

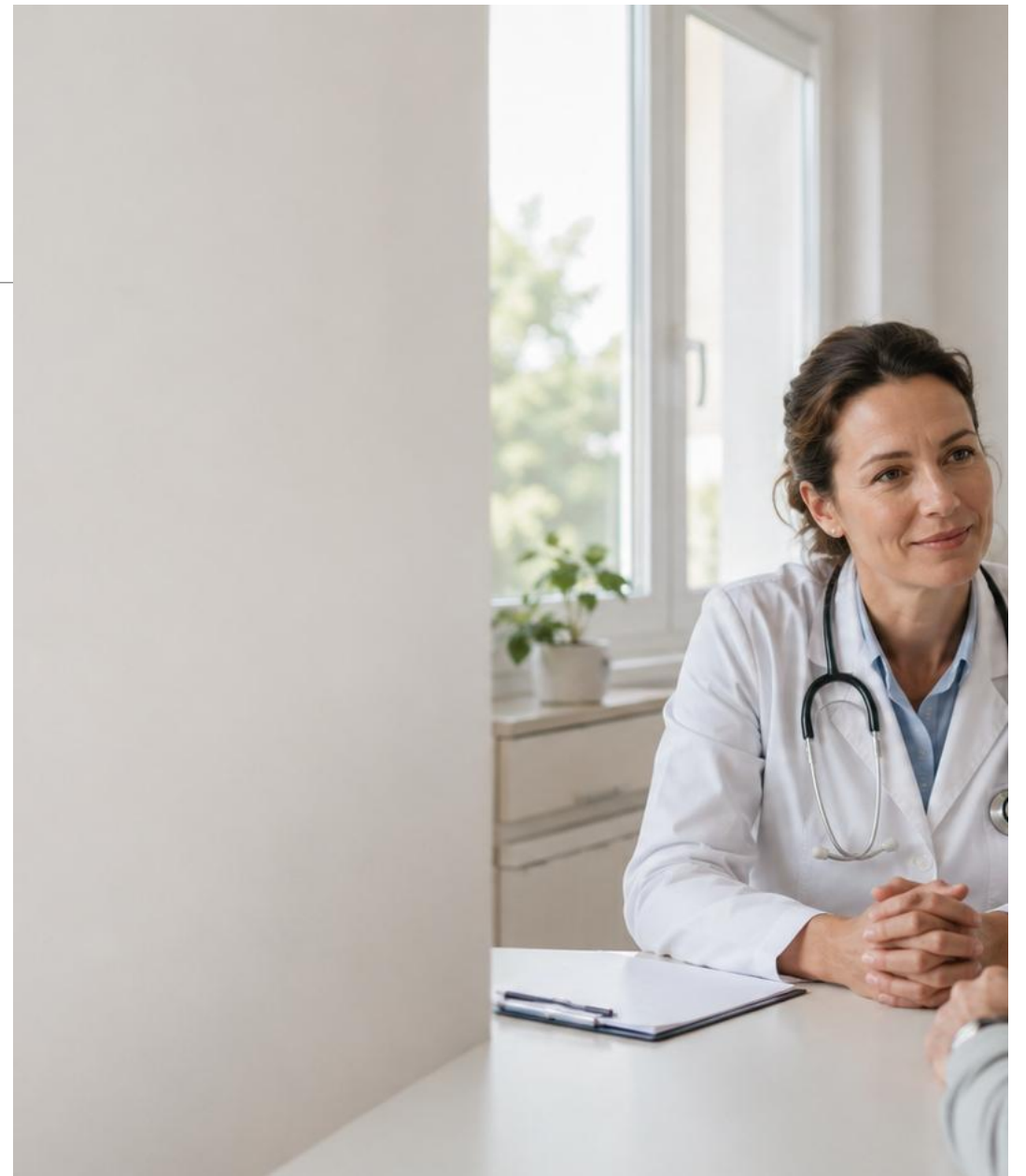
„Od simptoma do odluke: obiteljska medicina u stvarnom životu“

Najčešća stanja u obiteljskoj medicini- kako razmišljati u ambulanti

Od „što pacijent ima?“ prema „što ovom pacijentu treba danas?“

Doc. dr. sc. Matea Matić Ličanin, dr. med., spec. obiteljske medicine

*Medicinski fakultet Osijek
Dom zdravlja Osječko-baranjske županije*



Ambulanta nije “mala bolnica”



U ambulantu ulaze pacijenti sa simptomima, a izlaze s planom.

Pacijent često kaže:

- „kašljem”
- „vrti mi se”
- „umoran sam”
- „boli me trbuh”
- „trebam recept”

Liječnik mora odlučiti:

- može li ovo zbrinuti u ambulanti?
- je li potrebno hitno zbrinjavanje?
- što objašnjavam pacijentu?
- kada kontrola?

Glavna vještina: upravljanje vjerojatnošću, rizikom i vremenom.

Mentalni model: pet pitanja u prvih nekoliko minuta

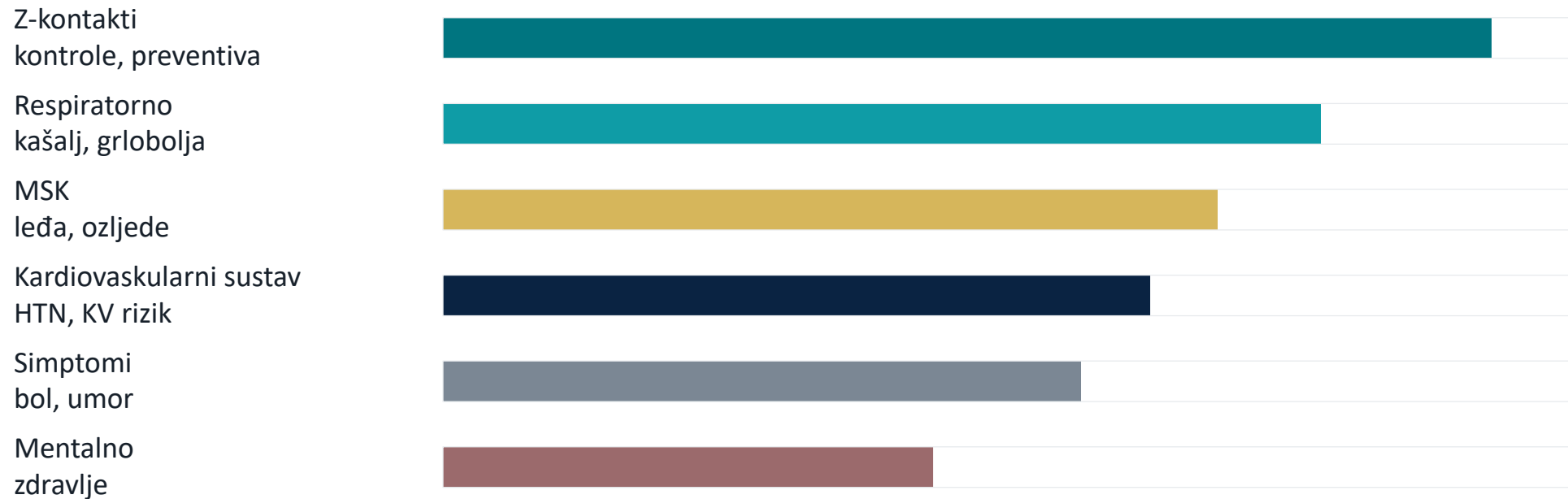


Safety-netting nije dodatak. To je dio liječenja.

„Ako se promijeni A, B ili C — plan se mijenja odmah.“

Što najčešće ulazi na vrata?

Hrvatski podaci i međunarodni pregledi pokazuju isti obrazac: dominiraju kontakti, respiratorne tegobe, mišićno-koštani problemi, kardiovaskularne tegobe, simptomi i regulacija kroničnih bolesti.



Ne učimo “liste bolesti”, nego česte ambulantne sindrome.

NAJČEŠĆE VS NAJOPASNIJE

Dvije dijagnoze postoje istodobno

NAJVJEROJATNIJE

Ono što statistički najčešće objašnjava tegobu

viroza

refluks

mehanička bol

anksioznost

opstipacija

NAJOPASNIJE

Ono što se rjeđe događa, ali mijenja hitnost i ishod

infarkt

PE

sepsa

SAH

cauda equina

Ambulantna odluka = procjena vjerojatnosti × posljedice propuštanja

Crvene zastavice: kad se promijeni put...

- izgled loš / nestabilno
- dispneja, hipoksija, cijanoza
- bol u prsima + znojenje/dispneja
- neurološki ispad ili nova konfuzija
- krv u stolici/urinu ili teška dehidracija
- suicidalna namjera ili psihotičnost
- noćna bol, mršavljenje, malignitet u anamnezi



**Crvena zastavica ne daje dijagnozu.
Ona mijenja brzinu i sigurnosni prag.**

Respiratorne tegobe: najčešće, ali ne automatski antibiotik



Najčešće

- URTI / viroza
- akutni bronhitis
- faringitis
- sinusitis

Ne propustiti

- pneumoniju
- astma/KOPB egzacerbaciju
- PE

Ambulantna odluka

vitalni znakovi → pregled grla/pluća → trajanje → rizik →
simptomatski plan + jasne upute kada se javiti

Poruka studentima: kašalj, grlobolja i temperatura ne znače automatski antibiotik.

Bol u prsima: najkraći put do “ne smijem propustiti”

Često

muskuloskeletno
refluks
anksioznost
ekstrasistole



Opasno

AKS / infarkt
plućna embolija
pneumotoraks
disekcija aorte
značajna aritmija

**Ako priča zvuči kao AKS → EKG i hitna obrada;
ne “kontrola za tjedan dana”.**

Trbuh i proljev: vrijeme pomaže samo sigurnom pacijentu

Gdje boli?

lokalizacija, migracija, difuzno

Koliko je bolestan?

vitalni znakovi, hidracija, opće stanje

Što ne smijem propustiti?

apendicitis, ileus, krvarenje, ektopična trudnoća

Što danas mijenja odluku?

pregled, urin/lab?

Safety-net: povraćanje bez unosa tekućine, krv, jaka bol, oligourija, konfuzija, pogoršanje ili trajanje >7 dana.

Križbolja i MSK: bol nije isto što i opasnost

Tipično

mehanička bol
nakon opterećenja
bez sistemskih simptoma
bez neurološkog deficita

- ostati aktivan
- analgezija kratko
- funkcionalni ciljevi

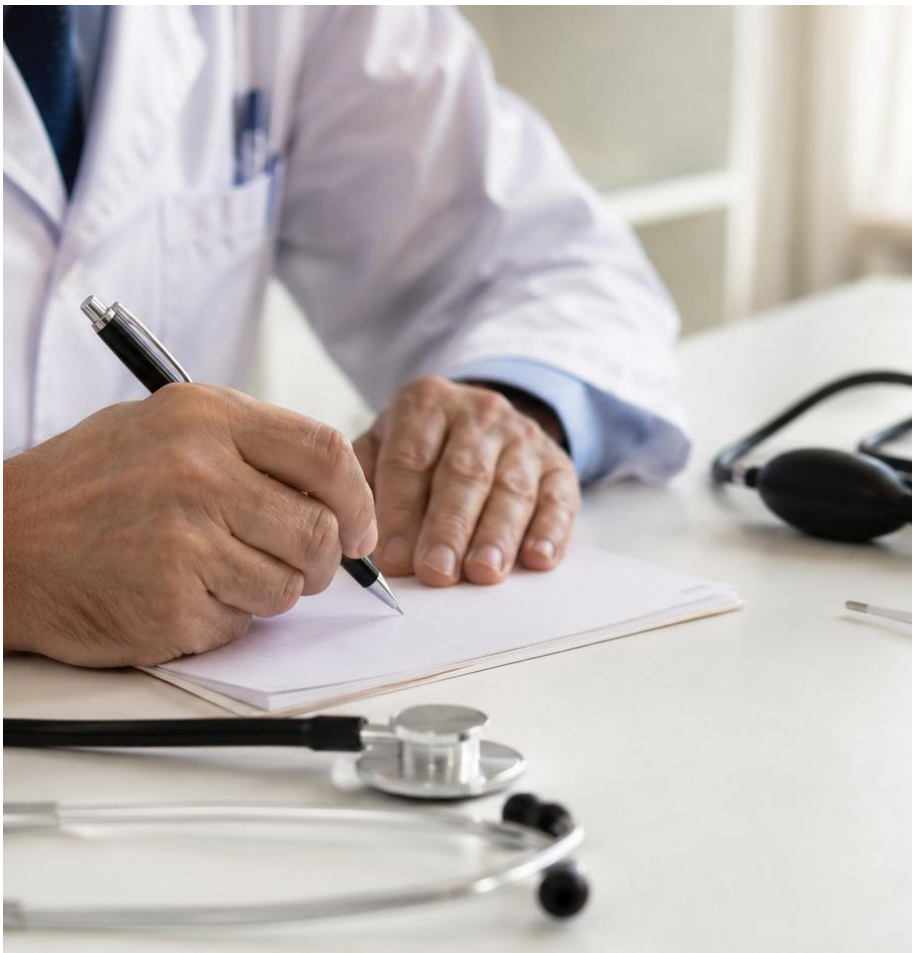
MR?

Red flags

kauda equina
progresivni neurološki deficit
trauma/fraktura
infekcija
malignitet
noćna bol + mršavljenje

Ne rutinski. Slikanje samo ako mijenja odluku ili postoji sumnja na ozbiljnu patologiju.

Kronične bolesti: kontrola nije samo broj



HTN

tlak + KV rizik + organi

DM2

HbA1c + bubrezi + stopala + oči

**Astma/
KOPB**

simptomi + egzacerbacije + inhalacijska tehnika

Dislipidemija

rizik + adherencija + nuspojave

Pitanje u ambulanti: “uzima li pacijent terapiju stvarno — i može li živjeti s planom?”

Mentalno zdravlje često ulazi i izlazi kroz tijelo

Kako se prezentira?

nesanica
umor
bol u prsima / trbuhu
“knedla u želucu”
palpitacije
česti dolasci

Što ne smiješ propustiti?

suicidalna namjera
psihotični simptomi
manija
ovisnost / nasilje
zanemarivanje

**Izravno pitanje o suicidu povećava
sigurnost — ne rizik.**

Stariji, polifarmacija i multimorbiditet



Nekad je najbolja intervencija: manje, jasnije i izvedivo.

- 1 Ima li lijek još indikaciju?
- 2 Djeluje li i mjerimo li korist?
- 3 Šteti li: padovi, ortostaza, konfuzija?
- 4 **Što je pacijentu najvažnije?**
- 5 Koji je najmanji siguran plan?

Kontinuitet često vrijedi više od još jedne uputnice.

Slučaj 1: “Kašljem već 5 dana”

**23 godine, grlobolja + kašalj, T 37,8 °C,
bez dispneje, opće stanje dobro**

Pitanja:

1. Što vas zanima u anamnezi?
2. Što ćete pregledati?
3. Treba li antibiotik?
4. Koji safety-net dajete?

**Poanta: većina je samoograničavajuća — ali
plan mora biti jasan.**



Slučaj 2: “Boli me u prsima”

58 godina, hipertenzija, pušač

bol u prsima 30 min
širi se u lijevu ruku
znojenje + mučnina

Što je sljedeći korak?

Odgovor nije:

“možda gastritis”
“dođite za tjedan dana”
“probajte ibuprofen”

**Odgovor je: EKG + hitno
zbrinjavanje prema sumnji na
AKS.**

Toolbox za prvi dan ambulante

FeverPAIN / Centor

grlobolja

ABPM / HBPM

hipertenzija

SCORE2

KV rizik

PHQ-9 / GAD-7

mentalno zdravlje

STarT Back

križobolja

FeNO / spirometrija / PEF

astma

post-BD spirometrija

KOPB

STOPP/START

polifarmacija

Alat strukturira odluku. Ne zamjenjuje kliničko razmišljanje.

Take-home messages

- 1 Pacijent dolazi sa simptomom, ne s dijagnozom.
- 2 Uvijek razmišljaj: najčešće + najopasnije.
- 3 Crvene zastavice mijenjaju brzinu i prag sigurnosti.
- 4 Ne testiraj rutinski — test mora mijenjati odluku.
- 5 Safety-net i kontrola su dio terapije.
- 6 **Liječi osobu u kontekstu, ne samo nalaz.**

Najvažnije pitanje: “Što ovom pacijentu treba danas — i što ne smijem propustiti?”

Hvala 😊

Crvene zastavice u obiteljskoj medicini: kada pacijenta ne smijemo pustiti kući?

Dunja Damjanović, dr.med., spec. obit. med.
DZ OBŽ, ambulanta Josipovac

Osijek, 1.6.2026.

BOL U PRSIMA

Akutni koronarni sindrom

Plućna embolija

Diskekcija aorte

Pneumotoraks

DISPNEJA

Bronhitis

Anksioznost

Srčano zatajenje

Pneumonija

Plućna embolija

Astma/KOPB egzacerbacija

GLAVOBOLJA

Nagla najjača glavobolja

Neurološki ispadi

Febrilitet

Promjena svijesti

Novonastala glavobolja u starijih osoba

BOL U TRBUHU

Akutni abdomen

Ileus

Pankreatitis

Kolecistitis

Aneurizma abdominalne aorte

Ginekološka hitna stanja

KRIŽOBOLJA

Sindrom kaude ekvine

Infekcija

Malignom

Fraktura

Progresivni neurološki deficit

VRTOGLAVICA I SINKOPA

Moždani udar

Aritmija

Hipoglikemija

Ortostatska hipotenzija

FEBRILNO STANJE

Sepsa

Meingitis

Pneumonija

Pijelonefritis

Febrilni imunokompromitirani pacijent

PSIHIJATRIJSKE SITUACIJE

Suicidalnost

Psihotična dekompenzacija

Delirij

Agitacija

Zlouporaba supstanci

5 PITANJA PRIJE NEGO PACIJENT IZAĐE IZ AMBULANTE:

1. Je li vitalno stabilan?

2. Postoji li crvena zastavica?

3. Mogu li objasniti simptome jednom vjerojatnom dijagnozom?

4. Je li potrebna hitna obrada danas ili kontrola u kratkom roku?

5. Je li pacijentu jasno rečeno kada se mora odmah javiti?

SIMPOZIJ "Od simptoma do odluke: obiteljska medicina u stvarnom životu" za mlade liječnike i studente 6. godine medicine

“ Antibiotici, analgetici, anksiolitici i kortikosteroidi: četiri skupine lijekova koje mladi liječnik najčešće propisuje”

U Osijeku, 01.06.2026.

Martina Rikert, dr.med. spec. obiteljske medicine
Antonija Matić, dr.med. spec. obiteljske medicine

Kako propisivati *racionalno, sigurno* i s *manje pritiska* u ambulanti obiteljske medicine?



PRVENSTVENO NE ŠKODITI!!!

Liječnik:

“ Moram nešto
propisati kako
susret bio završen.”

Pacijenta:

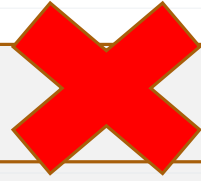
kašalj ili grlobolju
bol
stres i nesanicu

• kortikosteroid za alergiju, kašalj, bol,
osip ili da “brže prođe”

Kod svakog propisivanja lijeka definirati:

1. Zašto ga dajem?
2. Koliko dugo?
3. Što je plan nakon toga?
4. Postoji li sigurnija alternativa?
5. Je li pacijent rizičan za ovisnost, padove, zlouporabu ili kombiniranje s alkoholom?

ANTIBIOTICI



“Unazad 2 sata me boli grlo”

“Sinoć imao temperaturu koju nisam mjerio, ali ju osjetim iznutra”

“Kašljem 2 dana”

“Putujem za 2 dana pa da preveniram infekciju”

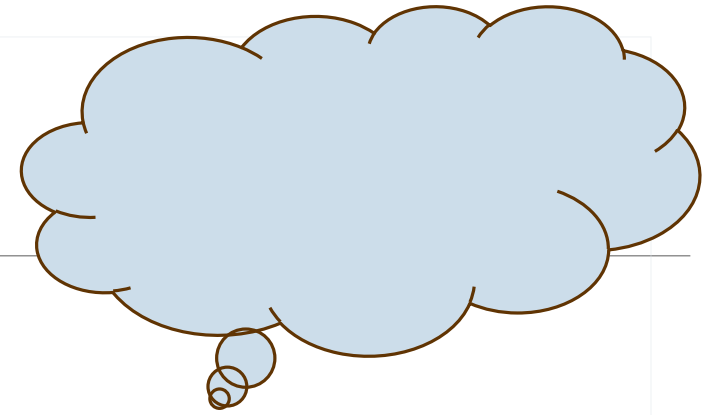
“Ide vikend”

“Da ne prenesem na djecu”

1. Anamneza
2. ...
3. ...
4. ...

ANAMNEZA + KLINIČKI PREGLED

19



A što kažu SMJERNICE....

GRLOBOLJA

- najčešći uzročnici su virusi u 95% slučajeva
- među bakterijama najčešći uzročnik je *S. pyogenes* serogrupe A – 5-15% slučajeva

Centorovi kriteriji:

- nagli početak uz temperaturu od 38 C
- gnojni eksudat na tonzilama
- povećani i bolni angularni vratni limfni čvorovi
- odsutnost kataralnih simptoma i kašlja



0 ili 1 – bez antibiotika i bakteriološke obrade

2 ili više – brzi test na BHS-A
– pozitivan dati antibiotik,
negativan simptomatska terapija

	Lijek	Doza lijeka	Trajanje liječenja
1. izbor	fenoksimetilpenicilin	3x1.5mil.i.j.	10 dana
slaba suradljivost bolesnika	benzil penicilin G	1.2 mil i.j. i.m.	jednokratno
alergija na penicilin *	azitromicin klaritromicin cefuroksimaksetil **	1x500 mg 2x250 mg 2x500 mg	3 dana 10 dana 5 dana
rekurentne epizode streptokokne infekcije ždrijela	amoksicilin/klavulonska kiselina klindamicin	2x1g 3x300 mg	10 dana

*u slučaju da nije dostupan fenoksimetilpenicilin, 1. izbor je amoksicilin 3x500mg ili 2x1g / 10 dana

**ako je alergija na peniciline anafilaktičkog tipa, angioedem ili generalizirana urtikarija, ne smije se davati cefuroksimaksetil

V.Vlahović-Palčevski, Smjernice za propisivanje antimikrobnih lijekova u primarnoj zdravstvenoj zaštiti 2023./2024.

SINUSITIS

- Uzročnici su uglavnom respiratorni virusi, najčešće rinovirus!
- U odraslih se svega 0.5-2% komplicira bakterijskom infekcijom!

Liječenje simptomatsko:

- intranazalna irigacija f.o. ili hipertoničnom otopinom NaCl
- intranazalni kortikosteroidi –ponajprije za osobe s alergijskim rinitisom – mometazon 2x200mcg ili flutikazin 2x110mcg / 14 dana
- nosni dekonjestivi, ali ne dulje od 5 dana (!)

Najvjerojatniji uzročnik akutnog sinusitisa	Liječenje	Doza lijeka	Trajanje liječenja
Respiratorni virusi >90% slučajeva	Simptomatsko liječenje		
<i>S. pneumoniae</i> <i>H. Influenzae</i> <i>M. catarrhalis</i>	1. izbor: amoksicilin*	3x500 mg	5 dana
	alergija na penicilin: doksiciklin	200 mg 1. dan, dalje	5 dana
	azitromicin**	1x100 mg	3 dana
	klaritromicin**	1x500 mg 2x500 mg	5 dana
	ako izostane učinak*** amoksicilin/klavulonska kiselina	2x1 g	5 dana

*rezistencija na *S.Pneumoinae* na amoksicilin je 2021. Iznosila 7% pa se proproučuje kao lijek izbora

** rezistencija na *S.Pneumoinae* na makrolide je 2021. Bila 28% stoga nisu lijek izbora!

*** bez odgovora na liječenje tijekom 3-5 dana

V.Vlahović-Palčevski, Smjernice za propisivanje antimikrobnih lijekova u primarnoj zdravstvenoj zaštiti 2023./2024

KAŠALJ

- najčešći uzrok je virusna upala gornjih dišnih puteva
- suhi kašalj – antitusici (butamiratcitrat) i inhalacije
- produktivan - obilno uzimanje tekućine, poticati iskašljavanje
- **KAŠALJ SE NE LIJEČI ANTIBIOTICIMA!!!!**
- ***SVAKI KAŠALJ DULJI OD 8 TJEDANA POTREBNO NAĆI UZROK!!***

PNEUMONIJA

- 30% virusi
- najčešći uzročnik bakterija *S. pneumoniae* 60-70%

Ocjena težine pneumonije i odluka o hospitalizaciji prem CRB 65 bodovanju

Svaki parametar 1 bod	Interpretacija rezultata
C – konfuzija R - respiracija >30 udisaja /min. B – krvni tlak: sistoločki <90 mmHg ili dijastolički < 60mmHg dob > 65g.	0 – ambulantno liječenje 1-2 - bolničko liječenje 3-4 - intenzivno liječenje (JIL)

V.Vlahović-Palčevski, Smjernice za propisivanje antimikrobnih lijekova u primarnoj zdravstvenoj zaštiti 2023./2024

	Najvjerojatniji uzročnik	Empirijsko liječenje	Doza	Trajanje liječenja
CRB 65=0 inače zdrav, bez antibiotiskog liječenja unatrag 3 mjeseca	<i>S.pneumoniae</i> <i>M.pneumoniae</i> Respiratorni virusi (influenza, RSV) Rjeđe <i>H.influenzae</i> <i>L.pneumophila</i>	amoksicilin doksiciklin	3x500 mg 1x200 mg 1.dan, dalje 1x100 mg	5 dana (procjena nakon 3 dana*), 7 dana kod sporijeg odgovora
prisutni komorbiditeti**, dob >65, primjena antibiotika unatrag 3 mjeseca	kao u stupcu iznad	azitromicin (ili klaritromicin) + amoksicilin (ili cefpodoksim)	1x500 mg (2x500 mg) 2x1 g (2x200mg)	5-7 dana

*Ako nema odgovora nakon 48-72h na amoksicilin, treba dodati azitromicin ili zamijeniti doksiciklinom

** Komorbidna stanja jesu KOPB, DM, bubrežna insuficijencija, jetrena bolest, zastojna srčana insuficijencija, maligna bolest, asplenija, imunosuprecija, primjen antimikrobnog liječenja natrag 3 mjeseca

V.Vlahović-Palčevski, Smjernice za propisivanje antimikrobnih lijekova u primarnoj zdravstvenoj zaštiti 2023./2024

AKUTNA UPALA SREDNJEG UHA

- samoograničavajuća bolest koja prolazi uz simptomatsku terapiju – analgetici, dekonjestivi
- najčešći uzročnici virusi (80%)

Odmah potrebna terapija

- dob manja od 6 mjeseci
- dob manja od 2 godine, s obostranom upalom srednjeg uha
- otoreja (perforacija bubnjića)
- kraniofacijalne abnormalnosti (npr. Rascjep nepca)
- teška infekcija sa znakovima sistemske bolesti (loše opće stanje)
- akutni mastoiditis, meningitis, intrakranijalni apsces, tromboza sinusa, pareza nervus facijalisa
- pogoršanje ili izostanak poboljšanja nakon 3 dana

V.Vlahović-Palčevski, Smjernice za propisivanje antimikrobnih lijekova u primarnoj zdravstvenoj zaštiti 2023./2024

Uzročnik	Liječenje	Doza	Trajanje liječenja
Virus (80% slučajeva)	Simptomatsko liječenje!		
<i>H. influenzae</i>	1.linija: amoksicilin	40-90 mg/kg (djeca) Odrasli >40kg: 3x 1000mg	5-7 dana
<i>S. pneumoniae</i>			
<i>M. catarrhalis</i>	2. linija: amoksicilin/klavulonska kiselina	<40kg: 70mg/kg u 2 doze >40kg: 2x1 g	5-7 dana
	alergija na penicilin: cefepodoskim	<12g:5-18mg/kg u 2 doze >12g: 2x200mg	5-7 dana
	klaritomicin	<40kg: 2x7.5mg/kg >40kg: 2x500mg	
	azitromicin	15-25kg: 200mg 26-35kg: 300mg 36-45kg: 400mg >45kg:5 00mg	5-7 dana 3 dana

V.Vlahović-Palčevski, Smjernice za propisivanje antimikrobnih lijekova u primarnoj zdravstvenoj zaštiti 2023./2024

“Prema današnjem pregledu, najvjerojatnije se radi o virusnoj infekciji.

Antibiotik vam sada ne bi skratio bolest, a može izazvati nuspojave i povećati rizik rezistencije.

Važno je da se javite ako se pojavi otežano disanje, pogoršanje općeg stanja, visoka temperatura koja traje ili nova jaka bol.”












ANALGETICI

- *Bol je neugodno osjetno i emocionalno iskustvo povezano s trenutačnom ili prijetećom ozljedom tkiva*
- *Bol je jedan od najčešćih simptoma zbog kojeg bolesnici traže liječničku pomoć – 30% bolesnika koji se obraćaju liječniku obiteljske medicine*
- *Više od dvije trećine bolova nastaje zbog bolesti i problema u mišićno-koštanom sustavu*
- *Peti vitalni znak uz tjelesnu temperaturu, disanje, puls i arterijski tlak*
- *Akutna bol je ona koja traje do 3 mjeseca.*

Dijagnostika boli

- Anamneza – uzrok, vrsta, lokacija, intenzitet te čimbenici koji ju ublažavaju ili pojačavaju.
- Intenzitet – VAS skala, NRS skala
- Fizikalni pregled

COMPARATIVE PAIN SCALE CHART (Pain Assessment Tool)

										
0 Pain Free	1 Very Mild	2 Discomforting	3 Tolerable	4 Distressing	5 Very Distressing	6 Intense	7 Very Intense	8 Utterly Horrible	9 Excruciating Unbearable	10 Unimaginable Unspeakable
No Pain	Minor Pain			Moderate Pain			Severe Pain			
Feeling perfectly normal	Nagging, annoying, but doesn't interfere with most daily living activities. Patient able to adapt to pain psychologically and with medication or devices such as cushions.			Interferes significantly with daily living activities. Requires lifestyle changes but patient remains independent. Patient unable to adapt pain.			Disabling; unable to perform daily living activities. Unable to engage in normal activities. Patient is disabled and unable to function independently.			

Biserka Bergman Marković et al. Smjernice u praksi obiteljskog liječnik. Drugo dopunjeno i obnovljeno izdanje. Zagreb. Medicinska naklada. 202. g.

Vrste boli

Three Types of Pain¹⁻⁸

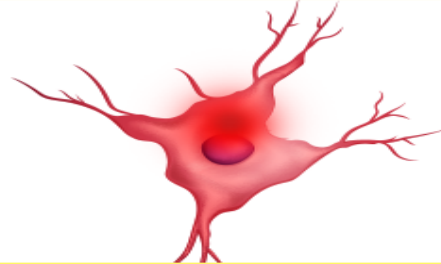
NOCICEPTIVE



Mechanism: body's alarm system that activates when harmful stimuli trigger receptors to send signals to brain

Oštra, pulzirajuća npr. posjekotina, uganuće, opekline, prijelom

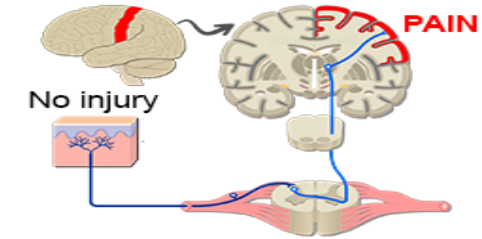
NEUROPATHIC



Mechanism: lesion or disease in the nervous system caused by trauma, disease, chemicals or tumor invasion

Žareća, sjevajuća, udar struje, ubod igle npr. dijabetička neuropatija, postherpetična neuralgija

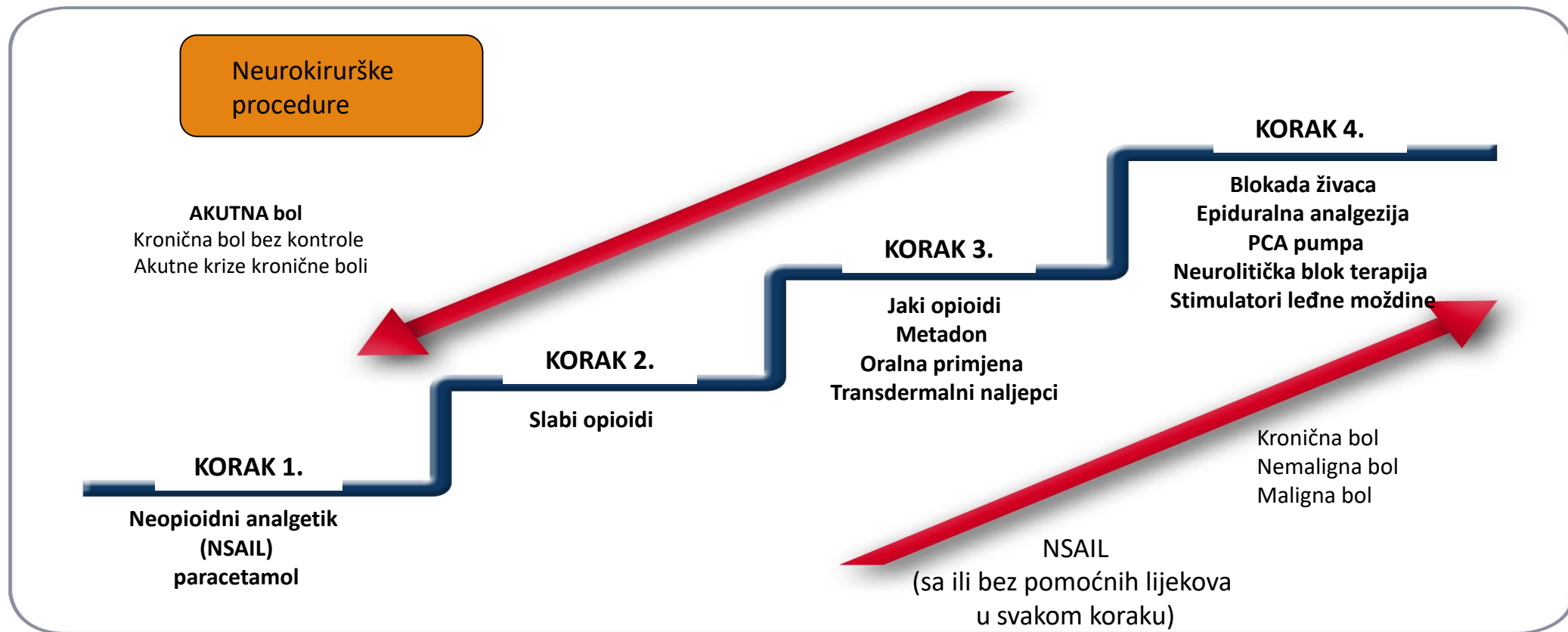
NOCIPLASTIC



Mechanism: changes in the nociceptive pathway without evidence of nerve or tissue damage

Fibromijalgija, kompresivni regionalni sindromi, sindrom iritabilnog crijeva

Adaptacija WHO* analgetske ljestvice boli^{5#}



Prilagođeno prema slici 2 reference 5.

NSAIL: nesteroidni antiinflamatorni lijekovi

PCA – analgezija koju kontrolira bolesnik (engl. patient-controlled analgesia)

WHO analgetska ljestvica za liječenje karcinomske boli, također adaptirana za akutnu bol i kroničnu nekarcinomsku bol

*WHO – Svjetska zdravstvena organizacija (engl. World Health Organization)

Upotreba različitih analgetika s različitim mehanizmima djelovanja (multimodalna analgezija) kako bi se poboljšao klinički ishod uobičajena je strategija u liječenju boli²

3 glavna principa liječenja boli po WHO

1. Analgetike piti točno na vrijeme odnosno prema nekom rasporedu a ne po potrebi
2. **Oralni put unosa lijekova se preferira! Ako je on nemoguć razmišljati o najmanje invazivnom npr transdermalnom, sublingvalnom ili subkutanom prije intravenskog puta. INTRAMUSKULARNI PUT NE BI TREBALO NIKADA KORISTITI!**
3. Lijekove biramo prema intenzitetu boli. Ako je bol jaka treba početi sa jakim opioidima, ne mora se uvijek ići od prva koraka liječenja.

Paracetamol

Početak liječenja za **blagu do umjerenu bol, bez protuupalnog djelovanja**

Ne uz alkohol

Max 4g/dan

Postoje podaci o GIS i renalnoj toksičnosti te pogoršanju arterijske hipertenzije njegovom dugotrajnom primjenom

NSAIL – nesteroidni antireumatici

Nikada ne davati 2 NSAIL istodobno!

Potreban IPP uz NSAIL kod ovih skupina bolesnika:

Starija životna dob

Ulkusna bolest u anamnezi

Istodobna primjena acetilsalicilne kiseline, kortikosteroida, inhibitora ponovne pohrane serotonina

Infekcija H.pylori

Za bolesnike na antikoagulacijskoj terapiji NSAIL-ovi nisu primjenjivi, izbor je paracetamol te tramadol ili njihova kombinacija!

IPP – inhibitor protonске pumpe

NSAIL

	ANALGETSKA DOZA	PROTUUPALNA DOZA	MAKSIMALNA DOZA
KETOPROFEN	50	150	300
DEKSKETOPROFEN	25	50	75
IBUPROFEN	200	2400	3200
INDOMETACIN	50	150	200
MELOXICAM	15	15	15
ETORICOXIB	30	90	120
CELECOXIB	100	200	400
DIKLOFENAK	50	150	200

Opiodi

Glavni nedostatak: nemaju protuupalni učinak, a imaju česte nuspojavama (mučnina, konstipacija, vrtoglavica i dr.)

Umjerena do jaka bol, kada nema pozitivna učinka drugih lijekova ili su isti kontraindicirani

“Cilj nam nije samo smanjiti bol danas, nego liječiti sigurno.

Zbog Vašeg tlaka/bubrega/želuca ovaj lijek nije najbolji izbor ili ga smijemo koristiti samo kratko.

Dogovorit ćemo terapiju i znakove zbog kojih se morate javiti ranije.”

ANKSIOLITICI

Pozitivni aspekti benzodiazepina:

- poznat mehanizam djelovanja
- velika terapijska širina i mala toksičnost
- dobra podnošljivost i prihvatljivost od pacijenata
- brzo djelovanje
- velika terapijska učinkovitost
- široki spektar primjene

Negativni aspekti benzodiazepina:

- razvoj tolerancije i ovisnosti
- veliki potencijal zlouporabe
- liječenjem jednog izaziva se drugi poremećaj
- simptomatska, a ne i etiološka terapija
- paradoksalni učinci: agitacija, agresivnost

Podjela anksiolitika prema dužini djelovanja

Benzodiazepini s kratkim djelovanjem (do 5h)	Benzodiazepini sa srednje dugim djelovanjem (6-12h)	Bezodiazepini sa dugim djelovanjem (>12h)
<ul style="list-style-type: none">• TRIAZOLAM• MIDAZOLAM• BROTIZOLAM	<ul style="list-style-type: none">• OKSAZEPAM• LORAZEPAM• BROMAZEPAM• TEMAZEPAM• KLONAZEPAM• ALPRAZOLAM	<ul style="list-style-type: none">• FLUNITRAZEPAM• FLURAZEPAM• KLORAZEPAT• KLORDISZEPOKSID• DIAZEPAM

TEMELJNA PRAVILA PROPISIVANJA

- 1. KRATKOTRAJNA PRIMJENA** (liječenje ne bi trebalo trajati dulje od nekoliko tjedana, 2-4 tjedna)
- 2. NAJNIŽA DOZA - *start low, go slow*** (uvijek započeti s najmanjom mogućom dozom koja se pp titirira, s ciljem povremenog doziranja, umjesto kontinuiranog)
- 3. SELEKCIJA BOLESNIKA** (voditi računa o dobi bolesnika, komorbiditetima, ostaloj kroničnoj terapiji, uzimanju alkohola i sl., izbjegavati istodobno korištenje s npr. opioidima jer se povećava rizik od respiratorne depresije, sedacije, padova, prijeloma, konfuzije)
- 4. FARMAKOKINETIČKE RAZLIKE:** Za starije osobe i bolesnike s oštećenjem jetre biraju se anksiolitici kraćeg djelovanja koji nemaju aktivne metabolite (npr. *oksazepam, lorazepam*), čime se smanjuje rizik od kumulacije, sedacije, padova i kognitivnih smetnji.
Za akutne situacije (npr. panični napad) koriste se lijekovi bržeg nastupa djelovanja.

INDIKACIJE I TERAPIJSKI IZBOR



- **ANKSIOZNI POREMEĆAJI** - osnova liječenja su antidepresivi (SSRI i SNRI) - bezodiazepini samo kratkotrajno za premošćivanje anksioznosti do početka djelovanja antidepresiva (3-4 tjedan)
- **AKUTNE KRIZE I PANIČNI NAPADAJI** – kratkotrajna primjena je opravdana no dugoročno rješenje trebaju biti nefarmakološke mjere (KBT)
- **PREKID TERAPIJE** – ne smije se naglo ukidati, dozu treba smanjivati postupno kako bi se izbjegli apstinencijski simptomi, povratna anksioznost ili epileptički napadi

NESANICA

- novorođenče spava 16-17h
- dijete od 12 g. spava 8h
- osobe starije životne dobi osoba spavaju 6h



NESANICA

Higijena spavanja

- zdravo spavanje je važno za tjelesno i mentalno zdravlje
- dobra higijena spavanja poboljšat će kvalitetu spavanja

Kako poboljšati higijenu spavanja?

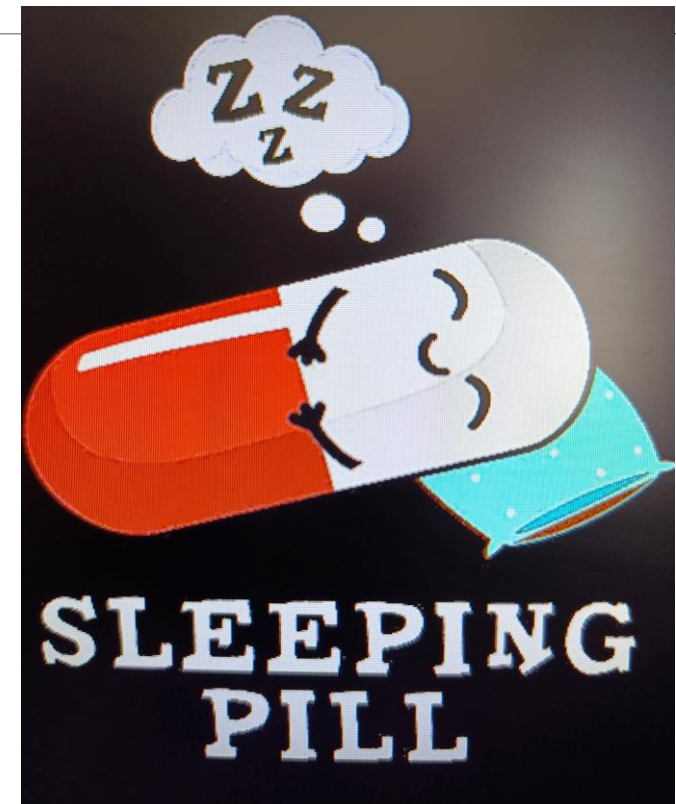
- ❖ *držanje se rutine*
- ❖ *redovito vježbanje*
- ❖ *odlazak u krevet samo kada smo umorni*
- ❖ *koristiti spavaću sobu samo za spavanje, presvlačenje*
- ❖ *poboljšati okruženje u spavaćoj sobi (ugodna temperatura, tamna prostorija, tiho okruženje, ...)*
- ❖ *opuštanje sat vremena prije spavanja –topla kupka ili masaža*
- ❖ *ako ne zaspete unutar 20 min., izaći iz sobe i raditi nešto što ne stimulira, npr. Čitanje knjige, pa se vratiti u krevet kada se osjeti pospanost*

Što izbjegavati?

- ❖ *kofein*
- ❖ *alkohol*
- ❖ *pušenje*
- ❖ *vježbanje unutar 4h prije spavanja*
- ❖ *čitanje ili gledanje TV-a u krevetu*
- ❖ *popodnevno drijemanje ili spavanje pred TV-om*

"Z lijekovi"

1. linija zopiklon 3.75- 7.5 mg pred spavanje
2. linija zolpidem 5-10 mg pred spavanje



“Ovaj lijek može kratkoročno smanjiti napetost, ali nije dobro dugoročno rješenje jer može dovesti do navikavanja i problema pri prestanku.

Zato, ako ga uvodimo, moramo odmah dogovoriti trajanje, kontrolu i drugi plan liječenja.”

KORTIKOSTEROIDI

- Često je kratkotrajno propisivanje kortikosteroida u obiteljskoj medicini
- Nedostatni su znanstveni dokazi opravdanosti upotrebe kortikosteroida u većine dijagnoza
- Već i kratko vrijeme uzimanja kortikosteroida je povezano sa brojnim njihovim nuspojavama

Evan L. Dvorin et al, American Family Physician, January 15, 2020; Volume 101, Number 2

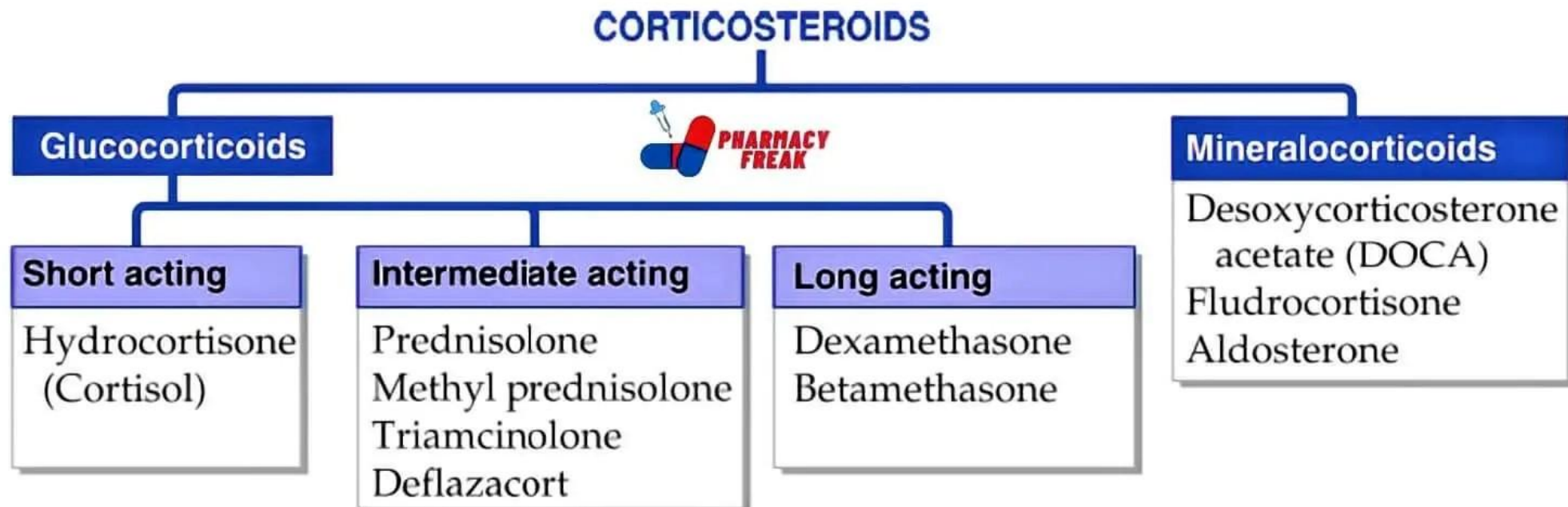
KORTIKOSTEROIDI

Najčešće situacije:

- alergijski rinitis
- urtikarija
- astma/KOPB egzacerbacija
- bolna leđa
- radikulopatija
- kašalj
- sinusitis
- dermatitis
- “upala” bez jasne dijagnoze

Evan L. Dvorin et al, American Family Physician, January 15, 2020; Volume 101, Number 2

KORTIKOSTEROIDI



C O R T I C O

CUSHING'S SYNDROME

- MOON FACIES
- BUFFALO HUMP

OSTEOPOROSIS

- ELDERLY WOMEN
- Ca^{2+} / VITAMIN D SUPPLEMENTATION

RETARDATION OF GROWTH (PAEDIATRICS)

THINNING OF SKIN

- + EASY BRUISING
- + DELAYED WOUND HEALING

IMMUNOSUPPRESSION

CATARACTS + GLAUCOMA

- POSTERIOR SUBCAPSULAR CATARACT

OEDEMA

- SALT + FLUID RETENTION

S T E R O I D S

SUPPRESSION OF HYPOTHALAMIC PITUITARY AXIS

TERATOGENIC

EMOTIONAL DISTURBANCES

- DEPRESSION
- IRRITABILITY
- ANXIETY

RAISED BLOOD PRESSURE (HYPERTENSION)

(R) + (L) HEART FAILURE

OBESITY

- CENTRAL / TRUNCAL OBESITY

INCREASED BODY HAIR GROWTH (HIRSUTISM)

DIABETES MELLITUS

- HYPERGLYCEMIA

STRIAE (RED / PURPLE STRETCH MARKS)

STOMACH ULCERS

- POTENTIATES RISK WITH NSAIDS

SORT: KEY RECOMMENDATIONS FOR PRACTICE

Clinical recommendation	Evidence rating	Comments
Do not prescribe systemic corticosteroids for patients with acute bronchitis or acute sinusitis. ^{6,11}	B	Single, good-quality RCT and Cochrane reviews of moderate-quality studies
There is insufficient evidence to support routine use of systemic corticosteroids for patients with acute pharyngitis. ^{9,10}	B	Mixed conclusions from a large, well-designed trial and a systematic review of RCTs
Do not prescribe systemic corticosteroids for patients with allergic rhinitis. ¹³⁻¹⁵	C	Expert opinion and small clinical trial
There is insufficient evidence to support routine use of systemic corticosteroids for patients with lumbar radiculopathy. ^{18,19}	B	Single, good-quality RCT and a meta-analysis with two low-quality RCTs
Systemic corticosteroids appear to be a safe and effective alternative to nonsteroidal anti-inflammatory drugs in patients with acute gout. ^{21,22}	B	Small RCTs
Do not prescribe systemic corticosteroids for patients with carpal tunnel syndrome. ²⁴⁻²⁶	B	Small RCTs
Systemic corticosteroids are recommended for patients within three days of the onset of symptoms of Bell palsy. ²⁷⁻²⁹	A	Two adequately powered RCTs
There is insufficient evidence to support routine adjunct use of systemic corticosteroids for patients with herpes zoster. ^{30,31}	B	Two adequately powered RCTs

RCT = randomized controlled trial.

A = consistent, good-quality patient-oriented evidence; **B** = inconsistent or limited-quality patient-oriented evidence; **C** = consensus, disease-oriented evidence, usual practice, expert opinion, or case series. For information about the SORT evidence rating system, go to <https://www.aafp.org/afpsort>.

Evan L. Dvorin et al, American Family Physician, January 15, 2020; Volume 101, Number 2

PRAKTIČNO PRAVILO

Prije sistemskog kortikosteroida pitati:

1. Koja je točna indikacija?
2. Postoji li lokalna ili sigurnija alternativa?
3. Ima li pacijent dijabetes, hipertenziju, infekciju ili drugi veći rizik?
4. Koliko kratko ga mogu dati?
5. Što pacijent treba pratiti?

Kortikosteroidi su vrlo učinkoviti lijekovi, ali nisu bezazleni.

U ambulanti se često propisuju preširoko, osobito za stanja koja bi prošla i bez njih.

ZAKLJUČAK

„Lijek nije ...“

**PRVENSTVENO NE
ŠKODITI!!!**

... biti dio plana!

Racionalno propisivanje nije uskraćivanje skrbi!

”

The practice of medicine is an art, not a trade; a calling, not a business; a calling in which your heart will be exercised equally with your head.

-William Osler



Hvala Vam na pažnji!



Kako preživjeti ambulantu bez sagorijevanja

*Jelena Šakić Radetić, dr.med.univ.spec.med.spec.obit.med.
Medicinski fakultet Osijek
Dom zdravlja Osječko-baranjske županije*

Mladi liječnik u ordinaciji ima više uloga istovremeno

kliničar

trijažer

administrator

komunikator

čuvar resursa

Ambulanta nije samo niz dijagnoza, nego stalno donošenje odluka u uvjetima nesigurnosti, ograničenog vremena i velikih očekivanja.

- posebno zahtjevno za zamjene i liječnike bez kontinuiteta s pacijentom
- najveći pritisak često nije samo medicinski, nego organizacijski i emocionalni

Što je burnout?

Profesionalni fenomen, ne dijagnoza osobne slabosti.

iscrpljenost

**mentalno distanciranje
ili cinizam**

**smanjen osjećaj
učinkovitosti**

Burnout nastaje kada kronični stres na radnom mjestu nije uspješno upravljano.

Ključno za mlade liječnike: umor nakon teškog dana nije isto što i sagorijevanje. Problem je kroničnost, gubitak smisla i distanciranje od posla i pacijenata.

Što ambulantu čini iscrpljujućom?

Pet izvora pritiska koji se zbrajaju kroz radni dan.

broj kontakata

nejasni simptomi

administracija

mladi
liječnik

emocionalni rad

odgovornost

Opterećenje nije samo “puno pacijenata”; često je presudno stalno prebacivanje pažnje i rad bez jasnih granica.

Što kaže literatura?

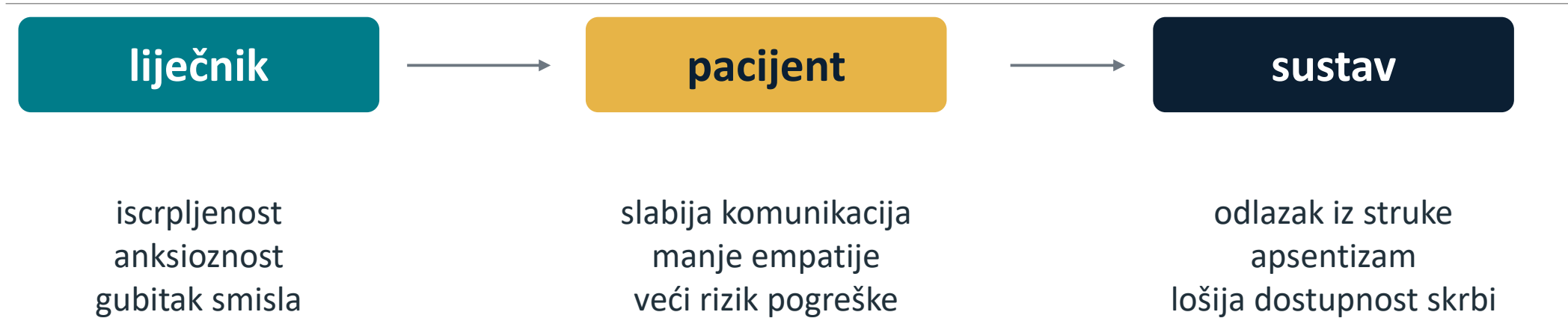
Važna poruka: individualna otpornost nije dovoljna.

- burnout je čest među liječnicima i liječnicima u edukaciji; raspon prevalencije varira zbog različitih mjerenja i populacija
- u obiteljskoj medicini posebno su važni opterećenje, dokumentacija, vremenski pritisak i profesionalna disonanca
- liječnici mogu biti vrlo otporni, a ipak imati simptome burnouta — rješenje mora uključiti i sustav rada
- organizacijske intervencije u pravilu imaju barem jednaku ili veću važnost od individualnih wellness poruka

Nije dovoljno mladom liječniku reći: “budi otporniji”. Treba ga učiti granicama, procesima, komunikaciji i traženju podrške.

Zašto je burnout sigurnosno pitanje?

Ne radi se samo o osobnom osjećaju liječnika.



Briga o liječniku nije suprotnost brizi o pacijentu — to je preduvjet sigurne skrbi.

Najopasnija početnička zamka

“Moram sve riješiti odmah.”

Ne mora se sve riješiti odmah. Mora se procijeniti što je hitno, što je važno, što je moja odgovornost i što može čekati.

hitno danas

uskoro / kontrola

**planirano /
administrativno**

Granice počinju trijažom: ne prema tome tko je najglasniji, nego prema medicinskom riziku.

Profesionalne granice nisu neljubaznost

Granice štite pacijenta, liječnika i kvalitetu skrbi.

što je medicinski indicirano

što je hitno

što je moja odgovornost

- “Danas ćemo riješiti ono što je najvažnije; ostalo ćemo planirati.”
- “Uputnica / lijek nije administrativna usluga, nego medicinska odluka.”
- “Razumijem da ste nezadovoljni, ali moram donijeti sigurnu i opravdanu odluku.”
- “Ovo ne mogu kvalitetno riješiti usput.”

Organizacija radnog dana

Radni dan treba voditi medicinski prioritet, ne buka.

1. isti dan

bolu prsima
dispneja
neurološki ispad
febrilitet
loše opće stanje

2. uskoro

kontrole terapije
stabilna kronična bolest
blaga odstupanja nalaza
kronična bol bez crvenih
zastavica

3. planirano

potvrde
doznake
ponavljanje terapije
preventiva
neurgentne uputnice

Mikropravilo: svaki dan treba imati predviđene “buffer” termine za akutne dolaske, nalaze i neočekivane razgovore.

Komunikacija koja smanjuje konflikt

Empatija + granica + plan.



“Razumijem da ste zabrinuti. Moja je procjena da sada nema znakova hitnog stanja. Napraviti ćemo plan i jasno ću Vam reći kada se morate javiti.”

Emocionalno opterećenje: nevidljivi dio posla

Strah, ljutnja, nemoć, krivnja i moralni distress ulaze u ambulantu s pacijentom.

- teški razgovori: loše vijesti, palijativa, nasilje, ovisnosti, suicidalnost
- nevidljiva patnja liječnika: mnogi funkcioniraju profesionalno i kada su iznutra iscrpljeni
- naglasak je na destigmatizaciji mentalnog zdravlja liječnika i potrebu za zajednicom, sigurnim razgovorom i ranim traženjem pomoći
- cilj nije “otvrdnuti”, nego razviti profesionalnu emocionalnu regulaciju

Ne moramo sve nositi sami. Profesionalnost uključuje i prepoznavanje kada trebamo konzultaciju, podršku ili odmor.

Očuvanje profesionalnog identiteta

Obiteljska medicina nije “ambulanta za sve”, nego disciplina konteksta, kontinuiteta i odluke.

širina

kontinuitet

kontekst

racionalnost

U obiteljskoj medicini često ne liječimo jasnu dijagnozu, nego osobu u trenutku kada dijagnoza tek nastaje.

- smisao smanjuje doživljaj bespomoćnosti
- identitet se čuva kroz dobru medicinu, granice i kontinuitet s pacijentom
- profesionalna održivost znači ostati stručan i empatičan bez samouništenja

Mikrostrategije za pojedinca

Male navike koje smanjuju kumulativno opterećenje.

1 minuta nakon teškog pacijenta

gotove rečenice za granice

konzultacija bez srama

završetak susreta s planom

dokumentacija: dovoljno dobro

ne nositi ambulantu kući

Što mora biti timski i organizacijski?

Burnout se ne rješava samo osobnom meditacijom.

- jasni protokoli za akutne dolaske, nalaze, telefone i administrativne zahtjeve
- realno naručivanje i buffer termini
- podjela posla u timu: liječnik ne mora biti filter za svaku administrativnu stavku
- podrška mladom liječniku: mentor, dostupna konzultacija, kultura bez ponižavanja
- praćenje opterećenja i reorganizacija procesa prije nego ljudi “puknu”

Organizacijska poruka mladom liječniku ne smije biti: “izdrži”, nego: “nisi sam i postoje procesi koji te štite.”

Kratki slučaj za raspravu

Pacijentica dolazi nenaručena 15 minuta prije kraja smjene.

“Doktorice, samo da mi pogledate nalaze, napišete antibiotik jer mi se opet spušta na pluća, uputnicu za kardiologa i bolovanje od jučer. I jako sam nervozna, trebam nešto za smirenje.”

što je medicinski hitno?

što treba novi termin?

koju granicu izgovoriti?

Zadatak za publiku: formulirati odgovor koji je empatičan, ali ne preuzima sve zahtjeve odjednom.

Što napraviti već sutra?

Pet konkretnih praksi za ambulantu.

1. definirati hitno / nehitno

2. uvesti jednu granicu u komunikaciji

3. koristiti kratki zapis: razlog – nalaz – procjena – plan

4. Definirati jasne uloge u timu

5. završiti dan jednim realnim rezom: što može sutra

Cilj nije postati neosjetljiv. Cilj je ostati dobar liječnik bez samouništenja.

Pitanja za okrugli stol

- Koja situacija u ambulanti najviše stvara osjećaj nesigurnosti?
- Kada vam je najteže postaviti granicu pacijentu?
- Što vam je na početku rada bilo najviše administrativno nejasno?
- Kako razlikovati zdravu odgovornost od preuzimanja svega na sebe?
- Što bi fakultet, mentor i ustanova trebali bolje pripremiti za rad u ambulanti?

Literatura i izvori

1. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. J Intern Med. 2018.
2. West CP et al. Interventions to prevent and reduce physician burnout: systematic review and meta-analysis. Lancet. 2016.
3. Panagioti M et al. Controlled interventions to reduce burnout in physicians. JAMA Intern Med. 2017.
4. West CP et al. Resilience and burnout among physicians. JAMA Netw Open. 2020.
5. Agarwal SD et al. Professional dissonance and burnout in primary care. JAMA Intern Med. 2020.
6. Hoff T, Lee DR. Burnout among family physicians in the United States. J Am Board Fam Med. 2024.
7. National Academies. Taking Action Against Clinician Burnout: A Systems Approach. 2019.
8. Sentinel Uma; javni intervjui s Leom Milutinović Murn o mentalnom zdravlju liječnika, burnoutu i destigmatizaciji.