

GYDYTOJŲ žinios

2026 M. BALANDŽIO 27 D.

Mieli gydytojai, slaugytojai, sveikatos priežiūros specialistai, kiekvienas Jūsų žinote, kad rūpinimasis žmonių sveikata nėra koks nors abstraktus dalykas, tai fiziškai sunkus ir dvasiškai sekinantis darbas. Pasirinkdami savo profesinį kelią mes žinojome, kad jis bus sunkus, tačiau nepabūgome iššūkių. Nei sunkūs mokslai, nei atsidavimo reikalaujantis darbas nepakeitė pasirinkimo. Jūs dirbate nepaisydami sunkumų, kartais nepakankamos visuomenės pagarbos ir supratingumo medikų profesijai.

Medicinos darbuotojų diena skirta pagerbti Jums ir Jūsų pasirinkimui, nenuilstamam darbui rūpinantis Lietuvos gyventojų sveikata.

Lietuvos gydytojų sąjungos vardu linkime Jums svarbiausio – fizinės ir dvasinės sveikatos.

Strateginis požiūris į širdies ir kraujagyslių ligų valdymą	2–4
Įteiktos kasmetinės stipendijos	4
Ekspozicija, suartinusi menininkus, gydytojus ir kolekcininkus	4–6
Trūksta aiškių standartų ir planavimo. Valstybės kontrolės atlikto audito rezultatai ...	6–8
Lietuvoje pradedamas vykdyti gimstamumo ir šeimos tyrimas	8

Strateginis požiūris į širdies ir kraujagyslių ligų valdymą

Sveikatos apsaugos ministerijos Sveikatos reikalų komiteto posėdyje pristatytas Nacionalinis širdies ir kraujagyslių ligų valdymo veiksmų 2026–2036 m. planas.

Prieš jį pateikiant, sveikatos apsaugos viceministras Arno-medas Galdikas parlamentarams priminė, kad kitais metais Lietuva pirmininkaus Europos Sąjungos Tarybai ir bus sprendžiami aktualūs sveikatos apsaugos, tarp jų ir širdies ligų, klausimai. LSMU profesorius, Lietuvos kardiologų draugijos prezidentas Tomas Lapinskas pristatė Europos veiksmų planą, o Sveikatos apsaugos ministerijos Asmens sveikatos departamento Specializuoto sveikatos skyriaus patarėja Vilija Kondrotienė supažindino su nacionaliniu širdies ir kraujagyslių valdymo veiksmų ateinančiam dešimtmečiui planu.

Prof. T. Lapinskas supažindindamas su Europos „Safe Hearts“ planu pabrėžė, kad Europa pateikė planą, kaip nugalėti vėžį, ji taip pat įsipareigojo nugalėti širdies ir kraujagyslių ligas. „Tai yra sveikintina. Dabar apie šį planą daug kalbama, diskutuojama kartu su Europos kardiologų draugija, kuriai priklauso ir Lietuvos kardiologų draugija. Mes suinteresuoti, kad ir mūsų pacientai gautų tokią pat pagalbą, priežiūrą, apie kurią kalba Europos Sąjunga. Pas mus sergamumas ir mirštamumas nuo širdies ir kraujagyslių ligų yra pats didžiausias Europos Bendrijoje jau daug metų (600 atvejų 100 tūkst. gyventojų). Daug metų galvota, kad širdies ir kraujagyslių ligos yra vyrų ligos, bet duomenys rodo, jog tai ir moterų liga. Europa išleido saugių širdžių („Safe Hearts“) planą, kuris yra strateginis Europos Sąjungos dokumentas, kuris kalba, kaip turėtume rūpintis širdies ir kraujagyslių sveikata. Kalbama ne apie ligas, bet apie būtiną širdies ir kraujagyslių sveikatą. Pagrindiniai tikslai – sumažinti priešlaikinį mirtingumą nuo širdies ir kraujagyslių ligų, stiprinti prevenciją ir ankstyvą širdies ir



V. Kondrotienė ir prof. T. Lapinskas

kraujagyslių ligų nustatymą, gerinti gydymo, priežiūros ir reabilitacijos paslaugų kokybę, taip pat mažinti sveikatos netolygumus tarp šalių, regionų ir gyventojų grupių. Europos Sąjungos „Safe Hearts“ planas – kodėl tai svarbu Lietuvai? Širdies ir kraujagyslių ligos išlieka pagrindine mirties priežastimi Lietuvoje ir yra pagrindinis veiksnys, dėl kurio Lietuvos gyventojų gyvenimo trukmė vis dar reikšmingai atsilieka nuo Europos Sąjungos vidurkio. Pagal gyvenimo trukmę mes esame penkti nuo galo. Tikrai norisi turėti ambicijų, kad mūsų gyventojų gyvenimo trukmė priartėtų bent iki Europos Sąjungos vidurkio. Kokie yra pagrindiniai elementai šio europinio plano? Trys pagrindiniai Heraklio stulpai: prevencija, ankstyvas nustatymas ir patikra bei gydymas, priežiūra ir reabilitacija. Pasaulis tobulėja, vystosi inovacijos, tad yra šiame plane ir horizontaliosios dalys, kurios apima visus tris ramsčius: skaitmenizacija, moksliniai tyrimai ir inovacija bei netolygumų mažinimas. Prevencija – didžiausia neišnaudota galimybė. Iki 80 proc. širdies ir kraujagyslių ligų yra išvengiamos, tačiau prevencijai skiriama mažiau nei 5 proc. sveikatos biudžeto. Europos Sąjungos planas akcentuoja sveiką mitybą ir fizinį efektyvumą, rūkymo ir žalingo

alkoholio vartojimo mažinimą, aplinkos veiksnius (oro taršą, triukšmą), skiepimą kaip širdies ir kraujagyslių ligų komplikacijų prevenciją. Pagrindinė iniciatyva skirta padėti valstybėms narėms stiprinti nacionalinius širdies ir kraujagyslių ligų planus, pasiekiant skaitmenines ir personalizuotas prevencijos priemones. Kalbant apie ankstyvą nustatymą ir patikrą, reiktų priminti, kad daugelis rizikos veiksnių, tokių kaip arterinė hipertenzija, dislipidemija, diabetas, ilgą laiką lieka nepastebėti. Europos Sąjungos planas numato bendrą Europos Sąjungos lygmens širdies ir kraujagyslių ligų patikrų protokolą, principą „žinok savo skaičius“ (AKS, cholesterolis, glikemija), taip pat tikslines patikras didelės rizikos grupėms bei bendruomenines ir mobilias patikras regionuose. Tai yra užkirsti kelią miokardo infarktui ir galvos smegenų insultui dar iki pirmųjų simptomų. Plane nustatomi pamatuojami tikslai, skirti nukreipti ir sustiprinti nacionalinius veiksnius širdies ir kraujagyslių ligų srityje: 25 proc. sumažinti priešlaikinį mirtingumą nuo širdies ir kraujagyslių ligų, palyginti su 2022 m. rodikliais, taip pat užtikrinti, kad pacientai turėtų kasmetinius matavimus, atliekamus sveikatos priežiūros specialistų. Nepaisant

stiprios ligoninių infrastruktūros, daugelyje šalių (įskaitant Lietuvą) išlieka fragmentuotos sveikatos priežiūros grandinės, nepakankama antrinė prevencija, silpna ilgalaikė pacientų stebėseną. Europos Sąjungos planas skatina integruotus ir į pacientą orientuotus priežiūros modelius, skaitmeninius sprendimus (nuotolinė stebėseną, telemedicina), personalizuotą gydymą ir reabilitaciją, Europos Sąjungos lygmens kardiologijos centrų tinklą. Kur mes galėtume sutelkti dėmesį – didesnis dėmesys stiprinant širdies ir kraujagyslių ligų prevenciją, ankstyvas nustatymas – didžiausia galimybė: tai sisteminės širdies ir kraujagyslių ligų sveikatos patikros, didelės rizikos grupės (kalbama apie darbingo amžiaus vyrus, taip pat apie regionus, nutolusias teritorijas, žemesnes pajamas gaunančius gyventojus, šeimyninę anamnezę). Kartu galime kalbėti apie nacionalinę kampaniją, kaip mūsų piliečiai yra išsilavinę ir turi žinoti savo skaičius. Gydymas, sveikatos priežiūros kokybė ir tęstinumas. Kodėl verta to siekti? Jeigu Lietuva suderins nacionalinius veiksmus su „Safe Hearts“ planu, ji gali greitai sumažinti mirtingumą nuo širdies ir kraujagyslių ligų, sparčiau nei Europos Sąjungos vidurkis padidinti gyvenimo trukmę, suvaldyti ilgalaikes sveikatos sistemos išlaidas, tapti regionine lydere širdies ir kraujagyslių inovacijos srityje. Širdies ir kraujagyslių ligų yra pagrindinė priežastis, dėl kurios lietuviai miršta anksčiau nei kiti europiečiai, o „Safe Hearts“ planas suteikia mums aiškį, įrodymais pagrįstą galimybę tai pakeisti“ – įsitikinęs LSMU profesorius, Lietuvos kardiologų draugijos prezidentas prof. T. Lapinskas.

V. Kondrotienė komiteto nariams pristatydamą nacionalinį širdies ir kraujagyslių ligų valdymo veiksmų ateinančiam dešimtmečiui (2026–2036 m.) plano projektą, pabrėžė, kad Lietuva

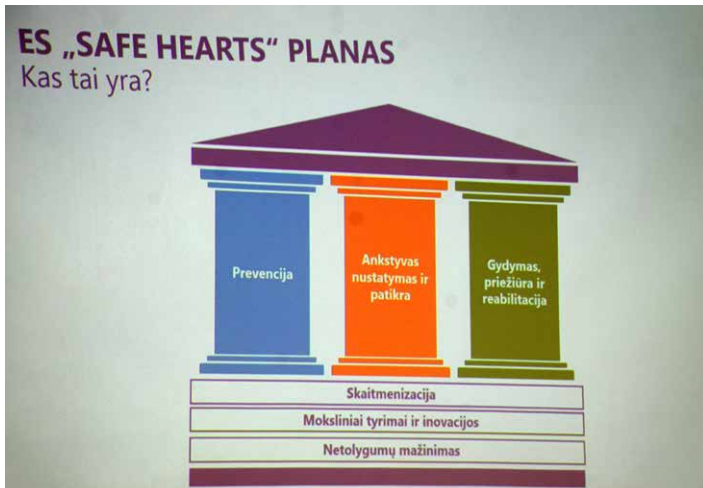
Atkelta iš p. 2

žada dalyvauti šio Europos plano priemonėse. Europos Sąjungos „Safe Hearts“ planas tik startuoja. „Nacionalinis širdies ir kraujagyslių ligų valdymo veiksmų planas ne tik remiasi Europos Komisijos komunikato raginimu turėti nacionalinį dokumentą. Tai mums teigė Europos Sąjungos Taryba

prieinamumo gerinimas, galvos smegenų kraujotakos sutrikimų, praeinančių smegenų išemijos priepuolių ir ūminio cerebrovaskulinio sindromo, taip pat kardiogeninio šoko ir ūminių kardialinių sindromų valdymas). Paskutinė dalis – specializuota pagalba ir rehabilitacija (širdies ligų reabilitacijos paslaugų prieinamumo, širdies paveldimų ir

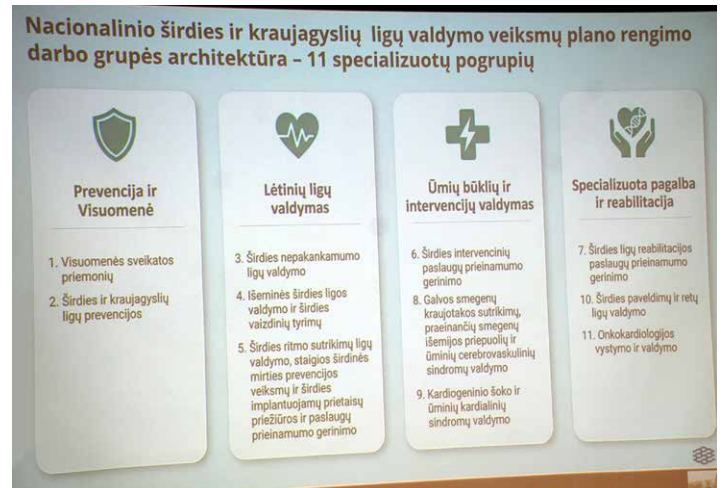
specialistai tam daug priemonių pasiūlė, turėti ilgalaikę strategiją širdies ir kraujagyslių ligų valdyme. Šiuo metu ieškome būdų, kaip išnaudoti turimą potencialą. Pagrindiniai akcentai 3 metų veiksmų plane yra standartizacija, diagnostikos ir nuotolinių paslaugų efektyvinimas. Širdies ir kraujagyslių ligų prevencinė programa, deja, mūsų netenki-

Kardioonkologijoje 77 proc. onkologinių pacientų nevertinami kardiologiškai, nors rizika didžiulė. Numatomas integruotų daugiadalykių komandų kūrimas ir standartizuoto paciento kelio įdiegimas onkologiniams ligoniams. Retos ir paveldimos širdies ir kraujagyslių ligos. Vyrauja vėlyva diagnostika ir nepakankamas ligų kodavimas.



ir 2024 m. mes žiūrėjome, kiek mums reiktų išteklių, kokie yra didžiausi trūkumai, rezervai, vertiname, kaip galėtume pagerinti gyventojų sveikatą. Gyventojų sveikatos stiprinimas yra nustatyta Valstybės pažangos strategijoje: saugiam, sveikam ir fiziškai aktyviam gyvenimui reikalinga sąlygų plėtra per Nacionalinį pažangos planą, kurį įgyvendina visos ministerijos, bet didžiausia atsakomybė tenka Sveikatos apsaugos ministerijai. Mes pasirinkome rengti šį nacionalinį širdies ir kraujagyslių ligų valdymo veiksmų planą. Buvo sudaryta darbo grupė, kurioje buvo sutelkti specialistai. Darbo grupėje buvo 11 specializuotų pogrūpių, kurių nariai ieškojo ir aiškino, ką galima pagerinti, analizavo duomenis, kokia yra situacija, kur galima rasti efektyviausias poveikio priemones. Suskirstyta į 4 dalis: prevencija ir visuomenė (visuomenės sveikatos priemonių, širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos). Šią unikalią širdies ir kraujagyslių ligų prevenciją jau vykdome 20 metų. Kita dalis – lėtinių ligų valdymas (širdies nepakankamumo ligų valdymo, išeminės širdies ligos valdymo ir širdies vaizdinių tyrimų, širdies ritmo sutrikimų ligų valdymo, staigios širdinės mirties prevencijos veiksmų ir širdies implantuojamų prietaisų priežiūros ir paslaugų prieinamumo gerinimo). Trečia dalis – ūmių būklių ir investicijų valdymas (širdies intervencinių paslaugų

retų ligų bei onkokardiologijos vystymo valdymas). Daug sričių bandėme įvertinti. Visgi dalis ligų – 74 proc. – susijusios su gyvenimo būdu, bet dalis vis dėlto tenka savalaikėms efektyvioms sveikatos priežiūros paslaugoms. Tai susiję su šeimos paveldimumu, amžiumi, lytimi. Kitos veiklos – švietimas – gali prisidėti prie sveikos mitybos, fizinio aktyvumo skatinimo ir kt. 20 proc. mes turime poveikio veiksmų ir t. t. Kad visi lengvai sutiks pakeisti savo gyvenimo būdą ir gyventi tik sveikai, mes neturime tokių didelių vilčių, tačiau turime viziją siekti, šviesti, plėsti tą sritį, mažinti sveikatos priežiūros našatą. Tam prireiks daug laiko, kad pamatytume rezultatą. Didžiausia dalis paslaugų turėtų būti nukreipta į visuomenės švietimą, raštingumo didinimą, ugdymo proceso integracijai, taip pat ankstyvajai diagnostikai stiprinti, sveikam gyvenimo būdai propaguoti, sveikos gyvensenos specialistų konsultacijoms šeimos gydytojų kabinetuose. Šeimos gydytojo kompetencijų stiprinimas ir ankstyva, sisteminė rizikos veiksmų kontrolė visose amžiaus grupėse. Tik 44 proc. pacientų turi aiškų priežiūros planą. Mūsų siekis yra orientuotis iš stacionarinio gydymo į prevenciją, t. y. prioritetas ankstyvajai prevencijai ir stipriai ambulatorinei grandžiai, iš netolygumų mažinimo į tolygų procesą, paslaugų reglamentavimas yra šiek tiek fragmentuotas,



na, nors ji buvo vykdoma net 20 metų. 2023 m. ji buvo peržiūreta ir orientuota į personalizuo- tą sveikatos priežiūrą, naujoje priemonėje – veiksmų plane, kaip keisti gyvenimo būdą. Jame sudaromas pacientų veiksmų planas. Iš tikrųjų jau matyti pirmieji rezultatai. Turime tris ligas (širdies ir kraujagyslių ligas), kurias stebime: cukrinį diabetą, inkstų ligų pirminius atsiradimus, metabolinį sindromą. Neseniai pradėta skaitmenizuota šios prevencijos versija, gydytojai galės naudotis ja (už gydytojus suskaičiuos paciento rizikos veiksmų skalę). Automatinės skaičiuoklės palengvins jų darbą, neleis praleisti ankstyvų sveikatos sutrikimų. Dabar mes neturime tikslių duomenų apie dalyvavimą širdies ir kraujagyslių ligų prevencijos ir ankstyvosios diagnostikos programoje (neatsižvelgiant į ciklus), bet iš bendro apsilankymo skaičiaus matome netolygumus, kad yra regionai, kurie dalyvauja šioje programoje intensyviai, bet kituose regionuose į programos kvietimą mažai kas atvyksta. Rengiant šį planą buvo ruošiamas priemonės ūmioms klasterinėms būklėms gydyti, kuriami specializuoti centrai, aiškus paciento kelias ir kt. Iš elektroninių receptų galėsime sužinoti, ar teisingai išrašomi vaistai, ar efektyvus jų poveikis ir t. t. Nuo birželio šios elektroninės sistemos pradės veikti. Komplexinės ir retos būklės, panaikinant sistemos akląsias zonas.

Norima kryptis – tarptautinių ORPHA kodų sistemos diegimas Lietuvoje ir nacionalinio retų ligų registro sukūrimas, kad ligos būtų greičiau atpažįstamos. Nauji produktai, kuriuos kuria tiek mūsų mokslininkai bei Europos Komisijos padedami specialistai, padės mums šiek tiek įdiegti naujų, šiuolaikinių metodų – nuotolinės stebėsenos, prietaisus integruodami į ilgalaikę stebėseną galėsime pasitelkti mokslo pažangą. Esame numatę, kad turėtų būti diegiami ir testuojami prietaisai, tokios priemonės turi atsirasti kasdienėje pacientų priežiūroje. Pati didžiausia ir skaudžiausia problema yra sergamumas ir netolygumas. Širdies ir kraujagyslių ligos varijuoja įvairiuose regionuose. Akivaizdu, kad kai kuriems regionams reikia tiek metodinės, tiek mokymo pagalbos. Mūsų planas pradžioje labiausiai orientuotas į visuomenės ir medikų švietimą atskirų ligų vadybos klausimais. Kita sritis – paslaugų, pacientų kelių tobulinimas, kad jie būtų kuo sklandesni išnaudojant visas galimybes. Manome, kad atskiruose regionuose mirtingumas sumažės 20 proc., padidės 20 proc. tikslinių teritorijų gyventojų dalyvavimas atrankinės patikros programoje. Elgsenai keisti numatyta daug priemonių, tikimės, kad pasitelkdami bendrą nuoseklų planavimo ir

Atkelta iš p. 3

stebėsenos viziją galėsime aktyviau reaguoti ir esant poreikiui tobulinti šią sistemą. Sėkmingas įgyvendinimas užtikrins sveikų gyvenimo metų ilgėjimą ir tvarią

ekonominę grąžą valstybei. Projektas dabar tikslinamas ir tobulinamas pagal gautus siūlymus ir patikslintas bus pakartotinai teikiamas derinti suinteresuotoms institucijoms ir visuomenei“, – kalbėjo V. Kondrotienė.

Komiteto nariai pateikė nemažai klausimų. Savo įžvalgas apie nacionalinio širdies ir kraujagyslių ligų valdymo veiksmų 2026–2036 m. planą pateikė ir kai kurių gydymo įstaigų vadovai, taip pat Nacionalinės sveikatos tarybos

pirmininkas, Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto dekanas Dalius Jatužis, Šeimos gydytojų profesinės sąjungos pirmininkė Alma Astafjeva ir kt.

„Gydytojų žinių“ informacija

Įteiktos kasmetinės stipendijos

Prieš 28 metus buvo įsteigtas Johno ir Idos Valauskų paramos fondas, kurio kapitalą sudarė šių sutuoktinių dovanotos lėšos. Jie pageidavo, kad dovanotų lėšų priegaus būtų naudojamas nusipelnusių Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto studentų stipendijoms.

J. Valauskas gimė lietuvių išeivių šeimoje Čikagoje. Jis dar vaikas su tėvu grįžo į Lietuvą, baigė mokyklą, pergyveno Pirmąjį pasaulinį karą. 1922 m. įsteigė šaulių būrį ir jam vadovavo. 1923 m. dalyvavo sukilime Klaipėdos kraštu atgauti. Baigiantis Antrajam pasauliniam karui, Johnas per Vokietiją pasitraukė į JAV, didesnę gyvenimo dalį praleido Čikagoje, kur susipažino ir susituokė su Ida Mačiukai- te. I. Mačiukaitė-Valauskienė gimė

1909 m. Biržų apskrityje. 1921 m. su šeima persikėlė gyventi į Vilnių. Ten ji baigė Vytauto Didžiojo gimnaziją. 1932 m. įstojo į Vytauto Didžiojo universiteto Medicinos fakulteto Farmacijos skyrių. Po metų perėjo į šio universiteto Teisų fakulteto Juridinį skyrių. Baigusi mokslus, Ida įsidarbino Kauno geležinkelio valdyboje. Gražinus Vilnių Lietuvai, grįžo namo, nuo 1941 m. dirbo Akušerių mokykloje technine sekretore, o po metų tapo Vilniaus universiteto administracijos buhalterio padėjėja. Baigiantis karui, ji pasitraukė iš Lietuvos, keletą metų gyveno pabėgėlių stovykloje. Atvykusi į JAV, įsikūrė Čikagoje. Valauskai aktyviai dalyvavo JAV lietuvių organizacijų veikloje, rėmė jas piniginėmis aukomis. Abu

sutuoktiniai rėmė iniciatyvą Portlande pastatyti paminklą, skirtą Lietuvos laisvės kovotojams ir Sibiro kankiniams atminti, taip pat aukojo Amerikos lietuvių kultūros archyvo muziejui, Vaikų tėviškės statybai ir trijų našlaičių globai Lietuvoje. Testamentu paliko auką lietuvių religinei šalpai Marijonų namams Marijampolėje, kelioms Vilniaus ligoninėms, Kauno, Klaipėdos ir Šiaulių aklųjų mokykloms, I. Valauskienės globotų trijų našlaičių ilgalaikiam fondui. 20 proc. turto paskyrė Vilniaus universiteto Medicinos fakultetui ilgalaikiam fondui įkurti pažangiems studentams remti.

Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto Tarybos posėdyje buvo įteiktos šių metų Johno ir Idos Valauskų neliečiamojo kapitalo

subfondo stipendijos keturiems geriausiai besimokantiems studentams, turintiems aukščiausius svertinius vidurkius. Jomis apdovanoti medicinos programos V kurso studentas Edgaras Zaboras, medicinos programos (anglų kalba) V kurso studentas Nazazas Haponchukas, medicinos programos IV kurso studentas Mindaugas Smetaninas ir medicinos programos (anglų kalba) IV kurso studentas Perttu Kalle Mikaelis Ripinenas.

Konkurse Johno ir Idos Valauskų stipendijai gauti dalyvauja visi gerai besimokantys Vilniaus universiteto Medicinos fakulteto studentai, kurie studijuoja ne mažiau kaip penkis semestrus.

„Gydytojų žinių“ informacija

Ekspozicija apie garsų pasaulinio lygio neurologijos mokslo pradininką

Vilniaus universiteto Neurologijos ir neurochirurgijos Klinikos neurologai ir gydytojai rezidentai Lietuvos medicinos bibliotekoje atidarė parodą, skirtą žymaus prancūzų neurologo Žano Martino Šarko (Jean Martin Charcot) 200-osioms gimimo metinėms ir jo darbams paminėti. Kartu parodos atidarymą lydėjo neurologijos

istorijai skirtos populiarinimo paskaitos. Dr. Eglė Sakalauskaitė-Juodeikienė teigė, kad neurologų bendruomenei didelę reikšmę turi vienas asmuo – prancūzų mokslininkas gydytojas Ž. M. Šarko, kuris XIX a. antroje pusėje tapo pirmuoju Europos ir pasaulio neurologijos profesoriumi. Jo dėka Paryžiuje, *Salpêtrière* ligoninėje, kuri buvo vadinama Euro-

pos neurologijos centru, igimė pirmosios neurologijos paskaitos, kurias pats skaitė. Kartu jis šioje ligoninėje tobulino klinikinį metodą. Pernai liepą šioje Paryžiaus ligoninėje buvo organizuota tarptautinė pasaulinė konferencija, skirta Ž. M. Šarko 200-osioms gimimo metinėms. Šioje konferencijoje dalyvavo gausus Lietuvos medikų būrys. Keletas jų skaitė

pranešimus. Praėjusių metų lapkritį profesorės Rūtos Mameniškienės dėka šio mokslininko jubiliejui bei jo darbams skirta konferencija buvo surengta ir Vilniaus universiteto Medicinos fakultete. Ž. M. Šarko sukūrė tarptautiniu mastu pripažintą neurologijos mokyklą, aprašė amiotrofi-

Nukelta į p. 5

Atkelta iš p. 4

nę lateralinę sklerozę, 1868 m. – isterijos požymius ir nustatė jos diagnozę, išstobulino hipnozės seansus, balnoterapijos procedūras (dušas, kuriuo kelių atmosferų slėgio srove masažuojamas kūnas, pavadintas jo vardu). Istoriniai medicinos raidos tyrimai yra reikšmingi ne tik pažintiniu atžvilgiu, bet ir dabarčiai. Gilinimasis į medicinos istoriją leidžia geriau suvokti ligų kilmės traktavimą, gydymo tradicijas. Apžvelgus praeities tyrėjų minčių klystkelius, galima geriau suprasti mokslinę, kultūrinę dermę XIX a. ir šių laikų kontekstą. Vilniaus universiteto prof. R. Mameniškienė pranešime „Epilepsijos klinika: nuo Ž. M. Šarko iki šiandienos“ apžvelgė, kaip keitėsi epilepsijos priepuolio supratimas. Ji priminė ir šiek tiek praeities apie šios ligos supratimą. „Trys aspektai: istorinė raida, Ž. M. Šarko indėlis ir kaip tai atsispindi dabartinėje klasifikacijoje, kuri nėra tik teorija. Ji apima diagno-



Prof. R. Mameniškienė

iki mūsų dienų ir mes ilgai vartojame terminą „simptominė epilepsija“. Tai reiškia, kad kitokia – ne idiopatinė. Viduramžiais moksliniai požūriai į epilepsiją patyrė nuosmukį ir vėl dominavo demonų apsidėmo idėja. Priepuolių aprašymai neaiškūs, todėl epilepsija buvo painiojama su psichikos sutrikimais. Renesanso epochoje – diferencijavimo pra-

Ž. M. Šarko žinomas visame pasaulyje, organizuojamos konferencijos, jis yra cituojamas, bet jis neparašė nė vienos knygos, neišleido jokie vadovėlio, o visa jo patirtis, visas mokymas buvo užrašytas jo mokinių, studentų, kurie gausiai dalyvavo antradieniais vykusiose atvirose paskaitose, kur Ž. M. Šarko kviesdavosi, atsivesdavo pacientus, galėdavo

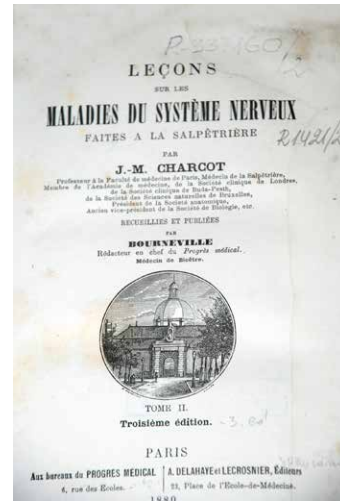


zę, gydymą bei komunikaciją tarp specialistų. Neretai mes pacientus siunčiame konsultuotis, gydytis į kitą šalį. Tad norime, kad mus suprastų, kalbėtume visi ta pačia kalba, kad galėtume toliau dirbti savo darbą ir tiksliai gydyti pacientą. Hipokratas 400 metų prieš Kristų jau suprato, kad epilepsija tikrai jokiū būdu nedieviška liga. Smegenys yra šio negalavimo priežastis. Tai buvo pirmasis aprašytas epilepsijos požymis. Antikos medicinos meistras Galenas sutiko, kad priepuoliai susiję su smegenimis, bet jų kilmė gali būti arba smegenys, arba kita kūno vieta. Tai gali būti skrandis, gimda, plaučiai ar kitas organas. Jei pirminė patologija yra smegenyse, tuomet priepuoliai idiopatiniai, o jei kyla kitose kūno vietose – simpatiniai. Šis žodis atkelta

džia. Atsirado „simptominės epilepsijos“ sąvoka, kai simptomai reiškia komplikaciją, o ne požymį. Atsirado naujos ligos – tymai, raupai, sifilis, kurioms kai kada būdingi traukuliai. XIX a. įvyko esminis lūžis epileptologijoje. Vėl sugrįžo idėja, kad priepuoliai kyla smegenyse ir kad juos galime lokalizuoti remdamiesi klinika. Dž. H. Džeksonas pirmasis parodė, kad priepuoliai gali būti židininiai ir gali plisti. Simptomai gali keliauti, ir tai jis pavadino maršu. Terminą „židininis“ įvedė bendradarbiaudami medikai V. Horslis ir Dž. H. Džeksonas. Jie 1886 m. pacientui atliko operaciją, kuri buvo pagrįsta tik anatominėmis išvadomis, padarytomis remiantis priepuolių simptomatika, todėl ji laikoma pirmuoju tikros epilepsijos operacijos atveju.

ateiti visi medikai, studentai ir iš kitų šalių atvažiuodavo gydytojai klausytis paskaitos. Jos buvo užrašytos prancūzų kalba ir ilgai nebuvo verstos į anglų. Visi originalūs raštai saugomi Paryžiuje, Medicinos bibliotekoje, kur mums parodė sukrautas dideles lentytas disertacijų, raštų nuo XV amžiaus. Ir kiekvienas iš mūsų turi teisę važiuoti ten, paprašyti, ko mes norime. Mums bus suteikta darbo vieta ir priemonės tam darbui daryti. Ž. M. Šarko buvo vadinamas neurozių Napoleonu. Tuo metu isterija buvo populiaru, prieštaringa ir labai aktuali liga, labai daug kam ji buvo diagnozuojama. Ir Ž. M. Šarko rizikuodamas savo reputacija teigė, kad isterija – neurosensorinės funkcijos liga, o ne psichologinė ar seksualinė liga. Isterija yra glau-

džiai susijusi su kitomis pakitusiomis nervų sistemos būklėmis, tokiomis kaip traukuliai, paralyžius, hipnozė ir kt. Kuo jis svarbus? Jis labai kruopščiai analizavo auras, t. y. simptomus, kuriuos jaučia pacientas. Analizavo sąmonės pokyčius ir labai detalai aiškino, stebėjo simptomų seką. Iš esmės jis darė tai, ką šiandien mes, neurologai, darome. Matyt, iš to atėjo mūsų žinojimas ir suvokimas, – savo pranešime dėstė Vilniaus universiteto profesorė R. Mameniškienė. Gydytojas rezidentas Emilijus Žilinskas pranešime „Paaiškinti beprotybę: Ž. M. Šarko ir isterijos fenomenas XIX a. medicinoje“ pabrėžė, kad isterija, daugelio medicinos mokslo istorijos žinovų nuomone, yra labiausiai nesuprastų ligų per visą medicinos istoriją, ji labiausiai mistifikuota, mitologizuota, stigmatizuota. „Isterija ir Ž. M. Šarko yra neatsiejami vienas nuo kito. Visuotinėje lietuvių enciklopedijoje isterija nusakoma kaip psichikos sutrikimas, viena iš neurozių formų. Joje teigiama, kad moterys isterija serga iki 10 kartų dažniau nei vyrai. Ligą sukelia psichologinė trauma. Ji nulemia klinikinius sutrikimus nesant organinės priežasties. Gydoma psichoterapija, rečiau – psichotropiniais vaistais. Prieš 4 tūkst. metų Senovės Egipte buvo paminėtas isterijos pavadinimas, aprašyta ši liga. Senovės egiptiečiai ligą aiškino taip: moters organizme dėl vienos ar kitos priežasties klajojanti gimda. Tai labai keistas ir sunkiai įsivaizduojamas konceptas. Gydant isteriją buvo siekiama gimdą grąžinti į vietą. Egiptiečiai pradėjo taikyti aromaterapiją: duodavo kvėpuoti tvaiką keliančių medžiagų, nes esą gimda, kaip gyvas darinys, nukeliaus atgal kūne į apačią. Senovės Graikijoje taip pat buvo įdomių pasvarstymų. Viename Platono veikale galima rasti isterijos apibrėžtį – kad gimda, kai neturi progos susijungti su vyrišku pradū ir užmegzti naujos gyvybės, ilgainiui tampa melancholiška. Ji, pasak senovės graikų mąstytojų, moters organizme sukeldavo tas visas reakcijas, skaudulius, drebulį, paralyžių ir kt. simptomus. Hipokratas buvo moralinis teoretikas. Jis manė, kad dėl to yra susilaukę skystiai moters organizme. Senovės Romoje taikytos graikų, egiptiečių pasiūlytos apibrėžty. Moterys buvo gydomos įvairiomis vaistažolėmis. Pagrindinis moters gydymo metodas buvo meilės paieškos, kad gimda



Atkelta iš p. 5

nebūtų melancholiška. Viduramžiais samprata smarkiai pasikeitė. Augant krikščionybės įtakai Europoje, isterija sergančios moterys buvo pažymėtos kaip apsėstos raganyste. Jiems buvo taikomi egzorcizmo seansai, taip pat amuletų terapija, buvo meldžiamasi. Jei tai nebuvo veiksminga, o vienas patikrintų būdų būdavo sudeginimas ant laužo. Tik XVI–XVII a. keitėsi ligos samprata, daugėjant medicinos, žmogaus nervų anatomijos žinių, kai kurie mokslininkai gydytojais pradėjo teigti, kad isterija nėra susijusi su gimda, jos patologija, bet tai – nervų sistemos bei smegenų pažeidimas. Verta pabrėžti, kad, nepaisant modernaus požiūrio į isteriją, iki pat XIX a. buvo gajus įdiegtas ginekologinis mąstymo modelis, kad gimda sukelia isterijos simptomus.

Paryžiuje, *Salpêtrière* ligoninėje, darbus pradėjo Ž. M. Šarko. Kodėl jis susidomėjo isterija? Pirmaisiais klinikinio darbo metais buvo terapeutas, vidaus ligų gydytojas. Ši ligoninė, įkurta XVI a., ilgą laiką tarnavo kaip prieglauda, hospisas. Joje būdavo priglautos visuomenės padugnių moterys, neįgalios, psichiškai sergančios pacientės, prostitutijos aukomis vadintos moterys ir kitos visuomenės paribio atstovės. Iki Prancūzijos revoliucijos ši ligoninė buvo didžiausia pasaulyje moterų prieglauda, kurioje buvo įmanoma paguldyti net iki 10 tūkst. moterų. Vėliau ši ligoninė buvo transformuota ir virto paprasta

mūsų laikus primenančia gydymo įstaiga. Ž. M. Šarko dirbant didelė pacienčių dalis sirgo isterija, tai buvo jo klinikinio darbo dalis, – kalbėjo E. Žilinskas.

„Reiktų pabrėžti precedento neturintį žingsnį, kai Ž. M. Šarko su kolegomis ligoninėje įkūrė fotografijos studiją. Joje medicininiais tikslais būdavo fotografuojamos pacientės (isterija sergančios), dokumentuojamos pacienčių veidų išraiškos, įvairios pozos priepuolių metu bei esant ramybės būsenai. Vienu metu tai buvo didelis žingsnis, naujoviškas požiūris medicinos diagnostikoje nervų sistemos patologijoje, tačiau šiais laikais būtų sudėtinga įsivaizduoti tokį klinikinio darbo metodą, nes tais laikais nebuvo nei pacienčių sutikimo formų, nei galimybės jiems išlaikyti privatumą. Tai atviras klausimas apie etinius, moralinius principus. Kitas svarbus aspektas – Ž. M. Šarko klinikinės pamokos, kurios tuomet Europoje buvo didelis įvykis. Z. Froidas būdamas jaunas keletą mėnesių rezidavo ir klausėsi Ž. M. Šarko pamokų. Medicinos istorikų teigimu, klinikinį pamokų vedimas išpopuliarino gydytoją Ž. M. Šarko Europoje. Bet kiek tai buvo reikalinga praktikoje ir kiek tai buvo teatrališka, ekscentriška? Dar vienas momentas, į kurį verta atkreipti dėmesį, – tai hipnozės praktika. Ž. M. Šarko manė, kad isterija sergančios pacientės gali būti hipnotizuojamos. Jis tikėjo, kad esant fiziniam stimuliui hipnozės metu galima sukelti panašią simptomatiką į tą, kurią

patiria ligonė. Jo tikslas buvo ne tik pademonstruoti kolegoms, bet ir tas žinias susisteminti, klinikinę eigą šiek tiek pakoreguoti. Hipnozė nebuvo gydymo metodas. Ž. M. Šarko manė, kad isterija yra nervų sistemos liga. Jei šiandien kalbame apie konversinius sutrikimus, apie emocinę psichinę sveikatą ir psichologines problemas, su kuriomis susijusi simptomatika, tai Ž. M. Šarko isteriją laikė didžiąja neuroze, kuri tuomet buvo nervų liga. Jis manė, kad ateityje bus metaboliniai smegenų atradimai, kurie isterijos patologiją ir paaiškins. Būtent tą pažangą jis vadino dinamine. Šis terminas dažnai eina kartu su Ž. M. Šarko pavarde. Dinaminė pažangos koncepcija gaji iki šiol. Šis gydytojas mokslininkas buvo vienas iš pirmųjų, isteriją atskyrusių nuo moterų. Jis 1878 m. pradėjo domėtis vyrų isterija iki pat savo mirties 1893 m. aprašė daugiau nei 60 klinikinį atvejų. Taip parodė, kad reiktų atkreipti dėmesį ir į vyrų nervų sistemos patologiją. Ž. M. Šarko pastebėjimu, vyrų ir moterų isterijos sergamumo santykis yra 1 su 10, arba 2 su 10. Toks santykis egzistuoja ir šiuolaikinėje neurologijoje, – paskaitoje akcentavo E. Žilinskas.

Gydytoja rezidentė Gražina Matulaitytė konferencijoje skaitė pranešimą apie Ž. M. Šarko indėlį į išsėtinės sklerozės patogenezę, diagnostiką ir gydymą. Nors dokumentuotos žinios apie išsėtinės sklerozės simptomus siekia viduramžius, tik XIX a. antroje pusėje Ž. M. Šarko pirmasis susistemino iki tol egzistavusias žinias bei

pasitelkdamas savo stebėjimus pateikė išsėtinės sklerozės kaip atskiros ligos sampratą. Jo patologinės anatomijos ir fiziologijos aprašymai bei iliustracijos yra iš esmės teisingi ir tapo tolimesnių tyrimų pagrindu. Ž. M. Šarko pirmasis nustatė demielinizuojančių plokštelių lokalizacijos ir simptomų ryšį bei aprašė klasikinius klininius požymius, kurie padėjo pamatus vėlesniems diagnostiniams kriterijams.

Gydytojas Kristijonas Puteikis konferencijos dalyvius supažindino su Ž. M. Šarko mokiniais, jų siekais ir tikslais. Ž. M. Šarko mokiniai buvo ne tik jo klinikinį metodų sekėjai, bet ir modernios neurologijos kūrėjai. Pasak K. Puteikio, su Ž. M. Šarko įvairiais laikotarpiais dirbo 32 internai, o užsienio studentai ir gydytojai gausiai atvykdavo stažuotis. Ligoninėje Ž. M. Šarko internai rengė disertacijas apie centrinės ir periferinės nervų sistemos ligų simptomus, požymius, ieškojo anatomicinės ir klinikinės koreliacijos tarp autopsijos metu matytų audinio pokyčių ir paciento ligos eigos. Žinoma, kad Ž. M. Šarko su internais palaikė pagarbų ir kolegišką ryšį, skatino jų darbų sklaidą ir dažnai suteikdavo būtinus įgūdžius itin sėkmingai medicinos ir mokslinei karjerai.

Gydytoja Marija Jakiševaitė pristatė parodą „Žanas Martinas Šarko ir neurologijos gimimas“, skirtą šio žymaus prancūzų neurologo 200-osioms gimimo metinėms bei jo darbams paminėti.

„Gydytojų žinių“ informacija

Trūksta aiškių standartų ir planavimo. Valstybės kontrolės atlikto audito rezultatai

Socialinių paslaugų sistema nesudaro tinkamų sąlygų vyresnio amžiaus asmenims išlikti savarankiškiems. Būtent tokia Valstybės kontrolės atlikto audito „Aktyvaus senėjimo skatinimas“ išvada. Jo rezultatai rodo,

kad paslaugos labiau orientuotos į gyvybiškai svarbių funkcijų palaikymą, kai žmogus nebegali pasirūpinti savimi, bet ne į savarankiškumo užtikrinimą. Audituojamas laikotarpis – 2022–2024 m. Siekiant įvertinti pokyčius, bu-

vo naudojamos ankstesnių ir 2025 metų duomenimis. Seimo Sveikatos reikalų komiteto posėdyje buvo pristatyta šio audito esmė, tikslas ir rezultatai.

Pasak Valstybės kontrolės atstovų, audituojamas subjektas –

Socialinės apsaugos ir darbo ministerija, nes jai pavesta formuoti aktyvaus senėjimo ir vyresnio amžiaus asmenų (60 metų ir vyresnių) socialinės įtraukties po-

Atkelta iš p. 6

litiką, organizuoti ir koordinuoti jos įgyvendinimą, užtikrinant jų galimybes dalyvauti visuomenės gyvenime. Auditoriai per auditą vertino socialines paslaugas vyresnio amžiaus asmenų savarankiškumui išlaikyti, kad jie galėtų būti aktyvūs, ir neapėmė globajamiems, slaugomiems asmenims namuose ar globos įstaigose teikiančių socialinių paslaugų asmenų su negalia politikos ir jiems skirtų priemonių.

Lietuvos visuomenė pastebimai sensta. 2026-ųjų pradžioje 28,8 proc. nuolatinių Lietuvos gyventojų buvo 60 metų ir vyresni, prognozuojama, kad iki 2100 m. tokių asmenų bus 43,5 proc. Gyvenimo trukmė ilgėja, bet ji vis dar nesiekia Europos Sąjungos vidurkio: Lietuvoje jis yra 77,5 metų, o Europos Sąjungoje – 81,5 metų. Sveiko gyvenimo metai taip pat išlieka mažesni – Lietuvoje siekia 60,9 metų, o Europos Sąjungoje – 63,1 metų. Lietuva kartu su kitomis Baltijos šalimis pasižymi vienu didžiausių vyresnių nei 65-erių žmonių užimtumu. Tai lemia mažas pajamų pakeitimo socialinio draudimo pensija santykis, galimybė derinti pensiją su darbo pajamomis. Tačiau Lietuvoje daugiau nei trečdalis (36,9 proc.) šios amžiaus grupės žmonių vis dar patiria skurdo riziką – beveik tris kartus dažniau nei vidutiniškai Europos Sąjungoje.

Lietuvoje, nors senėjimas pripažįstamas viena reikšmingiausių demografinių problemų, nėra integralios valstybės politikos aktyviam senėjimui skatinti. Nėra nustatytos vyresnio amžiaus asmenų gerovės sritys, trūksta strateginės krypties, konkretaus tikslo, uždavinių, priemonių ir numatyto biudžeto, o iniciatyvos išskaidytos per skirtingas politikos sritis – socialinę, sveikatos apsaugos, švietimo ir darbo rinkos. Nenustatyti poveikio rodikliai, kurie leistų vertinti šios srities pažangą, vienintelis naudojamas skurdo rizikos lygio rodiklis neapėmė aktyvaus senėjimo visumos. Tikslinės grupės apklausa rodo, kad 40 proc. į išankstinę ir senatvės pensiją išėjusių gyventojų pastaruosius metus nebuvo aktyvūs jokiose veiklose, o demografiniai rodikliai atskleidžia spartų visuomenės senėjimą, todėl integralios aktyvaus senėjimo politikos poveikis tik didėja. Nepakankamai koordinuojama aktyvaus senėjimo skatinime dalyvaujančių institucijų veikla. Socialinės apsaugos



E. Šlamė ir I. Segalovičienė

ir darbo ministerija yra įpareigota formuoti aktyvaus senėjimo ir vyresnio amžiaus asmenų socialinės įtraukties politiką ir koordinuoti jos įgyvendinimą, tačiau 2024–2025 m. ministerija visapusiškai neanalizavo vyresnio amžiaus asmenų padėties Lietuvoje, nepakankamai koordinavo jų socialinei įtraukčiai skatinti priemonių įgyvendinimą, sistemingai nerengė ir neteikė pasiūlymų kitoms institucijoms dėl šių asmenų socialinės įtraukties skatinimo ir galimybių užtikrinimo, išskyrus pasiūlymus dėl rengiamų teisės aktų projektų. Audito išvadose teigiama, kad valstybės veiksmai nepakankami pensinio amžiaus asmenims išlaikyti darbo rinkoje. Audito rezultatuose pabrėžiama, kad svarbu skatinti vyresnio amžiaus asmenų socialinę įtrauktį, siekiant kuo ilgiau juos išlaikyti aktyvius. Vyresnio amžiaus asmenys nėra sistemingai ir tikslingai įtraukiami į kultūrinę veiklą. Nors kai kuriuose vykdomuose projektuose vyresnio amžiaus asmenys ir nebuvo tikslinė auditorija, buvo galima netiesiogiai prisidėti, kad šie asmenys dalyvautų kultūrinėje veikloje.

Beveik trečdalyje savivaldybių vykdoma iniciatyva „Socialinis receptas“, orientuota į senatvės pensijos amžiaus sulaukusių asmenų psichologinę gerovę ir socialinę įtrauktį, apimanti ir kultūros veiklų pasiūlą dalyviams, tačiau įgyvendinant iniciatyvą tarp kultūros ir Sveikatos apsaugos ministerijų kyla tarpinstitucinio bendradarbiavimo iššūkių ypač dėl finansavimo, atsakomybių pasidalinimo ir veiklos koordinavimo, sunkiai pasiekiamą tikslinę grupę (vieniši, pasyvūs asmenys), šeimos gydytojais procese nedalyvauja ir nenukreipia asmenų, kuriems ši pagalba reikalinga. Tik 2 iš 60 savivaldybių planavimo dokumentuose numatė tikslin-

gas priemones, skirtas vyresnio amžiaus asmenų dalyvavimui kultūrinėse veiklose, o likusios 58 savivaldybės vykdė veiklas bendrai visiems gyventojams, nevertindamos vyresnių asmenų poreikių. Pagrindinės priežastys – kultūros veiklos planuojamos bendrai visiems gyventojams, trūksta finansinių išteklių ir darbuotojų, nežinoma, kokių veiklų norėtų vyresnio amžiaus asmenys. Audituojamu laikotarpiu 48 savivaldybėse bent viena kultūros įstaiga vykdė veiklas tikslingai vyresniems asmenims, 3 nevykdė, o 7 vykdė ne kasmet. Pagrindinės vykdytų veiklų formos – edukaciniai užsiėmimai, koncertai, dainavimo ir šokių veiklos. Tikslinės grupės apklausos duomenys rodo, kad 42,7 proc. vyresnio amžiaus asmenų per pastaruosius metus dalyvavo savo gyvenamojoje vietovėje organizuose kultūrinėse veiklose. Vyresnių žmonių dalyvavimą dažniausiai riboja motyvacijos stoka, sveikatos problemos, amžiaus suvokimas ir siūlomų veiklų neatitiktis interesams. Valstybės ir savivaldybių lygmeniu nėra tikslingai vertinama ir į planavimo procesus įtraukiama vyresnio amžiaus asmenų stebėseną, todėl kultūrinio dalyvavimo iniciatyvos lieka fragmentiškos. Taip prarandama galimybė pagerinti šio amžiaus asmenų gyvenimo kokybę, stiprinti jų socialinę įtrauktį, psichikos ir emocinę gerovę per kultūrą.

Vyresnio amžiaus asmenys nesuinteresuoti dalyvauti savanoriškoje veikloje. Už savanorystės politiką atsakinga Socialinės apsaugos ir darbo ministerija 2022 m. įgyvendino dvi priemones, susijusias su vyresnio amžiaus asmenų savanorystėje, – kompetencijų ugdymą ir nevyriausybių organizacijų projektų konkursą, bet jos ne-

buvo tęsiamos. 2023–2025 m. valstybė jokių priemonių nevykdė, o 2025 m. patvirtinta pažangos priemonė asmenims nuo 30 metų ir pradėta iniciatyva „Stiprinti ir plėtoti savanorišką veiklą“, kuriai numatyta 7,48 mln. eurų 2025–2030 m., iš jų 4,4 mln. eurų – Nacionalinei savanoriškos tarnybos programai, bet pinigai dar nėra panaudoti, ir 2,77 mln. eurų – savanorių koordinavimo kokybei gerinti, likusi dalis skirta moksleivių pilietiškumui, nors tikslinė grupė – 30 ir daugiau metų asmenys. Nėra rodiklių, pagal kuriuos būtų vertinama vyresnio amžiaus asmenų savanorystė, stebėseną apima tik bendrą gyventojų įsitraukimą. Tikslinės grupės apklausa parodė, kad per pastaruosius metus savanoriavo 10,4 proc. respondentų, tačiau 72,9 proc. nesavanoriavo ir neketina to daryti. Pagrindinės priežastys – motyvacijos trūkumas, sveikatos problemos, laiko ir informacijos stoka, pasyvus požiūris dėl amžiaus. Nepaisant to, 60–70 metų respondentų grupėje savanorystėje domimasi: moterys labiau linkusios savanoriauti nei vyrai. Kultūros įstaigose ir trečiojo amžiaus universitetuose daugėja vyresnio amžiaus savanorių, tačiau trūksta savanorystės koordinatorių ir finansavimo.

Audito rezultatuose pastebėta ir mokymosi visą gyvenimą problema. Suaugusiųjų švietimas dažniausiai orientuotas į darbingo amžiaus asmenis iki 65 metų, o vyresniems neprieinamas mokymams skirtas valstybės 500 eurų krepšelis individualių mokymosi paskyrų sistemoje „Kursuok“. 2024 m. tik vienas virš 66 metų asmuo baigė mokymus savarankiškai juos apmokėjęs. 2024 m. pradėtas vykdyti projektas „Mokymosi galimybių senjorams plėtra“, tačiau mokymai prieinami tik trečiojo amžiaus universitetų nariams, o ne visiems vyresnio amžiaus asmenims. Mokymų aprėptis nedidelė, nes gali dalyvauti iki 5 proc. visų trečiojo amžiaus universitetų narių. 67 proc. trečiojo amžiaus universitetų nurodė, kad nepakankamas ilgalaikis finansavimas riboja lektorių kvietimą, patalpų ir įrangos prieinamumą bei įvairių veiklų organizavimą ypač kaimiškose vietovėse. Tad vyresnių žmonių dalyvavimas švietime ir mokyme išlieka žemas ir netolygus. Valstybės lygmeniu mokymosi politika orientuota į dalyvavimo mastą, o ne į rezultatus – įgytų kompetencijų

Atkelta iš p. 7

panaudojamą kasdieniame gyvenime, bendruomeninėje veikloje ar darbo rinkoje, todėl mokymosi paslaugos nepakankamai prisideda prie aktyvaus senėjimo ir ilgesnio dalyvavimo darbo rinkoje tikslų.

Skaitmeninių įgūdžių tobulinimo veiklas, įskaitant ir vyresnio amžiaus asmenims skirtas iniciatyvas, visoje šalyje vykdo skirtingos institucijos, tačiau nėra bendro valstybinio koordinavimo. Analizuojant du pagrindinius vyresnio amžiaus asmenims orientuotus projektus, nustatyta, kad jie nebuvo pagrįsti išsamia, duomenimis grįsta tikslinės grupės poreikių analize. Ekspertai pabrėžia, kad mokymų turėtų būti individualizuotas ir pritaikytas pagal konkrečius poreikius, tačiau atsakingos institucijos neanalizuoja vyresnio amžiaus asmenų poreikių. Duo-

menys taip pat rodo, kad pensinio amžiaus asmenys internetu naudojami mažiausiai – 64,9 proc., kai 55–64 metų – 82,4 proc., o jaunesnio amžiaus – daugiau nei 92 proc. Nacionaliniu lygmeniu nėra atlikta mokymų poreikio analizė, o informacija apie įgyvendintas ir vykdomas veiklas renkama fragmentiškai, todėl nevertinama, ar programos pasiekia mažiausių skaitmeninių įgūdžių turinčias grupes ir kokia pažanga padaroma. Projektai vykdomi nežinant tikrojo vyresnio amžiaus dalyvių skaičiaus, jų poreikių ir tikėtinos naudos, todėl skaitmeninė atskirtis nemažėja.

Visos savivaldybės vykdo visuomenės sveikatos rėmimo programas, tačiau dauguma priemonių skirtos visiems suaugusiems, todėl neaišku, kokią dalį jose sudaro skirtos vyresnio amžiaus asmenims. Lietuvoje socialinių paslaugų sistema labiau orientuota į jau išreikštą

pagalbos poreikį, o ne į prevenciją, neidentifikuotos socialinės paslaugos, skirtos vyresnio amžiaus asmenų savarankiškumui užtikrinti. Audito išvadose konstatuojama, kad socialinės paslaugos ir skaitmeninė įtrauktis nesudaro pakankamų sąlygų vyresnio amžiaus asmenims išlikti savarankiškiems. Taip pat valstybėje neišspręsta vyresnio amžiaus asmenų vienišumo problema, nes nė viename valstybės strateginiame dokumente vienišumas nėra identifikuotas kaip socialinė problema, nenustatytas ir tikslas šiai problemai spręsti. Vienišumo jausmas yra plačiai paplitusi vyresnio amžiaus asmenų problema. Tarptautiniai tyrimai rodo, kad vienišumas skatina ligas, prastina psichikos sveikatą, didina mirtingumą, valstybės išlaidas sveikatos priežiūrai ir trukdo ekonominiam aktyvumui. Neidentifikavus vienišumo problemos ir nenumačius tikslo ją

mažinti, nesukuriami ilgalaikiai ir koordinuoti sprendimai, nenumatomos konkrečiai vienišumui mažinti skirtos priemonės, šia problema didinama socialinė ir ekonominė valstybės našta.

Valstybės kontrolė pateikė rekomendacijas Socialinės apsaugos ir darbo, taip pat Kultūros bei Sveikatos apsaugos ministerijoms. Siūlomi sprendimai – aiškesni reikalavimai ir didesnė plėtra. Sveikatos apsaugos ministerijai rekomenduota nustatyti privalomą bazinių visuomenės sveikatos priežiūros paslaugų sąrašą vyresnio amžiaus asmenims.

Audito išvadas parlamentarams pateikė Valstybinės kontrolės Visuomenės gerovės audito departamento vyriausioji valstybinė auditorė Eivida Šlamė ir valstybės kontrolierė Irena Segalovičienė. Komiteto nariai pateikė nemažai klausimų ir pasiūlymų.

„Gydytojų žinių“ informacija

Lietuvoje pradedamas vykdyti gimstamumo ir šeimos tyrimas

Lietuvos mokslų akademijoje pristatytas tarptautinis Gimstamumo ir šeimos tyrimas (GGP LT) – vienas svarbiausių ilgalaikių socialinių tyrimų šalyje. Joje Vyriausybės strateginės analizės centras (STRATA) drauge su tyrimo partneriais pristatė tyrimo atsiradimo kontekstą Lietuvoje, jo sąsajas su „Lietuva 2050“ strategija, įgyvendinimo modelį ir vaidmenį stiprinant duomenimis grįstą šeimos bei demografinę politiką.

Nuo 2025 m. gruodžio Lietuvoje įgyvendinamas Gimstamumo ir šeimos tyrimas – tarptautinės Kartų ir lyčių programos (*Generations and Gender Programme, GGP*), įtrauktos į Europos mokslinių tyrimų infrastruktūrų strategijos forumo (ESFRI) kelrodį, dalis. Tyrimo įgyvendinimą Lietuvoje inicijavo Lietuvos Respublikos Vyriausybė.

„Šiandien žengiame svarbų žingsnį Lietuvai stiprinant moksliniais įrodymais grįstą šeimos politiką – sprendimus, kurie tie-

siogiai paliečia žmonių gyvenimus, pradedame grįsti patikimais duomenimis. Gimstamumo ir šeimos tyrimas suteiks mums galimybę geriau įsiklausyti į šeimų patirtis ir poreikius, o kartu – kurti ilgalaikius, tvarius sprendimus. Tai investicija ne tik į mokslą, bet ir į Lietuvos ateitį bei stipresnes šeimas“, – sako Ministrės Pirminkės patarėja šeimos politikos klausimais Giedrė Purvaneckienė.

Tyrimo metu bus renkami išsamūs duomenys apie šeimos kūrimą, vaikų susilaukimą ir auginimą, partnerystes, kartų santykius, lyčių vaidmenis, darbo ir šeimos derinimą bei kitas kasdienio gyvenimo sritis. Šie duomenys padės atsakyti į klausimus, su kuriais šiandien susiduria daugelis Europos šalių – kodėl žmonės vis vėliau kuria šeimas, kokie veiksniai lemia jų sprendimus.

„Šis tyrimas sudaro prielaidas valstybei pereiti nuo reagavimo į demografines tendencijas prie giluminio jų priežasčių supratimo



ir tikslingesnių šeimos politikos sprendimų“, – akcentuoja STRATA vyr. politikos analitikė Vaida Jankauskaitė.

GGP LT duomenų rinkimo darbai prasidės 2026 m. trečią kvartą. Antroji tyrimo banga vyks 2029 m. ir sudarys sąlygas nuosekliai analizuoti demografinių

procesų kaitą. Tyrimo metu bus ne tik renkami duomenys, bet atliekamos reguliarios ir giluminės analizės, teikiamos rekomendacijos. Rezultatai bus naudojami formuojant valstybės šeimos ir demografinę politiką.

STRATA informacija