

## Zdravstvena zaštita školske djece – školska medicina nekad i danas

### *Organisation of Healthcare for School Children - School Health Service in the Past and Today*

**Franciska Lancić**

Služba za školsku medicinu

Zavod za javno zdravstvo Varaždinske županije

42240 Ivanec, Varaždinska 4

**Sažetak** Prvi školski liječnik imenovan je u Švedskoj 1840, a u Hrvatskoj 1893. Od 1951. do 1998. osnivaju se jedinice za zdravstvenu zaštitu učenika s integriranim modelom zdravstvene zaštite. Slobodnim izborom liječnika dolazi do pada preventivnih aktivnosti i odlukom ministra zdravstva školska medicina prelazi u zavode za javno zdravstvo s preventivnim modelom pružanja zdravstvene zaštite. U većini europskih zemalja, u nekom obliku, postoje službe za zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata. Postoje velike razlike u modelima, programima, edukaciji i profesionalcima koji sudjeluju u zdravstvenoj zaštiti. Specijalizaciju iz školske medicine u ovom času ima samo Hrvatska s prijedlogom novog naziva: Školska i sveučilišna medicina. Prvi specijalisti bili su usmjereni sprečavanju i suzbijanju zaraznih bolesti. Vodeći zdravstveni problemi učenika i studenata danas pripadaju mentalnom i reproduktivnom zdravlju i povezani su s ponašanjem i navikama. Problemi prelaze okvire zdravstvenog modela i zahtijevaju timsko povezivanje srodnih struka. Savjetovališta otvorenog tipa moguća su rješenja.

**Gljučne riječi:** zdravstvena zaštita, djeca, mladi, školska medicina, organizacija

**Summary** The first school physician was appointed in Sweden in 1840 and in Croatia in 1893. From 1951 until 1998, healthcare units for school children, with an integrated healthcare model, were established. A free choice of physicians in primary healthcare caused a reduction of prevention activities. Based on a decision of the Minister of Health, school health services, including preventive healthcare services, became a part of public health institutes. The majority of European countries have some kind of healthcare for school children and students. There is also a variety of healthcare models, programs and trainings for healthcare professionals. However, school medicine can be specialized in Croatia only, and there is a proposal for a new name of this specialty: School and University Medicine. The first professionals were trained to prevent and fight contagious diseases. Today, the main health problems of pupils and students are related to mental and reproductive health and are connected with their lifestyles. These problems exceed the limits of the current model and require teamwork of related professions. Open door counselling services might bring about the relevant solutions.

**Key words:** healthcare, children, youth, school health service, organization

### *Razvoj*

Školska medicina prošla je dug i turbulentan razvojni put. Početke organiziranog praćenja zdravlja školske djece nalazimo 1793. godine u Francuskoj. Za vrijeme Francuske revolucije ozakonjeno je pregledavanje školske djece (1). Prvi školski liječnici bili su imenovani u Švedskoj 1840. godine, a već krajem 19. stoljeća školska medicina razvijena je u mnogim europskim zemljama kao zasebna djelatnost (2). Napredak opće higijene rezultira većom brigom zdravstvenih i prosvjetnih vlasti za zdravstvenu zaštitu školske djece i mladih. Liječnici, koji su otprije bili zaduženi za protuepidemijske mjere, dobivaju zadatak nadzora nad zdravljem učenika i higijenskim uvjetima u školama. Za obav-

ljanje tih zadataka postavljaju pojedini gradovi posebne školske liječnike (Bruxelles 1874, Paris 1879, Wiesbaden 1896. i dr.) (3). U okviru zdravstvenog nadzora provode se brojna antropometrijska mjerenja koja su pridonijela razvoju znanosti na tom području. U Hamburgu 1888. godine počinje izlaziti stručni časopis posvećen pitanjima zdravlja i bolesti školske djece. Organiziraju se međunarodni kongresi. Na međunarodnom kongresu za higijenu i demografiju u Beču 1887. godine dvije teme posvećene su zaštiti školske djece: "Higijena škole i služba školskih liječnika" i "Zdravstveno prosvjećivanje djece u školama". Prvi međunarodni kongres školske higijene održan je u Nürnbergu 1907. godine (1-3).

Početak 20. stoljeća donosi osnivanje prvih školskih po-

liklinika koje provode i liječenje bolesne djece. Paralelno se osnivaju i zubne poliklinike. Za siromašnu i zdravstveno ugroženu djecu osnivaju se školske kuhinje, oporavišta, a za djecu s posebnim potrebama i specijalne ustanove (4).

Hrvatska je slijedila europske ideje školske higijene unatoč nepovoljnu društvenom i političkom položaju. Donijet je niz zakona koji propisuju higijenska pravila za izgradnju škola, uvode obveznu gimnastiku i određuju da svaka škola mora imati "gombalište" (1874, 1888). Liječnici javnih službi postaju članovi mjesnih školskih odbora sa zadaćom nadzora nad provođenjem zdravstvenih propisa (Naredba o cijepljenju protiv boginja – 1876, Naredba o nadziranju pučkih škola od zdravstvenih organa – 1883, Naredba o sprečavanju zaraznih bolesti u školama – 1889, Zakon o uređenju zdravstvene službe – 1894) (4).

Prvi školski liječnik u Hrvatskoj imenovan je, za gimnaziju i realku, u Zagrebu 1893. godine. Dužnost mu je bila jednom na mjesec obaviti pregled škola i učenika, pregled učenika oboljelih od zaraznih bolesti te liječenje siromašnih. Iste je godine imenovan i prvi zubni liječnik za đачke domove i obrtničku školu (2, 3). Unatoč zahtjevu s različitih strana o potrebi i društvenom značenju službe za zdravstvenu zaštitu mlade generacije, nastaje zastoј u razvoju školske medicine. Aktivnosti se nastavljaju završetkom I. svjetskog rata. Zdravstveni odsjek Zemaljske vlade izdaje 1918. godine "Naputak za školske liječnike srednje i sličnih škola", a Odjel za bogoštovje i nastavu postavlja iste godine školske liječnike u svakoj srednjoj školi u Hrvatskoj i Slavoniji koji su dužni podnositi izvješće o zdravstvenom stanju učenika i uvjetima u školi (4).

Aktivnost dr. Andrije Štampara na razvoju javnozdravstvene djelatnosti dovodi do sustavne zdravstvene zaštite školske djece i mladih. Školski liječnici, 1923. godine, u Zboru liječnika Hrvatske, Slavonije i Međimurja postavljaju zahtjev za osnivanje posebnih ustanova za zdravstvenu zaštitu školske djece – školskih poliklinika i ambulanti.

U Zagrebu se 1923. godine osniva Gradski školski ambulatorij, u Krajiškoj ulici za pučke škole, obdaništa i šegrtske škole. Na čelu ambulatorija je dr. Ivan Köhler. Nakon dvije godine u sklopu ambulatorija započinje rad i prvi školski oftalmolog dr. S. Ciraki. U spomenici osnovne škole u Krajiškoj piše: "U tom ambulatoriju vrši službu svaki dan jedan liječnik, te pregledava, liječi i upućuje školsku mladež svih gradskih pučkih škola na trošak gradske općine. Ambulatorij je uređen upravo velegradski i snabdjeven najmodernijim higijenskim priborom..." (1). Godinu dana kasnije, 6. 10. 1924. godine osnovana je školska poliklinika za srednjoškolsku omladinu u sklopu Higijenskog zavoda na čelu s dr. Desankom Ristović. Do 1930. godine na području Hrvatske osnovano je 25 školskih poliklinika koje su djelovale kao samostalne ustanove ili u sklopu higijenskih zavoda i domova zdravlja.

Paralelno s osnivanjem poliklinika pojavljuju se i prve smjernice za rad: godine 1924. Pravilnik o radu školskih poliklinika koji propisuje njihovu ulogu i zadatke te kratko definira dužnosti školskih liječnika i sestara. Godine 1930. donijeti su pravilnici koji uređuju djelokrug rada i dužnosti školskih poliklinika i školskih liječnika te sistematske pre-

glede nastavnika i učenika. Preporuke za specifičnu edukaciju realizirat će se znatno kasnije. Djelatnost prvih poliklinika bila je usmjerena na preventivne aktivnosti: cijepljenje, sistematske preglede, zdravstveni odgoј, brigu za siromašnu djecu. Zbog raširene neishranjenosti i niskoga higijenskog standarda poliklinike su organizirale i školske kuhinje i kupaonice. Nažalost, ovakvim oblikom zdravstvene zaštite nisu bila obuhvaćena djeca u seoskim sredinama.

II. svjetski rat prekida razvoj zdravstvene zaštite školske djece. Svedena je na brigu za djecu u dječjim domovima.

Godina 1951. zauzima važno mjesto u razvoju zdravstvene zaštite školske djece i školske medicine kao struke.

Ponovo se osnivaju jedinice za zdravstvenu zaštitu učenika. Osnivanjem domova zdravlja (1954), školski dispanzeri postaju njihove organizacijske jedinice i nadležni su za zdravstvenu zaštitu učenika. Slijede godine razvoja školske medicine. Svaki dom zdravlja imao je dispanzer / službu za školsku medicinu. Školski tim činili su liječnik, u pravilu, specijalist školske medicine ili liječnik s poslijediplomskim studijem iz školske medicine, jedna viša medicinska sestra i jedna sestra srednje stručne spreme. U mnogim dispanzerima radili su psiholozi, defektolozi, kineziterapeuti. Već tada uočena je potreba za timskom višestrukovnom suradnjom, uz sveobuhvatan pristup. Jedan tim školske medicine brinuo se za učenike određenih osnovnih i srednjih škola. U ruralnim i udaljenim područjima liječnici obiteljske medicine i pedijatri pružali su kurativnu zdravstvenu zaštitu, a preventivnu dijelom uz stručnu pomoć službi školske medicine matičnog doma zdravlja (5). Bio je to period integriranog modela zdravstvene zaštite inauguriranog 1952. godine Pravilnikom o zdravstvenoj zaštiti učenika. Njime je određen način provođenja zdravstvene zaštite učenika i mladeži na principu jedinstva kurativnog, preventivnog i socijalno-medicinskog rada (3). Takav oblik zaštite dosljedno se provodio u gradovima, a u ruralnim sredinama djelomično. Integrirani model zdravstvene zaštite školske djece, mladih i studenata ostaje do 1997. godine.

Početak devedesetih godina donosi slobodan izbor liječnika, privatizaciju primarne zdravstvene zaštite. Školski liječnik za dio školske populacije prestaje biti i izabrani liječnik. Nastaje organizacijski "nered". Dolazi do osjetnog pada preventivnih aktivnosti. 3. 9. 1997. godine Odlukom o provedbi preventivno-odgoјnih mjera zdravstvene zaštite u osnovnim i srednjim školama izdvajaju se službe za školsku i sveučilišnu medicinu iz domova zdravlja i prelaze u zavode za javno zdravstvo s 1. 1. 1998. godine.

Započinje vrijeme preventivnog modela zdravstvene zaštite školske djece, mladih i studenata (5, 6). Timovima školske medicine dan je izbor – prijelaz u zavode i prihvaćanje provođenja preventivnih i specifičnih mjera zdravstvene zaštite školske djece ili ostati u domu zdravlja/zakupu i provoditi kurativnu zdravstvenu zaštitu za osobe koje ih odaberu. U zavode za javno zdravstvo prešlo je 110 timova školske medicine od 207 koliko ih je do tog vremena bilo u službama školske medicine u domovima zdravlja (5). Bio je to bolni trenutak odluke za mnoge specijaliste škol-

ske medicine. Prof. dr. sc. Živka Prebeg pita se tada je li to suton ili renesansa školske medicine (2).

Zdravstvena zaštita studenata bila je organizirana u sveučilišnim centrima u posebnim ustanovama. U Zagrebu od 1939. do 1985. godine u Studentskoj poliklinici, a zatim Domu zdravlja studenata koji prestaje s radom 2002. godine. Timovi školske medicine postaju timovi obiteljske medicine i u skrbi nemaju samo studente. Preventivne i specifične mjere zdravstvene zaštite za studente, od 2002. godine, provode zavodi za javno zdravstvo, a liječenje izabranu liječnik u mjestu prebivališta. Za bolesne studente to je velik problem. Život i školovanje studenata izvan mjesta stalnog boravka čini studentsku populaciju osobito osjetljivom na poremećaje zdravlja (prilagodba na novu životnu sredinu, odvojenost od obitelji, problemi učenja, rizično ponašanje, reproduktivno zdravlje). Upravo ta činjenica traži cjelovito rješenje zdravstvene zaštite studenata. Unatrag desetak godina postoje zahtjevi različitih subjekata i institucija za njegovo rješavanje. Studentske ambulante u sveučilišnim kampusima moguće su rješenje. Nažalost, cjelovitog rješenja još nema. Postojanje nekoliko savjetovaštva različitog tipa financiranih od gradova, sveučilišta ili fakulteta ne zadovoljava potrebe studenata.

U sustavu javnog zdravstva školska medicina provodi preventivne, specifične i zdravstvenoodgojne mjere zdravstvene zaštite školske djece, mladih i redovitih studenata određene Programom mjera za djelatnost preventivno-odgojnih mjera za zdravstvenu zaštitu školske djece i studenata iz Plana i programa mjera zdravstvene zaštite iz obaveznoga zdravstvenog osiguranja. Najveći broj aktivnosti predviđen je za učenike osnovnih škola (7). Svaka osnovna i srednja škola i fakultet imaju nadležni školski tim koji čine specijalist školske medicine i viša / srednja medicinska sestra. Jedan školski tim brinuo se za 5.000 učenika osnovnih i srednjih škola i studenata (8).

Dugogodišnji naponi Hrvatskog društva za školsku medicinu, Hrvatske liječničke komore i Republičkog zavoda za javno zdravstvo, usmjereni smanjenju normativa, ostvareni su 2009. godine donošenjem nove Mreže javnozdravstvene službe sa 188 nadležnih školskih timova (9). Normativ za osnovnu školu je 3.000 učenika, srednju školu 4.000, a studente 6.000.

Nakon dvanaestogodišnjeg, preventivnog, iskustva što reći koje su prednosti, odnosno nedostaci svakog modela.

Integrirani model daje bolji i cjelovitiji uvid u zdravstveno stanje učenika, olakšava procjenu psihofizičkih sposobnosti učenika za pojedine aktivnosti, olakšava prepoznavanje socijalno-zdravstvenih problema. Neke od mjera zdravstvene zaštite jednostavnije se provode, a učestalost susreta s učenicima je veća. Roditelji, učenici i škola zadovoljniji su ovim modelom jer sve teškoće mogu riješiti s jednom osobom. Sve navedeno rezultiralo je i većim zadovoljstvom liječnika. Ograničenja ovog modela proizlaze iz činjenice slobodnog izbora koji omogućava učenicima da im kurativnu zdravstvenu zaštitu pruža netko drugi, pa za učenike srednjih škola, koji se školuju izvan mjesta prebivališta, školski liječnik i nije izabranu liječnik.

Preventivni model zdravstvene zaštite školske djece i mla-

dih daje mogućnost boljeg planiranja i provođenja specifičnih i preventivnih mjera zdravstvene zaštite i osigurava dovoljno vremena za njihovo provođenje. Osigurava ujednačenu preventivnu i specifičnu zdravstvenu zaštitu učenicima na čitavom teritoriju Hrvatske te neometanost u njihovom provođenju. Ovaj model omogućava bolju prepoznatljivost preventivne i specifične zdravstvene zaštite školske djece i mladih i dosljednu provedbu načela nadležnosti nad populacijom i školom. Redoviti i sustavni kontakti sa školskom djecom i mladima daju mogućnost ranijeg uočavanja i rješavanja problema. Teškoće proizlaze iz nedostatne komunikacije školskog i izabranog liječnika. Informatizacijom zdravstva, vjerujem, uklonit će se i taj nedostatak. Omogućit će se kvalitetno praćenje od otkrivanja poremećaja, intervencije do ishoda. Drugačiji pristup u radu zahtijeva od školskih liječnika dodatnu i stalnu edukaciju (5).

Službe za zaštitu zdravlja školske djece i studenata postoje, u nekom obliku, u većini europskih zemalja i važan su segment zdravstvenog sustava. Provode preventivne programe ili pružaju posebne usluge vezano za mentalno i reproduktivno zdravlje te rizično ponašanje. Velike su razlike u modelima (od integralnog do preventivnog), programima, edukaciji i profesionalcima koji sudjeluju u zdravstvenoj zaštiti školske djece i studenata (10). Unatrag nekoliko godina stručne udruge koje okupljaju profesionalce koji se brinu za zdravlje školske djece, adolescenata i studenata (European Union for School and University Health and Medicine – EUSUHM i International Association for Adolescent Health) pokušavaju definirati minimalne kompetencije i razinu edukacije u zemljama Europske Unije (11). Od 2009. godine predsjednica EUSHM-a je prim. dr. sc. Marina Kuzman.

U ovom času specijalizaciju iz školske medicine ima samo Hrvatska. Temelji stručnog usavršavanja postavljeni su Pravilnikom o održavanju i programu tromjesečnog tečaja za školske liječnike 1930. godine. Naziv specijalist za dječju i školsku higijenu uredbom je uveden 1931. godine (2-4).

Utemeljitelj specijalizacije iz školske medicine je prim. dr. Živko Prebeg (1901-1956). Od 1928. godine organizira tečajeve za usavršavanje liječnika koji rade sa školskom djecom i mladeži. Dobro procjenjuje dalekosežno značenje čuvanja i unapređenja zdravlja u školskoj dobi, kao i ulogu škole. Godine 1951. razrađuje trogodišnji program specijalizacije iz školske medicine, odnosno školske higijene – naziv pod kojim je stasala.

Školska higijena bila je prva od temeljnih specijalizacija u primarnoj zdravstvenoj zaštiti. Uključivala je edukaciju iz pedijatrije, interne medicine, infektologije, mentalnog zdravlja te poslijediplomsku edukaciju iz javnog zdravstva, epidemiologije i školske higijene. U izradi programa specijalizacije sudjelovala je i dr. Slava Lunaček. Te su godine svoju specijalizaciju započeli prvi školski liječnici (2, 12).

Tijekom godina program specijalizacije se mijenjao kako bi mogao odgovoriti zahtjevima i potrebama zdravstvene zaštite školske djece, mladih i studenata. Sadašnji program specijalizacije definiran je Pravilnikom o specijalističkom usavršavanju iz 1994. godine i dopunama iz 1998. godine.

Specijalizacija traje 36 mjeseci i obuhvaća područja: interne medicine, kirurgije, ginekologije i opstetricije, mikrobiologije, mentalnog zdravlja, športsku medicinu, pedijatriju, infektologiju, ORL, oftalmologiju, ortopediju i epidemiologiju. Poslijediplomski studij u trajanju od 4 mjeseca sastavljen je dio specijalizacije (13).

Radi usklađivanja programa specijalističkog usavršavanja s programima EU Ministarstvo zdravlja i socijalne skrbi imenovalo je Povjerenstvo za koordinaciju izrade prijedloga planova i programa liječničkih specijalizacija 2007. godine, a ono Stalnu stručnu radnu skupinu za izradu programa specijalizacije iz školske medicine na čelu s prof. dr. sc. Vesnom Jurešom. Radna skupina izradila je Plan i program specijalističkog usavršavanja koji će budućim specijalistima dati znanja i vještine kojima će moći odgovoriti potrebama i zahtjevima školske i studentske populacije. Trajanje specijalizacije je 48 mjeseci, a naziv Školska i adolescentna medicina.

Proteklo vrijeme donijelo je promjenu morbiditeta. Od usmjerenosti prvih specijalista sprečavanju i suzbijanju raznih bolesti, neishranjenosti u središte interesa današnjih specijalista školske medicine dolaze bolesti vezane uz rizično ponašanje (ranije stupanje u spolne odnose, veći broj partnera, konzumacija legalnih i ilegalnih droga), kronične bolesti, nesreće. Turbulentno vrijeme rata i poraća, tranzicijske promjene, recesija utjecali su na opća društvena zbivanja i obiteljsku dinamiku. Najviše se to odrazilo na mentalnom zdravlju. Raste agresivnost i nasilje među djecom, depresije, suicidi, poremećaji ponašanja. Zahtjevi suvremene škole negativno se odražavaju na zdravlje mladih (14). Navike i životni stil usvojeni tijekom adolescencije bitno utječu na razvoj bolesti i kvalitetu života u odrasloj dobi (2, 15).

Navedeni zdravstveni problemi traže nov pristup u njihovu rješavanju. Polivalentna savjetovišta "otvorenih vrata" u kojima osim školskih doktora rade i druge zdravstvene i nezdravstvene struke pokazala su se najučinkovitijim modelom rješavanja suvremenih problema mladih.

Još 1980. godine otvarajući I. kongres liječnika školske medicine Jugoslavije u Zagrebu, tadašnji predsjednik Republičkog komiteta za zdravstvenu i socijalnu zaštitu Republike Hrvatske prof. dr. sc. Boško Popović kaže:

*"...zdravstvena zaštita školske djece i omladine treba se aktivnije usmjeriti na suzbijanje postojećih i prijetećih problema omladine – pušenje, bolesti ovisnosti, maloljetnička delinkvencija, neželjene trudnoće,...u kontekstu toga valja planirati nove metode pristupa i pomoći mladima otvaranjem klubova, tribina, savjetovišta...da aktivna zdravstvena zaštita koja se provodi izvan škole, učeničkih i studentskih domova ne može dati one efekte koje bi s obzirom na prevalirajuću patologiju...dala zdravstvena zaštita koja bi se provodila u samim školama...timovi školskih liječnika u neposrednom kontaktu s nastavnicima, roditeljima i drugim faktorima iz mjesne zajednice i društveno-političke zajednice, rješavali bi uspješnije sve probleme od kojih zavisi zdravi razvoj školske djece..."* (16).

Umjesto zaključka izdvojit ću nekoliko zahtjeva iz Dubrovačke deklaracije o zdravstvenoj zaštiti školske djece i mladih u Europi, donijete na 13. kongresu Europske unije za školsku i sveučilišnu medicinu 2005. godine u Dubrovniku:

- Školska medicina mora dobiti najviši politički prioritet
- Školska medicina mora biti organizirana bez ograničenja
- Škola je idealno okruženje za provođenje zdravstvenih programa među djecom i adolescentima
- Potrebni su visokokvalificirani stručnjaci za područje školske medicine (17).

Vrlo slične poruke upućene su u pozdravnom govoru dr. Enisa Barisa iz Regionalnog ureda Svjetske zdravstvene organizacije za Europu, u Edinburghu 2009. u kojem je istaknuto da zdravstvene usluge pružene mladima moraju biti usklađene s njihovim specifičnim potrebama i interesima, za rad i pružanje usluga mladima potrebni su stručni kadrovi i financijska sredstva, a vlade odnosno politika moraju biti uvjereni da je investiranje u zdravlje mladih ispravan potez (18).

Otvoren, dostupan i prijateljski pristup, škola i fakultet mjesto djelovanja, rano uočavanje problema i mogućnost intervencije (populacijske i individualne) uz dvosmjernu povezanost s izabranim liječnicima preduvjet su kvalitetne zdravstvene zaštite školske djece i studenata u budućnosti.

## Literatura

1. LONČAR-DUŠEK M. 70 godina prvog školskog ambulatori-  
ja (1923-1999), 100 godina prvog školskog liječnika u Hr-  
vatskoj, 200 godina školske medicine u Europi. Paediatr  
Croat 1994;38: 51-3.
2. PREBEG Ž. Nova organizacija školske medicine: suton ili  
renesansa? Liječ Vjesn 1998;120:257-8.
3. MAŠOVIĆ F, BARIŠIĆ B, RULJNJEVIĆ N. Razvoj zdravstve-  
ne zaštite školske djece i omladine u SR Hrvatskoj; Zbor-  
nik radova I. kongresa liječnika školske medicine Hrvat-  
ske, Split-Trogir 1972;610-6.
4. DŽEPINA M, ČAVLEK T, ĐANIĆ-KOJIĆ M, JUREŠA V, BOŽIĆ  
S. Prednosti i nedostaci novog ustroja školske medicine;  
HČJZ 2006;8.
5. JUREŠA V. Zdravstvena zaštita školske djece i mla-  
dih – školska i sveučilišna medicina. Paediatr Croat  
2006;50:117-9.
6. DABO J, TOMAC V, DRAGAŠ-ZUBALJ N. Zdravstvena za-  
štita školske djece, mladeži i studenata - devetogodišnje  
iskustvo; HČJZ 2007;9.
7. Plan i program mjera zdravstvene zaštite iz obaveznog  
zdravstvenog osiguranja. NN 2005;126.
8. Pravilnik o standardima i normativima prava iz obaveznog  
zdravstvenog osiguranja. NN 142/06.
9. Mreža javne zdravstvene službe. NN 2009;98.
10. NIJUNUIS M, WIESKE R, BOERE-BOONENKAMP M, WAGE-  
NAAR-FISCHER M. Comparison of youth health care in the  
EUSUHM countries; Abstracts book 15th EUSUHM Con-  
gress, Leiden 2009:44.
11. HOPPENBROUWERS K, Conclusions on the IAAH-EUSU-  
HM workshop on competences in adolescent health (Por-  
toroz) Abstracts book 15th EUSUHM Congress, Leiden  
2009;88.
12. JUREŠA V. Tko je Živko Prebeg? Paediatr Croat 2002;46:  
161-2.
13. Pravilnik o specijalističkom usavršavanju doktora medici-  
ne, NN 111/09.
14. KUZMAN M, PAVIĆ-ŠIMETIN I, PEJNOVIĆ-FRANELIĆ I.  
Zdravlje i rizici po zdravlje djece školske dobi - što o tome  
znamo i uspijevamo li pomoći; HČJZ.
15. GREYDANUS D. Why is preventive health for adolescents  
necessary? Abstracts book 15th EUSUHM Congress, Lei-  
den 2009;130.
16. POPOVIĆ B. Uvodna riječ - glavni referat. Zbornik radova  
I. kongresa liječnika školske medicine Jugoslavije Zagreb,  
1980;3-7.
17. JUREŠA V. Dubrovačka deklaracija o zdravstvenoj za-  
štiti školske djece i mladih u Europi. Paediatr Croat  
2006;50:124-5.
18. Meeting on Youth Friendly Health policies and Services.  
Edinburgh, Scotland, UK21 September 2009. Dostupno  
na: <http://www.education.ed.ac.uk/cahru/news/Youth-FriendlyHealthPolicies.pdf>. Pristupano 2. veljače 2010.

### Adresa za dopisivanje:

Franciska Lančić, dr. med.  
Služba za školsku medicinu  
Zavod za javno zdravstvo Varaždinske županije  
42240 Ivanec, Varaždinska 4  
e-mail adresa: franciska.lancic@vz.t-com.hr

### Primljeno / Received

5. 2. 2010.  
February 5, 2010

### Prihvaćeno / Accepted

10. 02. 2010.  
February 10, 2010

**Sumamed**<sup>®</sup>  
azitromicin



*20 godina ponosa i povjerenja!*

Infekcije  
dišnog  
sustava

 **PLIVA**

**PLIVA**  antibiotici