

GYDYTOJŲ žinios

2025 M. LIEPOS 21 D.

Ieškoma išeities, kaip greičiau pacientams pasiekti paslaugą	2
Ar inovacijos pakeis medicinos praktiką?	4, 5
Turime siekti uždrausti vienkartinės elektronines cigaretes	6, 7
Prisimintas fitoterapijos įkūrėjas	7, 8

leškoma išeities, kaip greičiau pacientams pasiekti paslaugą

„Medicininei reabilitacijai numatyta tik 4 proc. PSDF biudžeto, tad dešimtys tūkstančių pacientų susiduria su problema. Susidariusi paradoksali situacija, kad pradinės reabilitacijos žmonės laukia 4–6 mėnesius, nes tokios ilgos eilės. Kaip žmogus gali žinoti, kad jam reikės pradinės reabilitacijos? Realybė yra būtent tokia“, – kalbėjo Seimo Sveikatos reikalų komiteto posėdyje Nacionalinės sanatorių ir reabilitacijos įstaigų asociacijos prezidentas Artūras Salda.

„Kalbant apie medicininės reabilitacijos paslaugų politiką, įžiūrėtume šešis pagrindinius dalykus: teisinis reguliavimas, paslaugų organizavimas, jų kokybė, integracija į kitas sveikatos priežiūros sritis ir finansavimas. Medicininę reabilitaciją reguliuoja trys teisės aktai. Vienas jų reguliuoja medicininės reabilitacijos skyrimo sąlygas ir paslaugų teikimo principus. Kitas aktas – paslaugų indikacijos trukmė ir taikymo metodus. Trečias teisės aktas skirtas ASPĮ, teikiančioms

gydymas skiriamas vaikams, siekiant išvengti paūmėjimų sergant sunkiomis lėtinėmis ligomis. Nenumatytais teisės aktuose atvejais yra galimybė tęsti ar skirti medicininę reabilitaciją sudarant gydytojų konsiliumą ir nurodant priežastis medicininuose dokumentuose.

Kadangi reabilitacijų yra įvairių rūšių, jos paklausios ir reikalingos, susidaro tokia situacija, kad pacientams dažnai tenka laukti reabilitacijos paslaugų gana ilgą laiką. Neturėjome priemonių atsekti,

savivaldybėje, o medicininės reabilitacijos II ir III lygio turime tik 36 paslaugas, o III lygio – universitetinėse ligoninėse reabilitacija teikiama po ypač sunkių traumų ir ligų. Palaikomosios medicininės reabilitacijos paslaugas teikia 22 ASPĮ, o antirecidyvinių sanatorių gydymą – šešios gydymo įstaigos.

Pagrindinė problema reabilitacinei paslaugai gauti vis dėlto yra gydytojų trūkumas. Didžiulis ergoterapeutų trūkumas, nes jie dirba ne tik reabilitacinėse gydymo įstaigose, bet ir paslaugas



Nacionalinės sanatorių ir reabilitacijos įstaigų asociacijos prezidentas A. Salda

Komiteto posėdyje buvo aptartas medicininės reabilitacijos ir sanatorinio (antirecidyvinio) gydymo paslaugų organizavimo perspektyvos. Sveikatos apsaugos ministerijos Pirminės priežiūros, odontologijos ir medicininės reabilitacijos skyriaus patarėja Ramunė Andriušaitienė parlamentarams teigė, jog nežiūrint, kad Lietuvoje medicininė reabilitacija yra išvystyta, yra nemažai problemų teikiant medicininės reabilitacijos paslaugas. Iš dalies dėl to, kad ši sritis yra tikrai paklausi ir turi didelę naudą pacientams. Tai – gyvenimo kokybė ir ekonominė nauda: ilgainiui tai sumažina socialinių, ilgalaikės priežiūros paslaugų poreikį. Medicininės reabilitacijos svarba ir ta, kad grąžina žmones į darbą, bendruomenę, aktyvų gyvenimą.

medicininės reabilitacijos paslaugas, uždaviniams, funkcijoms ir kt. Medicininė reabilitacija teikiama tik ambulatoriniu būdu. Tai bus pradinė reabilitacija, kur kalbama apie gyvybinių funkcijų aktyvinimą. Paslauga gaunama poliklinikoje, stacionarines paslaugas teikiančiose įstaigose, kuriose neapmokamas asmens pragyvenimas. Stacionarinė reabilitacija skiriama dažniausiai sunkiais atvejais sergant po stacionaro, paprastai II ir III lygio. Prioritetinė reabilitacija skiriama po sunkių traumų. Šios paslaugos teikiamos ir apmokamos prioriteto tvarka (t. y. žaliojo koridoriaus principu). Palaikomoji reabilitacija negalią turintiems suaugusiems asmenims. Dėmesys skiriamas ilgalaikiai priežiūrai. Ši reabilitacija skiriama periodiškai, tam tikru metu. Antirecidyvinius sanatorinius



Odontologijos ir medicininės reabilitacijos skyriaus patarėja R. Andriušaitienė

kodėl tokios ilgų laukimo eilės. Šiuo metu veikianti išankstinė pacientų registracijos sistema (IPR) leidžia jau aktyviau pasižiūrėti, kur yra tos laukimo eilės. Dabar visi reabilitacijos laikai turi būti skelbiami ne mažiau kaip 4 mėn. iki reabilitacijos teikimo pradžios. Tuomet galime matyti, kokia situacija yra kiekvienoje įstaigoje, nes, deja, tos situacijos yra labai nevienodos įstaigose paslaugoms užsiregistruoti. Deja, IPR sistema nėra pritaikyta stacionarinėms paslaugoms gauti dėl šių paslaugų kompleksškumo, bet tai daugiausia priklauso nuo įstaigos darbo organizavimo. Lietuvoje 452 ASPĮ teikia skirtingų rūšių medicininę reabilitaciją. Pradinę medicininę reabilitaciją teikia net 256 gydymo įstaigos. Ambulatorinė medicininė reabilitacija yra teikiama kiekvienoje

teikiančiose komandose. Problema dažnai atsiranda skiriant asistentą. Dažnai turime problemų ir skundų iš pačių pacientų. Kol kas Lietuvos situacija yra nebloga kalbant apie kineziterapeutų skaičių (tenkančių 10 tūkst. gyventojų), bet jie tampa vis populiare sni, nes teisingas judėjimas yra asmens sveikatos pagrindas. Planuojant veiksmus į ateitį, ergoterapeutų ateityje turėtų ir daugėti. Ką darome? Ką iki šiol galėjome padaryti, kad sumažėtų personalo trūkumas? Planuojama įtraukti sporto medicinos gydytoją į medicininės reabilitacijos sistemą. Jie galės skirti ir teikti pradinę ambulatorinę medicininę reabilitaciją. Taip pat planuojama plačiau įtraukti kineziterapeutų paslaugų teikimą šeimos gydy-

Atkelta iš p. 2

tojo komandoje, ypač lėtinų judėjimo atamos sistemos ligų turintiems asmenims, kad nereiktų kreiptis į gydytoją reabilitologą. Šiuo metu darbą yra pradėjusi darbo grupė, bandysime rasti tam tikras sveikatos būsenas, kad šeimos gydytojo sprendimu paslaugas būtų galima gauti iš kineziterapeuto. Tikimės, kad šitas sprendimas turėtų smarkiai sumažinti eiles reabilitacijos paslaugoms gauti. Planuojame toliau plėsti išankstinės pacientų registracijos informacinės sistemos funkcionalumą, ieškome galimybių užsiregistruoti per šią sistemą ir stacionarinę medicininę reabilitacijai. Kol kas tai kelia šokių tokių iššūkių dėl paslaugų kompleksškumo. Medicininės reabilitacijos narių turime įvairiose komandose: ambulatorinės slaugos paslaugos namuose, psichosocialinėje reabilitacijoje (suaugusiesiems, paaugliams ir vaikams), vaikų raidos ankstyvojoje reabilitacijoje, psichiatrijos paslaugose, sporto medicinoje, geriatijos dienos stacionaruose ir kt. Reabilitacijos paslaugų yra labai daug, įvairių rūšių, galbūt dėl to ir susidaro tam tikros problemos vienoje ar kitoje srityje“, – teigė R. Andriušaitienė.

Valstybinės ligonių kasos (VLK) vadovas Gytis Bendorius komiteto posėdžio dalyviams priminė, kad PSDF finansavimas reabilitacijai ir antirecidyviniam sanatoriniam gydymui nuolat didėja: nuo 59 mln. eurų 2019 m. iki 168 mln. eurų, planuojamų išleisti šiemet. Kiekvienais metais augimas reabilitacijai buvo didesnis nei bendras PSDF augimas. Reabilitacinės paslaugos laikomos prioritetingomis, joms kasmet skiriamas didesnis finansavimas. Nuo 2019 m. PSDF augo 94 proc., reabilitacijai finansavimas didėjo 184 proc. Per pastaruosius 6 metus finansavimas buvo geras ir jis nuolat didėjo. Anot G. Bendoriaus, šias paslaugas teikiančios įstaigos stabiliai teikia paslaugas. „Tas stabilumas yra labai sveikintinas, dauguma įstaigų veikė pelningai. Pernai reabilitacijos paslaugas teikė 159 įstaigos, virš sutarčių su teikta 16 proc. paslaugų. Šiemet teikiama vis daugiau pradinės ir ambulatorinės reabilitacijos paslaugų. Šiemet sudarytų sutarčių yra už 20 mln. eurų daugiau nei pernai. Pirmą ketvirtį reabilitacijos paslaugų viršijimas buvo 110 proc. Didesnis viršijimas yra pradinėje reabilitacijoje, ten, kur labiausiai norėtume paskatinti.

Neprioritetingoje stacionarinėje reabilitacijoje sutartys neįvykdytos 5 proc. Tad finansavimas niekaip neriboja gydymo įstaigoms teikti paslaugas. Finansuotume ir daugiau, jei tokios paslaugos būtų teikiamos. Privachios įstaigos yra svarbus reabilitacijos paslaugų teikimo partneris. 32 proc. paslaugų teikiama privačiose įstaigose. Ypač didelę dalį paslaugų privačios įstaigos teikia prioritetingoje ir reikšmingą dalį – stacionarinėje prioritetingoje reabilitacijoje“, – kalbėjo VLK vadovas.

„Visuomenės poreikis yra stacionarinė prioritetinga reabilitacija po sunkių ligų (endoprotezavimo, vėžio, insulto, infarkto). Mes norime pacientą iškelti iš ligoninės, kur gulėjimo para kainuoja 200–300 eurų, į prioritetingą stacionarinę, kur para kainuoja 89 eurus ir mažesnė hospitalinės infekcijos rizika arba norime kuo greičiau pervesti tuos žmones į ambulatorinę reabilitaciją, kur intensyvi reabilitacija kainuoja 40 eurų parai. Visuomenės poreikis pirmiausia yra prioritetingose srityse, o ne prioritetingose stacionarinėse srityse. Ji turėtų iš lėto mažėti, turėtume ieškoti naujų formų teikti paslaugas. Dideli pageidavimai būtų kuo daugiau teikti šių paslaugų nėra labai pagrįsti visuomenės interesų. Nacionalinės sanatorijų ir reabilitacijos įstaigų asociacijos rašte buvo išsakytos kelios idėjos. Viename punktu buvo kalbama apie priemonių klausimą. Kaip pavyzdys buvo pateiktos komforto paslaugos. Dažna situacija, kai reabilitacijos įstaiga turi dvivietę palatą ir pacientas prisimokėjęs papildomą mokestį gali gyventi palatoje vienas. Be abejo, įstaiga vietoj 89 eurų gauna papildomai 50–60 eurų ir daugiau už parą ir jos pajamos smarkiai išauga. Tam pajamui, kuris jau pateko į reabilitacijos įstaigą, komfortas yra labai gerai, bet, visuomenės požiūriu, turėti eilę pacientų po endoprotezavimo ar onkologinės operacijos ligoninėje, ir jie nepatenka į gydymo įstaigą, kuri norėjo gauti daugiau pelno, manau, kad tai nėra pateisinama. Dėl to nenorėtume skatinti tokio tipo komforto paslaugų. Manytume, kad toks prisimokėjimas yra priešingas bendram visuomenės interesui.

Dėl prioriteto viešosioms įstaigoms buvo išsakytas dramatiškas scenarijus: kaip 6 tūkst. lovų, 4 tūkst. darbuotojų staiga užsidarys ir dings iš pasaulio. Niekas taip staiga neįvyks. Jei suteiktume prioritetą viešosioms įstaigoms, tie pokyčiai būtų lėti.



Viešosios įstaigos vienu metu iš oro nepagamins tūkstančių lovų, nepradės be galo daug teikti paslaugų. Jeigu šie pokyčiai reabilitacijos srityje ir vyks, tikrai vyks labai lėtai. Jokių dramatiškų įvykių neturėtų būti. Dauguma įstaigų sėkmingai laviruoja tarp komercinių ir medicininių pacientų, tai išlaiko stabilumą, pelno turi neblogai ir t. t.

Ligonių kasos matytų kiek kitas 3 problemas, gal jas reikėtų vadinti galimybėmis. Pirmoji – kokybės klausimai ir jie yra struktūriniai, tarkime, kaip keturvietės palatos. Žmonėms po infarkto nėra visiškai priimtina proceso kokybė, kai kuriose įstaigose savaitgaliais neteikiamos reabilitacijos paslaugos. Jos „sustumiamos“ į darbo dienas, nes taip patogiau. Dažniau padaromos procedūros. Rezultato kokybė, yra rodikliai, kadangi e. sveikatoje šiuo metu labai struktūruotai tų rodiklių, nėra taip lengva įvertinti, kokią naudą ta reabilitacija atneša, kiek pagerėja sąnarių lankstumas, kognityvinės funkcijos po intensyvios reabilitacijos. Antra galimybė – grįžtamojo ryšio klausimai. Šiuo metu reabilitacijos įstaigos labiau traktuoja pacientų siuntimus kaip būsimų pajamų srautą. Jos galėtų teikti grįžtamąjį ryšį įstaigoms, kurios joms siunčia pacientus. Dažnai sutinkami pacientai, kuriems nereikėjo reabilitacijos arba ne tokio tipo reabilitacijos jiems reikėjo. Trečia galimybė yra metodų struktūra. Šiuo metu turime pradinę ambulatorinę ir stacionarinę reabilitaciją, daugėja nuotolinės reabilitacijos populiarumas pasaulyje. Stacionarinės ir ambulatorinės reabilitacijos santykis turėtų keistis. Stacionarinė reabilitacija yra brangiausia visuomenei ir sveikatos draudimo fondui. Turbūt reikėtų ieškoti metodų – pacientų grupių, kuriems ambulatorinė reabilitacija sukurtų panašią vertę

ir taupytų lėšas“, – tvirtino VLK vadovas G. Bendorius.

Komiteto pirmininkės paklausa Sveikatos apsaugos ministerijos atstovė R. Andriušaitienė, kiek yra gydytojų reabilitologų ir koks eilės yra regionuose, galėjo atsakyti, kiek yra gydytojų reabilitologų, bet kokios eilės regionuose, deja, negalėjo nurodyti: „Turime informacijos, kiek yra gydytojų, bet jų pasiskirstymo regionuose negalime pasakyti. Regioniniai skirtumai jaučiami, ypač mažesnėse savivaldybėse, kur gydytojų reabilitologų trūksta kaip ir visų gydytojų. Mūsų gydytojai nori dirbti didžiuosiuose miestuose.“ „Smagu, kad dialogas yra produktyvus. Sveikatos apsaugos ministerija ir VLK kalba apie problemas mūsų sektoriuje. Pritariame visiems pateiktiems Sveikatos apsaugos ministerijos ir VLK pastebėjimams. Kokie vyksta pokyčiai medicininėje reabilitacijoje? Jie būtų trys. Pirmasis jau įvykęs – viršsutarinių paslaugų mokėjimo pakeitimai, t. y. viršsutarinių paslaugų ribojimai. Savalaikė reabilitacija yra būtina ir laukti mėnesių mėnesius yra žalinga pacientui, bet blogai ir visuomenei, nes tas žmogus yra nedarbingas, gauna išmokas, nekuria bendrojo vidaus produkto, negali grįžti į visavertį gyvenimą. Atrodytų, reikėtų daryti viską, kas padėtų kuo greičiau gauti medicininę reabilitaciją, bet šis pokytis iš esmės smarkiai padidino eiles. Apie operacijos nukėlimą pagal eilę mėnesiui ar dviem, bet kai reabilitacijos žmogus laukia 3, 4 ar 6 mėnesius, tai atrodo, kad yra problema, bet... kaip ir viskas gerai. Sveikatos apsaugos ministerija minėjo, kad pacientas šiaip turi teisę rinktis įstaigą, bet praktikoje sunku tai įgyvendinti, nes tos populiariausios įstaigos, – gal

Atkelta iš p. 3

jos yra geriausios ir dėl to tokios populiarios, – eilės yra didžiausios ir pacientai tokios įstaigos negali rinktis ir turi rinktis tas, kurios turi vietą kažkur arčiau, nes reabilitacijos reikia kuo greičiau. Antras pokytis yra dėl priemonių draudimo už PSDF teikiamas paslaugas. Mūsų asociacija nesiima vertinti, kad visa reforma veikia, bet kalbame, kaip ji palies medicininę reabilitaciją. Dabartinė formulotė, kuri Seime svarstoma, uždraudžia bet kokias priemokas. Medicininėje reabilitacijoje yra 3 pagrindinės rūšys. Jau VLK direktoriaus minėta vienvietė palata. Visos viešosios ir privačios gydymo įstaigos turi įrengusias tam tikrą vienviečių palatų skaičių. Ta ilgametė nusistovėjusi praktika, nes toks poreikis yra iš pacientų. Problema – gydymo įstaigų infrastruktūroje daug vienviečių palatų, o pakeitus tokią tvarką už jas nebus galima primokėti pacientui. Tokios laisvės pacientas nebeturės. Kita problema – tos vienvietės palatos tuščios nestovės. Jei nėra oficialios tvarkos, gyvenimas rodo, kad atsiranda neoficialios tvarkos. Ar šituo mes norime sukurti prielaidą – landą korupcijai. Žinia, visų palatų neperdarysi. Dėl aukštesnio komforto lygio visos gydymo įstaigos kasmet renovuojasi. Atsiranda suremontuotas aukštas ar vienas korpusas, kuris naujai įrengtas, erdvesnis, gyvesnis, tad galimybės imti priemonę už tokį paciento pasirinkimą taip pat neliks. Kitas

pavyzdys iš komforto srities: yra 36 reabilitacijos paslaugas teikiančios gydymo įstaigos. Keletas jų suteikia galimybę pacientams maitintis prie švediško, o ne prie porcijinio stalo. Pacientas nebegalės pasinaudoti šita galimybe, gauti geresnio maitinimo. Trečia priemonių rūšis – priemonė už apgyvendinimą ir maitinimą prie pagrindinio korpuso, kur vyks medicininės reabilitacijos paslaugos, – vardijo A. Salda.

„Neklaidinkite visuomenės. Tai visiškai kita paslauga. Jūs suteikiate pacientui visiškai kitą paslaugą. Išsivalgojate problemą ir patys su ja kovojate“, – paprieštaravo VLK vadovas. „Mes stengiamės neišsivalgoti. Skaitome teisės aktus ir kaip juos reikia interpretuoti. Kol įstatyminių aktų nėra, formuluoti viena – draudžiamos priemokos už PSDF gaunamas paslaugas. Pripažinkite, kad čia interpretacijai vietos yra be galo daug. Smagu viešame komiteto posėdyje išgirsti patvirtinimą tiek iš VLK vadovo, tiek iš sveikatos apsaugos viceministrės Nerijos Stasiulienės, kad būsimo projekto sumanymas ne toks. Ir paskutinis pokytis – tai sutarčių su VLK sudarymo tvarkos pakeitimai suteikiant prioritetą viešojo sektoriaus įstaigoms. Privačios įstaigos suteikia nemažai reabilitacijos paslaugų ir tam yra priežastis. Tai reikalauja didelių investicijų. Atidaryti naują sanatoriją valstybei kainuotų dešimtis milijonų eurų. Būtų be galo sudėtingas uždavinys. Turime gerai išvystytą medicinos tinklą reabilitacijai. Sakysime, Druskininkuose reabilitacijos paslaugas

gauna nuo 700 iki 1 tūkst. pacientų. Viešojo sektoriaus įstaigos yra dvi: Druskininkų ligoninė ir sanatorija „Dainava“, kuri dabar atitekusiai LSMU Kauno klinikoms. Jose vietų yra iki 200. Birštone kasdien būna 400–600 pacientų. Viešojo sektoriaus įstaiga yra vienintelė – sanatorija „Tulpė“, kurioje yra 150 vietų. Jei tas pokytis įvyktų, kad viskas būtų permesta į viešąjį sektorių, jis nepajėgtų tokio skaičiaus pacientų aptarnauti. Tokie pokyčiai prieštarauja Konstitucijai, teisėtiems verslo lūkesčiams, kurie darė ilgalaikes investicijas į savo infrastruktūrą, samdė darbuotojus, kad galėtų teikti tokias reabilitacijos paslaugas“, – parlamentarams tikino A. Salda.

Viceministrė N. Stasiulienė atsakydama į Nacionalinės sanatorijų ir reabilitacijos asociacijos prezidento išsakytus nuogąstavimus teigė: „Dėl Sveikatos įstatymo pakeitimo atsižvelgiant į pastabas, reaguojant, ką išsako partneriai, jau yra užregistruotas įstatymo projektas pataisai: pasiūlymas dėl sąrašo sudarymo, kurį tvirtintų Vyriausybė, už ką būtų galima prisimokėti. Nekalbama apie konsultacijas. Manau, kad iš pasiūlymų atsirastų ir iš jūsų asociacijos pageidavimų, punktų tame Vyriausybės nutarime, bus sudaroma darbo grupė, manau, kad bus atliepta, jog pacientai nenukentėtų dėl priemonių didesnės kontrolės įvedimo.“ Viceministrės teigimu, privatus sektorius nėra kažkokie baubai, tai yra partneris. Kaip vyko šis bendradarbiavimas, tai jis ir toliau vyks, reikia aiškiai nustatyti taisykles.

„Medicininės reabilitacijos gydytojų trūksta, norėtusi jų turėti daugiau, bet medicina yra sudėtinga sritis, vis mažiau studentų nori specializuotis reabilitologijoje. Tad reiktų pagalvoti, kaip esamus gydytojus panaudoti geriau. Kai kuriose įstaigose dirba išsilavinę darbuotojai, šeimos gydytojai turėtų geriau spręsti judesių vertinimo, reabilitacijos poreikius. Gal įstatymais esame šiek tiek apsiriboję, privertę gydytojams perteklinių dalykų. Susitikime su reabilitologais nuskambėjo, kad apie 24 proc. pacientų neatvyksta reabilitacijos procedūrų. 6 proc. iš viso neateina, o 18 proc. atsišaukia per vėlavai, kai jau nėra galimybės įterpti. Tiek (24 proc.) yra didelis apsilaidimas. Specialistų konsultacijose, jei reikalai nebūdavo reguliuojami, į jas neateidavo 15 proc. pacientų. Kauno poliklinikoje seniau neateidavo į konsultacijas 16 proc. Dabar tuo rimtai užsiėmus, į konsultacijas neateina 6 proc. pacientų. 5–6 proc. neatėjimas į konsultaciją – tai yra pasaulinė praktika, bet 24 proc. neateinančių – didžiulis išteklų švaistymas“, – pabrėžė VLK vadovas G. Bendorius.

Pastabas ir pasiūlymus išsakė ir Sveikatos reikalų komiteto nariai. Komiteto pirmininkės Linos Šukytės-Korsakės teigimu, parlamentarams reikalinga statistika, kiek padidėjo pacientų srautai į medicininės reabilitacijos gydymo įstaigas. Seimo rudens sesijoje komitetas tęs šios problemos svarstymus.

„Gydytojų žinių“ informacija.

Ar inovacijos pakeis medicinos praktiką?

Technologijų pažanga turi didžiulį poveikį gydymo praktikoms, nes keičia ne tik medicinos specialistų darbo metodus, bet ir pacientų patirtį. Įvairios inovacijos, tokios kaip dirbtinis intelektas, telemedicina, robotika ir didieji duomenys, suteikia galimybių pagerinti diagnozavimo

tikslumą, optimizuoti gydymo procesus ir užtikrinti greitesnį bei efektyvesnį pacientų aptarnavimą. Dirbtinis intelektas tampa vis svarbesniu įrankiu medicinoje.

Lietuvos mokslų akademijoje vykusiame konferencijoje apie dirbtinio intelekto technologiją medicinoje akademikė, Vilniaus

universiteto (VU) profesorė Olga Kurasova teigė, kad dirbtinio intelekto galimybės medicinoje pagerina, t. y. pagreitina, ligų diagnostiką, pagreitina naujų vaistų atradimą, leidžia personalizuoti ligų gydymą, įgalina robotų naudojimą chirurgijoje, pagerina sveikatos priežiūros

duomenų valdymą, leidžia praplėsti nuolatinės slaugos galimybes, pagreitina genų inžinerijos vystymąsi. Anot profesorės, dirbtinio intelekto pritaikymas įmanomas medicininių vaizdų analizėje (radiologija, patologija,

Nukelta į p. 5

Atkelta iš p. 4

oftalmologija, gastroenterologija, dermatologija ir kt.), signalų analizė (elektrokardiogramos kardiologijoje, elektroencefalografijos neurologijoje ir kt.), taip pat natūralios kalbos apdorojime (elektroninių sveikatos įrašų analizė, sveikatos būklės aprašymas ir kt.). Rytdienoje vyraus personalizuotas gydymas bei robotizuotos operacijos. Ateityje prisidės ne tik bendrasis dirbtinis intelektas, bet ir superintelektas, pranašesnis už žmogaus intelektą. Po kažkiek metų dirbtinis intelektas bus kiekvienoje sistemoje, bus sunku rasti aplinkų, kur jo nėra.

„Beveik visose mokslinėse veiklos srityse intelekto indėlis milžiniškas. Pradedant nuo literatūros apžvalgos, duomenų surinkimo ir analizės. Moksliniuose darbuose naudojame dirbtiniu intelektu pagrįstą imuninės aplinkos ištyrimą, kaip organizmas reaguoja į naviką. Keičiantis ar didėjant navikui, vertiname, kaip imuninės ląstelės reaguoja į pakitimus. Taip pat dirbtinis intelektas naudojamas mikrobiomos analizei, vaistams ne tik kurti, bet ir parinkti. Daug įdomių atradimų atsiranda būtent dėl dirbtinio intelekto. Tiesa, vis dažniau girdime, kad, kai atsiras geriau veikiantis prietaisas, gydytojas taps nebereikalingas. Vis dėlto naujoves turime vertinti kritiškai, reikia atkreipti dėmesį tiek į teikiamą naudą, tiek į galimus pavojus. Dirbtinis intelektas yra pagalbinių sistemų, gelbstinti gyvybes ir gerinanti sveikatą“, – sakė VU ligoninės Santaros klinikų profesorius Tomas Poškus.

Dvisavaitinis laikraštis „Šiaurės Atėnai“ šių metų kovo pabaigoje paskelbė straipsnį apie dirbtinį intelektą. Latvių politologė Ivetā Kažoka kalbina Rygoje veikiančio NATO strateginės komunikacijos kompetencijos centro direktorių Janį Sartą. Pastaraisiais metais NATO strateginės komunikacijos kompetencijos centras atliko keletą dirbtinio intelekto tyrimų – analizavo technologijų poveikį strateginei komunikacijai, saugumui ir informacinei erdvei. „Dirbtinis intelektas – technologija, apie kurią anksčiau kalbėjo tik futuristai ir fantastai, dabar vis dažniau aptarinėjama kaip netolimos ateities galimybė. Ši technologija ne tik imituotų žmogaus kognityvinius gebėjimus, bet ir pranoktų juos visais

svarbiausiais aspektais: loginiu ir kūrybiniu mąstymu, kasdienių ir mokslinių problemų sprendimu ir žmogaus emocijų supratimu. Priešingai nei dabartinės dirbtinio intelekto technologijos, kurios skirtos konkrečioms užduotims atlikti, superintelektas pasižymėtų plačiu gebėjimų aspektu ir gebėjimu savarankiškai tobulėti mokydamasis be žmogaus įsikišimo“, – rašoma straipsnyje.

Politologė I. Kažoka, kalbėdama su J. Sarta, priminė, kad latvių bendrovės generalinis direktorius Samas Altmanas pranešė, jog dirbtinis superintelektas bus sukurtas per kelerius metus. Ar jis neperdeda? „Ne, šiuo metu tai labai tikėtinas scenarijus. Dirbtinio intelekto technologijos vystosi veržliai, šią tendenciją palaiko vis didesnė skaičiavimo galia: prieš ketverius metus dirbtinis intelektas prilygo mažo vaiko supratimui, prieš dvejus metus jis jau buvo pradinėje mokykloje, o pats naujausias ką tik paviešintas modelis yra maždaug doktoranto lygmens. Manau, kad toks tempas ir išlikis. Silicio slėnio technologijų bendruomenės šiuo klausimu sutaria – superintelektas yra artimiausios ateities perspektyva. Konsensusas susiformavo per pastaruosius dvejus metus“, – į politologės klausimą atsakė J. Sarta.

Pasak jo, šiandien dirbtinis intelektas jau pritaikytas vystyti paties dirbtinio intelekto technologijas. Šiandien tai vyksta dar nevisiškai automatiškai – šį darbą atlieka žmogus. Tačiau akivaizdu, kad tam tikru metu dirbtinio intelekto vystymasis taps savaiminis. „Neseniai mačiau įdomų tyrimą apie dirbtinio intelekto naudojimą ligoms diagnozuoti. Tyrimo rezultatai liudija, kad dirbtinis intelektas pranoksta gydytojus diagnozuojant ligas. Žinoma, dirbtinis intelektas yra tikslesnis už žmogų. Žmogaus įsikišimas į procesą gali tik sumažinti tikslumą. Elono Musko ir dar kelių Silicio slėnio mokslininkų nuomone, žmonijos ateitis – sinchronizuoti kūną su dirbtiniu intelektu ir taip padidinti jo mąstymo galią. Mane ši perspektyva gąsdina, nenorėčiau to sulaukti, bet, ko gero, teks. Pirmieji eksperimentai jau atlikti ir yra sėkmingi – jie leido paralyžuotiems žmonėms atgauti jėgas.

Žmonija dar nesuvokia netolimojo ateityje jos laukiančių permainų. Todėl nėra bendro sutarimo, koks turi būti atsakas į egzistencinius pavojus. Vieni-

teliai, kurie tai žino, yra patys technologijų kūrėjai ir pavieniai žmonės. Jie ir bus tie, kurie kurs apsaugos mechanizmus, padėsiančius apsaugoti žmoniją nuo egzistencinių rizikų. Jie suinteresuoti bendradarbiauti technologijų srityje? Na, pavyzdžiui, paskirs kokį teisininką prieš šias bendroves... Bet kaip jis konkuruos su technologija, kuri sugebės pati sukurti bet kokius teisinius rėmus ir aiškinti juos geriau negu dauguma teisininkų? Jeigu nežinai, ką ši technologija sugeba ir neturi techninių kompetencijų joms suprasti.

Pastaruoju metu daug mąstau apie sprendimų priėmimo sistemas. Svarbu išlaikyti tokią sistemą, kurioje žmonių pageidavimai ir jų nuomonės yra svarbiausi valdymui. Taip, nors dirbtinis intelektas galėtų kvalifikuotiau priimti šiuos sprendimus! Manau, kad atstovaujamoji sistema turi būti išsaugota, tačiau turime susitaikyti, kad daugelis valdymo mechanizmų laikui bėgant išnyks, nes žmonija prisitaikys prie pokyčių. Manau, kad pirmosios savo dabartinių valdymo modelių atsisakys didelės įmonės, vyriausybės bus lėtesnės. Kas gali nutikti su sveikatos priežiūros sritimi? Chirurgai artimiausioje ateityje dar turės darbo. Nors dirbtinio intelekto intelektinė galia sparčiai tobulėja, gebėjimas orientuotis erdvėje – ne. Tačiau naujieji diagnostikos metodai yra kokybiški – ko gero, kokybiškesni už eilinio gydytojo. Todėl permainos neišvengiamos. Jei įstaigos neprisitaikys pačios, atsiras komercinių priemonių, kurios tai padarys už jas. O juk mes esame socialinės būtybės. Jeigu jaučiamės blogai, mums reikės kito žmogaus, todėl globos funkcija medicinos sektoriuje nedings“, – įsitikinęs J. Sarta.

Į I. Kažokos klausimą, ar dirbtinio intelekto balsas ar robotas negali būti empatiškesnis už vidutinę slaugytoją, J. Sarta atsakė: „Žmogui svarbu ne tik balsas, bet ir šiluma, kvapas, tai, kas veikia mūsų pasąmonę. Kita vertus, dirbtinis intelektas niekada nepavargsta, nesiožiuoja, nebūna blogos nuotaikos... Bet tai jau tolimesnė ateitis.“

„O kaip dėl planavimo apskritai? Iki šiol Latvija savo ateitį planuoja maždaug iki 2030 m., o tolimesnėje ateityje nelabai ką matė – galbūt demografijos ir pensijų duobės po kelių dešimtmečių. Jei superintelektas jau pakeliui, gal ir neverta daug

ką planuoti arba jaudintis dėl būsimų problemų?“ – pasiteiravo politologė I. Kažoka. J. Sarta jai atsakė: „Lankstumas ir gebėjimas prisitaikyti bus svarbiausi dalykai. Jei bus įgyvendinta bent dalis to, apie ką kalbame, tai sukurs net ilgą laiką veikusias sistemas. Be to, gali atsirasti naujų tendencijų, kurių anksčiau neprognozavome. Pavyzdžiui, visi pastebėjo, kad pasaulyje sparčiai mažėja gimstamumas. Labai tikėtina, kad naujos technologijos reikšmingai prailgins gyvenimą ir šitaip atsvers gimstamumo mažėjimą. Niekas šiandien negali pasakyti, ar ateities pasaulyje apskritai reikės tiek daug darbo jėgos. Jau ir šiandien yra įspūdingų pavyzdžių, ką gali padaryti robotai. Todėl procesai, kurie mums iki šiol atrodė fundamentalūs, pavyzdžiui, demografija, gali pasirodyti nebe tokie fundamentalūs. Tačiau kada tai nutiks, sunku pasakyti. O pakeliui bus didelių sukrėtimų. Ar mes, kaip visuomenė, sugebėsime atlaikyti šiuos sukrėtimus ir išgyventi, tai jau milijono dolerių klausimas...“

Jei, pavyzdžiui, kokią nors pramonės šaką greitai visiškai užvaldytų dirbtinis intelektas ir žmonės nebeturėtų nei darbo, nei verslo? „Taip. Staiga galėtų išnykti ištisi verslai. Pavyzdžiui, rinkodaros įmonėse, su kuriomis bendrauju, jau dabar mažėja įdarbinimo rodikliai. Tai viena šakų, kuriai darbo jėga greitai nebebus reikalinga. Tačiau nepamirškime, kad realūs pokyčiai vyks lėčiau nei realios technologinės galimybės dirbtiniam intelektui pakeičti žmones. Pirmas žingsnis gali būti toks, kad tie, kurie sugebės pasinaudoti naujovėmis, nukonkuruos tuos, kurie nesugebės. Bet tam tikru momentu ir šių sumaniųjų nebereikės. Štai tada ir prasidės sukrėtimai! Geostrateginiai iššūkiai niekur nedings, o dirbtinio intelekto technologijos, tarkime, nepakeis Rusijos užsienio politikos“, – taip į politologės klausimą atsakė J. Sarta.

J. Sarta į klausimą, koks būtų patarimas politikams, ką daryti, jei taip nutiks, atsakė trumpai: „Arba susiraskite žmogų, kuris išmokys jus naujų galimybių, arba imkite ir įsisavinkite patys, spręsdami savo problemas. Gilus naujų galimybių supratimas paprastai prasideda tada, kai žmogus ima suvokti laukiamų permainų mastą.“

„Gydytojų žinių“ informacija.

Turime siekti uždrausti vienkartinės elektronines cigaretes

„Atskleiskime tiesą – demaskuokime patrauklumą“ – neatsitiktinai Pasaulio sveikatos organizacija (PSO) taip pavadino renginius, skirtus Pasaulinei dienai be tabako paminėti.

Augantis nikotino produktų vartojimas tarp jaunimo kelia didelį susirūpinimą. Ypač didelė problema tampa elektroninių cigarečių vartojimas tarp nepilnamečių. Šiandien tai jau aiškiai įvardijame, kad tai yra tylus žudikas: paauglys gauna greitą nikotino smūgį, tai ypač pavojinga paauglių smegenų vystymuisi. Vienkartinės elektroninės cigaretės yra ir ekologinė bomba, nes ličio baterijos ir plastikas – sunkiai perdirbami komponentai“, – taip spaudos konferenciją Seime pradėjo Priklausomybių prevencijos komisijos pirmininkas prof. Saulius Čaplinskas.

PSO biuro Lietuvoje vadovė Ingrida Zurlytė spaudos konferencijoje priminė, kad dėl tabako vartojimo kasmet miršta per 8 mln. žmonių. Manoma, kad 2030 m. pagal tabako vartojimą Europos regionas bus pirmaujančias pasaulyje. 2022 m. statistikos duomenimis, tabako vartojimo našta slegia 14 mln. suaugusiųjų, 65 mln. moterų ir 4 mln. 13–15 metų mokinių. Elektroninių cigarečių dizainas ryškus, gražus, atseit tai madingi produktai, bet už jų slypi tamsūs ketinimai. Anot PSO biuro Lietuvoje vadovės, tai tabako ir nikotino pramonės manipuliacija. Jų tikslas yra pritraukti vaikus ir jaunimą. Skonių ir kvapų yra daugelio nikotino ir tabako gaminių sudėtyje. Elektroninėse cigaretėse yra apie 16 tūkst. skonių ir kvapų. Jie dažnai įvardijami kaip pagrindinė priežastis, dėl kurios pradeda vartoti nikotino ir tabako gaminius.

Pasak I. Zurlytės, iš tiesų saugaus tabako vartojimo apskritai nėra. Tabako ir nikotino pramo-



nės naudoja klaidingas taktikas, kad įtrauktų vartotojus į priklausomybės ratą. PSO ragina vyriausybės imtis veiksmų. Anot I. Zurlytės, svarbu ne tik teisės aktai, bet ir jų įgyvendinimas.

Nacionalinio vėžio instituto direktoriaus pavaduotoja mokslui akademikė profesorė Sonata Jarmalaitė teigė, kad su šiomis pasekmėmis vėžio klinikos susiduria tiesiogiai: „Rūkymas yra ketvirtadalio visų onkologinių ligų priežastis. Tai ne tik kvėpavimo takų, plaučių vėžys, bet, deja, rūkymo įpročiai kelia riziką susirgti ir kitomis onkologinėmis ligomis: žarnyno, krūties, kepenų, kiaušidžių, prostatos vėžiu, leukemija. Rūkantieji turi 20 kartų didesnę riziką susirgti plaučių vėžiu nei nerūkantieji. Tai žiaurūs skaičiai. 90 proc. rūkalių pradėjo rūkyti dar nuo 18 metų. Priklausomybė įsitvirtina daug greičiau ir ilgesniam laikui. Jie turi didesnę riziką susirgti vėžiu, gydymui turi prastesnes išėjus. Sutrikdoma ne tik sveikata, bet ir nervinės sistemos vystymosi endokrininė sistema, kartu prastėja atsparumas kitoms ligoms.

Reklamos melas gajus dar nuo tabako pramonės pirmųjų žingsnių. Tabako pramonė slėpė, keitė įrodymus, kad rūkymas nesukelia kraujagyslių ligų ir vėžio. Atsiradus elektroninėms cigaretėms, rūkymas sukelia tokias pat problemas. Jau įrodyta, kad išmeta į aplinką ir rūkančiojo organizmą tas pačias kenksmingas medžiagas, kurios didina riziką sukelti vėžį ir susirgti onkologine liga. Kitas melas – dėl dažiklių, kvapų, kad laikomasi maisto produktams taikomų taisyklių, bet tiesa ta, kad plaučių epitelis – visai kita struktūra, plaučių epitelio tyrimas nebuvo atliktas. Dabar pasipylė moksliniai duomenys iš epitelio tyrimų. Yra įrodymų, kad kvapų (vyšnių, vaisių, vanilės ir kt.) medžiagos epitelio ląstelėms yra kenksmingos. Dėl to atsiranda ir DNR pažeidimų, vadinasi, tai yra tiesus kelias į vėžį. Lietuvoje yra gan rimta tabako gaminių kontrolės struktūra, bet nėra ryžtingų sprendimų dėl elektroninių cigarečių. Jaunimo susibūrimo vietose šitas dūmas teršia aplinką. Reikia prisiminti, kad elektroninės cigaretės nė-

ra jau tokios nekenksmingos, kvapai gali būti smarkiai žalingi jaunam organizmui.“

LSMU Sveikatos tyrimo instituto, Lietuvos moksleivių gyvenmenos ir sveikatos stebėsenos tyrimo komandos Lietuvoje narys dr. Tomas Vaičiūnas spaudos konferencijoje priminė, kad moksleivių sveikatos ir gyvenimo tyrimai atliekami kas 4 metus. „Mes nuo 2014 m. reaguodami į situaciją pradėjome stebėti elektroninių cigarečių vartojimo įpročius 5, 6, 7, 9 klasėse, o nuo 2022 m. – ir 11 klasėse, nes pastebėjome tam tikrą dinamiką. Jei imtume 2022 m. rezultatus, 5-ose klasėse bent kartą per mėnesį „elektroninio dūmo“ patraukia 6–7 proc. moksleivių, bet vyresniame amžiuje susidomėjimas šitais junginiais smarkiai išauga. 7-ose klasėse nepriklausomai nuo lyties jau vartoja kas 6-as moksleivis, 9-ose klasėse – jau 40 proc. vartoja, o 11-ose klasėse elektronines cigaretes rūko daugiau kaip pusė. 2022 m., palyginti su 2014-aisiais, merginos ėmė lenkti vaikus.

Atkelta iš p. 6

Tarp merginų dabar šis produktas tampa vis populiarešnis. Tabako pramonė apeliuoja į tą jaunąją kartą, į kurią turėtų būti orientuotos visos prevencinės priemonės. Klasikinis nikotino (cigarečių) vartojimas sumenko, padidėjo elektroninių cigarečių vartojimas. Bet 11-ose klasėse trečdalis ir kas 5-as devintose klasėse vartoja ir klasikines, ir elektronines cigaretes kartu. Tai rodo, kad tabako pramonė sužaidžia rinkodaros įvairiausiais aspektais, ir tarp jaunimo tos medžiagos tampa vis populiarešnės. Dažniausias argumentas, kodėl moksleiviai tai pabando, – sakoma, kad tai yra sveikesnė alternatyva, jokios žalos sveikatai nerandantis komponentas. Anot 11-okų, jiems tai padeda atlaikyti didelį kognityvinį ir fizinį mokymosi krūvį ir pan.



Tai žinutės, atseit pateisinančios šias medžiagas. Retai paaugliai įvertina rizikos sveikatai veiksnius vartojant tabako pramonės teikiamas gėrybes.

Narkotikų, tabako ir alkoholio kontrolės departamento direktorė dr. Rita Sketerskienė kalbė-

dama spaudos konferencijoje pabrėžė: „Esame sukūrę bendradarbiavimo tinklą su savivaldybių administracijomis, dalijamės naujausia informacija apie psichoaktyvias medžiagas ir prevencijos svarbą. Galiu pasidžiaugti, kad bendradarbiavimas vyksta sėkmingai, savivaldybių administracijos, visuomenės sveikatos biurai noriai dalijasi gauta medžiaga. Tai labai svarbu, nes jos yra arčiausiai bendruomenių, arčiausiai žmonių. Taip pat svarbu pabrėžti, kad savivaldybės išduoda ir leidimus verslui vykdyti mažmeninę prekybą tabako gaminiais, todėl labai svarbu, kad jos suvoktų ir atsakomybę už šių produktų prieinamumo didinimą.“

Įžvalgų, pastebėjimų bei pasiūlymų pateikė spaudos konferencijoje dalyvavusios Nacionalinės tabako ir alkoholio kontrolės kolicijos valdybos narė Eglė Juškevičiūtė ir LSMU Visuomenės

sveikatos vadybos magistrantė, Jaunimo patariamosios grupės narė Miglė Kiguolytė.

„Matome, kad dabartinių ribojimų nepakanka, nepaisant draudimų, nepilnamečiams šios cigarečių yra prieinamos. Tai parodo, kad tik amžiaus cenzu neužtenka. Turime imtis aiškių ir ryžtingų sprendimų. Kitos šalys reaguodamos į šią situaciją imasi atitinkamų veiksmų: Belgija, Prancūzija uždraudė vienkartinių elektroninių cigarečių prekybą. Jungtinė Karalystė, Airija, Vokietija, Naujoji Zelandija taip pat bando eiti šiuo keliu. Manau, kad mes taip pat turėtume sekti šių šalių pavyzdžiu. Aš planuoju Seime registruoti teisės akto projektą, kad vienkartinių elektroninių cigarečių prekyba būtų uždrausta Lietuvoje“, – spaudos konferencijoje pabrėžė parlamentaras S. Čaplinskas.

„Gydytojų žinių“ informacija.

Prisimintas fitoterapijos įkūrėjas

„Plušam toliau“ – taip pavadinta atsiminimų popietė vyko Lietuvos medicinos bibliotekoje. Ji buvo skirta fitoterapeuto Juozo Ruolios 75-osioms metinėms. Popietėje dalyvavo gausūs būrys buvusių jo bendradarbių, pacientų bei giminių ir artimųjų. J. Ruolia konsultavo žmones po onkologinių ligų gydymo. Jis sukūrė mitybos strategiją, kurios rekomendavo laikytis penkerius metus po vėžio diagnozės bei gydymo. Jis dirbo integracinės onkologijos principais žmogaus saugoje nuo vėžio pasikartojimo. Dirbdamas žmonių labai negailėjo energijos – savo žiniomis noriai dalijosi tiek su medikais, tiek su plačiąja visuomene. J. Ruolia – fitoterapijos įkūrėjas Lietuvoje: gerai išmanė gydomųjų augalų savybes ir rekomenduodavo juos pacientams. Gydymas, kurį jis rekomenduodavo pacientams, buvo individualizuotas. Dirbdamas žmonių labai negailėjo energijos – savo darbais ir nuo-



pelnais Lietuvai ne kartą įrodė esąs gražiausių žmoniškųjų ir profesinių savybių pavyzdys. Jau nuo ankstyvos vaikystės jis kartu su mama, senele rinko vaistažoles,

stebėdavo jų gydymą vaistažolėmis. Ignalinoje baigęs vidurinę mokyklą J. Ruolia nedvejodamas įstojo studijuoti medicinos, bet po poros metų buvo išbrauktas iš

studentų sąrašų neva dėl sveikatos, bet, kaip vėliau yra ne kartą pasakojęs pats J. Ruolia, diagnozė

Nukelta į p. 8

Atkelta iš p. 7

sugalvojo tuomečiam saugumui lojalus Medicinos fakulteto dekanas, kad būtų pretekstas jį pašalinti iš universiteto. Tikroji priežastis buvo jo religingumas ir įrašas charakteristikoje „dėl tikėjimo nestojo į komjaunimą“. Vėliau Kaune, Pr. Mažylio medicinos mokykloje, jis tęsė medicinos mokslus, įgijo pradinį medicinos mokslo žinių. Jau mokydamasis medicinos mokykloje atliko pirmuosius medicinos eksperimentus su vaistiniais augalais, tyrinėjo jų veikliąsias medžiagas, apie jas skaitė pranešimą studentų suvažiavime Gruzijoje. Jau dirbdamas felčerių Vilniaus greitosios medicinos pagalbos stotyje, jis neprarado nei noro studijuoti mediciną, nei giliau domėtis vaistažolėmis. Pažintis su Maskvos vaistažolių instituto specialistais, kurie patarė baigti aukštuosius medicinos ir biologijos mokslus, nuvedė jį į Krasnojarską. Šio miesto pedagoginiame institute jis baigė biologijos mokslus. Vėliau J. Ruolia žinias gilino Ukrainoje, Šveicarijoje, Austrijoje, Vokietijoje. Ten gydytojų tobulinimosi, fitoterapijos institutuose specializavosi fitoterapija gydyti vidaus organų ligas.

Per 30 profesinės patirties metų jis yra paskyręs fitoterapijai, užsiimdamas klinikiškai praktika onkologijos srityje. Jis yra parašęs apie 200 straipsnių, kurių daugumoje gvildenamos fitoterapijos problemos. Nemažai darbų parengta bendradarbiaujant su klinikistais, mokslo daktarais. Jis yra išleidęs ir knygų. Viena jų – „Septynios galimybės. Kaip saugotis vėžio pasikartojimo“. 2008 m. gruodį Sveikatos apsaugos ministerijoje buvo sudaryta darbo grupė alternatyviajai medicinai Lietuvoje įteisinti. Joje dirbo ir J. Ruolia. Jis visada akcentavo esant alternatyviosios medicinos specialistas ir didžiavosi, kad dirba Nacionaliniame vėžio institute.

„Į alternatyviosios medicinos kūrimo įstatymų bazės kūrimą įsijungiau ir aš“, – popietėje akcentavo Lietuvos apiterapeutų asociacijos prezidentas gydytojas Povilas Rimkus. Pasak jo, kai J. Ruolia susirgo, teko su juo bendrauti internetu. Jis gaudavo šio įstatymo nuostatas, atidžiai skaitydavo, įvertindavo ir džiaugdavosi, kad dėl šio įstatymo alternatyvioji medicina įgaus savo teises ir galės talkinti sveikindama pacientus.

„Savo knygoje „Septynios galimybės“ J. Ruolia vienas pirmųjų

atkreipė dėmesį į tai, kad, be tradicinės medicinos, yra ir alternatyvioji, kuri buvo ignoruojama, iš jos buvo juokiamasi ir t. t. 2020 m. buvo patvirtinta alternatyvioji sveikatos priežiūra. Dabar joje yra kone 10 specialybių. Tai yra įstatymiškai įteisinta. Dabar turime ir 8 apiterapijos specialistus. Viskas kuriama tam, kad žmonės galėtų daugiau atsisakyti tos chemijos. Atsakymas papras-



K. P. Valuckas

tas: „Jeigu reikia, gerk vaistus, bet jei nereikia – gerk žoleles.“ Jis tai sugebėjo daryti. Dėl nuoširdaus bendravimo su pacientais jis tapo labai patraukliu gydytoju – niekada netrūko pacientų, siekiančių jo pagalbos ir patarimo. Svarbu, kad jis viską numatė į priekį. Pasaulio sveikatos organizacija priėmė 2025–2034 m. medicinos strategiją. Visa alternatyvioji medicina yra pripažįstama kaip padedanti žmonėms ne tik sveikatinama, bet ir sustiprindama gydymo poveikį. Alternatyviosios medicinos pradininkas buvo J. Ruolia, jo tikslas ir buvo, kad alternatyvioji medicina būtų integruota su tradicine medicina“, – popietėje teigė Lietuvos alternatyviosios medicinos asociacijos prezidentas gydytojas P. Rimkus.

„Šiandien susirinkome ne pabūti, bet pabendrauti su atmintimi“, – taip savo kalbą pradėjo buvęs J. Ruolios bendradarbis Raimondas Natka. Anot jo, jis visada yra mūsų atmintyje ir kasdienybėje bei prisiminimuose. „Mūsų abiejų likimai susivėdė tik ką Lietuvai vėl atkūrus nepriklausomybę. Dažnai kartu važiuodavome į Igalinos kraštą rinkti vaistažolių. Vėliau dirbdamas kartu pamačiau, kad Juozas turi „skirtingus veidus“, kurie buvo ne blogąja, bet gerąja prasme: vienoks jis buvo darbe (administratorius, griežtas, reiklus), o onkologijos institute jis būdavo visai

kitoks – švelnus, pajuokaujantis. Jis mėgo bendrauti su visais – mokėjo ir žinojo, ką pasakyti, patarti. Kalbėdavo ne moksliniais, mediciniais terminais, o paprastai, visiems suprantama žmogiška kalba. Aš čia stoviu kaip žmogus, dėkingas jam už pasitikėjimą, už kvietimą eiti kartu, plušėti toliau, už įdomią patirtį, siekį ir meilę žmonėms“, – sakė buvusio Lietuvos slaugos darbuotojų



E. Pocevičius

tobulinimosi ir specializacijos centro direktoriaus pavaduotojas R. Natka.

Buvęs Onkologijos instituto direktorius Konstantinas Povilas Valuckas priminė, kad J. Ruolia pasižymėjo kaip geras organizatorius. Sveikatos apsaugos ministro dirbant Juozui Olekui buvo įkurtas Onkologijos institutas, į kurį pavyko pakviesti dirbti ir J. Ruolią. Jo žinios, erudicija, supratimas ir be galo didelis entuziazmas buvo itin vertinamas, kai onkologiniams ligoniams reikėdavo pagalbos po sunkių chemoterapijos kursų, siekiant padėti organizmui atsigausti. J. Ruolia aktyviai siūlė panaudoti gamtos gėrybes. Pradžioje buvo įkurtas fitoterapijos kabinetas, vėliau įkurta fitoterapijos laboratorija. Vilniaus universiteto Onkologijos instituto Reabilitacijos skyriaus Fitoterapijos laboratorijoje per metus apsilankydavo per 2 tūkst. žmonių, kuriuos atsiųsdavo onkologai, šeimos gydytojai, provizoriai, bendruomenės slaugytojai, kai ligoniai išsamiai ištyrė, jiems atliktos operacijos, chemoterapinis ir spindulinis gydymas. Jis visą laiką norėjo ir siekė, kad žmonės plačiau sužinotų apie fitoterapiją, kurios tikslas – padėti sergantiems. Jo įtaigus balsas, mokėjimas bendrauti su auditorija nulėmė, kad fitoterapija buvo ne tik įdomi tarp medikų, bet ir plačiai

paplitę tarp pacientų. J. Ruolios ir kardinolo Juozo Bačkio dėka mums pirmiems gydymo įstaigoje pavyko įsteigti koplytėlę. Jis daug įdėjo pastangų, kad ši koplytėlė funkcionuotų. Jis atliko milžinišką darbą tiems žmonėms, kurie sirgo sunkia liga. J. Ruolia vertas didžiulės pagarbos“, – teigė K. P. Valuckas.

UAB „Švenčionių vaistažolės“ generalinis direktorius Elmantas

Pocevičius sakė, kad su J. Ruolia bendravo daug metų. „Bendravome kaip su specialistu, žmogumi. Jis mus konsultuodavo ir niekada neatsisakydavo. Tai buvo žmogus, kuris apie vaistažoles žinojo labai labai daug. Mes jį vertinome kaip nuostabų specialistą. Oficialiai Lietuvoje apiterapeutai atsirado prieš kokius 5 metus. Iki to laiko jų nebuvo, nes nebuvo tokios specialybės. Apiterapeutų nebuvo, išskyrus J. Ruolią. Lietuvoje jis buvo oficialus apiterapeutas, vienintelis. Jo pažymėjimo numeris – 001, o antro pažymėjimo antruoju numeriu nėra. Dabar viskas pasikeitė. Klaipėdos universitetas pradėjo ruošti specialistus, bet ilgus nepriklausomybės metus jis buvo vienintelis oficialus fitoterapeutas Lietuvoje, o visi kiti buvo tik žolininkai. Jis buvo tas žmogus, kuris nusprendė ir norėjo suburti visus, kurie domisi vaistažolėmis, fitoterapija. Jo iniciatyva buvo įkurta Fitoterapijos asociacija ir jis buvo jos prezidentas. Jis norėjo suvienyti tuos, kuriems tai buvo svarbu, ir populiarinti fitoterapiją. Yra vilties, kad mūsų įmonėje atsirastų „Juozo Ruolios arbata“, – viliasi E. Pocevičius. Popietėje prisiminimais dalijosi J. Ruolios duktė Rūta Ruolytė-Verschoore, taip pat jo žmona Jūratė Ruolienė, jo pacientai ir kt.

„Gydytojų žinių“ informacija.