

## ЕВРОПЕЙСКИЕ ШКОЛЬНЫЕ СЛУЖБЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Соколова С.Б.

ФГБУ «Научный центр здоровья детей» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Москва, Россия

**Контактная информация:** Соколова Светлана Борисовна. E-mail: s-s-b@mail.ru

В статье представлены характеристики европейских школьных служб здравоохранения, периодичность и содержание медицинских осмотров в странах ЕС, кадровый потенциал европейских служб здравоохранения, проблемы, с которыми сталкиваются школьные службы здравоохранения в странах Европы, Европейская концепция стандартов качества школьных медицинских услуг и компетенций для специалистов школьного здравоохранения.

**Ключевые слова:** европейские школьные службы здравоохранения; медицинские осмотры; скрининг-тесты; внутришкольная окружающая среда; кадры; Европейская концепция стандартов качества школьных медицинских услуг и компетенций для специалистов школьного здравоохранения

### SCHOOL HEALTH SERVICES IN EUROPE

S. Sokolova

Scientific Center of Children's Health of the Ministry of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia

**Contact:** Svetlana Sokolova. E-mail: s-s-b@mail.ru

The article presents the characteristics of European school health services, timing and content of health examinations of school-aged children in EU countries, staff potential, common challenges faced by European school health services, European framework for quality standards in school health services and competences for school health professionals.

**Keywords:** European school health services; health examination; screening tests; school environment; workforce; European framework for quality standards in school health services and competences for school health professionals

#### *Возникновение школьных служб здравоохранения.*

Исследования состояния здоровья школьников XIX века в Европе показали, что треть детей страдала от хронических заболеваний и физических дефектов [1]. Многие дети были настолько нездоровыми и настолько страдали от недоедания, что стать рабочими в дальнейшем явно не могли. Это повлекло за собой создание школьной службы здравоохранения (ШСЗ) [1–3].

Медицинский персонал для школ или школьные врачи стали появляться в конце XIX века во многих европейских странах, но систематическое создание ШСЗ началось всерьез в первом десятилетии XX века. Первой была разработана немецкая система в Висбадене; она служила образцом для многих стран, и ее основные элементы все еще можно увидеть в современных службах школьного здравоохранения. Модель включала «не просто надзор за школьными зданиями, но и систематические наблюдения за школьниками, дополненные

медицинскими осмотрами в установленные интервалы» [1].

В середине XX века медицинская модель школьного здравоохранения стала доминировать. Раннее выявление заболеваний и аномалий, индивидуальное лечение болезни были главными приоритетами. В 1980–1990-х годах дискуссии по ШСЗ были сфокусированы на двух моментах: обеспокоенность экономической эффективностью службы и растущим пониманием важной роли детерминант здоровья<sup>1</sup> и благополучия детей. Изменение социальных контекстов и появление все новых научно-методических знаний о детерминантах здоровья, в частности, об образовании, также способствовало развитию школьного здравоохранения. Пристальное внимание к социальным детерминантам здоровья существенно изменило подход к здоровью детей во всей Европе. Школьное здравоохранение в XXI веке сместилось от «искать и лечить» до «предотвратить и способствовать», сосредоточив

<sup>1</sup>Детерминанты здоровья – это поведенческие, социальные, экономические, экологические факторы, определяющие состояние здоровья отдельно взятого человека или населения в целом.

внимание на повышении детской устойчивости к внешним факторам, улучшении здоровья и повышение благополучия ребенка [4].

Школьные службы здравоохранения были созданы в то время, когда большинство детей (и родителей) имели ограниченный доступ к медицинской помощи, и их среда была неудовлетворительной: неблагоприятные условия проживания, плохое питание, плохая гигиена и, следовательно, обилие инфекционных заболеваний. В те дни деятельность докторов ШСЗ была сосредоточена на улучшении здоровья детей. Однако в последние десятилетия необходимость в индивидуальном медицинском обслуживании значительно уменьшилась, открыв путь для более широкого популяционного подхода. Хотя традиционно ШСЗ имеют отношения «пациент-врач» и, следовательно, индивидуальный контакт – их основная деятельность, такие службы могут иметь непредвиденные негативные последствия [5]. Как следствие, люди могут перекладывать ответственность за свое здоровье на профессионалов, преподавателей и родителей (и даже учеников), чтобы игнорировать «сигналы бедствия» или опасное поведение в отношении здоровья, потому что за эти проблемы и их профилактику, как им кажется, отвечает ШСЗ. Даже частые контакты с ШСЗ не могут компенсировать данный недостаток.

В XXI веке произошло смещение акцента с монодисциплинарной модели ШСЗ, сосредоточенной на индивидуальном подходе, в сторону многопрофильной, многоотраслевой модели, которая специализируется на разработке и оценке коллективных профилактических мероприятий, основанных на понимании особенностей детского населения.

*Современные европейские школьные службы здравоохранения.*

Исследования Vaischetal (2011) показали, что школы, где имелись ШСЗ, в которых в основном работали медсестры, имели больший охват детей прививками и более точные показатели их здоровья. Кроме того, школьные медсестры давали возможность другим сотрудникам школы сосредоточиться на своих основных функциях: преподавании и работе в школе [6]. В большинстве европейских стран медицинские осмотры проводятся школьными службами здравоохранения, хотя содержание осмотров может различаться.

*Характеристика европейских школьных служб здравоохранения.*

Школьные службы здравоохранения являются неотъемлемой частью секторов здравоохранения и образования, но часто находятся между этими двумя сферами. Большинство стран европейского региона отмечают отсутствие взаимодействия и разделение ответственности между секторами здравоохранения и образования. Почти 80% респондентов Европейского регионального бюро ВОЗ отметили, что школьное здравоохранение недостаточно финансируется, и треть из них сообщали о неравном доступе к ШСЗ в своей стране. 35% стран, участвующих в опросе ВОЗ, выразили необходимость четкого разделения обязанностей школьных медсестер и врачей и врачей общей практики / семейных врачей [7]. Всё это приводит к дублированию, низкому качеству, дефициту услуг школьного здравоохранения.

В большинстве европейских стран ШСЗ работают на базе школ (табл. 1).

*Медицинские осмотры детей школьного возраста.*

Медицинские осмотры проводятся почти во всех странах, но их периодичность и содержание различаются по странам (табл. 2).

Медицинские осмотры обучающихся могут включать в себя скрининг для выявления заболеваний и проблем со здоровьем, оценку состояния здоровья, консультирование по вопросам здоровья, проведение профилактических мероприятий, таких как вакцинация и фторирование (профилактика кариеса).

В последнее время некоторые страны начали сосредотачиваться на комплексной модели рутинных медицинских осмотров в ШСЗ для того, чтобы осмотры в большей степени соответствовали текущим потребностям школьников и современному более целостному взгляду на здоровье.

Например, финские комплексные медицинские осмотры (КМО) включают оценку состояния здоровья, в том числе психического здоровья и благополучия, и проводятся школьной медсестрой и/или врачом. Обоим родителям предложено принять участие в этом обследовании, и они имеют возможность обсудить проблемы и опасения в отношении здоровья и благополучия своего ребенка и получить информацию и советы по сохранению и укреплению здоровья ребенка.

Характеристика служб школьного здравоохранения<sup>1</sup>

| Страна         | Органы управления   | Финансирование  | Ответственность за кадры  | Организация ШСЗ   |
|----------------|---|---|---|---|
| Австрия        | Министерство образования  | Региональные или муниципальные органы власти  | Министерство образования  | На базе школы   |
| Финляндия      | Муниципалитеты и министерства социальных дел и здравоохранения                            | Муниципалитеты и министерства социальных дел и здравоохранения  | Первичная медико-санитарная помощь на муниципальном уровне                  | На базе школы   |
| Франция        | Министерство образования  | Различные источники   | Министерство образования  | На базе школы   |
| Израиль        | Министерства образования и здравоохранения и местные службы здравоохранения               | Министерства образования и здравоохранения и местные службы здравоохранения через организации независимых поставщиков                         | Министерства образования и здравоохранения и местные службы здравоохранения | ШСЗ посещают школы  |
| Италия         | Министерства образования и здравоохранения и местные службы здравоохранения и образования | Министерства образования и здравоохранения с помощью региональных органов здравоохранения, которые ответственны за оказание медицинских услуг | Региональные органы здравоохранения с помощью местных служб здравоохранения | Местные органы власти ответственны за среду в школе. Семейный доктор отвечает за здоровье ребенка     |
| Нидерланды     | Министерство здравоохранения и местные органы здравоохранения и образования               | Министерство здравоохранения и местные органы здравоохранения   |   | ШСЗ как часть службы здравоохранения. ШСЗ посещают школы. Имеются подростковые службы здравоохранения |
| Норвегия       | Министерство здравоохранения  | Разные службы   | Разные службы   | На базе школ  |
| Польша         | Министерство здравоохранения  | Национальный фонд здравоохранения и местное правительство   | Министерства образования и здравоохранения                                  | На базе школ  |
| Швеция         | Министерство здравоохранения и местные органы здравоохранения и образования               | Местные органы образования (муниципалитеты)   | Местные службы здравоохранения и образования                                | На базе школ  |
| Великобритания | Местные органы здравоохранения  | Местные органы здравоохранения  | Местные органы здравоохранения  | ШСЗ как часть службы здравоохранения. ШСЗ посещают школы  |

<sup>1</sup>Источник: Baltag, V. and Levi, M. (2010); Pommier, J. et al. (2010) [8]; Sagan, A. et al. (2011) [9].

Таблица 2

Медицинские осмотры обучающихся в европейских странах

| Страна           | Возраст (класс) *  | Медицинский сотрудник  |
|------------------|--|--|
| Австрия          | Раз в год, начиная с поступления в школу   | Врач. Лечение и выписка рецептов запрещены   |
| Англия/Шотландия | Иногда   |  |
| Финляндия        | Комплексное медицинское обследование (и отдельно осмотр полости рта) в 1-м (7 лет), 5-м (11 лет) и 8-м (14 лет) классах; основное медицинское обследование раз за учебный год во 2–9-х классах и 1-й (16–17 лет) и 2-й год старшей школы | Комплексное медицинское обследование проводится медсестрой и врачом; основное медицинское обследование – медсестрой и стоматологом; 1-й год старшей школы (16–17 лет) – медсестрой; 2-й год – врачом |
| Франция          | В возрасте 4, 6, 9, 12, 15 лет   | Первоначальный скрининг проводит медсестра, направляя к врачу при необходимости  |
| Нидерланды       | В соответствии с национальными рекомендациями во 2-м классе (5–6 лет) и 7-м (10–11 лет) в начальной школе; и во 2-м классе (13–14 лет) средней школы. В некоторые регионах существует осмотр выпускников («выходной» осмотр)             | Врачи, медсестры, помощники врача. Лечение и выписка рецептов запрещены  |
| Норвегия         | Дошкольники (5 лет), в 3-м (8 лет) и 8-м (13 лет) классах  | Скрининг-тесты проводит медсестра, направляя к врачу при необходимости   |
| Польша           | Дошкольники, 3-й класс (9 лет) начальной школы; 1 класс (13 лет) неполной средней школы; 1-й класс (16 лет) и последний класс (18–19 лет) полной средней школы   | Врачи, скрининг-тесты проводит медсестра   |
| Швеция           | 1-й (7 лет), 5-й (11 лет), 8-й (14 лет) и 11-й (17 лет) классы, но могут быть взяты и другие классы  | Обычно проводит медсестра. Врачи принимают участие в отдельных случаях. Осмотры варьируются в зависимости от муниципалитетов   |
| Италия           | ШСЗ были отменены, когда была создана Национальная служба здравоохранения (NHS)  | Медицинские осмотры проводятся педиатрами первичного звена на базе клиник  |

\* Могут быть различия внутри страны или не в полной мере реализованы рекомендации

При необходимости оценивается благополучие семьи. Например, если проблемы со здоровьем родителей негативно влияют на здоровье ребенка или его учебу. В обследовании ребенок может принимать участие без родителей, конфиденциально. Комплексное медицинское обследование (КМО) включает в себя также оценку трудностей в обучении и взаимоотношений в классе, которую проводит учитель с помощью анкетирования.

Сводная статистика результатов КМО каждого класса и ступени составляется таким образом, чтобы администрация школы могла оценить потребности в укреплении здоровья, организации образовательного процесса, социального и медицинского обеспечения в школе [10].

Первые оценки этих комплексных медицинских осмотров в Финляндии показали, что 40–60% осмотренных детей часто имели

семейные и эмоциональные проблемы, требующие внимания [11]. Как показали данные анкетирования и медицинских осмотров для 40% детей были необходимы повторные визиты; лабораторные исследования; физиотерапия или физические упражнения. Среди школьников у 6% был обнаружен риск развития депрессии, последующие меры варьировались от обсуждения проблем с родителями до обращения за консультацией в семейную клинику и повторных встреч со школьным врачом. Родители приняли активное участие в КМО (90% родителей 11- и 12-летних школьников), даже те, кто работали полный день. Преподаватели были привлечены к анкетированию для выявления издевательств и трудностей в обучении у детей (SDQ:Strengths&DifficultiesQuestionnaires), однако их привлечение оказалось проблематичным.

В европейских странах скрининг остается самым распространенным мероприятием в ШСЗ, затем идет вакцинация и профилактика кариеса [7]. Наиболее распространенные скрининговые тесты: измерение длины и массы тела (84%); оценка остроты зрения (81%); оценка слуха (73%); осмотр стоматологом ротовой полости (68%); измерение артериального давления (46%); анализ на инфекции, передающиеся половым путем (ИППП) (16%); и другие (49%) (табл. 3).

Скрининговые методики для оценки психического здоровья практически отсутствуют. Скрининг заболеваний у детей школьного возраста остается спорным, и скрининговые методики не всегда основываются на доказательствах. В Европейских странах отсутствует согласия в видах, сроках и количестве скрининговых тестов.

В 89% стран Европы прививки проводятся во время скрининга. В некоторых европейских странах в универсальные профилактические программы вакцинации, предоставляемые на индивидуальной основе, была включена вакцинация против вируса папилломы человека для девушек-подростков.

*Благоприятные условия пребывания в школе.*

В Пармской декларации по окружающей среде и охране здоровья, принятой на Пятой министерской конференции по окружающей среде и охране здоровья «Защитим здоровье детей в изменяющейся среде», Парма, Италия, 10–12 марта 2010 г. [12], в разделе «охрана здоровья детей» выделены региональные приоритетные задачи (РПЗ).

РПЗ 1. Защита здоровья населения путем улучшения доступа к безопасному водоснабжению и санитарным удобствам.

РПЗ 2. Борьба с ожирением и травматизмом путем обеспечения безопасной окружающей среды, адекватного уровня физической активности и здорового питания.

Таблица 3

Скрининг-тесты, применяемые в школьных службах здравоохранения разных стран<sup>1</sup>

| Страна         | Скрининг-тест |            |        |      |    |                 | Дополнительно  |
|----------------|---------------|------------|--------|------|----|-----------------|--|
|                | Длина тела    | Масса тела | Зрение | Слух | АД | Состояние зубов |  |
| Австрия        | +             | +          | +      | +    | +  | +               | ИППП, сердце легкие                                    |
| Финляндия      | +             | +          | +      | +    | +  | +               | Психическое здоровье и благополучие                    |
| Франция        | –             | –          | –      | –    | –  | –               | –  |
| Израиль        | +             | +          | +      | +    |    |                 | ИППП   |
| Италия         |               |            | +      |      |    | +               | Ортопед, анализ крови                                  |
| Нидерланды     | +             | +          | +      | +    |    |                 | Физическое развитие, логопед, психосоциальное развитие |
| Норвегия       |               |            |        |      |    |                 |  |
| Польша         | –             | –          | –      | +    | –  | –               | –  |
| Швеция         | +             | +          | +      | +    |    |                 | ИМТ, сколиоз   |
| Великобритания | +             | +          | +      | +    |    |                 |  |

«+» – обследование проводится; «пустая клетка» – обследование не проводится; «–» – нет информации

<sup>1</sup>Источник: Baltag, V. and Levi, M. (2010)

РПЗ 3. Профилактика заболеваний органов дыхания путем улучшения качества воздуха внутри и вне помещений.

РПЗ 4. Профилактика заболеваний, связанных с небезопасной химической, биологической и физической окружающей средой.

Рабочая среда взрослого населения значительно улучшилась в течение XX века за счет законодательных актов, но практически отсутствуют законы в отношении среды обучения школьников. Швеция является единственным исключением. Одно и то же законодательство в отношении безопасности рабочей среды применяется как для педагогов, так и для школьников.

Часто ответственность за состояние окружающей среды школы несет не ШСЗ, а другие службы. Европейские школьные службы здравоохранения в большей степени обращают внимание на безопасность среды, шум и качество воздуха. Безопасность в школе является значимой проблемой. Травмы в школе или во время поездки в школу и из школы, являются распространенной патологией. Школьные службы здравоохранения играют важную роль не только в предотвращении травматизма и оказании неотложной помощи при травме, но также в сборе информации о несчастных случаях и травмах для улучшения профилактических мер. В Швеции школьные медсестры систематически собирают информацию о всех травмах в школе, требующих медицинской помощи, и опрашивают учащихся, чтобы понять, что, возможно, явилось причиной повреждения, – для того чтобы в дальнейшем знать, какие превентивные меры необходимо предпринять. Такая информация представляется на регулярных встречах с директором, педагогическим составом и учащимися для принятия решений о дальнейших действиях.

#### *Кадры.*

В начале возникновения ШСЗ медицинские услуги оказывали в основном врачи, но в последнее время медсестры стали доминировать. Школьная медсестра является ключевым членом ШСЗ. Служба может иметь врачей, психологов, социальных работников, стоматологов, а также специалистов в области питания. Медсестра является связующим звеном между здравоохранением и образованием и может напрямую направлять детей к специалисту [13]. Дети и молодые люди ценят как клинические знания, так и конфиденциальность этих служб и «часто

предпочитают обсуждение интимных вопросов с медсестрой, а не учителями» [14].

Большинство стран Западной Европы сообщают о нехватке персонала в ШСЗ: 76% стран ЕС имеют школьных врачей, 65% – медсестер (кроме Нидерландов, где достаточно кадров). Имеются большие различия между странами в обеспечении ШСЗ специалистами. Например, в Швеции рекомендуемые нормативы составляют: 40 часов в неделю, одна медсестра на 400 обучающихся и один врач на 1000 обучающихся; в Австрии – 1 медицинский работник на 60 учеников в неделю; в Польше – 1 медсестра на 800 учащихся; в Финляндии – 1 медсестра на 600 учащихся и 1 врач на 2100 учащихся. Однако имеется мало информации о количестве медицинского персонала ШСЗ в разных регионах одной страны. Например, в разных регионах Финляндии, число учащихся на 1 школьную медсестру может колебаться от 300 до 1217, а на школьного врача – от 1250 до 20000 [15]. Редко используются демографические характеристики районов, где расположены школы, для оценки нужд в медицинском обеспечении школ, например, в Англии был создан межведомственный Совет по здоровью и благополучию, в который входят местные органы власти и здравоохранения. Задача межведомственного Совета – состоит в оценке потребности в медицинском персонале и разработке плана и выделении ресурсов для улучшения детского здоровья [4].

Принимая во внимание данные о влиянии трудностей обучения на здоровье и благополучие, стало понятно, что одни только врачи и медсестры не смогут обеспечить комплексную оценку здоровья школьников. Однако только 43% стран Европейского региона в ШСЗ имеют психологов, 24% – социальных работников, 22% – стоматологов, 8% – физиотерапевтов и помощников врача и 22% – других специалистов. Более широкий подход к ШСЗ был принят во Франции, Швеции и Финляндии, которые имеют многопрофильные школьные команды, в рамках которых проблемы здоровья и обучения обсуждаются на регулярных встречах с представителями как здравоохранения, так и образования.

В силу своего положения школьные службы здравоохранения обладают широкими возможностями в плане воздействия на многие показатели здоровья и развития подростков. ШСЗ представляют идеальную, но недостаточно используемую

возможность для оценки здоровья и потребностей во вмешательствах через регулярный сбор данных о детском населении. Оценка тенденций и проведение лонгитудинальных исследований представляют не только научный интерес. Достоверная, постоянно обновляющаяся база по состоянию здоровья, благополучию, академической успеваемости обучающихся, доступная на национальном, региональном и местном уровне, обосновывает точность планирования, проведение вмешательств (возможность выбрать правильное время и интенсивность для различных групп детей), а также их оценку. Собранные данные возможно анализировать по классам, ступеням образования, школам, муниципалитетам, регионам и на национальном уровне для планирования и оценки политики в отношении здоровья.

По данным доклада за 2010 год о результатах исследования, проведенного Всемирной организацией здравоохранения, услуги ШСЗ в Европейском регионе ВОЗ в основном являются доступными. Однако были выявлены и некоторые общие проблемы, с которыми сталкиваются европейские ШСЗ:

- отсутствие сильного и эффективного руководства и защиты ШСЗ, важных для наращивания потенциала и повышения качества услуг;
- нехватка исследований и доказательств эффективной работы ШСЗ, международных сравнений. Данные об эффективности ШСЗ способствуют защите данных служб;
- большинство стран ЕС сообщают о нехватке персонала, неадекватности обучения, отсутствии четкого разделения профессиональных обязанностей и задач между школьной медсестрой, школьным врачом и семейными врачами;
- неясен алгоритм взаимодействия ШСЗ в рамках секторов здравоохранения и образования, неясное определение положения ШСЗ в образовательных учреждениях;
- структура и содержание ШСЗ не соизме-

римы с потребностями школьников в отношении здоровья.

*Европейская концепция стандартов качества школьных медицинских услуг и компетенций для специалистов школьного здравоохранения.*

Всё вышеописанное обусловило сотрудничество Европейского регионального бюро ВОЗ с Европейским союзом школьной и университетской медицины и здоровья (EUSUHM) в разработке Европейской концепции стандартов качества школьных медицинских услуг и компетенций для специалистов школьного здравоохранения [16].

Данная Концепция не рекомендует какой-либо конкретный способ организации школьных медицинских услуг, который бы предписывал единый процесс организации работы медицинских работников или создание фиксированного перечня количественных стандартов, но позволяет странам адаптировать их к своим конкретным потребностям. Основное внимание сосредоточено на характеристике стандартов и должностных обязанностей, навыков и умений, необходимых для предоставления школьных медицинских услуг, дополняющих существующую систему первичной медико-санитарной помощи с целью улучшения здоровья. Это также обеспечит готовность всех учащихся к усвоению знаний.

Концепция состоит из трех частей: первая часть включает цель, процесс разработки и использование Концепции; вторая часть – основной набор компетенций специалистов школьного здравоохранения; третья часть – стандарты школьных служб здравоохранения.

В настоящее время под руководством Главного внештатного специалиста МЗ РФ по гигиене детей и подростков член-корр. РАН В.Р. Кучмы предпринимается попытка гармонизировать европейские и российские подходы к теории и практике оценки качества медицинской помощи обучающимся.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Stewart, J.* (1911) Medical inspection of schools: report to the Canadian medical association, Canadian Medical Association Journal, 1(5), 425–39.
2. *Blair, M. et al.* (2003) Child Public Health. Oxford: Oxford University Press.
3. *Gardner, P.A.* (2008) A brief history of the rise and fall of the School Medical Service in England, Public Health, 122(3): 261–7.
4. *Blair, M. and DeBell, D.* (2011) Reconceptualising health services for school-age children in the 21st century, Archives of Disease in Childhood, 96(7): 616–18.
5. *Illich, I.* (1976) Limits to Medicine: Medical nemesis – the expropriation of health. London: Marion Boyars.
6. *Baisch, M.J., Lundeen, S.P. and Murphy, M.K.* (2011) Evidence-based research on the value of school nurses in an urban school system, Journal of School Health, 81(2): 74–80.

7. *Baltag, V. and Levi, M.* (2010) Pairing Children with Health Services: The results of a survey on school health services in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
8. *Pommier, J. et al.* (2010) School health promotion: organization of services and roles of health professionals in seven European countries, *European Journal of Public Health*, 20(2): 182–8.
9. *Sagan, A. et al.* (2011) Poland health system review, *Health Systems in Transition*, 13(8): 1–193.
10. Ministry of Social Affairs and Health (2009) Maternity and child welfare clinics, school and student health care and preventive oral health care. Grounds and applications directives for Decree (380/2009). Helsinki: Ministry of Social Affairs and Health.
11. *Hietanen-Peltola, M.* (2007) Developing school health service, (in Finnish) *Yleislääkintä*, 22: 9–14.
12. Пармская декларация по окружающей среде и охране здоровья (Пятая министерская конференция по окружающей среде и охране здоровья «Защитим здоровье детей в изменяющейся среде» Парма, Италия, 10–12 марта 2010 г.) Available at: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/78610/E93618R.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/78610/E93618R.pdf)
13. *Brownjohn, N.* (2003) How school nursing links with other services, *Child and Adolescent Mental Health in Primary Care*, 1: 15–16.
14. *Chase, E. et al.* (2010) Promoting the health of children and young people through schools: the role of the nurse. London: Institute of Education.
15. *Wiss, K. et al.* (2007) Human resources of school health care in Finnish comprehensive schools, *Suomen Lääkärilehti*, 62: 53–9.
16. Европейская концепция стандартов качества школьных медицинских услуг и компетенций для специалистов школьного здравоохранения. Available at: <http://www.euro.who.int/>.