

Ārkārtas stāvoklis Neatliekamās palīdzības dienestā, simtgades parāde, kurā gāja ugunsdzēsēji un policisti, bet nebija aicināts Neatliekamās medicīniskās palīdzības dienests (NMPD), kā arī milzīga nekontrolēta ļaužu masu kustība pēc jubilejas salūta Daugavas krastmalā, kur policisti un simtgades svētku organizatori pat nenojauta, ko nozīmē pūļa reakcija vai pūļa panika. Kas šīm trim ziņām kopīgs? Tas, ka Veselības ministru Gunta Belēviča un Andas Čakšas ambīciju dēļ NMPD Latvijā no dienesta pārvērsts par ambulatoru iestādi, bet dienesta vadība – par ierēdņiem.

Tātad Latvijā NMPD jau trīs gadus ir iestāde, kur iestādes vadītājam katrs lēmums jāaskaņo ar Veselības ministriju.

Salīdzinājumam tas būtu tā, ka VUGD būtu pārvērsts par iestādi un iestādes vadītājam būtu jāzvana lekšlietu ministrijas valsts sekretāra vietniekam un jāprasa: „Cik daudz ūdens mums ņemt līdz uz ugunsgrēku?”.

Tādus jautājumus – cik ugunsdzēsamajiem aparātiem būtu jābūt Nacionālajā bibliotēkā vai Čiekurkalna tirgū, tādā gadījumā būtu jānosaka ar Ministru kabineta noteikumiem, kurus izstrādātu lekšlietu ministra vadībā.

Līdzīgi par iestādi tādā gadījumā vajadzētu pārvērst policiju – būtu jāliek par policijas priekšnieku ierēdņi vai jānorauj Ķuzim visas ģenerāļa pagonas nost. Un to – kurus bandītus ķert, bet kurus palaist, tad nu noteiktu lekšlietu ministra biroja padomniece.

Kāpēc NMPD kļuva par ambulatoru iestādi? Oficiālie iemesli tika gari un plaši aprakstīti, bet no malas šķita, ka patiesais iemesls bija nepieciešamība iepirkt jaunus neatliekamās palīdzības automobiļus, sagādīšanās pēc no kādas (tolaik) ļoti ietekmīgas politiķes vīra kontrolētas kompānijas.

Nemēģinot diskutēt par to, vai šie busiņi bija garāki vai īsāki, ar lielāku vai mazāku dzinēju un

kalpošanas laika resursu, vai tie bija dārgāki vai lētāki salīdzinājumā ar ļoti līdžīgiem piedāvājumiem, bet darījums no malas radija iespaidu par korupciju. Tomēr KNAB nekādas korupcijas riskus šajā iepirkumā neredzēja, tātad – mums jāuzskata, ka iepirkumā uzvarēja labākais piedāvājums.

Jāpiebilst, ka neatliekamās palīdzības autiņš bez medicīniskās aparatūras, nestuvēm, gaismām, skābekļa un visa pārējā ir tikai dzelži, nu līdzvērtīgs tam UAZikam, kas tikai ar nestuvēm aprīkots ripoja pa Latvijas ceļiem līdz deviņdesmito gadu beigām. Bet mūsdienās NMPD busiņa komplektācija ir daudzkārt dārgāka nekā ārējā čaula.

Un atkal – nozīmīgi bija pārvērst NMPD par iestādi, lai visu komplektāciju noteiktu tikai un vienīgi ministrija. Mums paliks nesaprotams, kāpēc nepieciešama ārēja un iekšēja videonovērošana, dažādi smalkumi un „spēļlietiņas”, jo arī tās sadārdzina šo iepirkumu. Nauda, ko var ieguldīt iepirkumā, ministrijai allaž ir svarīgāka par naudu, ko ieguldīt darbinieku algās (kā raksta tviteris „vienīgais, no kā nevar paņemt otkatu, ir darbinieku algas”)

Kāpēc mani tik ļoti satrauc tas, ka ministrija pilnībā uzurpējusi varu un neļauj dienesta vadītājam pašam veikt nekādas darbības?

Minēšu dažus piemērus. Lai atvestu slimnieku ar neatliekamās palīdzības brigādi no Jūrmalas līdz Liepājas ielas un Ulmaņa gatves krustojumam, šobrīd vajag 10 minūtes, bet lai no šī krustojuma nogādātu Stradiņa slimnīcas uzņemšanā (puskilometrs) tik pat ilgu laiku.

Tādas iespējas, kā piemēram speciāla josla NMPD mašīnām pa Liepājas ielu pāri pārbrauktuvei, neviens neizskata.

Tūlīt sāksies RailBaltica celtniecība, kas ilgs vairākus gadus. Paredzams, nekādu iespēju nokļūt no Ulmaņa gatves Stradiņa slimnīcā nebūs. Nekādas. Un vēl – neviens pat nav plānojis kaut nelielus pārvadus Liepājas vai Ventspils ielā pāri vecajam un topošajam dzelzceļam. NMPD vadībai šādu priekšlikumu tieši iesniegt RailBaltica celtniekiem nav atļauts (tā kā NMPD ir pakļautības iestāde, priekšlikumus jāsniedz Veselības ministrijai), bet Veselības ministres birojam nekāds tāds nav zināms un pat neinteresē.

Par šo pašu RailBaltica turpinot. Torņakalnā zem jaunceļamā dzelzceļa un vecajiem sliežu ceļiem ir paredzēti gājēju tuneļi.

Kāpēc tie nevarētu būt tik lieli, lai par tiem vajadzības gadījumā varētu braukt ātrās palīdzības (un policijas) busiņš?

Un vispār – visām pilsētas infrastruktūras izmaiņām būtu jātiek saskaņotām ar NMPD, jo ir neticami viegli norobežot (piemēram Vecrīgu) tā, lai ne tikai vieglās mašīnas, bet arī ātrā palīdzība nekad nevarētu izbraukt cauri.

Tātad – Veselības ministrija uzskata, ka NMPD ir ambulatora palīdzība – kāda tur atšķirība atbrauc pie pacienta ambulatorā māsa veikt injekcijas slimniekam vai speciāli apmācīts, speciāli ekipēts NMPD ārsts – glābt dzīvību.

Pasaules veselības organizācija neatliekamai medicīnai šobrīd dod pavisam citu uzstādījumu: neatliekamā palīdzība ir medicīnas disciplīna, kas nodrošina sekundāro slimību profilaksi un pie viena ir arī primārās profilakses daļa.

Pēc PVO domām neatliekamā palīdzība ir horizontāli integrēta sistēma, kas ietver piekļuvi neatliekamai palīdzībai, nodrošina neatliekamo palīdzību slimnieka transportēšanas laikā, nodrošina neatliekamās palīdzības saņemšanu slimnīcas sākotnējā etapā– uzņemšanas vai neatliekamās palīdzības nodaļā.

Un būtiskais – neatliekamā palīdzības sistēma nodrošina daudzus instrumentus sabiedrības veselības uzlabošanai. Šie līdzekļi ietver primāro slimību profilaksi, narkotiku izplatības un vardarbības novēršanu, izglītošanu par personisko drošību, epidemioloģisko uzraudzību, veselības aprūpes darbinieku izglītību un klīnisko apmācību.

Šeit ir pats būtiskākais NMPD uzdevums – vadošā loma, prognozējot un organizējot palīdzību vietēju un reģionālu dabas vai cilvēka izraisītu katastrofu gadījumā.

Tieši neatliekamā medicīnas dienesta lomu katastrofas prevencijā šobrīd PVO redz kā nozīmīgāko virzienu sabiedrības veselībā, un kopā ar sabiedrības izglītošanu uzskata par primāro un sekundāro profilaksi, kas jāveic šim dienestam.

Efektīva neatliekamās palīdzības sistēma, tās integritāte kopējā veselības aprūpē un praktiska sagatavotība ir viens no instrumentiem, kas uzlabo sabiedrības veselību. Īpaši nozīmīga neatliekamā palīdzība ir novēršamo nāves gadījumu skaita samazināšanā.

Kaut Ministru kabinets un Nacionālie Bruņotie spēki pilnībā izslēdz jebkādas iespējamās katastrofas draudus, īsti tas nekorelē ar veselo saprātu.

Situācijā ar lielu cietušo skaitu palīdzības apjomu un izglābto skaitu nosaka iespēja slimniekus ventilēt, ko var itin labi veikt reanimācijas un intensīvās palīdzības nodaļās, operāciju zālēs, uzņemšanas nodaļās un NMPD mašīnās. Šobrīd visas Latvijas slimnīcas kopā vienlaicīgi var uzņemt aptuveni 1500 pacientu, bet vēl aptuveni 750 pacientiem tajā laikā dzīvību var uzturēt NMPD brigādes.

Latvijā nav materiālo rezervju. Proti, materiālās rezerves ir, bet tās ir komplektētas tālajos padomju gados – tur ir nestuves un teltis, pārsienamie materiāli, nenozīmīgs zāļu krājums. Šīs rezerves atrodas vairākās vietās Latvijā, kam nav nekādas saistības ar palīdzības sniegšanas vietām.

Militāra konflikta vai terora akta gadījumā palīdzības sniegšanu būs jāorganizē trijām Universitātes slimnīcām, Traumatoloģijas un ortopēdijas slimnīcai un Rīgas 2. slimnīcai, kā arī Daugavpils, Rēzeknes, Valmieras, Jelgavas, Liepājas, Ventpils un Jūrmalas slimnīcām (ar zināmiem nosacījumiem arī Jēkabpils, Ogres, Madonas, Alūksnes, Cēsu slimnīcām).

Militārajām medicīnas rezervēm būtu jāatrodas pie universitātes un iepriekšminētajām reģionālajām slimnīcām, un šīm rezervēm ir jābūt valsts pārraudzībā. Rezervēs atbilstoši NATO standartiem jābūt pretšāpju, pretšoka, infūzijas, antimikrobiskajiem līdzekļiem, kā arī imobilizācijas un pārsienamajam materiālam mēneša rezerves apjomā, un vēl – NATO standartam atbilstošām autonomas elpināšanas iekārtām. Šīs rezerves valstij būtu jāiegādājas par militārā budžeta līdzekļiem.

Es atbalstu to, ka valstij ir jātērē budžets 2% kopprodukta apjomā militāriem mērķiem, bet par šo naudu mums būtu arī jānodrošinās medicīniskai palīdzībai kara vai katastrofas gadījumā. Tam nav nekāda korelācija ar Čakšas/Bergmaņa uzstādījumu – būs karavīru slimnīca/viesnīca/rehabilitācijas iestāde Linezerā vai nebūs.

Mums par militāro naudu ir jāveido rezerve lai mēs varētu glābt ievainotos un cietušos arī iespējama militāra konflikta apstākļos. Attiecībā uz šo rezervi jāveido arī glābšanas autotransporta rezerve. Ukrainas (Doņeckas) kara pieredze liecina, ka sanitārais helikopters ir iekārojamākais mērķis (Ukrainas militārajā konfliktā tika notriektas arī sanitārās lidmašīnas). Pacientus un ievainotos militāra konflikta gadījumā nāksies vest ar autotransportu, vislabāk, ja iepriekšminēto slimnīcu rezervēs būtu noliktas dažas mašīnas ar iespējam transportēt vienlaikus 4– 6 cietušos.

Un vēl neliela atkāpe par lielāko iespējamo sadzīves katastrofu – pūļa paniku. Ne viens vien pamanīja, ka simtgades salūtu apmeklēja ļoti liels cilvēku skaits. Ticēt Rīgas domes aplēstajam cilvēku skaitam ir tikpat bezjēdzīgi, kā pašvaldības policijas spējām kaut ko darīt pūļa panikas gadījumā.

Parasti par lielāko tautas kopāsanākšanu Latvijā mēs mēdzam uzskatīt 1991. gada 13. janvārī Daugavmalā notikušo Latvijas Tautas frontes organizēto Vislatvijas manifestāciju, kurā vairāk nekā 500 000 cilvēku izteica atbalstu Augstākajai Padomei un Ministru Padomei, kā arī protestēja pret bruņotajām akcijām Lietuvā. Jāsaka– lielas atšķirības cilvēku skaitā es „uz aci” neredzēju.

Satraukumam par iespējamu pūļa paniku lielās kopāsanāšanas reizēs ir pamats. 1999. gada 30. maijā Minskā metro stacijā Nemiga ļaudis centās paslēpties no negaisa pēc plaši apmeklēta koncerta. Tika sabradāti 53 cilvēki, vēl nepilns tūkstotis guva ievainojumus.

Rīgā pēdējoreiz līdzīga katastrofa piedzīvota Mežaparkā 1960. gadā (atsevišķi avoti norāda uz 1959. gadu), kad Hruščova vizītes dēļ Mežaparka estrādei dziesmu svētkos (citos avotos dziesmu dienā) tika noteikti ļoti strikti drošības pasākumi, un ļaužu straumes novirzītas viena otrai pretī. Par cietušo un mirušo skaitu ir pretrunīgi dati.

**Pūļa panikas lēkmes ir pasaulē plaši pētītas, tāpat ir zināmas metodes kā tās novērst.**

Un šīs zināšanas ir katastrofu medicīnas jomas speciālistiem, nevis simtgades svētku naudas tērēšanas organizatoriem. Būtu nepieciešams panākt, ka NMPD precīzi analizē iespējamus

riskus, bet pārējiem (ugunsdzēsējiem, policijai, zemessardzei, armijai) jāsadarbojas nelaiemes preventīvai novēršanai.

Latvijas Neatliekamās palīdzības dienestam ir ar ko lepoties vēsturē un arī mūsdienās. Neatliekamā palīdzība ir tikpat veca kā medicīnas prakse, un visos laikos gājusi rokrokā ar medicīnas attīstību. Tomēr līdz pagājušā gadsimta sešdesmitajiem gadiem neatliekamā palīdzība vairāk vai mazāk darbojās kā ātrā palīdzība, kuras galvenais uzdevums bija iespējami ātrs slimnieka transports uz slimnīcu, cik nu ātri tas bija paveicams, sākotnēji ar pajūgiem, bet vēlāk ar vairāk vai mazāk pielāgotiem automobiļiem. Nekādu speciālu vadlīniju, algoritmu, apmācību neatliekamās palīdzības ārstiem un māsām nebija.

Tūlīt pēc otrā pasaules kara politiskā līmenī sākās diskusijas– vai neatliekamo palīdzību nevajadzētu uzticēt paramediķiem, kas šajā laikā bija demobilizēti karavīri, kas kara apstākļos bija apguvuši sanitāra–iznesēja (no frontes līnijas) funkcijas. Vēlāk par paramediķiem tika īslaicīgi (uzsvars: reanimācijas algoritmi) apmācīti pacientu vedēji no notikumu vietas uz stacionāru. Protams, paramediķi vienmēr spēj uzrādīt labāku transportēšanas ātrumu nekā ārsti.

Kopš 20. gadsimta vidus politiķu zināšanas un izpratne par neatliekamo palīdzību nav mainījušās, un viņi visos līmeņos– no parlamenta un finanšu ministrijas līdz veselības ministrijai galveno vērību pievērš laikam– cik ātri neatliekamās palīdzības brigāde ieradusies negadījuma vietā un cik ātri hospitalizējusi slimnieku (vienalga kur, ka tik slimnīcā).

Sešdesmitajos gados parādījās pētījumi, kas pārlicinoši pierādīja, ka pacienta iespēja izdzīvot vai izvairīties no invaliditātes ievērojami palielinājās, ja viņam uzreiz notikuma vietā un ātrās palīdzības mašīnā tika sniegta kvalificēta palīdzība. Viens no pirmajiem reanimobiļiem pasaulē sāka strādāt Rīgā, un iniciatori šādai evolūcijai medicīnas domāšanā bija profesori Georgs Andrejevs un Jānis Volkolakovs (pēdējais, šķiet savu organizatorisko talantu dēļ).

Neatliekamās palīdzības dienests Rīgā tiešām bija labākais Padomju savienībā un noteikti ļoti konkurētspējīgs globālā mērogā. Tam bija arī kāds itin vienkāršs skaidrojums– Jelgavā tika ražoti mikroautobusi RAF/Latvija, kas bija ļoti piemērota neatliekamās palīdzības sniegšanai, un visas savas idejas Georgs Andrejevs varēja uzreiz realizēt sadarbībā ar automašīnas ražotāju. Katrā ziņā pacienta ventilācijas un kardioversijas iespējas Rīgas ātrās palīdzības automašīnās bija tādas, ko pasaule akceptēja pēc gadiem divdesmit.

Vēl kāds Rīgas Ātrās palīdzības stacijas pienesums globālajai neatliekamās palīdzības attīstībai bija telemedicīnas aizsākumi – kardiogrammas nosūtīšanu uz Rīgas 1. slimnīcas kardioloģijas centru pa telefonu.

Tiesa, man pašam vairākkārt bija domstarpības ar centru par konkrētās kardiogrammas interpretāciju, un vēlāk izrādījās, ka telefoniskās kardiogrammas kvalitāte nebija izcila.

Trešais vēsturiskais sasniegums bija trombolīzes uzsākšana miokarda infarkta gadījumā jau pie slimnieka gultas un ātrās palīdzības mašīnā. Tas bija pavērsiens infarktu ārstēšanā, kas glābis miljoniem cilvēku dzīvību uz zemeslodes un to kā viens no pirmajiem uz planētas ieviesa profesors Jūlijs Anšelēvičs un viņa dēls Mihails.

Sākot no pagājušā gadsimta astoņdesmitajiem gadiem neatliekamā palīdzība kļuvusi horizontāli integrēta, kas ļauj tai apvienot dažādu specialitāšu zināšanas un prasmes, bet precīzi algoritmi un vadlīnijas kombinācijā ar dienesta darbinieku regulāriem treniņiem un mācībām ir pamats ātrai un efektīvai palīdzībai ārkārtas pacientam. Šobrīd 46 pasaules valstīs neatliekamās palīdzības ārsts ir autonoma specialitāte, kas gan pēc daudzām pazīmēm ir līdzīga anesteziologa vai intensīvās terapijas anesteziologa specialitātei.

Šī atkāpe man bija būtiska lai paskaidrotu, ka neatliekamā palīdzība Latvijā kopš tās pirmsākumiem Rīgā 19. gadsimta beigās, bijusi viens no labāk organizētajiem medicīnas dienestiem. Jāpiemin izcilais medicīnas organizators Semjons Štrihs, kurš izveidoja Rīgas Ātro palīdzību, uz kuras bāzes tad tika izveidots Latvijas NMPD. Jāapbēdina pēdējo laiku ministru cienītāji– dienests ir nevis attīstīts, bet grauts, un tas joprojām strādā nevis pateicoties ministrijas darbībai, bet par spīti ministru neprasmei un neziņai (šeit vietā īsa replika– studiju un internatūras gados ātrajā palīdzībā strādāja Ingrīda Circene, viņa saglabāja izpratni par dienesta vietu un lomu arī ministrēšanas laikā)

### **Neatliekamās palīdzības dienesta loma un vieta Latvijas medicīnā**

Par NMPD nevar un nedrīkst izteikties cilvēki, kas nekad mūžā nav traukušies glābt pacientu, nav skrējuši pa trepēm ar somām un aparatūru rokās, nav elpinājuši cilvēku (nelaiķi) mute–

mutē, nav veikuši intubāciju un kardioversiju pilnīgi nepiemērotos apstākļos. Vienkārši– būt par NMPD darbinieku ir misija, pasaules uztvere, adrenalīna līmenis asinīs un spēja nekavējoties pašam pieņemt lēmumus. Un ir pilnīgi veltīgi cerēt, ka NMPD darbinieki mīļi un glaimīgi uzklausi ministres tukšos solījumus un bezjēdzīgās prātulas – pašreizējās ministres zināšanas medicīnā ir ļoti tuvu nullei. Neceriet– nekad NMPD darbinieki nebūs samiernieciski tukšmuldēšanas klausītāji – tāpat nekad nebūs mīļi ministriem, taču viņi spēj glābt dzīvības.

Kā Latvijā pieņemts, ministrija visādi cenšas sarīdīt dienestus– stāstot ģimenes ārstiem, ka NMPD nebrauc uz visiem izsaukumiem, bet NMPD speciālistiem– ka ģimenes ārsti ir slinki un nevēlas apmeklēt savus pacientus. Gluži tāpat politikāņi mēģina sarīdīt NMPD ar neatliekamās palīdzības (uzņemšanas) nodaļām: šeit vieni it kā par daudz saved, bet otrie– palaiž tūlīt mājās. Problēma ir sistēmā un ministrijas stulbumā nevis neatliekamās medicīnas speciālistā– vai viņš strādā brigādē, vai neatliekamās palīdzības nodaļā. Man izcila neatliekamās palīdzības ārsta piemērs ir Aleksejs Višņakovs, kas gan vada neatliekamās palīdzības nodaļu Austrumu klīniskajā universitātes slimnīcā, gan dežūrē par reanimatologu NMPD, un pats ir smagi cietis, traucoties uz izsaukumu. Tomēr tālāka neatliekamo un uzņemšanas nodaļu integrācija ar NMPD būs nākamā ministra nopietns izaicinājums.

Slimnīcas palīdzētspēja attiecībā pret neatliekamās palīdzības brigādi nereti tiek pārspīlēta, kaut vai tādēļ, ka neatliekamās palīdzības ārsts vai ārsta palīgs ir speciāli sagatavots ārkārtas situācijai, visa aparatūra un nepieciešamie instrumenti atrodas kompakti un gatavi lietošanai. Tie, kam bijusi iespēja nonākt Stradiņa slimnīcas uzņemšanā (šī nodaļa par papīrrakstīšanas un birokrātisku, pacientam nedraudzīgu, pārpildītu struktūru kļuva laikā, kad slimnīcu vadīja Anda Čakša), visai droši atceras, ka neatliekamās palīdzības brigādes personāla rokās jutušies daudz drošāk nekā uzņemšanā. Tiesa, neko tamlīdzīgu nevar teikt par neatliekamās palīdzības nodaļu Austrumu klīniskajā universitātes slimnīcā.

Pasaules veselības organizācija liek mums koncentrēties uz to, ka neatliekamās palīdzības stratēģijas pamatā ir mērķtiecīga medicīnisko lēmumu pieņemšana un rīcība ar mērķi novērst nevajadzīgu nāvi vai invaliditāti laika jutīgos slimības procesos. Medicīnas ārkārtas situācijas ir ļoti jutīgas laika ziņā– jo ilgāks laiks pagājis kopš slimības (traumas, nelaimes gadījuma) sākuma līdz ārstēšanas sākumam, jo lielāka nāves iespēja, slimībai smagāka gaita vai smagāka invaliditāte pēc tam. Tādēļ vienlīdz būtiskas ir visas četras neatliekamās palīdzības daļas: laiks līdz neatliekamās palīdzības atbraukšanai, neatliekamā palīdzība uz vietas, palīdzība transportēšanas laikā un palīdzība neatliekamās palīdzības (uzņemšanas nodaļā).

Mēs esam raduši uzskatīt, ka slimnieku no notikuma vietas 5 vai 10 minūšu laikā dzeltensārtais busiņš ar zilajām bākugunīm nogādā slimnīcā. Modernā medicīnā tas nav tik vienkārši– akūtu



infarkta slimnieku ar ST– elevāciju vajadzētu nogādāt tuvākajā sirds asinsvadu kateterizācijas laboratorijā (Rīgā, Liepājā vai Daugavpilī), bet ishēmiska insulta gadījumā– galvas asinsvadu kateterizācijas laboratorijā (diennakts režīmā Stradiņa slimnīcā), nestabilu politraumas pacientu ar penetrējošu krūšu kurvja bojājumu vajadzētu nogādāt tieši uz operācijas bloku Austrumu klīniskajā universitātes slimnīcā, Liepājā vai Daugavpilī. Tātad tepat Latvijā ir gadījumi, kad slimnieku no notikuma vietas nāktos vest no Alūksnes līdz Stradiņa slimnīcai, visu laiku uzturot slimnieka dzīvības funkcijas, sniedzot nepieciešamo terapiju, nereti mākslīgi ventilējot.

Ir izstrādātas metodes, kad slimniekam pretim dodas specializēta neatliekamās palīdzības brigāde un pārņem slimnieku pusceļā. Jāpieņem, ka šāda situācija– tāla ceļa hospitalizācija kļūs par ikdienu. Cik tas nebūtu paradoksāli, bet galveno lomu šajā procesā spēlē sakaru sistēmas, kas ļauj sazināties ar slimnīcu, kurp pacientu ved, saņemt norādījumus un konsultācijas. Un fakts, ka Latvijā ir mazs iedzīvotāju blīvums, līdz ar to visai retas specializētas slimnīcas, liek mums uzreiz atteikties no finansistu sapņa pāriet uz paramediķu palīdzību.

Kaut vienā rakstā nav iespējams pievērsties visiem aspektiem par tik plašu medicīnas jomu kā neatliekamā medicīna, vēlos norādīt, ka paļauties uz pacientu transportēšanu ar helikopteru nevajadzētu. Laiks, kamēr ārsti aizbrauks uz Lielvārdes lidlauku, tad aizlidos uz Daugavpili vai Alūksni, būs gandrīz tāds pats kā laiks, ko līdz galamērķim aizstūrēs labas automašīnas profesionāls šoferis. Vienu tādu katastrofu medicīnas dienestā personiski pazīstu un viņš tiešām Daugavpili un Liepāju vienmēr sasniedz ātrāk nekā divās stundās. Profesionalitāte arī pie stūres ir NMPD spēks un lepnums.

### **Apmācība– neatliekamās palīdzības pamatu pamats**

Ja mēs domājam par ugunsdzēsējiem, mums taču ļoti gribētos, lai viņiem nevajadzētu braukt dzēst degošas mājas, bet lai viņi šim procesam būtu gatavi un dežūrās trenētos un iemācītos ātri skriet ar šļūtenēm, ar pacēlājiem sasniegt visaugstāko degošo dzīvokli, mesties ugunī un tūlīt iznest cietušos no ugunsnelaimes. Ugunsdzēsēju veiksmju un neveiksmju pamatā ir mācības un treniņi.

Kaut arī NMPD strādā izcili speciālisti, arī viņiem nebūt ne katru dežūru iznāk doties uz izsaukumu, kur jāglābj pacients klīniskajā nāvē, jāintubē, jāliek centrālā vēna vai jādur lielakuls zāļu ievadei, jālieto kardioversija vai jāieliek stimulators, kas dos impulsus sirdij. Un lai vienmēr būtu gatavs šai rīcībai, NMPD darbiniekam katru dienu vajadzētu „rāpot pa grīdu”, kas tulkojumā nozīmē– intubēt un veikt kardiopulmonālu reanimāciju „lellei”. Jo vairāk mācības, jo labāk gatavi

smagai situācijai.

Ja ministrija ir gatava NMPD brigādēm maksāt tikai par nepārtrauktiem pārbraucieniem no viena izsaukuma uz otru, pie kam iespējami daudz katras dežūras laikā, ārsts vai ārsta palīgs nevar pienācīgi atjaunot savas zināšanas. Latvijā ir neatliekamās palīdzības guru Dzintra Jakubaņeca, kas pati ir izcila ārste, bet ir arī noorganizējusi un nepārtraukti veic citu kolēģu apmācību. Patiesībā es viņu ļoti apskaužu par viņas spējām un zināšanām.

Reanimācijas pasākumus citiem ārstiem būtu jā māca tieši NMPD speciālistiem.

Kaut arī sabiedriskajā telpā valda pretējs viedoklis, proti– reanimācijas un pirmās palīdzības pamatus var iemācīt jebkurš, kurš pats tos ir apguvis, kurš no galvas zina algoritmus, PVO apliecina, ka vislabāk gan ārstus, gan medicīnas darbiniekus, gan ugunsdzēsējus un policistus var apmācīt neatliekamās palīdzības ārsts, kurš ar reanimācijas situācijām bieži tiek savā praksē. Es šeit nerunāju par šoferu apmācību reizi desmit gados, tā ir bezjēdzīga. Pasaules pieredze liecina, ka no pirmās palīdzības apmācības lielākais ieguvums ir medicīnas darbinieku, glābēju, ugunsdzēsēju, policistu un militārpersonu kārtīgai un regulārai apmācībai. Bet apmācīt citus pa īstam var tikai tas speciālists, kas pats nepiemērotā vietā (sporta zālē, grāvī vai pagrabā) ir elpinājis mute mutē (cilvēku ar klīnisku vai bioloģisku nāvi, tas uzreiz nav diferencējams!).

Tas, kas būtu apmācāms, ir sirds, plaušu reanimācijas pasākumi, elpceļu atbrīvošana, ārējās asiņošanas samazināšana vai apturēšana, imobilizācija ar vietēji pieejamiem materiāliem un termoregulācijas nodrošināšana. Ja mūsdienās par vienu no galvenajiem neatliekamā medicīniskā palīdzības dienesta uzdevumiem sauc primāro un sekundāro profilaksi, tad mērķgrupu apmācību būtu līdz ar finansējumu jānodod NMPD rīcībā. Šobrīd par Latvijas Ārstu biedrības viceprezidentu kļuvis jauns, ambiciozs un zinošs neatliekamās palīdzības ārsts Roberts Fūrmanis. Man bija iespēja atjaunot reanimācijas pamatus viņa vadītajā grupā, un es sapratu– cik labi, ka man zināšanas atjaunoja ārsts, kas ikdienā glābj cilvēkus.

Un vēl– NMPD ir vienīgais dienests, kas pamana sabiedrības izaicinājumus savas veselības bendēšanā un dzīvības noniecināšanā, piemēram, katru peldsezonu NMPD taču visai Latvijai māca, ka nevajag lekt nepazīstamās vietās ūdenī uz galvas, māca ziemā neatstāt neizdegušu krāsni, māca palīdzību apsaldējumam un apdegumu novēršanā un palīdzībā. Kopš NMPD strādā Lienes Cipules vadībā, mēs varam redzēt nopietnu izaugsmi sabiedrības izglītošanā un profilaksē. Es ļoti augstu vērtēju visu, ko paveikusi mūsu NMPD vadītāja.

## Secinājumi:

- Latvijā medicīnu mēs mēdzam iedalīt primārajā (ģimenes medicīna), sekundārajā, terciārajā, neatliekamajā un rehabilitācijā. Definējot algu pielikumus, Veselības ministrija medicīnu daļa ambulatorajā un stacionārajā, bet NMPD pieskaita pie ambulatorās medicīnas, kam pienākoties mazāka alga. Pasaules Veselības organizācija māca– ja medicīnai nepietiek līdzekļu, jāstiprina primārā veselības aprūpe un neatliekamā medicīna, bet Latvijas Veselības ministrija būvē ēkas, iepērk dzelžus un zāles;
  - Neatliekamās medicīnas dienestam jābūt pilnīgi neatkarīgam, kas spēj pats pieņemt lēmumus un iesaistīties tajos sabiedrības procesos, kas var apgrūtināt neatliekamās palīdzības sniegšanu. Lielu pasākumu organizācijā, pilsētplānošanā, satiksmes maģistrāļu plānošanā NMPD jābūt vienam no lemjošajiem spēkiem. NMPD jāatgriež dienesta funkcijas, tiesības un atbildība;
  - NMPD darbinieku izglītošanai jāķļūst par nozīmīgu faktoru samaksas sistēmā. Savukārt NMPD darbiniekus iespējami plaši jāiesaista sabiedrības izglītošanā par pirmo palīdzību, profilaksi;
  - Latvijas medicīnas pamatu pamats ir ģimenes ārstu dienests un NMPD. Ne velti sabiedriskās domas aptaujas Latvijā par kvalificētāko un avancētāko veselības aprūpes posmu uzskata tieši NMPD. Saudzēsim savus NMPD darbiniekus– pasaules pieredze liecina, ka tieši neatliekamās palīdzības darbiniekiem ir vislielākais izdegšanas risks un visaugstākā pašnāvību incidence!;
  - bezgalīgi ārkārtas stāvoklī strādāt ir neiespējami. Ja nekas netiks darīts dienesta kapacitātes celšanā un darbinieku darba samaksā, nāksies prasīt ministres Čakšas atstādināšanu no jau demisionējušas valdības– sliktāk kā viņas vadībā būt vairs nav iespējams;
  - Nacionālajā parādē kopā ar VUGD, policiju un citiem mūsu drošības sargiem, turpmāk ir jāiet arī NMPD. Jo glābēju vidū tieši NMPD darbinieki ir tie, kas glābs mūs pašus.

Pēteris Apinis