

2. *Lolas F.* Bioethical narratives: toward the construction of social space for moral imagination. *Int J Bioethics* 1996;7:53–5.
3. *Weinstock R, Leong GB, Silva JA.* Ethical guidelines. U: Rosner R (ed). *Principles and practice of forensic psychiatry*. London: Oxford University Press; 2003, str. 57–72.
4. *Candilis PJ, Martinez R, Dording C.* Principles and narrative in forensic psychiatry: toward a robust view of professional role. *J Am Acad Psychiatry Law* 2001;29:167–73.
5. *Bloch S, Pargiter R.* Codes of ethics in psychiatry. U: Bloch S, Chodoff P, Green Sa, ur. *Psychiatric ethics*. 3. izd. Oxford: Oxford University Press; 1999, str. 81–103.
6. *Peters UH.* Un siglo de psiquiatria alemana. *Rev Neuro-Psiquiatr* 2004; 3–4:127–62.
7. *Lifton R.* The Nazi doctors: medical killing and the psychology of genocide. New York: Basic Books; 1986.
8. *Proctor RN.* Racial Hygiene: medicine under the Nazis. Cambridge: Harvard University Press; 1988.
9. *Lopez-Munoz F, Alamo C, Dudley M i sur.* Psychiatry and political-institutional abuse from the historical perspective: The ethical lessons of the Nuremberg Trial on their 60th anniversary. *Progr Neuro-Psychopharmacol Biol Psychiatr* 2007;31:791–806.
10. *Okasha A.* The declaration of Madrid and its implementation. An update. *World Psychiatr* 2003;2:2.
11. The Declaration of Madrid and its implementation. An update *World Psychiatr*. 2003;2(2):65–7.
12. *Hughes JC.* Psychiatric ethics. *Medicine* 2004, 1–3.
13. *McGorry PD, Yung A, Phillips L.* Ethics and early intervention in psychosis: keeping up the pace and staying in step. *Schizophr Res* 2001; 51:17–29.
14. *McGlashan TH.* Psychosis treatment prior to psychosis onset: ethical issues. *Schizophr Res* 2001;51:47–54.
15. *Benatar SM, Bhutta Z, Daar AS i sur.* Clinical ethics revisited: responses (debate). *BMC Medical Ethics* 2001;2:2 <http://www.biomedcentral.com/1472-6939/2/2>
16. *Double D.* The limits of psychiatry. *Br Med J* 2002;324:900–4.
17. *Roberts LW.* Becoming a good doctor: Perceived need for ethics training focused on practical and professional development topics. *Acad Psychiatry* 2005;29(3):301–9.
18. *Finkenbine R, Redwine B, Hardesty S, Carson WH.* Ethical approach in contemporary psychiatry: a pragmatic approach in a psychiatry access center. *Gen Hosp Psychiatr* 1998;20:231–4.
19. *Filaković P, Degmečić D, Kočić E, Benić D.* Ethics of the early intervention in the treatment of schizophrenia. *Psychiatr Danub* 2007;19(3): 209–15.
20. *Leeman CP.* Psychiatric consultations and ethics consultations. Similarities and differences. *Gen Hosp Psychiatr* 2000;22:270–5.
21. *Lederberg MS.* Making's situational diagnosis: psychiatrists at the interface of psychiatry and ethics in the consultation-liaison setting. *Psychosomatics* 1997;38:327–38.
22. *Wootton L, Fahy T.* Dangerous severe personality disorder: beyond the ethical boundary of psychiatry? *Psychiatry* 2006;6(2):52–5.
23. *Jacoby R.* Ethical and legal aspects of dementia. *Psychiatry* 2004; 3(12):33–4.
24. *Emanuel EJ, Wendler D, Grady C.* What makes clinical research ethical? *JAMA* 2000;283:2701–11.
25. *Molnar MJ, Bencsik P.* Establishing a neurological-psychiatric biobank: banking, informatics, ethics. *Cell Immunol* 2006;244:101–4.
26. *Scott YH.* Kim. Evidence based ethics for neurology and psychiatry research. *J Am Soc Exp NeuroTherapeutics* 2004;1:372–7.
27. *Khan A, Warner HA, Brown WA.* Symptom reduction and suicide risk in patient treated with placebo in antidepressant clinical trials: An analysis of the Food and Drug Administration database. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:311–7.
28. *Keck PF jr, Welge JA, McElroy SL, Arnold SM.* Placebo effect in randomized, controlled studies of acute bipolar mania and depression. *Biol Psychiatry* 2000;47:748–755.
29. *Weiss Roberts L, Lauriello J, Geppert C, Keith J.* Placebos and paradoxes in Psychiatric research: An ethics perspective. *Biol Psychiatry* 2001;49:887–93.
30. *Simon RI, Gold LH.* Textbook of Forensic Psychiatry. Washington-London: The American Psychiatric Publishing; 2004.
31. *Appelbaum PS.* A theory of ethics for forensic psychiatry. *J Am Acad Psychiatry Law* 1997;25:233–47.
32. *Goreta M, Peko-Čović I, Buzina N.* Psihijatrijska vještačenja. Knjiga prva: Kazneno pravo. Zagreb, Naklada Zadro, 2004.
33. Zakon o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. Narodne novine br. 79/02.
34. *Ostojić D, Goreta M.* Značenje »informiranog pristanka« prema Zakonu o zaštiti osoba s duševnim smetnjama. U: Goreta M, Jukić V, Turković K, ur. Psihijatrija i zakon. Zagreb: Psihijatrijska bolnica Vrapče; 1998.
35. *Ivezić S.* Stigma psihičke bolesti. *Medix* 2006;64:108–10.
36. *Sartorius N, Shultze H.* Reducing the stigma of mental illness. New York: Cambridge University Press; 2005.

REGIONALIZACIJA NEONATALNOG INTENZIVNOG LIJEČENJA Rezultati i iskustva Klinike za ginekologiju i porodništvo KBC-a Rijeka

REGIONALIZATION OF NEONATAL INTENSIVE CARE

Results and experience at the Department of Gynecology and Obstetrics of Rijeka University Hospital

IGOR PRPIĆ, HERMAN HALLER, OLEG PETROVIĆ, ROBERT KRAJINA,
PETAR VUKELIĆ, ALENKA VUKELIĆ-ŠARUNIĆ*

Deskriptori: Intenzivno liječenje novorođenčadi – organizacija i administracija; Perinatalna skrb – organizacija i administracija; Regionalni medicinski programi – organizacija i administracija; Mortalitet novorođenčadi; Novorođenčad vrlo niske porodne težine; Novorođenčad izrazito niske porodne težine

Sažetak. Cilj. Analiza mortaliteta novorođenčadi izrazito niske (ELBW) i vrlo niske (VLBW) porodne težine u Klinici za ginekologiju i porodništvo KBC-a Rijeka u razdoblju prije, za vrijeme i nakon uvođenja promjena po načelima regionalizacije jedinica intenzivnog liječenja novorođenčadi. U Hrvatskoj taj model nije institucionaliziran pa dobiveni rezultati

* Klinika za ginekologiju i porodništvo, KBC Rijeka (prof. dr. sc. Igor Prpić, dr. med.; prof. dr. sc. Herman Haller, dr. med.; prof. dr. sc. Oleg Petrović, dr. med.; dr. sc. Robert Krajina, dr. med.; Petar Vukelić, dr. med.; mr. sc. Alenka Vukelić-Šarunić, dr. med.)

Adresa za dopisivanje: Prof. dr. sc. I. Prpić, Klinika za ginekologiju i porodništvo, KBC Rijeka, Cambierjeva 17/5, 51 000 Rijeka
Primljeno 20. srpnja 2007., prihvaćeno 12. veljače 2008.

moгу pružiti odgovor na pitanje da li on u našim okolnostima pridonosi snižavanju mortaliteta najugroženije novorođenčadi. *Bolesnici i metode.* Rani neonatalni (RNM), neonatalni (NM) te mortalitet do otpusta iz bolnice (MOB) ELBW i VLBW novorođenčadi uspoređivani su s obzirom na vremensko razdoblje prije uvođenja promjena (1997.–2000.), tijekom promjena (2001.–2002.) i nakon uvedenih promjena (2003.–2006.) *Rezultati.* RNM je značajno snižen u obje skupine novorođenčadi, a NM i MOB samo u VLBW skupini. *Zaključak.* Model regionalizacije jedinica intenzivnog liječenja novorođenčadi značajno snižuje sva tri ispitivana mortaliteta ELBW i VLBW novorođenčadi pa predlažemo da se što prije institucionalizira i ustroji na nacionalnoj razini.

Descriptors: Intensive care, neonatal – organization and administration; Perinatal care – organization and administration; Regional medical programs – organization and administration; Infant mortality; Infant, very low birth weight; Infant, extremely low birth weight

Summary. Objective. To analyse mortality of extremely low (ELBW) and very low (VLBW) birth weight newborns at the Department of Gynecology and Obstetrics of Rijeka University Hospital, before, during and after implementing a model of regionalization of perinatal care. In Croatia this model is still not established so the results can help us evaluate whether the suggested model is practicable and whether its appliance decrease newborns' mortality. *Patients and methods.* We compared early neonatal mortality (RNM), neonatal mortality (NM) and intrahospital mortality (MOB) of ELBW and VLBW newborns at the periods before (1997–2000), during (2000–2001) and after (2003–2006) the implemented changes. *Results.* RNM was significantly lowered for both weight groups, but NM and MOB only for VLBW newborns. *Conclusion.* Our results show that appliance of regionalization of perinatal care is possible and unquestionable on local level, so it should be implemented on national level too.

Liječ Vjesn 2008;130:30–34

Sedamdesetih godina prošlog stoljeća predložen je model regionalnog osnivanja jedinica za intenzivnu skrb i intenzivno liječenje novorođenčadi, kao sastavni dio perinatalne zaštite.^{1,2} Model se zasniva na jasno određenim razinama pružanja opsega i kvalitete medicinske skrbi neonatološke, kao i porođičarske djelatnosti.^{1–3} Ideja je začeta u zemljama Sjeverne Amerike, da bi je poslije prihvatile gotovo sve razvijenije zemlje.^{4–6} Od tada su rezultati više studija dokazali učinkovitost navedenog modela u snižavanju mortaliteta novorođenčadi, napose onih vrlo niske (VLBW) te izrazito niske porodne težine (ELBW).^{7–10}

Kod nas je model regionalizacije perinatalne zaštite prvi put predložen još 1984. godine, a do danas je u više navrata razrađivan, poštujući specifičnosti zdravstvenog sustava.^{3,11} Prema spomenutom modelu organizacija perinatalne zaštite odvijala bi se u tri razine, od kojih treća razina omogućava liječenje najugroženije skupine novorođenčadi i trudnica.¹² Uspkos tomu regionalizacija ni do danas nije u nas institucionalizirana, već se zasniva na entuzijazmu medicinskih djelatnika pojedinih centara, tj. pokušaju primjene dokazanih međunarodnih stručnih preporuka za razvoj struke. Nažalost, formalno priznanje i posebno financiranje su izostali.

Potaknuti tim saznanjima učinili smo posljednjih godina značajan napor u reorganizaciji perinatalne skrbi Klinike za ginekologiju i porođništvo KBC-a Rijeka.^{13,14} Reorganizacija je bila posebno usmjerena na unaprjeđenje intenzivnog liječenja i skrbi novorođenčadi s obzirom na to da novorođenčad niske porodne težine čini značajan udio u perinatalnom mortalitetu.¹⁵ Stoga, cilj ovoga rada uključuje analizu mortaliteta novorođenčadi izrazito niske (ELBW) i vrlo niske (VLBW) porodne težine u razdoblju prije, za vrijeme i nakon uvođenja sustavnih promjena po načelima regionalizacije jedinica intenzivnog liječenja novorođenčadi. Dobiveni rezultati trebaju pružiti odgovor na pitanje je li u našim uvjetima taj model ostvariv te da li pridonosi snižavanju mortaliteta najugroženije skupine novorođenčadi.

Bolesnici i metode

Prikupljeni su podaci o broju živorođene djece u Klinici za ginekologiju i porođništvo KBC-a Rijeka u razdoblju od 1997. do 2006. godine temeljem sustavno vođene računalne banke podataka. Analizirane su dvije skupine novorođen-

čadi – izrazito niske porodne težine – od 500 do 999 grama (ELBW) i vrlo niske porodne težine – od 1000 do 1499 grama (VLBW). U ispitivanom razdoblju rođeno je 28.607 živorođene djece, od toga 113 ELBW i 173 VLBW, što je iznosilo 0,4% odnosno 0,6% od ukupnog broja živorođene djece.

Mortalitet novorođenčadi uspoređivan je s obzirom na tri razdoblja:

- od 1997. do 2000. godine kao razdoblje prije uvođenja promjena;
- od 2001. do 2002. godine kao prijelazno razdoblje kada su se uvodile promjene;
- od 2003. do 2006. godine kao razdoblje nakon uvedenih promjena.

Mortalitet je prikazan za svako razdoblje te za svaku težinsku skupinu. Iskazan je u apsolutnim brojevima te kao rani neonatalni mortalitet (RNM); za one umrle tijekom prvih sedam dana života, neonatalni mortalitet (NM) za novorođenčad umrlu tijekom prvih 28 dana života (neonatalni mortalitet u sebi uključuje i djecu umrlu tijekom prvih 7 dana života, tj. rani neonatalni mortalitet) te kao ukupni bolnički mortalitet (MOB), koji uključuje RNM, NM, kao i svu ostalu djecu umrlu nakon 28. dana života, a koja su umrla do otpusta iz bolnice. Rezultati su iskazani i kao postotak od ukupno živorođenih u ispitivanoj težinskoj skupini.

Za ukupni bolnički mortalitet korišteni su i podaci Klinike za dječje bolesti KBC-a Rijeka, kamo je određen broj novorođenčadi premješten nakon boravka u Klinici za ginekologiju i porođništvo.

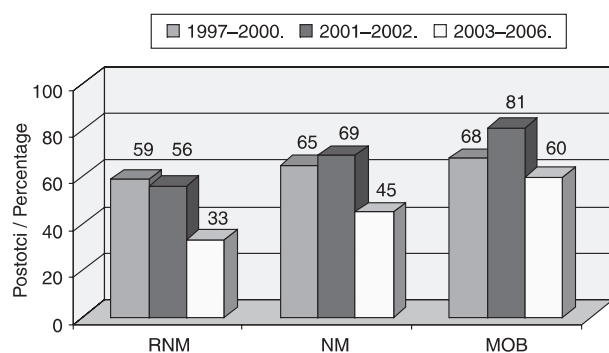
Statistička obrada podataka učinjena je primjenom računalnog programa »Statistica« (Data Analysis Software System, ver. 7.1., StatSoft, Inc., 2005). Testiranje eventualnog postojanja statistički značajne razlike između parametara u pojedinim razdobljima izvedeno je putem hi-kvadrat testa (na razini značajnosti $P < 0,05$).

Rezultati

U skupini ELBW statistički značajno je bilo sniženje RNM ($\chi^2=7,24$, $p=0,026$). Sniženje NM i MOB bilo je također razvidno, iako ne i statistički značajno ($\chi^2=5,10$, $p=0,078$). Rezultati su prikazani na tablici 1.

Tablica 1. Rani neonatalni mortalitet (RNM), neonatalni mortalitet (NM) i mortalitet do otpusta iz bolnice (MOB) za novorođenčad PT 500 do 999 g (ELBW) u razdobljima 1997.–2000. godine, 2001.–2002. godine i 2003.–2006. godine u Klinici za ginekologiju i porodništvo KBC-a Rijeka
 Table 1. Early neonatal mortality (RNM), neonatal mortality (NM) and intrahospital mortality (MOB) for newborns 500–999 g birthweight (ELBW) in the periods 1997–2000, 2001–2002 and 2003–2006 at the Department of Gynecology and Obstetrics

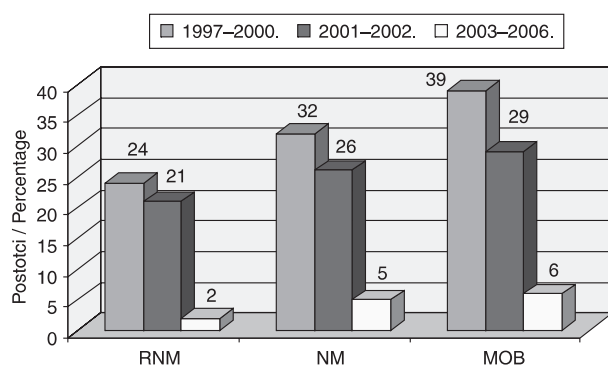
	Razdoblja (godine)/Periods (years)						χ^2	P
	1997–2000.		2001–2002.		2003–2006.			
Ukupno rođenih/Total newborns od/from 500 g do/to 999 g	37		16		60			
	N	%	N	%	N	%		
Rani neonatalni mort. – RNM early neonatal mortality	22	59,5	9	56,3	20	33,3	7,24	0,026
Neonatalni mort. – NM neonatal mortality	24	64,9	11	68,8	27	45,0	5,1	0,078
Mortalitet do otpusta – MOB intrahospital mortality	25	67,6	13	81,3	36	60,0	2,63	0,268



Slika 1. Postotni prikaz umrlih u prvih sedam dana (RNM), u prvih 28 dana (NM) i mortaliteta do otpusta iz bolnice (MOB) za novorođenčad PT 500–999 g (ELBW) u Klinici za ginekologiju i porodništvo KBC-a Rijeka u razdobljima 1997.–2000. godine, 2001.–2002. godine i 2003.–2006. godine

Figure 1. Percentage of newborns birthweight 500–999 g (ELBW) who died within first 7 days (RNM), within 28 days (NM) and percentage of intrahospital mortality (MOB) at the Department of Gynecology and Obstetrics in the periods 1997–2000, 2001–2002 and 2003–2006

Slika 1. prikazuje udio umrle novorođenčadi porođajne težine između 500 do 999 g u prvih sedam dana (RNM), u prvih 28 dana (NM) i do otpusta iz bolnice (MOB) u Klinici za ginekologiju i porodništvo KBC-a Rijeka u razdobljima 1997.–2000., 2001.–2002. i 2003.–2006. godine. U skupini ELBW novorođenčadi, u prvom, drugom i trećem razdoblju udio RNM iznosio je 59%, 56% i 33%; NM 65%, 69% i 45%, a učestalost MOB-a iznosila je 68%, 81% i 60%.



Slika 2. Postotni prikaz umrlih u prvih sedam dana (RNM), u prvih 28 dana (NM) i mortaliteta do otpusta iz bolnice (MOB) za novorođenčad PT 1000–1499 g (VLBW) u Klinici za ginekologiju i porodništvo KBC-a Rijeka u razdobljima 1997.–2000., 2001.–2002. i 2003.–2006.

Figure 2. Percentage of newborns birthweight 1000–1499 g (VLBW) who died within first 7 days (RNM), within 28 days (NM) and percentage of intrahospital mortality (MOB) at the Department of Gynecology and Obstetrics in the periods 1997–2000, 2001–2002 and 2003–2006

Na tablici 2. prikazani su rezultati za novorođenčad u skupini VLBW. Usporedbom svih triju razdoblja dokazana je statistička značajnost u sniženju RNM ($\chi^2=15,09$, $p=0,0005$), NM ($\chi^2=17,07$, $p=0,0001$) i MOB ($\chi^2=20,69$, $p=0,00003$).

U skupini VLBW novorođenčadi iznosio je RNM za ispitivana razdoblja 24%, 21% i 2%, NM 32%, 26% i 5%, a MOB je iznosio 39%, 29% i 6%.

Tablica 2. Broj umrle novorođenčadi PT 1000–1499 g (VLBW) u prvih sedam dana (RNM), u prvih 28 dana (NM) te umrlih do otpusta iz bolnice (MOB) u razdobljima 1997.–2000. godine, 2001.–2002. godine i 2003.–2006. godine u Klinici za ginekologiju i porodništvo KBC-a Rijeka
 Table 2. Early neonatal mortality (RNM), neonatal mortality (NM) and intrahospital mortality (MOB) for newborns 1000–1499 g birthweight (VLBW) in the periods 1997–2000, 2001–2002 and 2003–2006 at the Department of Gynecology and Obstetrics

	Razdoblja (godine)/Periods (years)						χ^2	P
	1997–2000.		2001–2002.		2003–2006.			
Ukupno rođenih/Total newborns od/from 1000 g do/to 1499 g	74		34		65			
	N	%	N	%	N	%		
Rani neonatalni mort. – RNM early neonatal mortality	18	24,3	7	20,6	1	1,5	15,09	0,0005
Neonatalni mort. – NM neonatal mortality	24	32,4	9	26,5	3	4,6	17,07	0,0001
Mortalitet do otpusta – MOB intrahospital mortality	29	39,2	10	29,4	4	6,2	20,69	0,00003

Rasprava

Prijevremeno rođena novorođenčad čini svega 5–6% ukupne novorođenačke populacije, a djeca niske (VLBW) i izrazito niske (ELBW) porodne težine čine svega oko 1% ukupno rođene djece. Ipak, premda rijetka pojava, ova djeca sudjeluju s više od 70% u perinatalnom mortalitetu.^{12,15} Stoga se smrtnost novorođenčadi spomenute težinske skupine smatra dobrim pokazateljem kvalitete cjelokupne perinatalne skrbi određenog područja ili zemlje.^{12,16}

Iz tog razloga zasebno je analiziran učinak provedenog modela regionalizacije perinatalne zaštite koji je bio posebno usmjeren na reorganizaciju neonatološkog intenzivnog liječenja. U tu svrhu uveli smo pružanje više razine zdravstvene skrbi za najugroženiju skupinu novorođenčadi neposredno uz rađaonicu. Dodatno smo proveli ciljanu izobrazbu zdravstvenih djelatnika stručnim tečajevima i stručnim boravcima u suvremenim jedinicama intenzivnog liječenja novorođenčadi u zemlji i inozemstvu. Posebna pažnja bila je usmjerena na izobrazbu srednjega medicinskog osoblja.

Prije razdoblja uvođenja promjena Jedinica intenzivnog liječenja novorođenčadi Klinike za ginekologiju i porodništvo KBC-a Rijeka nije raspolagala uporabljivim respiratorom za novorođenčad, dok je također oskudijevala u broju inkubatora i potrebne dodatne opreme (monitori, infuzijske pumpe i dr.). Tijekom ispitivanog razdoblja (počevši od 2002. godine) osigurana je dodatna opremljenost medicinskom opremom, što je zasigurno pridonijelo kvalitetnijoj skrbi ugrožene novorođenčadi, tj. sniženju njihove smrtnosti. Ostaje međutim činjenica da su jedinice intenzivnog liječenja novorođenčadi u Hrvatskoj još uvijek nedostavno opremljene.¹⁷

Uspoređujući tri vremenska razdoblja – prije uvođenja promjena, tijekom sprovođenja promjena i nakon sprovedenih promjena dokazano je značajno sniženje RNM u ELBW novorođenčadi (tablica 1, slika 1). Dobiveni rezultati potvrđuju saznanja da je mortalitet novorođenčadi ovisan o organizacijskome modelu intenzivnog liječenja novorođenčadi.^{8–10}

Sniženje NM i MOB u skupini ELBW novorođenčadi, postignuto je također nakon uvođenja promjena, no razlika nije bila statistički značajna s obzirom na prethodno razdoblje prije uvođenja promjena. Razlog tomu može biti kratko vremensko razdoblje koje je analizirano, pogotovo u analizi NM. Nadalje, veći broj novorođenčadi u prvom i drugom analiziranom razdoblju transportirao se u Kliniku za dječje bolesti KBC-a Rijeka, udaljenu oko 5 km, a potrebno razdoblje za transport («od inkubatora do inkubatora») iznosilo je približno 30 do 45 minuta. Transport po sistemu «od sebe» ima dokazano negativan učinak na preživljavanje novorođenčadi.^{18,19} Ipak, RNM, NM i MOB ELBW novorođenčadi sukladni su rezultatima razvijenih zemalja, a za razdoblje od 2003. do 2007. godine bili su niži od nacionalnog prosjeka.^{20,21}

Važno je napomenuti da RNM u ELBW novorođenčadi nije lažno snižen na račun kasnijeg mortaliteta. Dokaz tomu je činjenica da se NM i MOB nisu povisivali nakon uvođenja promjena, štoviše, prema našim rezultatima oni su se čak i snizili (slika 1).

Najznačajnije sniženje mortaliteta (RNM, NM, MOB) ostvareno je u skupini VLBW novorođenčadi, i to u razdoblju nakon uvođenja promjena, od 2003. do 2006. godine. Svi oblici mortaliteta u VLBW skupini novorođenčadi (RNM, NM i MOB) bili su također ispod nacionalnog prosjeka.^{20,21}

Posebno ističemo činjenicu da za vrijeme uvođenja promjena (razdoblje 2001.–2002. g) nije došlo do značajnog porasta mortaliteta u ispitivanim skupinama novorođenčadi (slika 1, slika 2), što je odraz planskog uvođenja organizacijskih i stručno-medicinskih promjena.

KBC Rijeka je po predloženom modelu nacionalne regionalizacije perinatalne zaštite jedan od regionalnih centara u Hrvatskoj (III. razina).^{3,22} Prema tome modelu jedinica intenzivnog liječenja novorođenčadi Klinike za ginekologiju i porodništvo KBC-a Rijeka, osposobljena je za liječenje i skrb najugroženije skupine novorođenčadi i trebala bi biti centar izvrsnosti iz područja neonatologije u Hrvatskoj.

Kako je već istaknuto, regionalizacija perinatalne zaštite u nas zasniva se još i danas gotovo isključivo na neformalnim nastojanjima pojedinih centara u praćenju suvremenih standarda medicinske struke. Valja istaknuti da za sada ne postoje pravni ni jedinstveni stručni kriteriji s jasno definiranom organizacijskom strukturom i obvezujućom hijerarhijom bolnica. Predloženi sustav regionalizacije otvara pitanje financiranja zdravstvenih institucija s obzirom na očekivani stupanj pružanja zdravstvene zaštite. Kvalitetna perinatalna skrb, a pogotovo intenzivno liječenje novorođenčadi izrazito su skupi i potrebno ih je neprestano nadopunjavati u stručnom, organizacijskom i kadrovskom smislu, što je nemoguće bez primjerenoga sustavnog financijskog planiranja i ulaganja.

Jedinica intenzivnog liječenja novorođenčadi Klinike za ginekologiju i porodništvo KBC-a Rijeka praktično ispunjava kriterije regionalnog centra. U trenutnim okolnostima tek deklarativnog priznavanja regionalizacije perinatalne skrbi i nepostojanja akreditacija bolnica, stručne aktivnosti se obavljaju u okviru dopuštenih materijalnih mogućnosti, ali s reprezentativim rezultatima.

Zaključak

Postignuti rezultati nedvojbeno dokazuju ne samo s medicinskog već i s društvenog aspekta da je naš aktualni model regionalizacije intenzivnog liječenja i skrbi novorođenčadi izrazito učinkovit te da je on važna sastavnica ukupne perinatalne skrbi. Zaključujemo da je potrebno nastaviti provedbu predloženog modela regionalizacije ukupne perinatalne skrbi, što prije ga institucionalizirati i ustrojiti na nacionalnoj razini.

LITERATURA

1. Swyer P. The regional organization of special care for the neonate. *Pediatr Clin North Am* 1970;17:761–76.
2. Russel P, Gardiner SB, Nichols EE. A conceptual model for regionalization and consolidation of obstetric-gynecologic service. *Am J Obstet Gynecol* 1975;121:756–64.
3. Dražančić A, Filipović-Grčić B, Rodin U. Regionalizacija perinatalne zaštite. *Gynaecol Perinatol* 2003;12(suppl.1):124–34.
4. Usher R. Changing mortality rates with perinatal intensive care and regionalization. *Seminar Perinatol* 1977;1:309–19.
5. Ohlsson A, Folin L. Reproductive medical care in Sweden and the Province of Ontario, Canada. A comparative study. *Acta Paediatr Scand* 1983;306(suppl):1–15.
6. Mantagos S. Neonatal-perinatal care in Greece. *J Perinatol* 1997;17:156–60.
7. Paneth N, Kiely JL, Wallenstein S, Mercus M, Pacter J, Susser M. Newborn intensive care and neonatal mortality in low birth weight infants: A population study. *N Engl J Med* 1982;307:149–55.
8. Menard MK, Liu Q, Holgren LA, Sappenfield M. Neonatal mortality for very low birth deliveries in South Carolina by levels of hospital perinatal service. *Am J Obstet Gynecol* 1998;179:374–81.
9. Yeast JD, Poskin M, Stockbauer JW, Shaffer S. Changing patterns in regionalization of perinatal care: impact on mortality and morbidity. *Am J Obstet Gynecol* 1998;178:131–5.

10. Bode MM, O'Shea TM, Metzguer KR, Stiles AD. Perinatal regionalization and neonatal mortality in North Carolina 1968–1994. *Am J Obstet Gynecol* 2001;184:1302–7.
11. Dražančić A. Antenatalna zaštita. U: Dražančić A i sur. (ur.). I jugoslavenski kongres perinatalne medicine, Zagreb 1982. Čakovec: Zrinski; 1984, str. 11–54.
12. Dražančić A, Rodin U, Filipović-Grčić B. Perinatalna zaštita u Hrvatskoj. *Liječ Vjesn* 2007;129:87–99.
13. Petrović O, Prpić I. Perinatalni mortalitet i neonatalni morbiditet u KBC Rijeka u 2002. godini. *Gynaecol Perinatol* 2003;12(suppl.2):37–9.
14. Petrović O, Sindik N, Prpić I, Prodan M, Haller H. Utječe li učestalost carskog reza na perinatalni mortalitet (KBC Rijeka – 2004. godina). *Gynaecol Perinatol* 2005;14(suppl. 3):S45–S47.
15. Dražančić A, Rodin U. Perinatalni mortalitet u Republici Hrvatskoj u 2005. godini. *Gynaecol Perinatol* 2006; 15(4):217–39.
16. Anonimus. Neonatal and perinatal mortality: country, regional and global estimates. World Health Organization 2006.
17. Stanojević M. Opremljenost rodilišta u Republici Hrvatskoj 2003. godine – neonatologija. *Gynaecol Perinatol* 2004;13(suppl. 39):36–44.
18. Nikolić E, Filipović-Grčić B, Dražančić A. Transport ugrožene novorođenčadi »k sebi« i regionalna organizacija perinatalne zaštite. *Gynaecol Perinatol* 2002;11:25–34.
19. Pieper CH, Smith J, Kirsten GF, Malan P. The transport of neonates to an intensive care unit. *South African Med J* 1994;84:801–3.
20. Filipović-Grčić B, Kniewald H, Grizelj-Šovagović R i sur. Mortalitet novorođenčadi u Republici Hrvatskoj u 2005. godini. *Gynaecol Perinatol* 2006; 15(4):240–7.
21. European health for all database (HFA-DB) – World Health Organization Regional Office for Europe-Updated: January 2007. (citirano lipanj 2007). Dostupno sa URL: <http://data.euro.who.int/hfad/>
22. Hrvatski liječnički zbor, Hrvatsko društvo za perinatalnu medicinu. Prijedlog organizacije perinatalne zaštite u Republici Hrvatskoj. *Gynaecol Perinatol* 2003; 12(3):87–99.



Vijesti News

POVJERENSTVO ZA ODLIČJA I PRIZNANJA HRVATSKOGA LIJEČNIČKOG ZBORA

n/p PREDsjedNICIMA STRUČNIH DRUŠTAVA I PODRUŽNICA HLZ-a

Poštovane kolegice i kolege,

u veljači 2009. godine bit će 135 godina uspješnog neprekidnog djelovanja Hrvatskoga liječničkog zbora. Sve važne obljetnice HLZ-a obvezuju nas da ih na dostojan način predstavimo i obilježimo.

U ovim prigodama uobičajeno je da se određeni broj zaslužnih članova nagradi posebno pisanom i dizajniranom Diplomom za 135. obljetnicu HLZ-a.

Zbog velikog broja registriranog članstva (10 340), njegova dugotrajnog pojedinačnog neprekidno djelovanja u promidžbi, unapređenju stručnog i znanstvenog rada, promicanju etičkih i moralnih vrijednosti u tijelima Zbora, kao i očuvanju zdravlja hrvatskoga naroda, nužno je odrediti i broj mogućih dobitnika ove jubilarne nagrade. Hrvatski liječnički zbor u svom sastavu ima 26 Podružnica, 121 Stručno društvo, 23 Sekcije i 2 Kluba, te 4 Povjerenstava, Glavni i Izvršni odbor, Nadzorni odbor, Sud časti, Stručni savjet HLZ-a i Uredništva časopisa i listova HLZ-a.

Na 12. sjednici Glavnog odbora HLZ-a od 17. travnja 2007. godine, prihvaćeno je da se na svakih 50 članova Podružnice i Stručnog društva dodijeli jedna diploma, a u Podružnicama i Stručnim društvima koji imaju manje od 50 članova još jedna diploma.

Podružnice i Stručna društva dodijelit će Diplomu **svim živim predsjednicima i tajnicima.**

Obvezatni pojedinačni nosioci Diplome 135. obljetnice jesu i **svi dosadašnji predsjednici HLZ-a, članovi sadašnjega Glavnog i Izvršnog odbora, Nadzornog odbora, Suda časti, Povjerenstava HLZ-a, predsjednici Stručnog savjeta i svi živi urednici i predsjednici Savjeta časopisa HLZ-a, predsjednik AMZH, HLK, HSK, HAZU i akademici liječnici, dekani i MF Zagreb, Rijeka, Split i Osijek, dekan i Stomatološki fakultet Zagreb, Crveni križ Hrvatske, Svjetski zbor hrvatskih liječnika.**

Osim toga upravno-organizacijska tijela zdravstva (**Ministarstvo, HZZO**), istaknuti medicinski znanstvenici izvan zemlje i vodeći sponzori proslave 135. obljetnice HLZ-a.

Pojedince i organizacije u ovom slučaju predlažu predsjednik Zbora i Glavni odbor.

Sve Podružnice i društva prema navedenom kriteriju odredit će broj članova, pazеći da se imena predloženih za Diplome ne bi duplirala i ponavljala u prijedlozima Podružnica i Društava, odnosno onim tijelima HLZ-a koja su obvezatni nosioci nagrade.

Zbog vremenskih rokova, opsega posla, prikupljanja imena za dobitnike **Diplome 135. obljetnice HLZ-a**, Podružnice i Stručna društva *dostaviti će imena predloženika Glavnom odboru HLZ-a, Povjerenstvu za odličja i priznanja HLZ-a najkasnije do 31. ožujka 2008. godine.*

Obavijest o točnom datumu i mjestu održavanja svečane proslave objavit će se naknadno.

Sadašnje i sve buduće obavijesti u vezi s proslavom uputit će se Podružnicama i Društvima elektroničkom poštom i objaviti na web-stranici HLZ-a, www.hlz.hr.

Predsjednik Povjerenstva za odličja HLZ-a
prim. Zvonimir Dittrich, dr. med.

Predsjednik HLZ-a
prim. dr. sc. Hrvoje Šobat, dr. med.