

Kakovost v zdravstvu/Quality of health service

## PRIMERJAVA SLOVENSКИH PERINATALNIH PODATKOV Z EVROPSKIMI ALI ČIM BOLJ NAZAJ GLEDAMO, DLJE V PRIHODNOST BOMO VIDELI

THE COMPARISON OF SLOVENIAN AND EUROPEAN PERINATAL DATA OR AS  
MORE BACK WE LOOK FURTHER INTO THE FUTURE WE WILL SEE

Živa Novak, Ivan Verdenik

Ginekološka klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Šljajmerjeva 3, 1000 Ljubljana

---

### Izvleček

- Izhodišča** *Slovenija se s perinatalnimi podatki umešča med druge evropske države: na nekaterih področjih v dobrem, na nekaterih v manj dobrem smislu. Analiziranje trendov v drugih državah in primerjanje nam pomaga načrtovati spremembe v organizaciji in delovanju za učinkovito spopadanje z drugačnimi izzivi, kot so današnji. Ob uvedbi novih tehnologij želimo strokovno in z dokazi podprto odgovarjati na nova, tudi etična vprašanja.*
- Metode** *Primerjali smo slovenske perinatalne rezultate od 1987 do 1996, rezultate projekta PERI-STAT 2000 in EURO-PERISTAT 2004 z vključenimi slovenskimi perinatalnimi podatki.*
- Rezultati** *Prikazani so nekateri izstopajoči slovenski perinatalni podatki. Odstotek carskih rezov je najnižji med 26 državami v Evropi. Po številu zanositev po oploditvi z biomedicinsko pomočjo je Slovenija na drugem mestu. Zelo malo je nosečnosti pri mladoletnicah. Na videz visoka maternalna umrljivost je tudi odraz natančnega beleženja in povezave več baz podatkov. Sorazmerno visoka mrtvorojenost lahko zrcali dejstvo, da vedno upoštevamo tudi zaradi malformacij ploda sprožene porode.*
- Zaključki** *Imamo orodja za kakovostno zbiranje perinatalnih podatkov, vendar jih moramo uporabljati, predvsem pa izvajati cikle audita. Da bodo podatki zares primerljivi, pripravimo definiranje za vnose v Nacionalni perinatalni informacijski sistem (NPIS) in jih naredimo zlahka dostopne na našem forumu <http://www.obgyn-si.org/>. Pri spremembi porodnega zapisnika dodajmo vanj kazalce predporodnega varstva – in jih prepisujemo iz dobro izpolnjenih (elektronskih ali papirnatih) materinskih knjižic. Namesto podatka o raku prostate pri dedku v materinski knjižici vnesimo rubriko s presejalnimi testi, s katerimi ugotavljamo tveganje za prezgodnji porod (anamneza in meritev materničnega vratu), v 12. tednu za preeklampsijo in zastoj rasti ploda (ultrazvočni in biokemični kazalci), nosečnostno sladkorno bolezen in debelost (indeks telesne mase, razmerje pas–boki) ter hipotiroidizem in pustimo nekaj praznih rubrik za presejalne teste, ki prihajajo. Uporabljajmo postopke, ki so dokazano učinkoviti (npr. progesteron za preprečevanje ponovnega prezgodnjega poroda).*
- Ključne besede** *zelo prezgodnji porod; oploditev z biomedicinsko pomočjo; projekt EURO-PERISTAT; nosečnost kot presejalni test; maternalna obolevnost*

---

### Abstract

- Background** *Slovenian perinatal results are compared with European results: sometimes they are in the higher, sometimes in the lower range. Analysing trends and comparisons with other coun-*

---

### Avtorica za dopisovanje / Corresponding author:

Živa Novak, Ginekološka klinika, Univerzitetni klinični center Ljubljana, Šljajmerjeva 3, 1000 Ljubljana

*tries helps in planning changes in organisation and function so we are prepared for future challenges. Introduction of new technologies demands appropriate answers to challenges, including ethical ones.*

Methods	<i>We compared perinatal results in Slovenia from 1987 to 1996, the PERISTAT project results from the year 2000 and the EURO-PERISTAT project with 2004 perinatal results including the Slovenian.</i>
Results	<i>Some of the more prominent Slovenian perinatal results are shown. Cesarean section rate is the lowest among 26 countries in Europe. Deliveries after artificial reproductive techniques are second most frequent. Teenage pregnancies are very rare. Seemingly high maternal mortality mirrors also strict recording and cross checking with other data bases. Relatively high stillbirth rate may reflect the fact that all induced labours for fetal malformations are recorded.</i>
Conclusions	<i>In Slovenia we do have tools for quality collection of perinatal results which should be used and audited. To have comparable results inside Slovenia, definitions should be written at <a href="http://www.obgyn-si.org/">http://www.obgyn-si.org/</a>. When changing delivery record markers of prenatal care should be added – they could be easily obtained from maternity booklets (electronic or paper). In maternity booklet there is a place to write about grand dad prostate cancer; let us replace it with risk factors for preterm delivery (medical history and cervical length), 12 weeks screening for preeclampsia and intrauterine growth restriction (ultrasonic and biochemical markers), gestational diabetes and obesity (body mass index, waist – hips ratio) and hypothyroidism; let us leave some free space for the future screening tests. Known and proven efficient management (e.g. progesterone for recurrent preterm delivery prevention) should be used.</i>
<b>Key words</b>	<i>very preterm delivery; artificial reproductive techniques; EURO-PERISTAT project; pregnancy as a screening test; maternal morbidity</i>

## Uvod

Zbiranje podatkov ni samo sebi namen. Samo z dobrimi podatki lahko preverjamo svoje delo in ga izboljšujemo. Dober primer učinkovitih analiz in priporočil je prepoved vnosa več embrijev zaradi slabih perinatalnih rezultatov pri večplodnih nosečnostih, ki ga je Slovenija uveljavila precej prej kot nekatere druge države.

Perinatalno zdravje ima dolgoročne posledice: nosečnost je presejalni test materinega zdravja. Za nosečnice, ki zbolijo za sladkorno boleznijo ali hipertenzijo, vemo, da je tveganje zanje, da bodo nekoč v življenju zbolele za temi boleznimi, višje (1). Prav tako so npr. otroci, rojeni s hudim zastojem rasti, v odrasli dobi bolj ogroženi za metabolični sindrom.

Ob razpravah v slovenskem strokovnem okolju o določenih boleznih in stanjih pogosto napačno domnevamo, da vsi v Sloveniji uporabljajo enake definicije. Prav različne definicije so velikokrat razlog za na videz velike razlike. Tako lahko razumemo, da tudi v Evropi enostavna neposredna primerjava podatkov med državami ni smiselna, saj so poleg razlik v definicijah še razlike v kakovosti podatkov, zakonskih predpisih, popolnosti pokritja in zajema podatkov, v povezavi različnih baz podatkov ter, ne najmanj pomembno, interpretaciji podatkov.

## Evropski podatki

Namen projekta PERISTAT (2), ki se je začel 1999, je bil priporočiti skupine kazalcev za področja neonatal-

nega in maternalnega zdravja, populacijskih kazalcev z dejavniki tveganja ter kazalcev perinatalne skrbi. V projektu so sodelovali kliniki, epidemiologi, statistiki in v drugem krogu procesa DELPHI tudi babice. Izbranih je bilo 10 osnovnih kazalcev, 11 priporočenih in 12 kazalcev za obravnavo v prihodnje. S temi kazalci so, zavedajoč se vseh metodoloških problemov, primerjali podatke za 15 tedanjih držav EU za leto 2000. Ker nekatere države niso mogle priskrbeti vseh podatkov za to leto, so upoštevali tudi podatke za nekaj let pred tem, nepopolne podatke (deli držav) in francoski način pregleda podatkov (en teden v letu, oplemeniten z anketiranjem porodnic).

Projekt se je nadaljeval v EURO-PERISTAT (3), v katerem sva dejavno sodelovala tudi avtorja. Projekt je zajel podatke za 25 držav EU (vse razen Bolgarije in Romunije) ter Norveško za leto 2004. Usklajevanje podatkov, da so primerjave sploh mogoče, je bilo eno od glavnih področij dela projekta. Podatki 280 strani dolge publikacije so prosto dostopni na spletu, saj je, kot pove podnaslov, glavni namen projekta »boljša statistika za boljše zdravje žensk in njihovih otrok«. V poročilu EURO-PERISTAT ni države, ki bi bila najboljše na vseh področjih. Ob analiziranju razlogov za razlike v kazalcih perinatalnega zdravja v evropskih državah vsaka država lahko najde možnosti za izboljšanje svojih rezultatov z učenjem od druge države. Namen poenotenja kazalcev v okviru projekta EURO-PERISTAT je zagotoviti spremljanje perinatalnega zdravja v Evropi in ga izboljševati.

EURO-PERISTAT je povezan tudi z drugimi evropskimi projekti na področju perinatalnega zdravja: SCPE

(nadzor cerebralne paralize), EUROCAT (nadzor kongenitalnih anomalij) in EURONEOSTAT (nadzor neonatalnih podatkov). Sodelovanje Slovenije v teh projektih se lahko zelo izboljša.

## Primerjava slovenskih in evropskih perinatalnih podatkov

V Sloveniji zbiramo perinatalne podatke v Nacionalnem perinatalnem informacijskem sistemu (NPIS) že od leta 1987. Verdenik in Pajntar sta 1998 izdala publikacijo z rezultati prvih desetih let (4).

Zelo zanimivo je raziskovati trende iz podatkov NPIS za prvih deset let, razdeljenih v dve petletni obdobji, podatke projekta PERISTAT iz leta 2000, podatke projekta EURO-PERISTAT in slovenske podatke v tem projektu iz leta 2004 ter aktualne slovenske perinatalne podatke; slednji so vsebina drugih prispevkov.

Za ilustracijo je navedenih le nekaj zanimivih primerjav.

## Maternalna umrljivost, carski rezi in maternalna obolenost

V nasprotju s splošnim prepričanjem, da so za večino *maternalne umrljivosti* (MU) v razvitih državah odgovorni posredni vzroki, so bili glavni vzroki MU v Evropi leta 2000 embolije, krvavitve in hipertenzivne bolezni. Ti trije in drugi neposredni vzroki (4,9 na 100000 živorojenih) so bili več kot trikrat pogostejši kot vsi posredni skupaj (1,5 na 100000); tudi 2004 je bilo razmerje podobno. Relativno tveganje za MU je bilo leta 2000 za porode s carskim rezom 3,8 krat višje kot za vaginalne porode (carski rez je tudi neodvisni dejavnik tveganja poleg tega, da so ženske, ki imajo carski rez, lahko bolj bolne). Nova huda patologija zaradi vraščene posteljice je povezana s ponovnimi carskimi rezi (5).

Ob naraščanju odstotka *carskih rezov*, ki v Evropi najbolj raste v skupini donošenih enojčkov v glavni vstavi, je to pomemben podatek. V Sloveniji je bilo v obdobju 1987 do 1991 7,35 % (od tega 30 % elektivnih) carskih rezov, od 1992 do 1996 8,86 % (34 % elektivnih), leta 2004 pa 14,4 % (od tega 37 % elektivnih). Slovenija je imela v Evropi 2004 najnižji odstotek carskih rezov, druga je bila Norveška s 15,6 % carskih rezov in z 32 % elektivnih. Najvišji odstotek carskih rezov je bil 37,8 % v Italiji, kjer je elektivnih carskih rezov že 66 % od skupnega števila. Kot je torej razvidno v Sloveniji raste odstotek vseh carskih rezov in še hitreje elektivnih carskih rezov in se bo kot tak trend nadaljeval. Z anamnezo, analizo popisov bolezni in ultrazvočnim pregledom se moramo naučiti, katere porodnice imajo visoko tveganje za te zaplete in se nanje ustrezno pripraviti.

Tabelo o maternalni umrljivosti v poročilu EURO-PERISTAT prebirajmo skrbno in skupaj z legendo: navedeno je, da so podatki za leti 2003 in 2004. Tri države niso pridobile podatkov; nekatere države (deli držav) niso dali podatkov o številu živorojenih; nekatere so dale podatke o MU le za eno leto, ali na število vseh nosečnosti (ne na število živorojenih). Podatki za Slovenijo so za leti 2001 in 2002. Večina maternalnih smrti

je bila takrat posledica neposrednih vzrokov. Zadnja leta pa je bil v visokem odstotku vzrok samomor in temu je posvečen letošnji strokovni sestanek ob dnevu duševnega zdravja v Sloveniji. MU v Sloveniji je bila v poročilu EURO-PERISTAT z 11,5 na 100000 živorojenih na četrtem mestu za Estonijo (29,6 na 100000), Škotsko (12,2 na 100000) in Latvijo (12,1 na 100000). V spremnem besedilu je zapisano, da je maternalnemu zdravju v Evropi posvečeno manj znanstvene pozornosti kot neonatalnemu zdravju. Podatki glede MU so po pravilu nepopolni, neprijavljanje je lahko tudi do 50-odstotno. V Sloveniji je prijavljanje MU zaradi povezanosti baz podatkov visoko. Zaradi zelo nizkih absolutnih števil pri računanju MU lahko pride do izkrivljenih podatkov. Svarijo pred nekritičnim primerjanjem golih podatkov.

Podatkov o *maternalni obolenosti* praktično ni, čeprav to področje tudi zaradi hitrega naraščanja starosti porodnic in s tem obolenosti zasluži posebno obravnavo. Predvidevajo, da je za vsako maternalno smrt približno 100 primerov zelo hude, lahko življenje ogrožujoče, maternalne obolenosti. Med 26 državami je samo 16 držav (med njimi Slovenija) lahko posredovalo podatke.

Dogovarjanje o najbolj ustreznih kazalcih seveda še poteka, saj so sedanja (eklampsiya, transfuzija, histerktomija, embolizacija, sprejem v enoto intenzivne terapije) mešanica za bolezen ali za postopke specifičnih meril. Vseh pet kazalcev maternalne obolenosti so pridobile le 3 države. V Sloveniji nimamo podatka o sprejemu v enoto intenzivne terapije.

MU v skupini porodnic, ki so stare več kot 35 let, je v Evropi 3-krat višja kot v skupini pod 25 leti in 2-krat višja kot v skupini od 25 do 34 let. S tem prehajamo na podatke o starosti porodnic v Sloveniji in v Evropi.

## Starost porodnic, zanositev po oploditvi z biomedicinsko pomočjo in nosečnosti pri mladoletnicah

V Sloveniji je bilo od 1987 do 1991 6,03 % porodnic *starejših od 35 let*, 1992 do 1996 pa že 7,6 %. PERISTAT je za 2000 ugotovil, da je na Irskem največ (20,8 %) porodnic nad 35 let, najmanj pa v Belgiji (10,9 %). Po EURO-PERISTAT podatkih je bilo leta 2004 največ porodnic nad 35 leti spet na Irskem (24,3 %), v Sloveniji pa 11,8 %. Manj porodnic nad 35 leti starosti je na Slovaškem (7,5 %), Češkem (8,8 %), Poljskem (9,1 %), v Latviji (10,1 %), na Madžarskem (10,3 %), v Estoniji (11,3 %) in v Litvi (11,7 %).

Od 1987 do 1992 je v Sloveniji *po in vitro fertilizaciji* (IVF) zanosilo 0,14 % porodnic, od 1992 do 1996 pa 0,66 %. V času PERISTAT projekta vse države niso pridobile podatkov o porodih po oploditvi z biomedicinsko pomočjo (OBMP). Od dostopnih podatkov jih je največ po OBMP rodilo v Franciji, in sicer 5,5 %, v Grčiji pa 4,5 %, od tega 3,2 % po IVF. Leta 2004 je največ žensk po IVF rodilo v flamskem delu Belgije (2,3 %). Sledi Slovenija z 1,9 %, kar je skupaj z drugimi podatki dokaj zanimivo.

Na Češkem jih je 0,7 % rodilo po postopku IVF, v Estoniji 0,5 %, za druge države, ki imajo populacijo, staro več kot 35 let, manjšo od Slovenije, pa ni podatkov. V

Italiji, kjer je bilo 23,8 % porodnic starejših od 35 let, jih je po IVF rodilo le 0,6 %.

Porodnic *pod 20 leti* starosti je bilo 1987 do 1991 v Sloveniji 6,03 % in od 1992 do 1996 3,92 %. Leta 2000 je bilo takih porodnic največ v Veliki Britaniji (7,7 %) in najmanj na Nizozemskem (1,3 %). Leta 2004 je bilo največ porodnic pod 20 leti v Latviji (9,3 %), v Sloveniji samo 1,9 % in najmanj, 1,3 %, na Danskem. Nosečnost pri mladoletnicah je odraz velikega števila vplivov, ki jih pri načrtovanju zdravstvene skrbi ne gre zanemarjati. Ugotoviti moramo, da je na tem področju v Sloveniji narejenega zelo veliko.

## Mrtvorojenost

Na videz visoko mrtvorojenost je slovenska perinatologija že večkrat obravnavala. Zaskrbljujoče visoka se nam je zdela mrtvorojenost v Sloveniji zato, ker jo prikazujemo nad 500 g porodne teže oziroma nad 22. tedni nosečnosti; prav tako so vključeni vsi porodi, ki smo jih inducirali zaradi ugotovljenih malformacij pri plodu. Slednje porode nekatere države *a priori* izključijo.

Od 1987 do 1991 je bila v Sloveniji mrtvorojenost nad 28 tedni nosečnosti 4,7 %, od 1992 do 1996 pa 3,9 %. Nad 28 tedni prikazuje podatke zato, ker so pri obravnavi mrtvorojenosti za projekt PERISTAT leta 2000 zaradi dejstva, da so Danska, Francija in Švedska upoštevale le mrtvorojene nad 28. tedni, Velika Britanija nad 24 tedni, Italija pa nad 180 dnevi nosečnosti, prikazali za vse države mrtvorojenost nad 28. tednom. Najnižja je bila pod 3 % v Avstriji, na Finskem in v Nemčiji ter nad 4 % v Grčiji, na Irskem in v Luksemburgu. Tako vidimo, da so bili slovenski podatki v povprečju evropskih.

Pri podatkih za EURO-PERISTAT 2004 so zaradi podobnih razmišljanj tudi upoštevali le mrtvorojene nad 28. tedni, saj ni bilo pričakovati, da bi se različna zakonodaja glede prijavljanja mrtvorojenosti v državah hitro spreminjala. Mrtvorojenost nad 28. tedni (brez podatka, ali vključujejo tudi porode, inducirane zaradi malformacij) je bila na Slovaškem 1,7 %, v Sloveniji pa 3,5 %. Višjo mrtvorojenost kot Slovenija so imele Danska, Irska, Grčija, Francija (4,9 %), Italija, Latvija, Litva, Malta, Nizozemska, Poljska, Škotska in Severna Irska (kot eden od treh delov Velike Britanije, ki svoje podatke tako prikazuje).

## Prezgodnji porodi pred 32. tedni nosečnosti

V Sloveniji je bilo od 1987 do 1991 1,13 % porodov pred 32. tedni, od 1992 do 1996 pa 1,05 %. Po podatkih projekta PERISTAT 2000 so bili odstotki porodov pred 32. tedni od 0,19 % v Luksemburgu do 1,4 % v Avstriji. Leta 2004 je bilo takih porodov od 0,7 % (Malta) do 1,5 % na Češkem. V Sloveniji jih je bilo 1,1 %. Skupaj z dejstvom, da število porodov v Sloveniji narašča, da preživijo nedonošenčki z vedno nižjo gestacijsko starostjo – ki pa so zelo dolgo v enotah intenzivne terapije in nege – bi se lahko ginekologi resneje lotili problema preprečevanja ekstremno prezgodnjih porodov (pred 28. tedni). Verdenik je že 2002 objavil (6) napovedni

model tveganja za prezgodnji porod. Glavni dejavniki tveganja so v obliki opomnika natisnjeni v materinski knjižici, a jih v resnici nikoli ne izpolnejo (torej jih niti ginekologi niti nosečnice niti babice, ki naj bi po uredbi iz 1998 lahko nudile predporodno varstvo zdravim in pravilno usmerjale ogrožene nosečnice, niso zaznali). Možnosti za preprečevanje skrajno prezgodnjega poroda so vsak dan učinkovitejše. Začeni iz izpolnjevanjem lestvice dobrega počutja in socialnega blagostanja, ki sta tudi na voljo v materinski knjižici, do sodelovanja v multicentrični raziskavi nožničnega obročka. Nerodno je, da ukrepanje na različnih področjih šepa kljub jasnim priporočilom, ki jih vsako leto od 1995 izdaja Združenje za perinatalno medicino Slovenskega zdravniškega društva (ZPM SZD) in objavljenim poročilom raziskovalcev v okviru Raziskovalnega programa P3-0124 v strokovni<sup>7-10</sup> in laični literaturi. Ne gre za podaljševanje nosečnosti do 37. tedna nosečnosti. Gre za podaljševanje preko 23. tedna nosečnosti, če to ne škodi materi in/ ali otroku, nato preko 25., 28., in preko 32. tedna nosečnosti. S tem v zvezi je nujno omeniti, da so definicije Svetovne zdravstvene organizacije (SZO) (»prezgodnji porod je tisti pred dopolnjenim 37. tednom nosečnosti«) za Evropo danes neustrezne. Redni letni sestanek ZPM je bil že dvakrat posvečen kakovosti perinatalnega varstva (Moravci 2000, Bled 2002); tudi leta 2010 bo govor o tem, kako priporočila upoštevamo in kaj ukreniti, da bi jih bolje.

Veliko je še zanimivih podatkov, npr. koliko je porodov brez porodniških ukrepov. EURO-PERISTAT ponovno ni uporabil definicije SZO, pač pa opcijo 2 (brez indukcije, lahko s pospeševanjem, brez epiziotomije) ali opcijo 3 (brez indukcije, lahko s pospeševanjem). Za vsako vprašanje lahko iščemo odgovor v zbranih podatkih in »čim bolj nazaj gledamo, tem dlje v prihodnost bomo videli«.

Iz zgodovine vemo, da je razvoj družbe najbolj vplival na izboljšanje kazalcev perinatalnega varstva. Tudi v 21. stoletju je tako; debelost, povezana z nizko izobrazbo in slabimi socialno-ekonomskimi razmerami je velik dejavnik tveganja za veliko število zapletov (nosečnostna sladkorna bolezen, hipertenzija, perinatalna smrt, carski rez, poporodna krvavitev, globoka venska tromboza). Tudi taki realnosti se moramo prilagoditi kot dejstvu, da bo migracija v Evropi in Sloveniji spreminjala patologijo in nas vodila v drugačno komunikacijo.

Upoštevajmo priporočene in bodoče kazalce v okviru projekta EURO-PERISTAT. Skupaj s kolegi iz drugih držav razvijajmo kazalce maternalne obolevnosti in kazalce zadovoljstva s perinatalnim varstvom. Poglejmo na starostno strukturo populacije na Irskem in se zamislimo nad nudenjem perinatalne oskrbe bistveno starejši populaciji nosečnic in porodnic, ki nas čaka. Kako se bomo organizirali ob višjem odstotku carskih rezov? Kje bomo dobili dodatne ginekologe in anesteziologe? Z združevanjem oddelkov? Bodo babice prevzele skrb in odgovornost za zdrave nosečnice in porodnice?

## Zaključki

V poročilu EURO-PERISTAT ni države, ki bi bila najboljša na vseh področjih. Ob analiziranju razlogov za

razlike v kazalcih perinatalnega zdravja v evropskih državah vsaka država lahko najde možnosti za izboljšanje svojih rezultatov s povzemanjem znanja druge države. Namen poenotenja kazalcev v okviru projekta EURO-PERISTAT je v prihodnosti zagotoviti spremljanje perinatalnega zdravja v Evropi in ga izboljševati. Slovenski perinatalni podatki, ki jih zbiramo za vso državo (povsod v EU ni tako!), so v večini primerov zanesljivi. Majhnost Slovenije je tu prednost. Prednost je izobrazbena struktura, socialno-ekonomsko stanje in informiranost populacije, ki rojeva. Slovenske perinatalne podatke lahko strokovni svet ZPM sproti analizira in posreduje ugotovitve in predloge za izboljšanje Razširjenemu strokovnemu kolegiju za ginekologijo in perinatologijo; seveda le, kadar bo ta sposoben ukrepe uresničiti, sicer ostaja le veliko razočaranje. In pa, seveda, če bo razlaga Zakona o varovanju osebnih podatkov s strani za to odgovornih taka, da bo koristila prihodnjim generacijam mater in otrok! Kar zadeva finančno plat, je na potezi politika, da pošteno – brez misli na vsečnost na prihodnjih volitvah – pove, da je vreča z denarjem pač krepko omejena. Za enakopravno in učinkovito dogovarjanje z državnimi institucijami bolnišnični ginekologi v Sloveniji potrebujemo močno krovno strokovno organizacijo. Kje je?

## Literatura

1. Novak Antolič Ž. Nosečnost kot presejalni test. JAMA (Slov) 2006; 14: 81-93.
2. Zeitlin J, Wildman K, Breart G. Indicators to monitor and evaluate perinatal health in Europe: results from the PERISTAT project. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2003; 111: S1-87.
3. Zeitlin J, Mohangoo A (za EURO-PERISTAT projekt). European perinatal health report. Better statistics for better health for pregnant women and their babies. Paris: Euro-Peristat; 2008. Dosegljivo na: [www.EURO-PERISTAT.com](http://www.EURO-PERISTAT.com)
4. Verdenik I, Pajntar M. Perinatologia Slovenica 1987-1996. Ljubljana: Združenje za perinatalno medicino SZD, 1998.
5. Tul N, Premru-Sršen T, Novak-Antolič Ž. Placenta previa. In: Obstetricia y medicina materno-fetal. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2007. p. 611-7.
6. Verdenik I. Večplastni napovedni model prezgodnjega poroda. Doktorska disertacija. Ljubljana: Medicinska fakulteta; 2002.
7. Novak-Antolič Ž, Verdenik I, Assejev V, Avanzo-Velkavrh M. Ocenjevanje tveganja za prezgodnji porod. Zdrav Vestn 2001; 70: 347-9.
8. Novak-Antolič Ž. Predicting preterm delivery and lowering very preterm delivery rate. J Perinat Med 2001; 29: 469-75.
9. Novak Ž, Fabjan-Vodušek V, Steblovnik L, Kavšek G, Hrašovec A, Štucin-Gantar I, et al. Zelo prezgodnji porod: presejalni testi za napovedovanje tveganja. Med Razgl 2008; 47: 367-78.
10. Novak Ž, Fabjan-Vodušek V, Steblovnik L, Globevnik-Velikonja V, Tul N, Pušenjak S, et al. Zelo prezgodnji porod: preprečevanje. Med Razgl 2009; 47: 355-65.

---

Prispelo 2009-09-03, sprejeto 2009-10-01