

The functioning of new legal regulations on health care for pupils in the practice of an educational setting nurse

Funkcjonowanie nowych regulacji prawnych opieki zdrowotnej nad uczniami w praktyce pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania

Agnieszka Pluta¹ , Alicja Marzec² 

¹Division of Community Nursing, Faculty of Health Sciences, Ludwik Rydygier Collegium Medicum in Bydgoszcz of the Nicolaus Copernicus University in Toruń/
Zakład Pielęgniarstwa Rodzinnego Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu

²Department of Fundamentals of Clinical Skills and Medical Simulation, Ludwik Rydygier Collegium Medicum in Bydgoszcz of the Nicolaus Copernicus University in Toruń/
Zakład Podstaw Umiejętności Klinicznych i Symulacji Medycznej Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu

CORRESPONDING AUTHOR/AUTOR DO KORESPONDENCJI:

Agnieszka Pluta
Zakład Pielęgniarstwa Rodzinnego, Collegium Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu
ul. Łukasiewicza 1, 85-821 Bydgoszcz
tel. 52 585-58-13
e-mail: agnieszka.pluta@cm.umk.pl

STRESZCZENIE

FUNKCJONOWANIE NOWYCH REGULACJI PRAWNYCH OPIEKI ZDROWOTNEJ NAD UCZNIAMI W PRAKTYCE PIELĘGNIARKI ŚRODOWISKA NAUCZANIA I WYCHOWANIA

Wprowadzenie. W ostatnim czasie wiele uwagi poświęcono opiece zdrowotnej uczniów w Polsce. Krytycznie oceniono obecny stan i przygotowano nowe regulacje prawne mające przynieść poprawę.

Cel pracy. Celem niniejszej pracy jest przedstawienie funkcjonowania aktualnych regulacji prawnych w zakresie opieki zdrowotnej nad uczniami w praktyce pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania.

Omówienie. Nowe prawo zapewnia każdemu uczniowi szkoły publicznej i niepublicznej - podstawowej i średniej - możliwość skorzystania z opieki pielęgniarki i stomatologa. Precyzuje zasady współpracy i wymiany informacji pomiędzy personelem medycznym, rodzicami, dyrekcją szkoły jak i organami prowadzącymi placówkę. Opieka zdrowotna nad uczniem w środowisku szkolnym ma charakter profilaktyczny, jest ukierunkowana na promowanie i zachowanie zdrowia, identyfikowanie problemów zdrowotnych oraz wczesne włączenie terapii i zapobieganie niepełnosprawności.

Podsumowanie. Pielęgniarka jest bezpośrednim świadczeniodawcą i jej też przypisuje się rolę koordynatora opieki profilaktycznej nad uczniem. W swojej pracy napotyka wiele trudności organizacyjnych ze strony środowiska szkolnego, rodziców/opiekunów prawnych jak i samych uczniów. Nowe przepisy, ich częste aktualizacje i nowelizacje, niespójności w różnych dokumentach stawiają przed pielęgniarką konieczność śledzenia tych zapisów aby w praktyce nie przekraczać swoich kompetencji. Pielęgniarka jest przygotowana do całości swoich zadań merytorycznie i wielokierunkowo. Potrafi profesjonalnie wypełnić trudną rolę koordynatora opieki nad dzieckiem w środowisku szkolnym.

Słowa kluczowe: opieka profilaktyczna, uczeń, szkoła, pielęgniarka

ABSTRACT

THE FUNCTIONING OF NEW LEGAL REGULATIONS ON HEALTH CARE FOR PUPILS IN THE PRACTICE OF AN EDUCATIONAL SETTING NURSE

Introduction. Recently, much attention and interest have been devoted to the health care of school children in Poland. The current status was critically assessed and new legal regulations were prepared to bring about improvement.

Aim. The aim of this paper is to present the functioning of current legal regulations in the field of health care for school children in the practice of an educational setting nurse.

Discussion. The new law gives every student of public and private, primary and secondary schools the right to seek the care of a nurse and a dentist. It specifies the principles of cooperation and exchange of information between medical staff, parents, school management and authorities running the facility. Health care for a student in a school environment is preventive, focused on maintaining health, early detection of diseases, treatment, care and prevention of disability.

Conclusions. The nurse is a direct health care provider and is also assigned the role of coordinator of preventive care over the school student. However, school nursing practice entails many organizational difficulties on the part of the school environment, parents/legal guardians, as well as the students themselves. New regulations, their frequent updates and amendments, and inconsistencies in various documents force nurses to keep track of the revisions in order not to exceed their competence in practice. The nurse is prepared for professional practice in terms of expertise and direction and is able to competently fulfill the difficult role of a child care coordinator in a school environment.

Key words: ENG prophylactic care, pupil, nurse

INTRODUCTION

Recent years have been a time of extensive research on the health status of school children and analyses of the organization and functioning of the school health care system. A well-functioning health care system is characterized by accessibility, continuity, comprehensiveness and efficiency, which translates into the quality of care [1,2]. Access to health services in the school environment is unequal, definitely worse for pupils of rural schools [3]. This is confirmed by the unfavorable picture of the general health status of school-age children presented both in the recently published report of the Polish Supreme Audit Office (NIK): Healthcare for School-Age Children and Youth in 2018 [4] and reports from the international research Health Behavior in School-age Children (HSBC) concerning the health behaviors of school children [5]. Unfavorable data on the health status of the Polish adult population presented in reports by Statistics Poland (GUS) and OECD confirm the ineffectiveness and shortcomings in providing comprehensive health care to the developmental age population [6,7].

In Poland, care for school-age children is provided at the level of primary health care (PHC). The health condition of children and adolescents is unsatisfactory and worrying. According to a report by the Supreme Audit Office of 2016, postural defects including spinal deformities (219 000 cases), allergies, bronchial asthma (195 000), eye disorders (refractive and accommodation defects – 187 000), obesity (93 000), anemia (52 000), developmental disorders (51 000), and thyroid diseases (47 000) remain a serious health problem among children and adolescents aged 5-18. Compared to the previous year, the greatest increase in the number of diagnosed cases was reported for thyroid diseases (by 2 300 – over 5%), cancer (by over 2 200 – nearly 15%), anemia (by 1 800 – 3.6%), diabetes (by 1%) [4].

According to the HSBC 2018 report, the number of health-related problems determined by health behaviors is increasing. The most acute problem is obesity associated with nutrition mistakes and low levels of physical activity. The population of Polish children is the fastest and most intensively weight-gaining group of children in Europe [5].

Recently, significant changes have been introduced to all levels of the educational system for children and adolescents. The target structure includes: 8-year primary school, 4-year general secondary school, 5-year technical secondary school, 3-year first-level vocational school, 3-year special education school preparing for work, 2-year second-level vocational school, post-secondary school [8]. Art. 35 of the Education Law indicates that compulsory schooling begins at the beginning of the school year in the calendar year in which the child reaches the age of 7 and lasts until the end of primary school, but no longer than until the age of 18 [9].

The changes taking place in the education system justify the necessity to introduce changes in the organization and scope of preventive health care over school children. The need to improve the organization of school-age child care was indicated by the Supreme Audit Office [10].

Their report emphasized, among other things, the insufficient number of medical personnel providing health care for school-age children and adolescents, which makes it difficult to ensure equal access and extends the waiting time for the provision of the service. Among its statutory tasks, the school is obliged to provide students with access to health services in a medical office supplied with equipment that enables the provision of guaranteed services by a school nurse or hygienist [9,11,12,13,14].

AIM

The aim of this paper is to present the functioning of the current legal regulations in the field of health care for school children in the practice of educational setting nurses.

Current knowledge

Out of concern for the health of school children and adolescents, on April 12, 2019, the Law on health care for pupils was adopted [15]. Its provisions state that health care for pupils is provided at school and includes preventive health care, health promotion and dental care. Preventive health care is provided to students until they turn 19, and in the case of students with a statement of special educational needs – until the end of secondary school. Dental care is provided to students until they turn 19. The Act does not apply to students of adult schools, first-level vocational schools and post-secondary schools, or to students of art schools providing only artistic education. The Act specifies that the entities ensuring the organizational conditions of health care for students are the school principal and the school managing body. The direct school health care providers are the educational setting nurse and the school hygienist, while the dental care provider is a dentist and a dental hygienist.

The aforementioned legal act regulates the qualifications of persons providing health care to the school-age student. The educational setting nurse should:

- hold a master's degree in nursing, or
- hold the title of a specialist in the field of nursing in educational settings, or
- complete a qualifying course in nursing in educational settings, or
- hold the title of a specialist in the field of family or pediatric nursing obtained upon completion of specialization training which commenced after August 23, 2015, or
- be undergoing specialist training in family or pediatric nursing.

The duties of the educational setting nurse may also be fulfilled by a nurse with the title of a specialist in family and pediatric nursing obtained upon completion of specialization training commenced before August 23, 2015, or a midwife who completed a qualification course in the field of nursing in educational settings, or an equivalent course, and has at least five years of experience in such settings.

The educational setting nurse is most often an employee of a health care entity with which the National Health Fund has concluded an agreement on the provision of health care services. The nurse can also be an independent health care provider running individual or group nursing practice with which the National Health Fund has concluded an agreement on providing services.

The Act on the health care for school children indicates that the authorities running the school, which may be local government units, the minister, or other legal and natural persons, ought to provide pupils with access to a medical office run by a nurse or a hygienist. Such office should, in principle, operate in every school. It should be made available to the nurse or school hygienist free of charge (Article 12, point 2). In the absence of a medical office at school, the nurse may provide care in a place specified in the contract for the provision of health care services, i.e. in the primary health care clinic. In such cases, the nurse carries out some activities at school, e.g. health education or dental fluoridation, while preventive medical examinations are performed at the primary care clinic.

The existing practices have shown that nurses providing services under a contractual agreement were often charged by the school head with the costs of running medical and first aid offices, including energy, water, cleaning, maintenance, property tax and rent [16].

The educational setting nurse provides preventive care to 880-1100 pupils in primary schools, high schools, and specialized high schools (without workshop practice). In schools offering vocational preparation which includes workshop practice, the number of pupils covered by health care is 700, while in special schools the number depends on the degree of impairment and mobility of pupils and ranges from 30 to 150 individuals. In order to work full-time, it is very common for an educational setting nurse to provide care in more than one school. Such fragmentation of employment may adversely affect the continuity and quality of health care provided to pupils, especially those with chronic diseases that require enhanced nursing care, but it may also disturb the sense of security in case of emergencies or injuries. In accordance with the regulation of the Minister of Health of October 31, 2019 amending the regulation on guaranteed benefits in the field of primary health care [13], a nurse should stay in the school's medical office for at least 4 hours. This requirement is sometimes difficult to fulfil, especially in a rural environment where schools are small and the distance between them is large.

Financing of health care services for school children is based on the annual capitation rate using an index depending on the type of school and the degree of impairment and mobility of pupils [13]. As of today, this rate is PLN 90.12 and – in the case of accredited entities – PLN 91.08. An additional remunerable service is preventive fluoridation for primary school pupils in grades 1-6, amounting to PLN 5.40 [17,18].

The Act on health care services for school children was developed after analyzing the health problems of the child population in Poland. Problems related to child health protection were also included among the strategic and

operational goals of the National Health Program (NHP) for the years 2016-2020 [19]. The operational goals focusing on the school environment include, among other things:

- improving the diet, nutritional status and physical activity of the population,
- preventing and solving problems related to the use of psychoactive substances, behavioral addictions and other risky behaviors,
- preventing mental health problems and improving the mental well-being of the society,
- improving reproductive health.

The operational goals relate to health problems identified in the school environment, which are as follows: overweight and obesity, dental caries, low physical activity, nutrition mistakes, increasing number of cases of depression, suicide attempts, disorders of adaptation to school environment, sense organ impairments, disorders of body statics and posture, problems related to early sexual initiation [19,20].

The operational goals set by the NHP [18] are consistent with the goals of school child care included in the Act of 2019 [15]. Protecting pupils' health as well as shaping their health-promoting attitudes and responsibility for their own health should be considered as a priority task in the work of a nurse and should be implemented in the process of comprehensive health education. It is through education that the objectives of health promotion and preventive health care can be fulfilled and the overriding goal is to promote changes towards healthy behaviors. Such changes are possible through gaining new knowledge, understanding health issues, getting to know oneself, identifying one's own health problems; in short, obtaining new cognitive abilities. It is also necessary to shape the desired beliefs and attitudes towards matters related to health and disease, and to encourage taking responsibility for one's own and others' health, clarifying and modifying one's value system, as well as developing skills related to physical health (taking care of the body) and psychosocial (life) skills [20].

Health services in the field of health education and prevention are provided upon consent granted by the parents/legal guardians of a pupil after they have familiarized themselves with the scope of the said services.

Health education is included in the current core curriculum for primary and secondary schools, which is based on the concepts of personalistic education and health-oriented physical fitness. Health education has been included in the subject of physical education as a separate thematic area.

In primary schools, the goals of health education in the scope of knowledge include:

- understanding the importance of physical activity for health,
- knowledge of the current nutrition pyramid and the principles of healthy eating,
- knowledge of how to select an outfit to suit the weather conditions during physical activities.

In terms of skills, the goals include:

- following the principles of personal and clothing hygiene,
- adopting the correct body posture in various situations [21].

Health education content is often delivered as a thematic area by teachers of subjects other than physical education.

The person competent to conduct health education activities is the educational setting nurse. The current standard of educating nurses at the master's degree level takes into account their substantive, pedagogical and didactic preparation to fulfill their professional educational role [22]. Failure to perceive a nurse as an educator is one of the problems encountered by school environment nurses. Other problems arise from organizational and legal uncertainties as well as issues related to cooperation with the school management and parents.

In the Polish system, education is compulsory for children and adolescents from 7 to 18 years of age. It is allowed to commence education at the age of 6, after assessing school readiness. In accordance with legal regulations [13,18], a child in the preschool period should undergo a general preventive medical examination for the purposes of assessing their health status in terms of school readiness. In many cases, children undergo these examinations as first-grade students. The early detection of developmental disorders and chronic diseases in preschool children is of key importance for their proper development, as it allows for a timely implementation of therapy or rehabilitation, and thus makes it possible to limit or even inhibit the progress of disorders in functional development. Lack of health-related assessment of school readiness may translate into a child's problems with adaptation to the school environment, and, in consequence, result in worse social functioning and learning results.

One of the problems faced by educational setting nurses is providing health care to students at schools where the course of study ends at the age of over 19. This situation also applies to students repeating a year in a post-primary school, as well as students of second-level vocational schools. In the event of an injury or illness, adolescents report to the school medical office. Students in the last year of post-primary school undergo preventive general medical examinations, the preparation for which includes certain screening tests performed by the school nurse [13,18]. It is worth emphasizing that, in accordance with the 2019 Act, preventive health care is provided to students until they turn 19 and does not cover students of second-level vocational schools [16]. The above provision may cause complications in regard to settlements with the National Health Fund. In accordance with the law, health care for a student who has reached the age of 19 is not covered by the school nurse's services, but by adult services within the primary health care system (PHC) [23].

In practice, services in the school medical office are provided with the consent of the parent/legal guardian of the student, despite the fact that the law of 2019 allows for

presumed consent. The latter does not apply to disabled students, in whose case consent must be expressed by the legal guardian or an adult student. Practitioners running a school medical office are obliged to respect patients' rights and children's rights, including the right of access to health services, health status information and medical records, the right to grant consent to the provision of health services, the right to medical confidentiality, and the right of respect for intimacy and dignity, family and private life, and one's religion [24]. Despite difficult conditions in many school medical offices, the nurse always tries to respect the fundamental right of the patient to information and intimacy during screening tests performed as basic health care services, which is greatly appreciated by the pupils.

The Act on health care for school children takes into account the integration of care through maintaining a flow of information between the school nurse and parents, a primary health care physician and a dentist. Integration of health care includes:

- obtaining advice, exchanging information about the health status of students to the extent necessary to implement preventive health care,
- undertaking joint activities to the extent necessary to maintain health, prevent, diagnose and treat diseases, provide pupils with nursing and rehabilitation services,
- undertaking joint activities in the field of disease prevention, health promotion and health education, as well as the identification of risk factors and health hazards [15].

The school principal is responsible for safety at school [14]. In terms of epidemiological safety, nurses have an important advisory voice on account of their professional and medical qualifications. This is regulated by article 18 of the law on preventive health care for school children in [15].

In this context, information on the implementation of the immunization program for pupils in primary care becomes important. It sometimes happens that the parents/legal guardians of a pupil who support anti-vaccination movements, fearing the flow of this information and possible consequences, refuse to give written consent to taking their child into the care of a school nurse. In relation to a specific student, the lack of consent of the parent/legal guardian makes it difficult to take action in emergency cases. The presence of a student who does not follow a vaccination schedule also hinders the implementation of other nursing services, which, in turn, affects the overall epidemiological situation in a school, for which the relevant poviatsanitary and epidemiological station is responsible.

In accordance with the regulation of the Minister of Health of 2013 [13], the school nurse may administer ad hoc painkillers, antipyretics, antispasmodics and Neospasmina. The pupil's parent/legal guardian must consent to ad hoc drug administration by the nurse. Pursuant to the said legal act, in life-threatening situations, the nurse is allowed to make use of an anti-shock kit, the composition of which includes Glucose 20% ampoule, 0.9% NaCl,

Hydrocortisonum ampoule, and infusion fluids: 5% Glucose and Ringer's solution. This provision is inconsistent with the regulation of the Minister of Health of 2017 on the type and scope of preventive, diagnostic, therapeutic and rehabilitation services provided by a nurse or midwife independently without a physician's order [25]. This regulation includes a list of medications, treatments and tests that can be performed by a nurse without a doctor's order. At the doctor's request, the nurse may administer all other medications, unless relevant regulations state otherwise. The nurse assumes professional and civil liability for every action undertaken.

As mentioned before, the school principal is responsible for the safety of pupils during their stay at school [14]. Whenever a student visits the school medical office, the nurse assesses his/her state of health on the basis of a physical examination and a medical interview. If required, the nurse administers ad hoc medications, provided that the parent has consented. A possible dismissal of a pupil before the school day ends is granted by the school principal, and on his/her behalf – the class head teacher. Schools have internal procedures in place to deal with such issues, and the nurse is obliged to follow them.

Article 21 of the 2019 Act regulates the administration of medications to chronically ill students, including students with disabilities [15]. In the absence of a school nurse, when the child's health condition requires administration of medications or other activities (e.g. blood glucose control in a child with diabetes, administration of an inhaled drug to a child with asthma), these activities may also be performed by other people, including class head teachers, provided they agree and they have received adequate training. Authorizing school employees by a child's parents to provide care to that child as well as the employees' consent to provide the care, should take the form of an agreement (oral or written) between the parents of a chronically ill child and a school employee [26].

In accordance with the regulation of the Minister of Health of 2013 on guaranteed services in primary health care, the section listing guaranteed services and the conditions for their implementation in educational settings by a school nurse or hygienist includes active counseling for students with health problems and providing health care to students with chronic diseases and disabilities. This further includes the provision of nursing services and – only on the basis of a medical order and in consultation with the primary care physician whose list of beneficiaries includes the student – treatments and therapeutic procedures which must be administered to the student during his/her stay at school [13].

Medical documentation is an important issue for both the nurse and the student. During the period of school education, a pupil's documentation is stored in a locker in the school medical office, which is in accordance with the regulations on protection of personal data and medical secrecy. Pursuant to applicable legal provisions [15], if a pupil changes school, his/her medical records should be delivered, against receipt, to the educational setting nurse or the school hygienist at the student's host school. After the student completes his/her education, the educational

setting nurse or the school hygienist should provide the graduate's individual medical documentation, against receipt, to the relevant health care team. This is impossible to implement in practice. The nurse does not have the resources needed to send the medical documentation by post with acknowledgment of receipt. Graduates most often do not know the address of the primary care physician whom they have selected in their declarations of choice. In practice, the student receives his/her records in a school medical office upon submitting his/her signature and date in the register of medical documentation issued.

The full range of health care services for school children is complemented by dental care. It can be provided in a dentist's office within the school premises. If there is no such office in the school, the school authority should conclude an agreement with a health care entity providing dental care services for children and adolescents, financed from public funds, which would define the manner of organizing the provision of such services. Dental care can also be provided in a dental health bus. The range of dental services includes general dental services for children and adolescents up to 18 years of age, as well as preventive dental services for children and adolescents up to the age of 19. The dentist cooperates with the school nurse/hygienist and the school principal in the scope of health education and promotion of oral health as well as prevention of tooth decay in school children [15]. Services in the field of orthodontics are performed in specialist dental offices.

CONCLUSIONS

The legal regulation of 2019 was intended to ensure equal access to preventive health care and to dental care. It precisely defines the principles of cooperation and information exchange between medical staff, parents, school management and authorities running the facility. The aim of this act was to improve dental care provided to school children. This provision, however, encounters organizational, personnel-related and financial difficulties [18,19].

The direct health care provider is the nurse, who is also assigned the role of a care coordinator. Nurses are responsible for the preventive care of students and the integration of all activities undertaken with the health of pupils in mind. In everyday practice, they encounter difficulties and lack of understanding from the teaching staff, parents/legal guardians, as well as students themselves. Health education, which is a priority in the implementation of preventive student care, also presents difficulties. Current legal regulations fail to clearly indicate the nurse as a coordinator of the school health education program. In grades 1-3, it is possible to include the nurse in joint educational activities due to integrated teaching and the use of common school rooms by pupils, whereas in grades 4-8 and in post-primary schools such education is provided only through direct personal contact between the nurse and the pupil.

For the purposes of health promotion and health education, school nurses and hygienists will be obliged not

only to provide preventive care to school children, but also to closely cooperate with those students, their parents as well as teachers. Nurses and hygienists will also provide assistance to parents and mature students in terms of pre-

ventive health examinations, medical and dental screening tests, and preventive vaccinations. The nurse is prepared for all those tasks and can professionally fulfill the difficult role of a coordinator.

Funkcjonowanie nowych regulacji prawnych opieki zdrowotnej nad uczniami w praktyce pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania

WPROWADZENIE

Ostatnie lata to czas szeroko zakrojonych badań stanu zdrowia dzieci szkolnych oraz analiz organizacji i funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej nad uczniem. Dobrze funkcjonujący system opieki zdrowotnej cechuje się dostępnością, ciągłością, kompleksowością, efektywnością co przekłada się na jakość opieki [1,2]. Dostęp do świadczeń zdrowotnych w środowisku szkolnym jest zróżnicowany, zdecydowanie gorszy dla uczniów szkół wiejskich [3]. Potwierdza to niekorzystny obraz ogólnego stanu zdrowia dzieci w wieku szkolnym przedstawiony zarówno w ostatnio opublikowanym raporcie NIK Opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym z 2018 roku [4] jak i raporty badań międzynarodowych HBSC Health Behaviour in School-age Children dotyczące zachowań zdrowotnych dzieci szkolnych [5]. Niekorzystne dane o stanie zdrowia populacji dorosłych Polaków przedstawione w raportach GUS oraz OECD potwierdzają nieskuteczność i braki w zapewnieniu kompleksowej opieki zdrowotnej nad populacją wieku rozwojowego [6,7].

W Polsce opieka nad dzieckiem w wieku szkolnym sprawowana jest na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej (POZ). Stan zdrowia dzieci szkolnych i młodzieży jest niezadowolający i niepokojący. Według raportu NIK w 2016 roku poważnym problemem zdrowotnym wśród dzieci i młodzieży w wieku 5-18 lat pozostają wady postawy, w tym zniekształcenia kręgosłupa (219 tys.), alergie, dychawica oskrzelowa (195 tys.), zaburzenia narządu wzroku (wady refrakcji i akomodacji oka – 187 tys.), otyłość (93 tys.), niedokrwistość (52 tys.), zaburzenia rozwoju (51 tys.), choroby tarczycy (47 tys.). W stosunku do roku poprzedniego największy wzrost nastąpił w przypadku rozpoznanych chorób tarczycy o 2,3 tys. (o ponad 5%), nowotworów o ponad 2,2 tys. (o blisko 15%), niedokrwistości o 1,8 tys. (o 3,6%), dzieci z cukrzycą o 1% [4].

Według danych raportu HBSC 2018 narastają problemy zdrowotne uwarunkowane zachowaniami zdrowotnymi. Najostrzej zarysowuje się problem otyłości związany z błędami żywieniowymi i niskim poziomem aktywności ruchowej. Populacja dzieci polskich jest najszybciej i najintensywniej tyjącą grupą dzieci w Europie [5].

W ostatnim czasie dokonały się istotne zmiany w systemie szkolnictwa dzieci i młodzieży. Objęły one wszystkie szczeble edukacyjne. Docelowa struktura obejmuje: 8-letnią szkołę podstawową, 4-letnie liceum ogólnokształcące, 5-letnie technikum, 3-letnią branżową szkołę I stopnia, 3-letnią szkołę specjalną przysposabiającą do pracy, 2-letnią branżową szkołę II stopnia, szkołę policealną [8]. Art. 35 prawa oświatowego wskazuje, że obowiązek szkolny rozpoczyna się z początkiem roku szkolnego w roku kalendarzowym, w którym dziecko kończy 7 lat, oraz trwa do ukończenia szkoły podstawowej, nie dłużej jednak niż do ukończenia 18 roku życia [9].

Dokonujące się zmiany w systemie szkolnictwa uzasadniają konieczność wprowadzenia zmian w organizacji i zakresie opieki zdrowotnej profilaktycznej nad uczniami. Potrzeba poprawy organizacji opieki nad uczniem została wskazana przez NIK [10]. Podkreślono między innymi niewystarczającą liczbę personelu medycznego sprawującego opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym, co utrudniało zapewnienie równego dostępu oraz wydłużało czas oczekiwania na udzielenie świadczenia. Szkoła wśród zadań statutowych ma zapewnić dostęp uczniom do świadczeń zdrowotnych. Zadaniem szkoły jest udostępnić gabinet profilaktyki zdrowotnej wyposażony w sprzęt, który umożliwi realizację świadczeń gwarantowanych pielęgniarstwa lub higienistki szkolnej [9,11,12,13,14].

CEL PRACY

Celem niniejszej pracy jest przedstawienie funkcjonowania aktualnych regulacji prawnych w zakresie opieki zdrowotnej nad uczniami w praktyce pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania.

Opis stanu wiedzy

W trosce o zdrowie dzieci i młodzieży szkolnej 12 kwietnia 2019 roku przyjęta została ustawa o opiece zdrowotnej nad uczniami [15]. Zgodnie z jej zapisem opieka zdrowotna nad uczniami jest realizowana w szkole i obejmuje profilaktyczną opiekę zdrowotną, promocję zdrowia oraz opiekę stomatologiczną. Profilaktyczna opieka zdrowotna jest sprawowana nad uczniami do ukończenia 19 roku życia, a w przypadku uczniów posiadających orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego – do ukończenia szkoły ponadpodstawowej. Opieka stomatologiczna

jest sprawowana nad uczniami do ukończenia 19 roku życia. Ustawa nie dotyczy słuchaczy szkół dla dorosłych, branżowych szkół II stopnia i szkół policealnych oraz uczniów szkół artystycznych realizujących wyłącznie kształcenie artystyczne. Ustawa precyzuje, iż podmiotami zapewniającymi warunki organizacyjne opieki zdrowotnej nad uczniami jest dyrektor szkoły i organ prowadzący szkołę. Bezpośrednimi świadczeniodawcami opieki zdrowotnej nad uczniem jest pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania, higienistka szkolna a opieki stomatologicznej lekarz dentysta i higienistka stomatologiczna.

Powyższy akt prawny reguluje kwalifikacje osób sprawujących opiekę zdrowotną nad uczniem. Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania winna posiadać:

- tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa lub
- tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania,
- lub ukończony kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania,
- lub tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego lub pediatrycznego uzyskany po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego rozpoczętego po dniu 23.08. 2015 roku,
- lub odbywa szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego lub pediatrycznego.

Obowiązki pielęgniarki środowiska szkolnego może także pełnić pielęgniarka z tytułem specjalisty z pielęgniarstwa rodzinnego, pediatrycznego uzyskany po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego rozpoczętego przed 23 sierpnia 2015 roku, lub położna, która ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania albo równoważny i posiada co najmniej pięcioletni staż pracy w środowisku szkolnym.

Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania najczęściej jest pracownikiem podmiotu leczniczego, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej bądź pielęgniarka jest samodzielnym świadczeniodawcą w ramach indywidualnej lub grupowej praktyki pielęgniarstwa, z którą NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń.

Ustawa o opiece nad uczniami wskazuje, iż organy prowadzące szkołę, którymi mogą być jednostki samorządu terytorialnego, minister, inne osoby prawne i fizyczne zapewni uczniom możliwość korzystania z gabinetu profilaktyki zdrowotnej prowadzonego przez pielęgniarkę lub higienistkę. Taki gabinet powinien, co do zasady, działać w każdej szkole. Powinien być udostępniony pielęgniarcie albo higienistce szkolnej nieodpłatnie (Art.12, pkt 2). W przypadku braku gabinetu profilaktyki zdrowotnej w szkole, pielęgniarka może sprawować opiekę w miejscu określonym w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej tj. w poradni Podstawowej Opieki Zdrowotnej. Wówczas pielęgniarka realizuje na terenie szkoły niektóre czynności, np. edukację zdrowotną, fluoryzację, natomiast badania profilaktyczne – w gabinecie POZ.

Dotychczasowe praktyki wskazywały, iż pielęgniarki udzielające świadczeń w ramach umowy kontraktowej w wielu przypadkach obciążane były przez dyrektora szkoły kosztami utrzymania gabinetu profilaktyki i pomocy przedlekarskiej takimi jak energia, woda, sprzęt, konserwacja, podatek od nieruchomości i czynsz [16].

Pielęgniarka obejmuje opieką profilaktyczną 880-1100 uczniów w szkole podstawowej, liceum, liceum profilowanym (bez nauki w warsztatach). W szkołach prowadzących przygotowanie zawodowe z nauką w warsztatach liczba ta wynosi 700 uczniów, natomiast w szkołach specjalnych liczba uczniów objętych opieką jest zależna od stopnia upośledzenia i sprawności ruchowej uczniów i waha się od 30 do 150 uczniów. Pielęgniarka w środowisku nauczania i wychowania bardzo często, aby mieć pełny etat obejmuje opieką uczniów w więcej niż w jednej szkole. Taka fragmentaryzacja etatu może wpływać niekorzystnie na ciągłość jak i jakość opieki nad uczniem, szczególnie z chorobami przewlekłymi, wymagającymi wzmożonej opieki pielęgniarstwa jak również może zaburzać poczucie bezpieczeństwa w przypadkach nagłych wypadków, urazów. Pielęgniarka zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 31 października 2019 roku zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej [13] powinna przebywać w gabinecie szkolnym co najmniej 4 godziny. Bywa to trudne do wypełnienia szczególnie w środowisku wiejskim, gdzie szkoły są małe, a odległości pomiędzy nimi duże.

Finansowanie świadczeń opieki nad uczniem oparte jest o roczną stawkę kapitacyjną z zastosowaniem wskaźnika w zależności od typu szkoły i stopnia upośledzenia i sprawności ruchowej uczniów [13]. Na dzień dzisiejszy stawka ta wynosi 90,12 zł i 91,08 zł w przypadku podmiotów akredytowanych. Świadczeniem dodatkowo gratyfikowanym jest grupowa profilaktyka fluorkowa realizowana wśród uczniów szkół podstawowych w klasach 1-6, wynosząca 5,40 zł [17,18].

Ustawa o opiece nad uczniem została opracowana po analizie problemów zdrowotnych populacji dziecięcej w Polsce. Problemy ochrony zdrowia dzieci zostały też ujęte wśród celów strategicznych i operacyjnych Narodowego Programu Zdrowie (NPZ) na lata 2016-2020 [19]. Wśród celów operacyjnych kierowanych do środowiska szkolnego znalazły się:

- poprawa sposobu żywienia, stanu odżywienia oraz aktywności fizycznej populacji,
- profilaktyka i rozwiązywanie problemów związanych z używaniem substancji psychoaktywnych, uzależnieniami behawioralnymi i innymi zachowaniami ryzykownymi,
- profilaktyka problemów zdrowia psychicznego i poprawa dobrostanu psychicznego społeczeństwa,
- poprawa zdrowia prokreacyjnego.

Cele operacyjne odnoszą się do problemów zdrowotnych zidentyfikowanych w środowisku szkolnym. Są to nadwaga i otyłość, próchnica, niska aktywność fizyczna, błędy żywieniowe, rosnąca liczba depresji, prób samobójczych, zaburzenia adaptacji do środowiska szkolnego, zaburzenia narządów zmysłu, zaburzenia statyki, postawy ciała, problemy zbyt wczesnej inicjacji seksualnej [19,20].

Cele operacyjne NPZ [18] są spójne z celami opieki nad uczniem zawartymi w ustawie z 2019 roku [15]. Ochrona zdrowia uczniów jak również kształtowanie u nich postaw prozdrowotnych oraz odpowiedzialności za własne

zdrowie powinno być pojmowane jako zadanie priorytetowe w pracy pielęgniarstwa i winno być realizowane w procesie pełnej edukacji zdrowotnej. Edukacja jest drogą do wypełniania założeń promocji zdrowia i profilaktyki zachorowań, zaburzeń. Zakłada się, iż nadrzędnym jej celem jest zmiana zachowań w kierunku prozdrowotnym. Zmiana ta jest możliwa poprzez zdobycie nowej wiedzy, zrozumienie spraw związanych ze zdrowiem, poznanie siebie, identyfikowanie własnych problemów zdrowotnych; słowem uzyskanie nowych możliwości poznawczych. Potrzebne jeszcze jest kształtowanie pożądanego przekonań i postaw wobec spraw związanych ze zdrowiem i chorobą, kształtowanie odpowiedzialności za zdrowie własne i innych, klaryfikację istniejącego systemu wartości, dostrzeżenie nowych wartości, rozwijanie umiejętności związanych ze zdrowiem fizycznym (dbanie o ciało) oraz umiejętności psychospołecznych (życiowych) [20].

Świadczenia zdrowotne w zakresie edukacji zdrowotnej i profilaktyki są udzielane w sytuacji braku sprzeciwu rodziców/opiekunów prawnych ucznia po zapoznaniu ich z zakresem treści.

W aktualnie obowiązujących podstawach programowych dla szkół podstawowych i ponadpodstawowych jest uwzględniona edukacja zdrowotna. Podstawa zakłada personalistyczną koncepcję wychowania oraz koncepcję sprawności fizycznej ukierunkowanej na zdrowie. Edukacja zdrowotna została ujęta w przedmiocie wychowanie fizyczne jako oddzielny blok tematyczny.

W szkole podstawowej w edukacji zdrowotnej wśród celów kształcenia założono między innymi w zakresie wiedzy:

- poznanie znaczenia aktywności fizycznej dla zdrowia,
- znajomość aktualnej piramidy żywienia i zasad zdrowego odżywiania,
- znajomość zasad doboru stroju do warunków atmosferycznych w trakcie zajęć ruchowych, w zakresie umiejętności:
- przestrzeganie zasad higieny osobistej i czystości odzieży,
- przyjmowanie prawidłowej postawy ciała w różnych sytuacjach [21].

Treści z zakresu edukacji zdrowotnej realizowane są często przez nauczycieli innych przedmiotów niż wychowanie fizyczne jako ścieżka tematyczna.

Osobą kompetentną do prowadzenia edukacji zdrowotnej jest pielęgniarstwo środowiska nauczania i wychowania. Aktualny standard kształcenia pielęgniarstwa na poziomie magisterskim uwzględnia merytoryczne, pedagogiczne i dydaktyczne przygotowanie ich do wypełnienia zawodowej roli edukacyjnej [22]. Brak postrzegania pielęgniarstwa jako edukatora to jeden z problemów w pracy pielęgniarstwa środowiska szkolnego. Inne problemy wynikają z niejasności organizacyjnych, prawnych i problemów ze współpracą z dyrekcją szkoły jak i rodzicami.

W polskim systemie obowiązkiem nauki objęte są dzieci i młodzież od 7 do 18 roku życia. Dopuszczalne jest rozpoczęcie edukacji w wieku 6 lat, po ocenie gotowości szkolnej. Zgodnie z regulacjami prawnymi [13,18] dziecko w okresie przygotowania przedszkolnego powinno

mieć przeprowadzone powszechne profilaktyczne badania lekarskie z oceną zdrowotnej gotowości szkolnej. W wielu przypadkach dzieci badania te mają wykonywane jako uczniowie pierwszej klasy. Wykrycie zaburzeń rozwojowych, chorób przewlekłych jeszcze w okresie przedszkolnym ma kluczowe znaczenie dla ich prawidłowego rozwoju z uwagi na możliwość wdrożenia terapii, rehabilitacji a tym samym daje możliwość ograniczenia, a nawet zahamowania postępu zaburzeń w rozwoju funkcjonalnym. Brak oceny zdrowotnej gotowości szkolnej może się przekładać na problemy dziecka z adaptacją do środowiska szkolnego, a w efekcie na gorsze funkcjonowanie społeczne i wyniki w nauce.

Problemem pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania jest opieka nad uczniami w szkole, gdzie tok nauki kończy się w wieku powyżej 19 lat. Taka sytuacja dotyczy również uczniów powtarzających klasę w szkole ponadpodstawowej, jak również słuchaczy branżowych szkół II stopnia. Młodzież w przypadkach urazów i zachorowań zgłasza się w szkole do gabinetu profilaktycznej opieki nad uczniem. Uczniowie w ostatniej klasie szkoły ponadpodstawowej mają wykonywane profilaktyczne badania lekarskie, a w ramach przygotowania do nich pielęgniarstwo w szkole wykonuje określone testy przesiewowe [13,18]. Warto pokreślić, iż zgodnie z ustawą z 2019 roku profilaktyczna opieka zdrowotna jest sprawowana nad uczniami do ukończenia 19 roku życia i nie obejmuje słuchaczy branżowych szkół II stopnia [16]. Powyższy zapis może powodować komplikacje w rozliczeniach z NFZ. Uczeń, który ukończył 19 lat zgodnie z zapisem prawnym nie jest objęty świadczeniami pielęgniarstwa w szkole. Jest objęty świadczeniami dla osób dorosłych w podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) [23].

Świadczenia w gabinecie opieki profilaktycznej wobec ucznia w praktyce są realizowane za zgodą rodzica/opiekuna prawnego ucznia pomimo, iż ustawa z 2019 roku mówi o zgodzie domniemanej z wyjątkiem uczniów niepełnosprawnych, gdzie zgoda musi być wyrażona przez opiekuna prawnego lub pełnoletniego ucznia. W gabinecie respektowane są prawa pacjenta oraz prawa dziecka. Uczeń ma prawo do świadczeń zdrowotnych, prawa do informacji o stanie zdrowia, prawa do wyrażenia zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych, prawa do zachowania tajemnicy lekarskiej, prawa do poszanowania intymności i godności, prawa do dostępu do dokumentacji medycznej, prawa do poszanowania życia rodzinnego i prywatnego a też prawa uszanowania jego religii [24]. Mimo trudnych warunków w wielu gabinetach profilaktycznych podczas wykonywania podstawowego świadczenia jakim są testy przesiewowe pielęgniarstwo zawsze stara się respektować podstawowe prawo pacjenta do informacji i do zachowania intymności podczas badań, co uczniowie bardzo sobie cenią.

Ustawa o opiece nad uczniem uwzględnia integrację opieki poprzez przepływ informacji między pielęgniarstwem szkolnym a rodzicami, lekarzem POZ, lekarzem dentystą. Integracja opieki obejmuje:

- pozyskiwanie porad, wymianę informacji o stanie zdrowia uczniów w zakresie niezbędnym do realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej,

- podejmowanie wspólnych działań, w zakresie niezbędnych do zachowania zdrowia, profilaktyki, rozpoznawania i leczenia chorób, pielęgnowania oraz rehabilitacji uczniów,
- podejmowanie wspólnych działań w zakresie profilaktyki chorób, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej oraz identyfikacji czynników ryzyka i zagrożeń zdrowotnych [15].

Za stan bezpieczeństwa w szkole odpowiada dyrektor szkoły [14]. W aspekcie bezpieczeństwa epidemiologicznego, z racji swojego przygotowania zawodowego, medycznego ważny głos doradczy ma pielęgniarka. Reguluje to ustawa o profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami w artykuł 18 [15].

W tym kontekście znaczenia nabiera informacja o stanie realizacji programu szczepień ochronnych uczniów realizowanych w POZ. Bywa że, rodzice/opiekunowie prawni ucznia zgadzający się z hasłami ruchu antyszczepionkowego w obawie przed przepływem tych informacji i ewentualnymi konsekwencjami pisemnie nie wyrażają zgody na objęcie dziecka opieką pielęgniarki w szkole. W stosunku do konkretnego ucznia brak zgody rodzica/opiekuna prawnego utrudnia podejmowanie działań w przypadkach nagłych. Obecność ucznia bez zrealizowanego kalendarza szczepień ochronnych utrudnia także realizację całości świadczeń pielęgniarki co rzutuje na ogólną sytuację epidemiologiczną w szkole, za którą odpowiedzialna jest właściwa powiatowa stacja sanitarno-epidemiologiczna.

Pielęgniarka w szkole zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 2013 roku [13] może podać doraźnie leki przeciwbólowe, przeciwgorączkowe, rozkurczowe oraz Neospasminę. Rodzic/opiekun prawni ucznia musi wyrazić zgodę na podawanie leków doraźnie przez pielęgniarkę. Zgodnie z powyższym aktem prawnym w stanach zagrożenia życia pielęgniarka dysponuje lekami zestawu przeciwwstrząsowego, którego skład obejmuje Glukozę 20% ampułki., 0,9% NaCl, Hydrocortisonum ampułki. oraz płyny infuzyjne 5% Glukozę i płyn Ringera. Zapis ten jest niespójny z rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego z 2017 roku [25]. Rozporządzenie to uwzględnia wykaz leków, zabiegów i badań, które może wykonać pielęgniarka bez zlecenia lekarskiego. Na zlecenie lekarskie pielęgniarka może podać wszystkie inne leki o ile przepisy nie stanowią inaczej. Za każde swoje działania pielęgniarka ponosi odpowiedzialność zawodową i cywilną.

Jak już wspomniano, za bezpieczeństwo ucznia w czasie jego pobytu w szkole odpowiada dyrektor szkoły [14]. W sytuacjach zgłoszenia się ucznia do pielęgniarki dokonuje ona oceny stanu zdrowia po badaniu podmiotowym i przedmiotowym. W sytuacjach tego wymagających podaje doraźnie leki, o ile rodzic wyraził zgodę. Ewentualne kwestie zwolnienia ucznia do domu z uwagi na stan zdrowia podejmuje dyrektor szkoły, a w jego imieniu nauczyciel – wychowawca. Szkoły mają opracowane

wewnętrzne procedury regulujące powyższe kwestie, a pielęgniarka je stosuje.

Artykuł 21 ustawy z 2019 roku reguluje kwestie podawania leków uczniom przewlekle chorym, w tym uczniom niepełnosprawnym [15]. W czasie nieobecności pielęgniarki w szkole, w sytuacji, gdy stan zdrowia dziecka wymaga podania leku lub wykonania innych czynności (np. kontroli stężenia glukozy we krwi u dziecka chorego na cukrzycę, podawanie leku drogą wziewną dziecku choremu na astmę) – czynności te mogą wykonywać również inne osoby, w tym nauczyciel wychowawca, jeżeli odbył przeszkolenie w tym zakresie i wyraził na to zgodę. Delegowanie przez rodziców uprawnień do wykonywania czynności związanych z opieką nad dzieckiem oraz zgoda pracownika szkoły i zobowiązanie do sprawowania opieki winny mieć formę umowy (ustnej lub pisemnej) pomiędzy rodzicami dziecka przewlekle chorego, a pracownikiem szkoły [26].

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 2013 roku w sprawie świadczeń gwarantowanych w podstawowej opiece zdrowotnej, w części wykaz świadczeń gwarantowanych pielęgniarki lub higienistki szkolnej udzielanych w środowisku nauczania i wychowania oraz warunki ich realizacji wymienione jest czynne poradnictwo dla uczniów z problemami zdrowotnymi oraz sprawowanie opieki nad uczniami z chorobami przewlekłymi i niepełnosprawnością, w tym realizacja świadczeń pielęgniarskich oraz wyłącznie na podstawie zlecenia lekarskiego i w porozumieniu z lekarzem POZ, na którego liście świadczeniobiorców znajduje się uczeń, zabiegów i procedur leczniczych koniecznych do wykonania u ucznia w trakcie pobytu w szkole [13].

Ważną kwestią zarówno dla pielęgniarki jak i samego ucznia jest dokumentacja medyczna. W czasie pobierania nauki w szkole jest ona przechowywana w gabinecie profilaktycznym w zamykanej na klucz szafce, zgodnie z ochroną danych osobowych i zachowaniem tajemnicy medycznej. W przypadku zmiany szkoły przez ucznia jego dokumentacja medyczna, zgodnie z zapisem prawnym [15], powinna być przekazana za pokwitowaniem pielęgniarsce środowiska nauczania i wychowania albo higienistce szkolnej w szkole przyjmującej ucznia. Po zakończeniu kształcenia przez ucznia pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna powinna przekazać, za pokwitowaniem, indywidualną dokumentację medyczną absolwenta zespołowi POZ sprawującemu nad nim opiekę zdrowotną. W praktyce jest to niemożliwe do zrealizowania. Pielęgniarka nie ma wskazanych środków na przesłanie dokumentacji medycznej listem za potwierdzeniem odbioru. Absolwenci najczęściej nie znają adresu placówki lekarza POZ, do którego złożyli deklarację wyboru. W praktyce uczeń odbiera swoją dokumentację w gabinecie profilaktycznym składając swój podpis i datę w zeszyte wydawanej dokumentacji medycznej.

Pełny zakres opieki zdrowotnej nad uczniem dopełnia opieka stomatologiczna. Może być ona sprawowana w gabinecie na terenie szkoły. W przypadku braku gabinetu dentystycznego w szkole, organ prowadzący szkołę powinien zawrzeć porozumienie z podmiotem wykonującym działalność leczniczą udzielającym świadczeń

zdrowotnych z zakresu leczenia stomatologicznego dla dzieci i młodzieży finansowanych ze środków publicznych, w którym określa się sposób organizacji udzielania świadczeń. Opieka stomatologiczna może być również sprawowana w dentobusie. W zakresie świadczeń stomatologicznych są świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 roku życia oraz profilaktyczne świadczenia stomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 19 roku życia. Lekarz dentysta współpracuje z pielęgniarką/higienistką szkolną oraz dyrektorem szkoły w zakresie edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia jamy ustnej oraz profilaktyki próchnicy zębów u uczniów [15]. Świadczenia z zakresu ortodoncji wykonywane są w gabinetach specjalistycznych.

PODSUMOWANIE

Regulacje prawne z 2019 roku miały na celu zapewnienie równego dostępu do profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz do opieki stomatologicznej w środowisku nauczania i wychowania. Precyzyjnie określa przy tym zasady współpracy i wymiany informacji pomiędzy personelem medycznym, rodzicami, dyrekcją szkoły i organami prowadzącymi placówkę. Ustawa ta zakładała poprawę opieki stomatologicznej nad uczniem. Założenie to jednak napotyka trudności zarówno organizacyjne, kadrowe jak i finansowe [18,19].

Bezpośrednim świadczeniodawcą opieki jest pielęgniarka i jej też przypisuje się rolę koordynatora. Odpowiedzialna jest ona za profilaktyczną opiekę nad uczniami i integrację wszelkich działań podejmowanych dla zdrowia uczniów. W swojej pracy napotyka wiele trudności i niezrozumienia zarówno ze strony grona pedagogicznego, rodziców/opiekunów prawnych, jak i samych uczniów. Edukacja zdrowotna, która jest priorytetem w realizacji profilaktycznej opieki nad uczniem napotyka trudności. Dotychczasowe regulacje prawne nie wskazują jednoznacznie pielęgniarstwa jako osoby koordynującej realizację planu edukacji zdrowotnej w szkole. O ile w klasach 1-3 szkoły podstawowej z uwagi na zintegrowane nauczanie i pobyt dziecka w świetlicy jest możliwe włączenie się pielęgniarstwa w zbiorowe działania edukacyjne, o tyle w klasach 4-8 i w szkołach ponadpodstawowych edukacja realizowana jest najczęściej poprzez indywidualny jej kontakt z uczniem.

Pielęgniarki i higienistki będą zobowiązane nie tylko do profilaktycznej opieki nad uczniami, ale również do stałej współpracy między uczniami, rodzicami i pedagogami. Działania te mają służyć promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. Pielęgniarki i higienistki będą też wspierać rodziców i pełnoletnich uczniów w zakresie korzystania z badań profilaktycznych, badań przesiewowych, przeglądów stomatologicznych i szczepień ochronnych. Pielęgniarka jest przygotowana do całości swoich zadań i profesjonalnie potrafi wypełnić trudną rolę koordynatora.

ORCID

Agnieszka Pluta  <https://orcid.org/0000-0001-8235-2824>
Alicja Marzec  <https://orcid.org/0000-0003-4901-5206>

REFERENCES/PIŚMIENNICTWO

- Strategiczne kierunki rozwoju systemu ochrony zdrowia w Polsce. Wyniki ogólnonarodowej debaty o kierunkach zmian w ochronie zdrowia. Dokument podsumowujący. Warszawa, 4 lipca 2019. http://oiip.elblag.pl/wp-content/uploads/2019/07/Wsp%C3%B3lnie-dla-zdrowia_dokument-podsumowuj%C4%85cy.pdf (dostęp 16.06.2020)
- Mądrala A (red.) System ochrony zdrowia w Polsce. Diagnostyka i kierunki reformy. Akademia Zdrowia 2030. Warszawa; 2013.
- Jodkowska M, Oblacińska A, Tabak I, Radiukiewicz K. Ocena nierówności w dostępie uczniów do profilaktycznej opieki zdrowotnej. *Medycyna Wieku Rozwojowego*. 2010; 2(14): 179-188.
- Opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym. Raport. Najwyższa Izba Kontroli. Warszawa, czerwiec 2018 r. Lata 2015-2017 (do 30 listopada) <https://www.nik.gov.pl/plik/id,16964,wp,19523.pdf> (dostęp 10.06.2020)
- Mazur J, Małkowska-Szkućnik A (red.). Zdrowie uczniów w 2018 roku na tle nowego modelu badań hbsc. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka; 2018.
- Analizy statystyczne. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2019 roku. Główny Urząd Statystyczny. Urząd Statystyczny w Krakowie Statistical Office in Kraków. Warszawa, Kraków 2019. <https://stat.gov.pl/obszary-tematyczne/zdrowie/zdrowie-i-ochrona-zdrowia-w-2018-roku,1,9.html> (dostęp 16.06.2020).
- OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2019), Polska: Profil systemu ochrony zdrowia 2019, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Bruksela. <https://doi.org/10.1787/c7cfb688-pl> (dostęp 10.01.2020).
- Zmiany w systemie oświaty. Raport NIK 2019. Departament Nauki, Oświaty i Dziedzictwa Narodowego.
- Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 21 maja 2019 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy – Prawo oświatowe. (Dz. U. z 2019 r., poz. 1148).
- Informacja o wynikach kontroli – Opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym. Najwyższa Izba Kontroli. Warszawa; 2018. file:///C:/Users/agnie/Downloads/kzd_p_17_058_201709280917281506590248_02.pdf (dostęp 30.05.2020).
- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej. (Dz. U. z 2020 r., poz. 295).
- Obwieszczenie Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 12 czerwca 2019 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ze środków publicznych. (Dz. U. z 2019 r., poz. 1373)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 października 2019 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej. (Dz. U. z 2019 r., poz. 2120).
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 31 października 2018 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach. (Dz. U. z 2018 r., poz. 2140).
- Ustawa z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami. (Dz. U. z 2019 r., poz. 1078).
- Wojciechowska M, Piejak M. Problemy w realizacji świadczeń pielęgniarstwa szkolnego w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej udzielanej w środowisku nauczania i wychowania. Szczecin: Krajowe Stowarzyszenie Pielęgniarek Medycyny Szkolnej; 2012.
- Zarządzenie nr 115/2019/DOSZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2019 r. zmieniające zarządzenie w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.
- Ostręga W, Oblacińska A (red.). Standardy postępowania i metodyka pracy pielęgniarstwa szkolnego. Podręcznik dla pielęgniarstwa i higienistek szkolnych. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka; 2017.
- Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 4 sierpnia 2016 r. w sprawie Narodowego Programu Zdrowia na lata 2016–2020. (Dz. U. z 2016 r. poz. 1492).
- Woynarowska B. Terminologia, cele i koncepcje współczesnej edukacji zdrowotnej. [w:] Woynarowska B, red. Edukacja zdrowotna. Warszawa: Wyd. PWN; 2018, s. 93-107.
- Wychowanie fizyczne <https://podstawaprogramowa.pl/Szkola-podstawa-IV-VIII/Wychowanie-fizyczne> (dostęp 22.07.2020).
- Rozporządzenie Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego z dnia 26 lipca 2019 r. w sprawie standardów kształcenia przygotowującego do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry, farmaceuty, pielęgniarstwa, położnej, diagnosty laboratoryjnego, fizjoterapeuty i ratownika medycznego. (Dz. U. z 2019 r., poz. 1573).
- Ustawa z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej. (Dz. U. z 2017 r., poz. 2217).
- Marzec A, Pluta A, Faleńczyk K, et al. Rights and obligations of the patients in the primary health care. *J. Educ. Health Sport*. 2019; 9(6): 301-307.

25. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 lutego 2017 r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego. (Dz. U. z 2017 r., poz.497).
26. Ministerstwo Zdrowia. Departament Matki i Dziecka. Stanowisko w sprawie możliwości podawania leków dzieciom przez nauczycieli w szkole i przedszkolu, Warszawa, 4 maja 2010 r.

Manuscript received/Praca zgłoszona do czasopisma:
16.06.2020

Manuscript accepted/Praca zaakceptowana do druku:
10.09.2020

Translation/Tłumaczenie: Marzena Sowa, Centrum
Kształcenia w Języku Angielskim CM UMK