka. Tā ir īsta epidēmija arī citur rietumnieciskā dzīvesveida pasaulē, tapusi par ļoti nopietnu veselības aprūpes izaicinājumu.

Arī Latvijā dzīvesveids ir rietumniecisks.

Bet vai Latvijā šis izaicinājums ir pamanīts? Procentuāli sirds mazspējas izplatībai te jābūt līdzīgai kā Amerikā.

Smagas sirds mazspējas gadījumā mirstība ir tikpat ātra kā agresīva vēža gadījumā. Ja mazspēju konstatē nopietnā stadijā, piecu gadu laikā puse šo pacientu ir mirusi. Salīdzinājumam – plaušu vēzis paņem pusi pacientu divu trīs gadu laikā.

Sirds mazspēja ir milzu problēma gan cilvēcisķā aspektā, gan kā slogs veselības aprūpes sistēmai. Tas ir jauns pūķis, ar ko jācinās – Rietumu pasaulē, kur medicīna maksā ļoti dārgi, secināts: ja šie pacienti dzīvo tāpat vien, izsauc neatliekamo palīdzību, nonāk slimnīcu uzņemšanas nodaļās un tiek ārstēti reanimācijā, aizpilda vietas stacionārā, slimība lielākoties noris vilņveidā, ar paasināšanos un stāvokļa uzlabošanu, bet kopumā tā trajektorija strauji iet uz leju. ASV ir aprēķināts, ka lētāk ir šo saslimšanu ārstēt laikus, ja vajag – agresīvi, nekā izlīkties, ka problēmas nav.

Tas nozīmē – ķirurģiski?

Lielai daļai pacientu to iespējams ārstēt konservatīvi, nenogaidot, kad vajag neat-

liekamo palīdzību, mākslīgo ventilāciju, reanimāciju. Var palīdzēt invazīvi, ar sirds ritmu regulējošu terapiju, implantējot defibrilatoru – tas nepieciešams kādiem desmit procentiem pacientu. To dara arī Rīgā. Ja optimāla medicīniska terapija nepalīdz, zelta standarts sirds mazspējas gadījumā ir transplantācija. Bet sirdis kokos neaug. Visiem to nepietiek. Lai gan notiek mēģinājumi tās audzēt mākslīgi, mēģenēs, modificēt transplantācijai dzīvnieku orgānus, šis ceļš, visticamāk, vēl būs ilgs.

Pēdējos piecpadsmit gados relatīvi negaidīti ar transplantāciju nopietni sākusī konkurēt sirds mehānisko palīgierīču ievietošana. Visbiežāk, 90–95 procentos gadījumā, tiek ielikta sirds kreisā kambara palīgierīce, pieciem procentiem palīgierīces vajag abiem kambariem, bet visu mehānisko sirdi implantē aptuveni diviem procentiem pacientu. Palīgierīces kļūst arvien labākas, pacienti – apmierinātāki. Pēc pirmās transplantācijas puse pacientu nodzīvo caurmērā divpadsmit gadu, pēc retransplantācijas – vēl piecus sešus gadus. Šis laiks pielikts viņu mūžam. Kāds met kūleņus, spēlē golfu, brauc ar velosipēdu, dodas medībās, kāds steberē lēnāk – bet dzīvo! Tas ir milzu gandarījums ārstam.

Parasti viss izdodas labi?

Ir patīkami apzināties, ka tavi rezultāti ir labāki nekā vidēji ASV un pasaulē. Ir bijis gads vai divi, kad, visa gada ritumā operējot sirdis un plaušas vairākiem simtiem pacientu, veicot transplantācijas, ieviejojot palīgierīces, mums nav bijis neviena nāves gadījuma, neviena zaudēta pacients. Turklāt ASV mirstību rēķina citādi – ķirurga statistikā nav tikai gadījumi, kad pacients neizdzīvo operāciju zālē. Pieskaita arī nāves gadījumus, kad pacients aiziet no dzīves ar operāciju nesaistītu komplikāciju dēļ. Arī pacientu, kurš 30 dienu laikā miris jebkāda iemesla dēļ, kaut autoavārijā uz ielas, jo varbūt tas notika, uznākot sirds vājumam. Ja nav neviena nāves gadījuma, varētu teikt: wow, cik labi esam strādājuši! Tomēr necenšos par katru cenu sasniegt 100 procentu izdzīvošanu. Varbūt tas izklausās divaini, bet, liekot sev tādu mērķi, var rasties vilinājums neoperēt sarežģītus gadījumus. Jo, operējot augsta riska pacientus, skaidrs – kāds diemžēl nomirs. Taču mans darbs un pienākums ir operēt arī tos, kam neko nevar garantēt.

Drošāk šādas operācijas taču ir izdarīt gados jaunākiem cilvēkiem?

Gadi vien nav kritērijs. Ir jāizvērtē, kas notiks, ja neoperēsīm. Ja pacients ir jauns un ar kritisku patoloģiju – darišu, ko varēšu, arī pie liela riska. Līdzās vecumam svarīgs ir dzīvesveids, aktivitāte. Vecākais pacients, kam pēdējā laikā esmu izdarījis sirds operāciju, nomainot aortas vārstuli un izdarot trīs šuntēšanas, bija 93 gadus vecs zemnieks, kurš joprojām aktīvi strādāja savā fermā. Viņš no slimnīcas aizgāja mājās sestajā dienā pēc operācijas, kad spēja doties gana tālajā ceļā, jaudāja kāpt pa kāpnēm. Bet jāapzinās, ka 93 gadus veca cilvēka organismā tik veca un vēl slīma ir ne tikai viņa sirds – viss ir 93 gadus vecs: āda, kas pēc grieziņa jāsadziedē, kauls, kam jātiek cauri, un pēc tam jāpanāk, lai tas sadzīst... Tas viss ir ārstu izaicinājums, ne tikai tehniski pareiza operācijas veikšana.

Tehniski var daudz ko izdarīt, un, lai šo lauciņu attīstītu, mūsu spēju robežu pavirzītu tālāk, tas ir jādara. Bet man pašreizējā administratīvajā pozīcijā svarīgas nav tikai attiecības ar pacientu, klāt nākusi atbildība nesalauzt izveidoto programmu. Tāpēc jāapsver, kas ir labs manam pacientam, kas – labs un pareizs manai programmai, manai slimnīcai arī no iestādes un nodokļu maksātāju perspektīvas. Nav nevienas valsts, kur veselības aprūpes sistēma spētu nodrošināt visu visiem. Tā problēma ir atšķirīga dažādas pārtības valstīs, bet pastāv visur.

Latvija pārtikušajām nepieder.

Vai Latvija var atļauties sirds, plaušu, aknu transplantāciju, visdārgākās onkoloģiskās zāles, modernāko medikamentu C hepatīta ārstēšanai, lai paildzinātu pacienta dzīvi par dažiem mēnešiem vai gadiem? Tā ir cilvēcisķi un ētiski smaga dilemma un sarežģīta izšķiršanās veselības aprūpes sistēmai un sabiedrībai kopumā – ko, kā, kad darām, kā priekšā esam atbildīgi...

Kā ir mainījusies jūsu profesionālā pozīcija?

Strādāju ar dažādām ķirurģijas un medicīnas padomēm vairākās organizācijās; vislielākā no tām ir ASV federālā valdība, kur jau daudzus gadus esmu padomē, kas pārzina dažādas transplantācijas Veterānu lietu minis-

trijā. Tajā ir sava veselības aprūpes sistēma, uz kuru esmu pārgājis strādāt.

Kāpēc šāda izvēle?

Redzēju tur iespēju no pašiem pamatiem izveidot ko īpašu, labāku – sistēmu, ar ko varētu lepoties. Esmu izveidojis pats savu kardiokirurģijas programmu, kas ietver gan sirds transplantāciju, gan mehānisko palīgierīču implantēšanu. Daudzus gadus veterānu veselības aprūpes sistēmā biju vienīgais ķirurgs, kurš veica sirds transplantācijas. Vašingtonā bija vēlme, lai izplatītu savu pieredzi, un pēdējos gados esmu panācis, ka arī citās veterānu slimnīcās sāk vērtēt vaļā sirds transplantācijas un mehānisko palīgierīču ieviešanas programmas. Veterānu veselības aprūpes sistēmā ir 250 slimnīcas, un 40 no tām ir sirds kirurģija. Ir, kur izvērsties.

Bet, atgriezoties pie Latvijas, kur šāda vēriena nav...

Te dara daudz – gan kardioloģija, gan sirds kirurģija ir tiešām būtiski attīstījusies. Bet ir vēl daudz darāmā. Piemēram, jau pieminētā hroniska sirds mazspējas ārstēšana – vai mūsu kardioloģijas centros ir specializēti sirds mazspējas kabineti, cik ir tieši šajā laukā dziļāk specializējušos kardiologu? Tā kā finansējums veselības aprūpei ir ierobežots, vēl jo vairāk vajadzētu strādāt preventīvi, primārajā aprūpē. Nevar pieņemt, ka gados vecākam cilvēkam aizdusa vienmēr ir norma. Pēc pusmūža no jauna diagnosticētu astmatisku simptomu biežākais cēlonis ir sirds mazspēja!

Pasaulē trendi kardioloģijā ir mainījušies. Agrāk tā bija vainagartēriju ārstēšana, stentu ievietošana, tagad arvien aktuālāka ir sirds mazspējas ārstēšana, kas nonākusi uzmanības centrā šīs problēmas smaguma, eksplozīvās izplatības un ārstēšanas izmaksu dēļ. Apsveicami, ka vainagartēriju saslīmšanu ārstēšana ir labi attīstījusies arī Latvijā. Hroniska sirds mazspēja ir līdzīga mēroga veselības problēma valstī, bet vai tā tiek līdzīgi novērtēta un risināta?

Ir jāapzinās, ka, piemēram, divtūkstoš sirds transplantācijas, ko ik gadu veic ASV, ir augsts līmenis, taču tas nav epidemioloģiski nozīmīgi. Gripa katru gadu Amerikā nogalina 20 000 cilvēku. Un cik dzīvību pasaulē paņēma malārija?

Tas gan nenozīmē, ka nav jāmācās, jāstrādā, jācienšas glābt salūzušas sirdis.

Latvijā arvien vairāk trūkst ārstu.

Amerikā jau sen nevar iztikt ar savējiem, kāda piektdaļa rezidentu ir *foreign graduates* – ārvalstu medicīnas augstskolu absolventi, kas ierodas ASV mācīties un bieži vien – uz palikšanu. Tā tas caurums tiek aizlāpīts. No kurienes Latvijā kompensēt darbaspējīgu mediķu trūkumu, nav atrasts. Šī problēma kļūst aizvien nopietnāka. Kaut kā tas vakuums būs jāaizpilda. Vai sabiedrība ir gatava pieņemt mediķus, kuri izglītību ieguvuši Indijā, Ķīnā, Āfrikas vai krievvalodīgajās valstīs? Un vai ārsti no šīm valstīm gribēs te strādāt, atbrauks uz palikšanu? Izglītot vēl vairāk savējo, lai kompensētu aizbraukušo skaitu, manuprāt, nevarēs. Pašlaik RSU ir astoņi tūkstoši medicīnas studenti, no tiem divi tūkstoši – ārzemnieki. Tas droši vien ir tuvu kapacitātei. Arī pacientu daudzums un dažādība, kas nepieciešama, lai sagatavotu kvalificētus, vispusīgus ārstus, ir ierobežota. Cik zinu, lai paplašinātu klīnisko bāzi, gan ir uzsākta sadarbība par rezidentu izglītošanu ārzemēs, piemēram, Vācijā.

Bet valdībai ir jādara vairāk, lai tik daudz izglītotu ārstu neaizplūstu no Latvijas. Izmisusi jauni cilvēki balso ar kājām, vecākie kolēģi aizies pensijā... Ārstu algas Amerikā, Vācijā vai Skandināvijā vienmēr būs lielākas nekā Latvijā, bet prom jau nebrauc tikai un vienīgi samaksas dēļ – līdzās algai svarīga ir attieksme, tālākas profesionālās izaugsmes iespējas.

Vai arī pie jums šajos gados ir skolojies kāds rezidents no Latvijas?

Pēc pilnas programmas – neviens. Pārsteidzoši maz Latvijas ārstu nokārto ASV licencēšanas eksāmenus, lai tad Amerikā mācītos rezidentūrā.

Katram medicīnas studentam būtu noderīgi kādu laiku pavadīt ārvalstu universitātē un klīnikā, lai redzētu, ko nozīmē laba izglītība, augstas kvalitātes atbildīga veselības aprūpe, kāda ir ārsta sagatavotība, attieksme pret pacientiem un mācīšanās turpināšanu. Latvijā medicīna atsevišķās nozarēs un atsevišķās slimnīcās ir augstā līmenī, bet kopumā ir ļoti daudz, pēc kā tiekties.

Tagad katru vasaru esat Latvijā.

Vai kādreizējā pārliecība, ka atgriezīsieties, vēl ir dzīva?

Prombraucot biju pārliecināts, ka noteikti atgriezīšos, pēc tam teicu – par astoņdesmit

procentiem, tad – piecdesmit pret piecdesmit...

Un tagad?

Kad pabeidzām rezidentūru un neatgriezīšos, cilvēki, kuri ar mums bija saistījuši zināmas cerības, mūs saprata. Medicīna Latvijā neattīstījās ne tādā ātrumā, ne tādā virzienā, kā cerējām. Esmu daudz un smagi strādājis un neesmu vēl gatavs atteikties no savas profesionālās karjeras. Bet esmu pateicīgs visiem, kuri bijuši nenovērtējams atbalsts gan cilvēciski, gan profesionāli, no kuriem esmu mācījies, ar kuriem bijusi iespēja kādā dzīves posmā kopā strādāt gan Amerikā, gan Lielbritānijā. Tas pavēra citu skatījumu, ļāva uzdrīkstēties un sasniegt vairāk.

Gribētos domāt, ka reiz Latvijā atgriezīšos. Taču Amerikā man ir divi brīnišķīgi dēli, kuri, visticamāk, savus nākamās dzīves posmus pavadīs valstī, kur dzimuši un uzauguši. Neesmu gatavs dzīvot šķirti no viņiem.

Viņi ir amerikāņi?

Latvieši, auguši latviskā ģimenē. Kārlim jau ir 19 gadu, viņš uzsācis studijas Virdžīnijas pavalsts Universitātes Goda koledžā. Kārlis spēlē tenisu pirmās divīzijas koledžas komandā, kas ir ļoti augsts līmenis. Cer to apvienot ar profesijas apguvi – domā par medicīnas studijām.

Jaunākajam ir desmit gadu. Konrāds labi mācās, savā vecuma grupā ir viens no štata labākajiem tenisistiem. Arī izcils peldētājs, labi spēlē klavieres. Mans dzīves lielākais prieks pašlaik. Gribru saglabāt pietiekami lielu lomu dēlu dzīvē. Tā ir dilemma, jo man nekad nav bijis mērķa līdz mūža beigām palikt svešā zemē.

Vai Amerika šobrīd vairs ir sveša?

Tiesa, vairs nav sveša; bet, kad atbraucu uz Latviju, drīz vien sajūtu atšķirību – te pieder. Šovasar draugs piedāvāja iespēju viņa vietā nest Latvijas karogu Dziesmu svētku atklāšanas parādē: man tas būšot lielāks pārdzīvojums. Apzinājos, ka neesmu ne koris, ne dejotājs, bet ar lielu prieku piekritu. Nogāju visu maršrutu ar Latvijas karogu rokās – tas bija tik neiedomājami emocionāli pacilājoši... Man gandrīz radās iespaids, ka esmu to pelnījis! ●