

## **Poročilo: 6. mednarodni kongres medicinskih izvedencev Slovenije**

Od 11. 3. do 12. 3. 2021 je potekal virtualni **6. mednarodni kongres medicinskih izvedencev Slovenije**. Program so izvajali v Zoom okolju. V Thermani Laško je bila zbrana in na voljo tehnična ekipa, ki je pomagala pri namestitvi prezentacij in vklopu iz tamkajšnje lokacije, prav tako je pomagala predavateljem, ki so izvedli predstavitve iz svoje lokacije.

V uvodnem delu kongresa je imel najprej v imenu organizacijskega odbora pozdravni nagovor mag. **Dean Premik**, direktor sektorja za izvedenstvo, Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, nato sta kongres pozdravila predstavnik Ministrstva za zdravje in Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve. V imenu strokovnega odbora je kongres pozdravila mag. **Jana Mrak**, dr. med., vodja sektorja za nadzor Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Prvi dan kongresa, četrtek 11. 3. 2021, je bil v celoti posvečen fibromialgiji, kjer se je zvrstilo 14 predavanj. Kongresu je po zoomu prisostvovalo 305 udeležencev. Prvo predavanje je imela dr. **Anette de Wind** iz Nizozemske z naslovom »Zavarovalni sistem in ocenjevanje invalidnosti na Nizozemskem«. V tej državi je zavarovalniška medicina široka specializacija v sklopu socialne medicine, ki se predvsem osredotoča na delo in zdravje ob upoštevanju zakonodaje socialnega zavarovanja s poudarki na invalidskih programih. Predavateljica je poudarila, kako pomemben je pravočasni in ustrezni pristop k odsotnosti in ponovni integraciji v delovni proces obravnavanega bolnika (tudi s fibromialgijo), da se funkcionalnost zaposlenega čimprej in v čim večji meri povrne in s tem prepreči dolgoročna invalidnost oziroma invalidska upokojitev.

Drugo predavanje z naslovom »Zavarovalni sistem in ocenjevanje invalidnosti v Belgiji« je predstavil dr. **Jean-Pierre baron Schenkelaars**. V Belgiji je sistem socialne varnosti solidarnostno naravnano, do dvainšestdeset odstotkov je financiran na podlagi prispevkov delavcev in delodajalcev. Večina prebivalcev je obvezno zdravstveno in invalidsko zavarovanih. Nacionalni inštitut za zdravstveno in pokojninsko zavarovanje je odgovoren za izvajanje invalidskega zavarovanja v sodelovanju s sedmimi različnimi vzajemnimi zdravstvenimi skladi. Prebivalci Belgije si morajo izbrati enega od skladov, izbira je prostovoljna. Dr. Schenkelaars je zelo poudaril, da so skladi odgovorni za spremljanje delovne nezmožnosti, predvsem pa za ponovno vključevanje v delovni proces. Osredotočajo se predvsem na preostalo delovno zmožnost zavarovanca z namenom ponovne vključitve v delovni proces, šele nato nastopi nadomestilo za izgubo delovne zmožnosti, če je potrebno.

Tretje predavanje, ki je bilo uvodno v problematiko fibromialgije, je imel internist revmatolog **prof. Piercarlo Sarzi-Puttini** iz Milana, Italija z naslovom »Najnovejše informacije o sindromu fibromialgije«. Bolezen je označil kot zapleten polisimptomatski sindrom, kjer je potrebna aktivacija številnih specialistov, ob tem pa se pojavlja vprašanje, kdo naj vodi in spremlja paciente pri katerih bolezen dostikrat poteka zelo različno. Mnenja je, da je potreben multidisciplinarni pristop, kjer vsi specialisti in drugi zdravstveni delavci dobro sodelujejo. Dr. Sarzi-Puttini je opisal zgodovinski potek bolezni, kako so se diagnostična in klasifikacijska merila nenehno razvijala in spreminjala. V preteklosti se je potrdilo, da gre za kontroveržno

bolezen, ki pa je nekateri niso priznavali. Prva diagnostična merila je objavilo Ameriško revmatološko združenje (ACR) leta 1990, kasneje so se večkrat spremenila: leta 2010, 2011, 2016. Najnovejša diagnostična merila AAPT (Ameriško združenje za zdravljenje bolečine) so iz leta 2019 in so uporabno orodje za postavitev diagnoze: bolečina na več mestih, ki je opredeljena kot bolečina na 6 ali več točkah od skupno 9, zmerne do resne težave s spanjem ali utrujenost, kar mora biti prisotno vsaj 3 mesece. Druge težave lahko pomagajo pri diagnozi in jih morajo zdravniki pri anamnezi upoštevati: skupne značilnosti, epidemiologija, psihiatrične težave, funkcionalne posledice in dejavniki tveganja. Obstoje fibromialgije ne izključujejo pridružene bolezni (komorbidnost), saj so številna revmatska obolenja močno razširjena pri fibromialgiji in obratno. Diagnostične probleme povzročajo odsotnost značilnih laboratorijskih testov in kliničnih znakov ter podobnost z nekaterimi revmatičnimi, endokrinimi, trebušnimi in nalezljivimi boleznimi ter zgodnjimi oblikami raka. Vzrokov bolezni še ne poznamo v celoti. Največkrat gre za kombinacijo genetskih predispozicij, stresnih življenjskih dogodkov, perifernih (vnetnih) in centralnih (kognitivnih-emocionalnih) mehanizmov, ki se prepletajo in ustvarijo občutek bolečine zaradi nevromorfoloških sprememb. Gre za »nociplastično bolečino« čepprav ni znaka za poškodbo tkiv, ki bi aktivirala nociceptorje in povzročala bolečino. Pri obvladovanju bolezni so pomembni trije ukrepi: (1) izobrazba-poučevanje o bolezni in kondicija bolnika-strukturirane telesne vaje; (2) farmakološko zdravljenje; (3) psihoterapija. Prve ukrepe lahko izvaja družinski zdravnik, naslednje pa največkrat revmatolog ali algolog in psihiater. V pomoč morajo biti tudi drugi zdravstveni delavci: fizioterapevti, delovni terapevti, psihologi, sociologi, ki tvorijo organizirano diagnostično in terapevtsko mrežo.

Četrto predavanje v tem sklopu je predstavila **Daša Šuput Skvarča**, revmatologinja s Kliničnega oddelka za revmatologijo UKC Ljubljana. V predavanju z naslovom »Sindrom fibromialgije: etiopatologija, simptomatika in diagnostika« je opisala bolezen, kjer ne gre za vnetno dogajanje, prav tako ni povsem jasnega sprožilnega etiološkega dejavnika. Glavna razloga za razvoj bolezni sta hiperalgezija in alodinija, ki nastaneta zaradi centralne senzitivizacije in neustrezne zaznave bolečinskih dražljajev. Opisala je diagnostična merila ACR iz leta 2016, ki jih uporabljamo pri nas in zdravljenje, ki je v povprečju ni preveč učinkovito. Boljše uspehe zdravljenja dosežemo tedaj, ko je bolnik dobro seznanjen z boleznijo in aktivno sodeluje pri zdravljenju.

V drugem sklopu predavanj je revmatolog **Jaka Ostrovršnik** s Kliničnega oddelka za revmatologijo UKC Ljubljana nanizal diagnostične probleme pri ugotavljanju sindroma fibromialgije, ki jo je opisal kot kronično, jasno opredeljeno in resnično bolezen. Pravilna postavitev diagnoze je lahko težavna, saj ne poznamo specifičnih kliničnih ali laboratorijskih kazalcev. Fibromialgijo zato smatramo kot diagnozo izključitve in je pravilno ugotavljanje bolezni pogosto odvisno od izkušenj lečečega zdravnika. Posledično je diagnoza lahko postavljena prepogosto, preredko ali neustrezno. Natančna anamneza in klinični pregled sta nujna, da lahko izključimo druga kronična stanja z razširjeno bolečinsko simptomatiko. Le tako lahko prizadetega bolnika tudi ustrezno zdravimo.

Naslednje predavanje z naslovom »Stopenjski pristop k zdravljenju bolnikov s fibromialgijo« je predstavila revmatologinja **Mojca Kos Golja**, predsednica Stokovnega sveta Društva za

fibromialgijo. Evropska liga za borbo proti revmatizmu (EULAR) je leta 2017 izdelala smernice za stopenjsko zdravljenje fibromialgije s pomočjo strokovne skupine iz dvanajstih evropskih držav, ki jo je sestavljalo osemnajst strokovnjakov različnih kliničnih specialnosti, medicine dela, epidemiologije, zdravstvene nege in bolnikov. Proučili so skoraj tri tisoč strokovnih člankov in meta-analiz, ki so jim služili za pripravo na dokazih temelječih terapevtskih smernic, ki so jih razdelili v nefarmakološke (poučevanje bolnika o bolezni, ustrezna, nadzorovana telesna aktivnost) in farmakološke (zdravila, psihoterapija). Zadnjo stopnjo zdravljenja predstavljajo multimodalni rehabilitacijski programi, pri nas jih izvajajo v URI-Soča. V predstavitvi je bilo poudarjeno, da je za uspešno zdravljenje izredno pomembna zgodnja diagnoza. Potrebne bodo nadaljnje raziskave in ponovna ocena stopenjskega zdravljenja pet let po terapevtskih smernicah iz leta 2017.

Sledilo je predavanje avtoric **Olivere Masten Cuznar**, specialistke splošne medicine z Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije in **Tatjane Zavodnik Krupenko**, specialistke splošne medicine iz Zasebne splošne ordinacije z naslovom »Fibromialgija - primeri iz prakse«. Opisali sta, da so lahko rizični dejavniki za razvoj bolezni in za dolgotrajno nezmožnost za delo povezani z delovnim mestom in s pogoji dela in ne toliko s simptomi bolezni in osebnostnimi lastnostmi bolnika. Predstavili sta 54-letno bolnico V. M., socialno oskrbovalko z zgodovino kratkotrajnih zaposlitev, menjavanja delodajalcev, ki je že četrto leto nezmožna za delo in se nikakor ni uspela rehabilitirati. Drugi primer je bila 57-letna bolnica J. V., delavka za preprosta dela v proizvodnji, ki se je po multidisciplinarni obravnavi in ob pomoči sodelavcev uspela naučiti, kako dolgoročno obvladovati bolečine in ostati na delovnem mestu. Ponavljajoča in dolgotrajna nezmožnost za delo prizadene bolnika, delodajalca, obremenjuje zdravstveni sistem in povzroča veliko finančno breme. Bolniki morajo imeti možnost pravočasne in ustrezne obravnave že na primarnem nivoju, na sekundarni in terciarni nivo so napoteni najbolj zapleteni primeri. Bolniki se morajo naučiti živeti s simptomi, jih obvladovati in se vrniti v delovno okolje vsaj s skrajšanim delovnim časom. Pri tem je ključno razumevajoče delovno okolje, vzdrževanje stikov med delodajalcem, zaposlenim in njegovimi sodelavci.

Četrto predavanje v tej sekciji je imel prof. dr. **Igor Kononenko**, dipl. inženir računalništva in informatike s Fakultete za računalništvo in informatiko, UL z naslovom »Umetna inteligenca v zdravstvu«. Inteligenca je sposobnost prilagajanja okolju in reševanja (težkih) problemov. Umetna inteligenca razvija algoritme strojnega učenja za reševanje težkih problemov, ki iz podatkov zgradijo model in ga uporabljajo za reševanje novih problemov. Tako npr. iz podatkov o diagnozah pacientov lahko naučeni model uporabimo za diagnosticiranje novih pacientov. Strojno učenje se lahko uporabi povsod, kjer so na voljo podatki. Uporaba v zdravstvu obsega mnoga področja, kot so diagnosticiranje in prognoziranje poteka bolezni, analiza medicinskih slik, detekcija zgodnjih znakov bolezni, izbira čimbolj ustreznega zdravljenja, iskanje najhitrejše poti za vozila prve pomoči, razporejanje pacienta z določenimi simptomi k ustreznemu specialistu, pomoč pri operacijah z inteligentnimi roboti. Možna je tudi pomoč pri razvoju novih zdravil z ugotavljanjem funkcij genov, iskanjem novih biokemičnih povezav v človeškem telesu, ugotavljanjem biokemičnih lastnosti kompleksnih molekul, ugotavljanjem lastnosti pacientov za klinične poskuse. Poleg reševanja zdravstvenih in kliničnih problemov, se umetna inteligenca uporablja tudi za druga opravila v zdravstvu. Treba pa se je zavedati omejitev, da gre kljub vsemu za nezaveden stroj, ki lahko sicer izkazuje zelo

inteligentno in kvalitetno reševanje problemov, pa vendar gre za omejen (neživljenjski) pogled na svet.

V popoldanskem delu kongresa je imela predavanje z naslovom »Obravnava oseb s fibromialgijo pri zdravniku družinske medicine« izr. prof., prim. **Danica Rotar Pavlič**, specialistka družinske medicine s Katedre za družinsko medicino in z ambulante družinske medicine Galenia d.o.o. Specialist družinske medicine se kar pogosto sreča s primeri fibromialgije, saj je njena ocenjena razširjenost med splošno populacijo od 1,1 do 6,4 odstotka. Prednjačijo bolnice. Poleg številnih simptomov, se pojavljajo tudi težave na delovnem mestu, ki vodijo v dolgotrajno odsotnost z dela, kar se večinoma zaključí z oceno invalidnosti. V ambulanti družinske medicine, ki ima registriranih 2300 odraslih bolnikov, so v petletnem obdobju zabeležili 14 oseb s sumom na fibromialgijo in jih napotili na fiziatrično obravnavo v URI Soča. Bolezen je bila potrjena v devetih primerih. Predavateljica je zaključila, da je treba dosledno uporabljati potrjena diagnostična merila za postavitev diagnoze fibromialgija. Nujno je interdisciplinarno sodelovanje specialistov družinske medicine, fizikalne medicine in rehabilitacije, medicine dela, prometa in športa, imenovanih zdravnikov in zdravnikov, delujočih v okviru Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje.

Naslednje predavanje z naslovom »Psihološki vidiki kronične nerakave bolečine« je predstavila dr. **Barbara Horvat Rauter**, univ. diplomirana psihologinja z URI Soča. S kronično bolečino se tekom življenja po nekaterih ocenah spoprijema do 20 odstotkov posameznikov, zato je ukvarjanje s kronično bolečino izrednega pomena. Kronična bolečina je bila predstavljena z vidika psihologa. Ob daljšem rednem vztrajanju bolečinske simptomatike postane spoprijemanje z njo vse bolj stresno in se odraža na posameznikovem celostnem delovanju - na kognitivni (miselni), čustveni in vedenjski ravni. Pri bolnikih s kronično bolečino, je zaradi dolgotrajne razbolelosti praviloma prisotno neprijetno čustvovanje, najpogosteje v doživljanju anksioznosti, žalosti, jezljivosti, v občutkih nemoči in negotovosti z mislijo, ali bo sploh še kdaj dobro. Kakovost življenja je močno okrnjena. V prispevku so bile predstavljene najbolj uveljavljene oblike psihološke pomoči in podpore.

Prof. dr. **Marjan Zaletel**, specialist nevrologije, višji svetnik, Bolnica dr. Petra Držaja, je imel predavanje z naslovom »Fibromialgija v luči nevrologa«. Nevrološko je fibromialgija primarna nevrokognitivna okvara, kot posledica delovanja genetskih in okolnih dejavnikov. Temelj razumevanja predstavlja interoceptivni bolečinski model. Gre za povečano občutljivost na mehanski lokalni pritisk, kar je dokaz motene integracije senzoričnih signalov v reprezentativno shemo telesa. Nekatere dele razširjene bolečine lahko pojasnimo z nevrološko okvaro, ki je naključno ugotovljena. V nevrološki anamnezi bolnika lahko ugotovimo razširjeno bolečino, motnje spanja, čustvovanja in utrudljivost, ki predstavljajo klinični korelat centralne senzitivizacije. Lahko so prisotne motnje s področja motorične, senzorične dejavnosti, motnje ravnotežja in delovanja možganskih živcev. Od kognitivnih dejavnosti obstojajo motnje pomnjenja, neorganizirano mišljenje. Dokončne okvare centralnega in perifernega živčevja praviloma nevrološki pregled in dodatne preiskave ne odkrijejo. Nevrologi obravnavajo bolezen v nevrološkem biopsihosocialnem modelu.

Z vidika psihiatra je bolezen predstavila izr. prof. **Maja Rus Makovec**, specialistka psihiatrije, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana z naslovom »Fibromialgija v luči psihiatrije«

Poudarila je, da bolniki s fibromialgijo potrebujejo zelo izrazito empatičnost (ki ne pomeni pristajanja na vsa pričakovanja bolnikov), ko poročajo o svojih simptomih utrudljivosti, motnjah kognicije in spanja, o difuzni bolečini, doživljajo aktivacijo kot škodljivo, pri izražanju nemoči pa lahko neredko delujejo nesorazmerno vztrajno. S psihiatrične plati je potrebno oceniti izraženost morebitne sočasne motnje razpoloženja, anksioznosti in s stresom povezane motnje, kognitivne funkcije, škodljivo rabo benzodiazepinov oz. psihotropnih analgetikov in morebitne klinično pomembne osebnostne lastnosti, vedenjske strategije spoprijemanja, kontekstualno pa norme in vrednote glede dela. Osnova psihiatričnega koncepta o duševnem zdravju sta zmožnosti za navezovanje odnosov in predvsem ohranjanje delovne aktivnosti. S perspektive centralnega procesiranja bolečine ter motenj v uravnavanju stresa, je tudi brez druge psihiatrične prizadetosti (komorbidnosti) potrebno zmanjšati zunanje vire napetosti: ne delati na normo, ne z vsiljenim ritmom dela, ne ponoči. Pri vsakem posameznem bolniku je nujno potrebna ocena skrajšanega delovnega časa in druge olajšave. Predavateljica je poudarila, da je za doživljanje bolnikov potrebna empatična profesionalna drža, ki vsaj delno aktivacijo na delovnem mestu vidi kot ohranjanje zdravih potencialov bolnika s fibromialgijo.

»Timski pregled v subspecialistični ambulanti za rehabilitacijo oseb s sindromom fibromialgije in z drugimi oblikami kronične bolečine: odločanje o napotitvi na invalidsko komisijo« je naslov predavanja, ki ga je predstavila **Helena Jamnik**, dr. med., specialistka fizikalne in rehabilitacijske medicine, Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča. V prispevku je predavateljica predstavila analizo timskega presojanja o preostali delazmožnosti v sklopu ocenjevalno triažnega postopka (OTP), ki je namenjen predvsem ugotavljanju zmožnosti za vključevanje v interdisciplinarni rehabilitacijski program za osebe s kronično bolečino. Vključenih je bilo 471 oseb, 15 % moških s povprečno starostjo 48,4 let, 85 % žensk s povprečno starostjo 50,6 let, ki so od februarja do novembra 2019 opravili OTP. Razdeljeni so bili v pet skupin glede na končne timske odločitve. Pri dveh skupinah ni bilo potrebe po predstavitvi pred invalidsko komisijo (prva skupina 58 %, druga 10%), pri tretji skupini (8 %) so IK predlagali časovno delovno razbremenitev, pri četrti so predlagali polno upokožitev (1%), v peti skupini pa vsebinske razbremenitve ali prekvalifikacijo (1%). Predstavljene so bile razlike glede na jakost in razširjenost bolečine, izpolnjenost meril za sindrom fibromialgije (SF), obstoj sočasnih obolenj, zaposlitveni status, bolniške odsotnosti ter izobrazba. V zaključku je predavateljica navedla, da so pri skoraj 20 odstotkih napoteni presojali glede preostale delazmožnosti, rehabilitacijski ukrepi pri teh ne bi več vplivali na delazmožnost.

Prim. **Bojan Pelhan**, dr. med., soavtorji: **Metka Teržan**, dr. med., oba specialista medicine dela, prometa in športa, **Marko Sremec**, dr. med. in **Tina Rozman**, dr. med., oba specializanta medicine dela, prometa in športa, Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, Center za poklicno rehabilitacijo so predstavili predavanje z naslovom »Zgodnje vračanje oseb s fibromialgijo na delovno mesto«

Dolgotrajne, kronične mišično skeletne bolečine močno vplivajo na kakovost življenja in tudi na zmožnost za delo. Delazmožnost večine oseb s fibromialgijo je zmanjšana, vendar jih 34 do 77 % še naprej dela. Bolezni, ki povzročajo kronične bolečine v mišicah in sklepih, so globalno najpogostejši vzrok invalidske upokožitve. Večina oseb s fibromialgijo je žensk, študije

poročajo o 10 – 15 % moških, žensk pa je 0,75 % in 4,9 %. Osebe s fibromialgijo poročajo, da so simptomi, ki najbolj vplivajo na delovno zmožnost: bolečine, utrujenost, zmanjšana mišična moč ter težave s spominom in koncentracijo. Proučili so razpoložljivo literaturo in upoštevali izkušnje iz obravnave oseb s fibromialgijo v Centru za poklicno rehabilitacijo, URI Soča. Za oceno delovne zmožnosti osebe s fibromialgijo uporabljajo biopsihosocialni model: ocena sposobnosti, delovne uspešnosti in položaja na trgu dela, upoštevajo tudi dodatne dejavnike: vožnja na/z dela, možnost zaposlitve v lokalnem okolju, konkretna življenjska situacija osebe. Dejavniki, ki nakazujejo verjetnost bolniške odsotnosti že prvo leto po diagnosticiranju fibromialgije pri ženskah so: mladost, manjša fizična aktivnost, močnejše bolečine, slabše obvladovanje bolečine ter nizka izobrazba. Zgodnje vračanje na delo je potrebno pričeti čimprej, preventivni ukrepi lahko preprečijo napredovanje bolezni. Škodljive delovne obremenitve za osebe s fibromialgijo so: težka fizična dela, delo nad nivojem ramen, močni stiski, pogosto prenašanje in dviganje, statične obremenitve, vsiljen ritem in hiter tempo dela, enostransko mišično, monotono delo, nadurno, izmensko in nočno delo ter delo v hladnem okolju in na prepihu. Individualno načrtovane prilagoditve dela in delovnega mesta morajo ustrezati dejanskim zmožnostim osebe s fibromialgijo, dogovorjene morajo biti z delodajalcem in osebo s fibromialgijo. Pomembno je natančno poznavanje delovnih zahtev, obremenitev in škodljivosti na delovnem mestu. Poslužujejo se dolgotrajnega testiranja oseb s fibromialgijo na prilagojenem delovnem mestu, s poskusom postopnega podaljševanja delovnega časa. Prilagojen življenjski slog osebe s fibromialgijo in celovito psihosocialno delovno okolje so pomembni dejavniki uspešnosti zgodnjega vračanja na delo.

Izr. prof. dr. **Metoda Dodič Fikfak**, specialistka medicine dela, prometa in športa, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa, je predstavila predavanje z naslovom »Izkušnje sodnega izvedenca s fibromialgijo« Pacienti s kronično razširjeno bolečino nosijo veliko breme simptomov, ki jim povzročajo padec kvalitete življenja, splošnih življenjskih funkcij in sposobnosti za delo. Posledično velikokrat obiskujejo osebnega zdravnika, imajo številne zdravstvene preglede v eni ali različnih bolnišnicah pri različnih specialistih, ki pogosto med seboj niso usklajeni ne v načinu dela, ne v diagnostičnem postopku kot tudi ne v terapevtskem postopku. Bolečina jih potisne v dolgotrajni bolniški stalež, ki jih postopoma privede do invalidskega postopka, ki pa se skoraj nikoli ne konča z invalidsko upokojitvijo. Prepogosto večletno čakanje takih pacientov na obravnavo brez ustrezne terapije privede do začaranega kroga, ki prizadeva tako pacienta samega kot tudi njegovo okolico. Dosedanje izkušnje predavateljice kot sodnega izvedenca v primeru tožb tožnikov s fibromialgijo so vezane predvsem na tožbe zoper mnenje ZPIZ-ovih invalidskih komisij. V vseh primerih je šlo za delavce s III. kategorijo invalidnosti, ki je bila potrjena na drugi stopnji. Osnova za odločanje o invalidnosti so bile kostnomišične bolezni, najpogosteje bolečina v križu, pozneje pa je bila tem priključena še psihiatrična diagnoza, to je depresija. V nobenem od obravnavanih primerov ni invalidska komisija postavila fibromialgije kot prve diagnoze. Odločitev invalidskih komisij je vselej sprožila hujšo depresivno epizodo, ki je pacienta pripeljala do še hujših bolečin in večje osamitve. Kot invalid III. kateg. je delavec postal nezaposljiv, izoliran, po obravnavi na IK pa odpuščen, ker zanj ni bilo ustreznega dela, potisnjen na socialni rob v napoto tako sebi kot svojem. Tožniki in pacienti se v procesu diagnostike in poskusov zdravljenja srečujejo z različnim odnosom tistih, ki jih obravnavajo, s

fragmentacijo zdravljenja, pomanjkanjem časa za obravnavo in predvsem občutkom ujetosti. Ko se ne počutijo razumljeni s strani strokovnjakov, se nagibajo k prekinitvi zdravljenja. Delavci s fibromialgijo bi potrebovali dovolj časa za preglede in obravnavo, boljše koordinacijo aktivnosti znotraj in med zdravstvenim in socialnim sektorjem in takojšnjo koordinirano kompleksno terapijo, ki bi vključevala tudi vračanje v delovni proces.

Poslednje predavanje je imela bolnica s fibromialgijo, **Daša Culiberg Jontes**, ki je izredno lepo predstavila svojo bolezen, z vsemi značilnimi znaki, s problemi pri ugotavljanju, saj je trajalo skoraj sedem let, da so ji potrdili FM. Z boleznijo se je naučila živeti, zlasti po rehabilitaciji na Soči. Povdarila je tudi, da pri bolniku s fibromialgijo, ki ni sposoben opravljati polnega delovnega časa, izredno olajšanje pomeni skrajšanje na 4-urni delavnik. Predavanje je lepo zaokrožilo celoten sklop predavanj o fibromialgiji.

### **Zaključek**

6.

mednarodni kongres medicinskih izvedencev je prav gotovo uspel, tako je bilo tudi mnenje organizatorjev. Še posebej je treba poudariti zelo pomembno dejstvo, da se je prvič zgodilo, da je bila v celotnem prvem dnevu kongresa obravnavana fibromialgija s kar 14 predavanji, kar je nedvomno velik uspeh tako za bolnike kot za društvo. Predavanjem je sledilo 305 udeležencev, kar je lepa številka.

Težko

je že zdaj oceniti na kakšen odziv je naletela tematika, ker je kongres potekal virtualno preko zooma, je pa bilo postavljenih kar nekaj vprašanj s strani udeležencev. Verjetno bi bil odziv bolj zaznaven in bi ga lažje ocenjevali, če bi kongres potekal v živo. Potrebne bo kar nekaj časa, da se bo učinek pokazal v praksi in v odzivu medicinskih izvedencev, vsaj v smislu priznavanja in boljšega poznavanja bolezni in tudi pri ocenjevanju na IK, kar je bil doslej dostikrat problem. Bolezen je bila predstavljena z različnih vidikov, povdarek je bil na zgodnji diagnozi, kar omogoči tudi uspešnejše zdravljenje. Povdarjeno je bilo, da bolniki s fibromialgijo zaslužijo skrbno strokovno obravnavo tako pri ugotavljanju in zdravljenju bolezni kot tudi pri obravnavanju delazmožnosti na ustreznih komisijah. Prav gotovo pa ni prava pot, ki jo zagovarjajo nekateri bolniki s fibromialgijo, da bo zdaj treba pritisniti na izvedence in zahtevati invalidske upokojitve, kot da je to glavni cilj vsakega bolnika s FM. Glavni cilji morajo biti nadaljevanje delovnega razmerja, če je le možno, izkoristiti preostalo zmožnost za delo, omogočiti prilagoditve delovnega mesta, olajšave pri delu in prekvalifikacije pri mladih bolnikih, kar so povdarjali prav vsi predavatelji, ki se ukvarjajo s tem področjem.

Predsednica Strokovnega sveta:

Prim. Mojca Kos Golja, dr. med.