

# STUDENTS' HEALTH – CONTEMPORARY ORGANIZATIONAL AND LEGAL CHALLENGES

## ZDROWIE UCZNIÓW – WSPÓŁCZESNE WYZWANIA ORGANIZACYJNE I PRAWNE

Julia Aleksandrowicz<sup>1,E-F</sup>, Wojciech Sidorowicz<sup>2,E-F</sup>

<sup>1</sup>University of Economics and Humanities in Warsaw, Poland

<sup>2</sup>School of Cognitive-Behavioral Psychotherapy, NLU in Nowy Sącz, Poland

<sup>1</sup>Akademia Ekonomiczno-Humanistyczna w Warszawie, Polska

<sup>2</sup>Szkoła Psychoterapii Poznawczo-Behawioralnej, NLU-Wyższa Szkoła Biznesu w Nowym Sączu, Polska

Aleksandrowicz, J., Sidorowicz, W. (2025). Students' health - contemporary organizational and legal challenges / Zdrowie uczniów – współczesne wyzwania organizacyjne i prawne. *Social Dissertations / Rozprawy Społeczne*, 19(1), 67-75. <https://doi.org/10.29316/rs/200544>

Authors' contribution /

Wkład autorów:

A. Study design /

Zaplanowanie badań

B. Data collection / Zebranie danych

C. Data collection /

Dane – analiza i statystyki

D. Data interpretation /

Interpretacja danych

E. Preparation of manuscript

/ Wyszukiwanie i analiza literatury

F. Literature analysis /

Wyszukiwanie i analiza literatury

G. Funds collection /

Zebranie funduszy

Tables / Tabele: 0

Figures / Rycina: 0

References / Literatura: 24

Submitted / Otrzymano:  
2024-12-13

Accepted / Zaakceptowano:  
2025-01-08

**Summary:** The aim of the article is to present current problems encountered in the organization of health care for students at school and to indicate proposals for organizational and legal improvements.

**Material and methods:** For the purposes of this study, the regulations in force regarding the organization of health care for students were analyzed and the literature on the subject was reviewed, in particular reports on students' health problems.

**Results:** Based on the analyzes of the legal status, it was established what the model care for students at school should look like. By analyzing the literature on the subject, it was assessed what the organization of care looks like in practice and what problems remain unsolved, despite over five years of the new regulation.

**Conclusions:** It is necessary to revise the current assumptions regarding the care of students at school. An urgent task is to improve the exchange of information and computerization of school medicine.

**Keywords:** nursing care, nurse, dentist, school, students

**Streszczenie:** Celem artykułu jest ukazanie aktualnych problemów, na które napotyka organizacja opieki zdrowotnej nad uczniami w szkole i wskazanie propozycji usprawnień organizacyjnych i prawnych.

**Materiał i metody:** Na potrzeby niniejszego opracowania przeanalizowano przepisy obowiązujące w zakresie organizacji opieki zdrowotnej nad uczniami oraz dokonano przeglądu literatury przedmiotu, w tym w szczególności raportów dotyczących problemów zdrowotnych uczniów.

**Wyniki:** Na podstawie dokonanych analiz stanu prawnego ustalono, jak modelowo powinna wyglądać opieka nad uczniami w szkole. Analizując literaturę przedmiotu oceniono jak wygląda w praktyce organizacja opieki oraz jakie problemy zdrowotne uczniów pozostają nierozwiązane, pomimo przeszło pięciu lat obowiązywania nowej regulacji.

**Wnioski:** Konieczne jest zrewidowanie dotychczasowych założeń dotyczących opieki nad uczniami w szkole. Pilnym zadaniem jest usprawnienie wymiany informacji i informatyzacja gabinetów medycyny szkolnej.

**Słowa kluczowe:** opieka pielęgniarska, pielęgniarka, dentysta, szkoła, uczniowie

**Address for correspondence:** Julia Aleksandrowicz, Akademia Ekonomiczno-Humanistyczna w Warszawie, ul. Okopowa 59, 01-043 Warszawa; email: [j.aleksandrowicz@vizja.pl](mailto:j.aleksandrowicz@vizja.pl) ORCID:0009-0009-4858-095X

**Copyright:** © 2025 Julia Aleksandrowicz, Wojciech Sidorowicz

This is an Open Access journal, all articles are distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercialShareAlike 4.0 International (CC BY-NC-SA 4.0) License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>), allowing third parties to copy and redistribute the material in any medium or format and to remix, transform, and build upon the material, provided the original work is properly cited and states its license.

## Wstęp

Wskaźniki dotyczące zdrowia polskich uczniów są alarmujące. Szkoły nie są również przygotowane na przyjęcie dzieci z niepełnosprawnościami czy chorobami przewlekłymi. Sytuację miało poprawić podniesienie do rangi ustawy przepisów dotyczących opieki nad uczniami w szkole, nadanie szerokich kompetencji zawodowych pielęgniarce szkolnej, integracja i koordynacja opieki sprawowanej przez pracowników oświaty i ochrony zdrowia oraz troska o najmłodszych w szczególnie wrażliwym obszarze zdrowia jamy ustnej. Wprowadzenie ustawy z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz.U. 2019 poz. 1078) miało wpłynąć na zapewnienie sprzyjającemu postawom prozdrowotnym środowiska szkolnego. W uzasadnieniu projektu ustawy zapisano, że wymaga to skonsolidowania działań pracowników oświaty i ochrony zdrowia oraz wzmocnienia roli opieki zdrowotnej nad uczniami w szkole obejmującej profilaktyczną opiekę zdrowotną oraz opiekę stomatologiczną. W intencji twórców pojawiały się postulaty zapewnienia równego dostępu do opieki zdrowotnej w szkole bez względu na miejsce zamieszkania ucznia i typ szkoły oraz zwiększenia efektywności świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych udzielanych w ramach tej opieki. Ważnym elementem odróżniającym stan sprzed wejścia w życie ustawy i po jej wprowadzeniu miało być zintegrowanie działań osób sprawujących opiekę oraz ich rodziców, ewentualnie również samych pełnoletnich uczniów (Dz.U. 2019 poz. 1078).

Celem artykułu jest ocena, czy po przeszło pięciu latach obowiązywania nowych rozwiązań prawnych, można odnotować rzeczywistą poprawę sytuacji i czy cele zakładane przez autorów projektu zostały zrealizowane. Analiza obecnego stanu stanowi punkt wyjścia do sformułowania postulatów de lege ferenda.

## Materiał i metody

Na potrzeby niniejszego opracowania dokonano analizy raportów dotyczących stanu zdrowia dzieci w Polsce na przestrzeni ostatniej dekady oraz opracowań dotyczących organizacji opieki nad dziećmi, zwłaszcza dziećmi z problemami zdrowotnymi w szkole. Przeanalizowano treść i założenia ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami i skonfrontowano je ze stanem faktycznym w zakresie opieki nad dziećmi sprawowanej przez personel medyczny i podmioty zobowiązane współpracować z pielęgniarką szkolną.

## Wyniki badań

Od 12 września 2019 roku obowiązuje ustawa z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz.U. 2019 poz. 1078). Jest ona pierwszym aktem prawnym o tej randze kompleksowo regulującym sprawowanie opieki nad uczniami w szkole – poprzednio regulacje dotyczące medycyny szkolnej były ukształtowane na poziomie rozporządzeń Ministra Zdrowia oraz Zarządzeń Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia.

Głównymi realizatorami postanowień ustawy mają być pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania albo higienistki szkolne posiadające kwalifikacje zawodowe określone w art. 5 ustawy (Dz.U. 2019 poz. 1078) oraz lekarze dentyści. W ustawie przesądzono, że opieka nad uczniami będzie opierać się na trzech filarach: profilaktycznej opiece zdrowotnej, promocji zdrowia i opiece stomatologicznej. Sprecyzowano również cele opieki, którymi są ochrona zdrowia uczniów, w tym zdrowia jamy ustnej oraz kształtowanie u uczniów postaw prozdrowotnych oraz odpowiedzialności za własne zdrowie. Zgodnie z ustawą cele mają być realizowane przez:

1. działania na rzecz zachowania zdrowia oraz zapobiegania powstawaniu lub rozwojowi chorób, w tym chorób zakaźnych;
2. wczesne wykrywanie problemów zdrowotnych i czynników ryzyka;
3. edukację zdrowotną i promocję zdrowia, w tym aktywności fizycznej i sportu oraz prawidłowego żywienia;
4. udzielanie pierwszej pomocy.

W praktyce, chociaż rola pielęgniarki szkolnej często jest kojarzona przede wszystkim z udzielaniem pierwszej pomocy, realizacja świadczeń w nagłych wypadkach stanowi jedynie wycinek pracy pielęgniarki. Kluczowym oddziaływaniem jest przeprowadzanie działań profilaktycznych i promocja zdrowia. Jednak ta funkcja może mieć stosunkowo niewielki zakres. Na przestrzeni całej edukacji od szkoły podstawowej do ukończenia nauki w szkole średniej, uczeń może mieć kontakt z pielęgniarką jedynie pięć razy. Tyle testów przesiewowych realizowanych w środowisku nauczania i wychowania zaplanowano w toku całej nauki (Dz.U.2023 poz. 1427). Zgodnie z obowiązującymi przepisami, nie przeprowadza się nawet rozmowy z uczniem czy jego rodzicami w przypadku dołączenia nowego ucznia do danej szkoły.

Testy przesiewowe są ważnym elementem określenia ogólnego zdrowia populacji szkolnej oraz wstępem do pogłębionej diagnostyki w przypadku stwierdzenia zaburzeń u dziecka, np. w zakresie wad postawy czy nieprawidłowego widzenia. Wczesna interwencja może doprowadzić do poprawy stanu zdrowia dziecka (np. poprzez ćwiczenia korekcyjne w przypadku wad postawy) lub zaopatrzenia w niezbędne wyroby medyczne (np. okulary korekcyjne dla dziecka z krótkowzrocznością). Eksperci wskazują, że do najczęstszych problemów zdrowotnych występujących u dzieci w Polsce zalicza się:

1. Wady narządu ruchu:
  - a. boczne skrzywienie kręgosłupa
  - b. nadmierna kifoza piersiowa
  - c. płaskostopie
2. Niedobory w rozwoju somatycznym
  - a. niedobór wagi
  - b. niedobór wzrostu
3. Nadmiary w rozwoju somatycznym
  - a. nadwaga
  - b. otyłość
4. Zaburzenia narządu wzroku
  - a. dalekowzroczność
  - b. krótkowzroczność
  - c. astygmatyzm
5. Nadciśnienie tętnicze
6. Choroby układu oddechowego
  - a. alergia
  - b. astma
7. Próchnica zębów (Mudyna, Szczerbicka, Ukleja, 2016, s. 11-12).

Bez wątpliwości na stan zdrowia dzieci wpływają ich codzienne przyzwyczajenia, najczęściej wyniesione z domu. Jak wynika z badań, przeciętna rodzina nie kształtuje u swoich dzieci pozytywnej postawy wobec aktywności fizycznej, ponieważ sami rodzice nie angażują się w aktywność fizyczną i nie przekazują swoim dzieciom odpowiedniego wzorca (Ukleja, Kwasek, Ignasiak, 2016, s. 34). Tymczasem to styl życia ucznia i jego rodziny odpowiada 50% wszystkich czynników warunkujących zdrowie i ma największy wpływ na późniejszą kondycję człowieka (Wolny, 2019, s. 10). Nieprawidłowości w sposobie odżywiania będące grzechem wielu polskich rodzin oraz niska aktywność fizyczna prowadzą do otyłości i mają udział do rozwoju takich jednostek chorobowych jak: cukrzyca, choroby układu sercowonaczyniowego, wady postawy, osteoporoza (Mendyk, Antos-Latek, Kowalik i in., 2017, s. 13-17). Tymczasem jak wynika z badań zaledwie 16,8% dzieci i młodzieży w Polsce jest umiarkowanie bądź intensywnie aktywna fizycznie przez przynajmniej 60 minut dziennie 7 dni w tygodniu. W Polsce nie obowiązuje kompleksowa, spójna, międzyresortowa strategia upowszechniania aktywności fizycznej.

nej wśród dzieci i młodzieży, mimo że widoczny jest trend do obniżania aktywności fizycznej wśród dzieci i młodzieży. Dzieci nie wykazują najmniejszej aktywności fizycznej nawet w drodze do szkoły – zjawisko podwożenia dzieci przez rodziców jest tak powszechne, że średni odsetek dzieci i młodzieży docierający do szkoły w sposób aktywny, czyli na piechotę lub rowerem został oszacowany na 44,8% (Zembura, Korcz, Cieśla i in., 2022, s. 15).

Wśród występujących w grupie dzieci problemów wymagających interwencji w zakresie promocji zdrowia wymienia się:

- pogarszające się wskaźniki sprawności fizycznej i nadmiernej masy ciała, w tym lawinowo rosnący problem otyłości,
- narastające zjawisko wadliwego funkcjonowania młodych ludzi w sferze psychospołecznej (deficyty w zakresie kompetencji społecznych, agresja, wandalizm, wczesna inicjacja seksualna);
- niepokojąca skala zaburzeń psychicznych i psychosomatycznych Szeroko rozumiane zaburzenia psychiczne u dzieci i młodzieży stanowią poważny problem zdrowotny, aczkolwiek statystyki dotyczące tej kwestii są w naszym kraju niepełne i fragmentaryczne, bowiem wiele osób pozostaje poza profesjonalną opieką psychiatryczną Szacuje się, że zaburzenia zdrowia psychicznego dotyczą 10–20% dzieci i młodzieży
- utrzymywanie się niekorzystnych trendów w zakresie zażywania przez młodzież substancji psychoaktywnych (w tym dopalaczy);
- utrzymywanie się nieprawidłowych tendencji w zakresie przejawiania zachowań związanych ze sposobem odżywiania, aktywnością fizyczną i ilością czasu spędzanego przed komputerem i telewizorem (Gaweł, 2016).

Badania pokazują, że również stan zdrowia psychicznego jest alarmujący, a relacje międzyludzkie zanikają pogłębiając negatywne emocje u dzieci. Chociaż ogólny wskaźnik samopoczucia fizycznego uczniów można uznać za zadowalający (średnia 67,5 pkt na 100), aczkolwiek wyraźnie spada on wraz z wiekiem (Raport, 2023a). Więzy koleżeńskie w Polsce są słabsze niż w innych krajach. Choć zdecydowana większość uczniów ma w szkole co najmniej troje bliskich przyjaciół swojej płci (ponad trzy czwarte wśród 11-latków, nieco mniej 13-latków i nieco ponad 60% 15-latków), to w innych krajach przyjaźnie takie są częstsze. Polscy 15-latkowie rzadziej niż ich rówieśnicy z krajów OECD deklarują, że są lubiani przez innych uczniów (Przewłocka, 2015, s. 15). Alarmująca jest także liczba prób samobójczych w Polsce kształtująca się na poziomie 2000 rocznie z tendencją wzrostową (Wykowski, 2024).

Wobec problemów z jakimi zmagają się uczniowie, w ustawie wprowadzono nowe rozwiązania, które miały wpłynąć na poprawę i zwiększenie kompleksowości opieki nad uczniami. Zalicza się do nich:

1. opieka stomatologiczna w szkole lub dentobusie,
2. opieka nad uczniami przewlekle chorymi i niepełnosprawnymi, w tym możliwość podania leków przez pracownika szkoły,
3. współpraca z Podstawową Opieką Zdrowotną,
4. możliwość wydania zaleceń postępowania dotyczące opieki nad uczniami przewlekle chorymi lub niepełnosprawnymi w szkole,
5. doradzanie przez pielęgniarkę szkolną dyrektorowi w sprawie warunków bezpieczeństwa uczniów, organizacji posiłków i warunków sanitarnych w szkole.

Żeby realizować powyższe zadania, na podstawie ustawy uczeń miał być objęty szeroką koordynacją działań. Pielęgniarka szkolna ma współpracować z: z lekarzem POZ, z lekarzem dentystą, z nauczycielem, z dyrektorem szkoły oraz z rodzicami ucznia lub pełnoletnim uczniem.

## Dyskusja

Zupełnie niefortunnie ustawa weszła w życie w przededniu pandemii – 12 września 2019 roku, co sprawiło, że zanim nowe rozwiązania zaczęły na dobre funkcjonować w rzeczywistości polskich szkół uczniowie przeszli na naukę zdalną. W tej sytuacji praca pielęgniarki szkolnej została zmarginalizowana – nie było uczniów, wobec których mogłaby realizować świadczenia, natomiast nawet gdyby chciano przeznaczyć ten czas na wewnętrzne prace organizacyjne, np. opracowanie standardów postępowania wobec uczniów z poszczególnymi jednostkami chorobowymi to ówczesna rzeczywistość była na tyle specyficzna, że trudno było przewidzieć, jak będzie docelowo wyglądać organizacja pracy szkoły. Trudno też byłoby wówczas angażować do współpracy dyrektora szkoły czy nauczycieli pochłoniętych trudnościami z organizacją nauczania zdalnego, które było dużym wyzwaniem także dla uczniów i ich rodziców (Bialik, 2022). Jeżeli gdzieś utworzono gabinety stomatologiczne, z powodu braku uczniów miały one problem z realizacją umów z Narodowym Funduszem Zdrowia, co prowadziło je do kłopotów finansowych (Kabulska, 2020). Jednocześnie pandemia nie pozostała bez wpływu na dzieci. W szczególności uczniowie z niepełnosprawnościami odczuli brak bezpośredniego wsparcia ze strony nauczycieli oraz czasowym zawieszeniu zajęć rehabilitacyjnych i rewalidacyjnych. Badania pokazują, że dobrostan fizyczny uczniów z niepełnosprawnościami obniżył się o 45% a psychiczny o 48% (Zalewska-Meler, 2022).

Najważniejszymi elementami ustawy w intencji jej twórców miało być szerokie objęcie ucznia opieką zdrowotną, w tym w zakresie zdrowia jamy ustnej. W praktyce każdy z zakładanych obszarów współpracy w opiece nad uczniami napotyka na trudności. Niedokończona informatyzacja to główna przeszkoda dla dostępu do danych o uczniu. Pielęgniarka nie mając dostępu do bazy zawierającej kompleksowe informacje zdrowotne, musi opierać się wyłącznie na danych, które uzyska od opiekunów lub od ucznia. Prowadząc papierową dokumentację oraz nie korzystając z systemowej komunikacji za pomocą dziennika elektronicznego, ma stosunkowo niewielkie możliwości egzekwowania dostarczenia jej informacji zwrotnej. Rodzice często bagatelizują wypełnianie druków przekazanych przez pielęgniarkę szkolną, zwłaszcza że nie ma ujednoczonych wzorów dokumentacji medycznej, więc pielęgniarki posługują się gotowymi formularzami sprzed dziesięcioleci, które pod względem formy i treści nie przystają do aktualnej rzeczywistości.

Koncepcja wprowadzenia opieki stomatologicznej do szkół poprzez tworzenie gabinetów dentystycznych, która była sztandarowym elementem nowej ustawy, okazała się całkowitym fiaskiem. Po pierwsze szkoły po reformie przywracającej ośmioletnią szkołę podstawową wiele szkół musiało dokonać remontów i zaadaptować każdą dostępną przestrzeń na potrzeby większej niż dotychczas liczby uczniów (Reforma edukacji, 2019), po drugie nie jest to opcja atrakcyjna dla lekarzy dentystów, po trzecie zakres świadczeń – w tym brak opieki ortodontycznej – czynią oferowane usługi stosunkowo nieatrakcyjnymi dla rodziców uczniów. W związku z tym nie może dziwić fakt, że np. w województwie zachodniopomorskim w roku szkolnym 2023/2024 opieka stomatologiczna została zorganizowana w 231 szkołach, tj. w ok. 32% ze wszystkich placówek, przy czym wcale nie oznacza to utworzenia gabinetów w szkołach. Opieka w gabinetach poza szkołą, czyli na podstawie odpowiednich umów była zapewniona przez 132 placówki, 89 korzystało z usług dentobusów, natomiast gabinety stomatologiczne na terenie szkoły funkcjonowały jedynie w 18 placówkach (Opieka stomatologiczna w szkołach, 2024).

Pielęgniarka powinna współpracować z lekarzem POZ. Z powodu braku rejonizacji, uczniowie mogą mieć złożoną deklarację wyboru do dowolnego POZ, który zobowiąże się do sprawowania nad nimi opieki, nawet położonego setki kilometrów od szkoły, do której uczęszczają. Przepis mówi ponadto literalnie o lekarzu POZ w rozumieniu przepisów dotyczących świadczeń finansowanych ze środków publicznych, podczas gdy niektóre dzieci nie mają nawet złożonej deklaracji wyboru lekarza POZ, ponieważ korzystają jedynie z usług komercyjnych, np. w ramach abonamentów medycznych. To generują istotne problemy, zwłaszcza, że sama

pielęgniarka szkolna ma stosunkowo niewielkie możliwości działania, jeżeli w jakiś sposób niepokoi ją stan zdrowia dziecka. Dużym mankamentem testów przesiewowych jest ich ograniczony zakres, bez miejsca na dodatkową refleksję czy wyjście poza schemat np. w sytuacji podejrzenia zaburzeń psychicznych u dziecka. Ograniczone są również możliwości dalszego pokierowania ucznia – pielęgniarka szkolna nie współpracuje ściśle z POZ, ani np. z fizjoterapeutą, który mógłby zalecić dziecku odpowiednie ćwiczenia korekcyjne. Wykrycie nieprawidłowości na tym poziomie to ślepa uliczka systemu opieki zdrowotnej – pielęgniarka może jedynie doradzić rodzicom wizytę u lekarza POZ, który wystawi skierowanie lub skorzystanie z prywatnych konsultacji określonych specjalistów.

Niewykorzystaną szansą jaką daje ustawa jest poprawa modelu opieki nad uczniami z chorobami przewlekłymi lub z niepełnosprawnością. Na podstawie ustawy można określić zalecenia postępowania dotyczące opieki nad uczniami przewlekle chorymi lub niepełnosprawnymi w szkole. Zalecenia mają być opracowane przez odpowiednie stowarzyszenia lub towarzystwa naukowe o zasięgu krajowym, zrzeszające specjalistów w danej dziedzinie medycyny, zgodnie z postanowieniami ich statutów. Wobec licznych problemów, jakie zgłaszają zarówno rodzice, jak i nauczyciele, jednolite wytyczne byłyby bardzo cenne. Jednak jak dotąd ukazało się tylko jedno Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2022 r. w sprawie zaleceń postępowania dotyczących opieki nad uczniami z anafilaksją, astmą oskrzelową, alergicznym nieżytem nosa, atopowym zapaleniem skóry i pokrzywką w szkole (Dz. Urz. 2022 poz. 116). Biorąc pod uwagę jak różne problemy występują u uczniów, aktualny stan wydaje się dalece niesatysfakcjonujący. W szczególności należałoby zwrócić uwagę na te problemy zdrowotne, z którymi najczęściej zmagają się uczniowie z niepełnosprawnością. Jak wynika z danych Systemu Informacji Oświatowej, w Polsce jest przeszło 260 tys. dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych (Uczniowie, 2024). Największą grupę, ponad 66 tysięcy dzieci to dzieci z autyzmem, w tym z zespołem Aspergera. Generalnie największą grupę stanowią dzieci z problemami zdrowia psychicznego, do pracy z którymi nauczyciele często nie są przygotowani, a wiąże się ona z rozwiązywaniem wielu bieżących problemów i bywa bardziej obciążająca niż np. praca z dzieckiem z niepełnosprawnością ruchową czy niepełnosprawnością słuchu. Przykładem takich zaburzeń jest ADHD, które często nie jest ujmowane w statystykach, ponieważ uczniowie nie mają orzeczenia o potrzebie kształcenia specjalnego, natomiast praca z nimi bywa bardzo problematyczna (Kołakowski, Wolańczyk, Pisula i in., 2019, s. 53 i n.).

Organizacja opieki nad uczniami z różnymi problemami powinna opierać się na synergii działań pielęgniarki szkolnej, nauczyciela i dyrektora. Jest to jednak trudne z powodów organizacyjnych: braku czasu, narzędzi, a często woli stron. Pielęgniarka co do zasady nie jest obecna w szkole przez cały czas trwania lekcji. Jej dostępność została określona w rozporządzeniu (Dz.U.2023 poz. 1427) i w skrajnym przypadku szkół liczących do 250 uczniów kształtuje się na poziomie jednego dnia w tygodniu, w wymiarze nie mniejszym niż 4 godziny. Pielęgniarka nie może wymieniać informacji o stanie zdrowia z nauczycielem, czy też nauczyciel nie może konsultować się z nią w sprawie stanu zdrowia dziecka, o ile nie będzie to wyraźną wolą rodziców. Problemem jest także podległość służbowa – dyrektor szkoły nie jest pracodawcą dla pielęgniarki szkolnej a jedynie nawiązuje współpracę z podmiotem realizującym takie usługi na terenie jego placówki edukacyjnej. To może rodzić konflikty, nie ma bowiem narzędzi ani do rozliczania pielęgniarki z wykonywanych zadań i z jej zaangażowania w pracę, ani prostej drogi postępowania w przypadku zgłaszanych nieprawidłowości czy skarg na pielęgniarkę. W tych warunkach trudno jest wspólnie wypracowywać strategię postępowania wobec uczniów pod kątem bezpieczeństwa, wpływu na zdrowie czy żywienia.

Zaakcentowania wymaga jeszcze jeden aspekt niespójności przepisów. Poza godzinami pracy pielęgniarki uczniowie, a nawet pracownicy szkoły, nie mogą czuć się w pełni bezpiecznie. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 grudnia 2002 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach (tj. Dz.U. 2020 poz. 1604 ze zm.) wskazuje co prawda, że Pomieszczenia szkoły i placówki,

w szczególności pokój nauczycielski, laboratoria, pracownie, świetlicę, warsztaty szkolne, pokój nauczycieli wychowania fizycznego, kierownika internatu (bursy) oraz kuchnię, wyposaża się w apteczki zaopatrzone w środki niezbędne do udzielania pierwszej pomocy i instrukcję o zasadach udzielania tej pomocy. Pracownicy szkoły natomiast lub placówki podlegają przeszkoleniu w zakresie udzielania pierwszej pomocy. Przepisy są jednak bardzo nieprecyzyjne, ponieważ na powyżej przytoczonych, lakonicznych wskazaniach kończą się oczekiwania prawodawcy. Nie pokuszono się ani o określenie programu kształcenia, zakresu tematycznego, formy kształcenia, ani wreszcie częstotliwości kursów. Z powodzeniem nauczyciel może kurs ukończyć raz, w bardzo syntetycznej i łatwo dostępnej formule on-line. Nie będzie można z tego czynić zarzutu dyrektorowi szkoły, pomimo że wytyczne udzielania pierwszej pomocy zmieniają się, a specyfika pracy z dziećmi i ogromna różnorodność problemów, z jakimi może spotkać się nauczyciel w swojej pracy, nakazywałaby szkolenie odbyć w formie praktycznej, dostosowanej do potrzeb szkoły i cyklicznie je aktualizować. Niemniej przy tak ogólnych wymaganiach nie może dziwić zapis rozporządzenia, zgodnie z którym Pracownik szkoły lub placówki, który powziął wiadomość o wypadku, niezwłocznie zapewnia poszkodowanemu opiekę, w szczególności prowadząc fachową pomoc medyczną, a w miarę możliwości udzielając poszkodowanemu pierwszej pomocy. Te możliwości na skutek braków w przeszkoleniu mogą być jednak silnie ograniczone.

## Wnioski

Jak wynika z przeprowadzonej analizy, zdrowie polskich dzieci pozostawia wiele do życzenia, natomiast potencjał ustawy, która miała odwrócić niekorzystne trendy nie jest odpowiednio wykorzystany. Na styku dwóch systemów – opieki zdrowotnej i oświaty nie wypracowano kompatybilnych narzędzi do działania. Rola pielęgniarki szkolnej jest bardzo niedoceniona, zwłaszcza w zakresie możliwości szerokiego doradztwa w zakresie organizacji kwestii związanych ze zdrowiem w placówkach edukacyjnych. Znamienne jest, że w przygotowanym przez Ministerstwo Edukacji Narodowej przewodniku dotyczącym organizacji edukacji dla uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi (Edukacja skuteczna, przyjazna i nowoczesna, 2010) o pielęgniarce szkolnej wspomniano tylko raz, w kontekście uczniów z chorobami przewlekłymi, wskazując że dyrektor szkoły powinien współpracować z pielęgniarką szkolną lub lekarzem, wspólnie z pracownikami szkoły lub placówki opracować procedury postępowania w stosunku do każdego chorego ucznia, zarówno na co dzień, jak i w przypadku zaostrzenia objawów czy ataku choroby. Procedury te mogą uwzględniać m.in. przypominanie lub pomoc w przyjmowaniu leków, wykonywaniu pomiarów poziomu cukru, regularnym przyjmowaniu posiłków, itp. Powinny też określać formy stałej współpracy z rodzicami (opiekunami) dziecka oraz zobowiązanie wszystkich pracowników do bezwzględnego ich stosowania (Edukacja skuteczna, przyjazna i nowoczesna, 2010, s. 38).

Przygotowując projekt przepisów wprowadzających do polskich szkół nowy przedmiot – edukację zdrowotną, także nie przewidziano zaangażowania pielęgniarki szkolnej czy współpracy z nią. Nowy przedmiot ma być realizowany od 1 września 2025 r. w szkołach podstawowych w klasach IV–VIII (w wymiarze 1 godzina tygodniowo w każdej klasie) oraz w szkołach ponadpodstawowych: w liceum ogólnokształcącym, technikum oraz branżowej szkole I stopnia (w wymiarze 2 godzin w cyklu kształcenia). Jak można przeczytać w projekcie przedmiot edukacja zdrowotna będzie mógł być nauczany przez nauczycieli biologii, wychowania fizycznego, wychowania do życia w rodzinie, psychologów oraz przez nauczycieli, którzy ukończyli studia lub studia podyplomowe w zakresie edukacji zdrowotnej i posiadają przygotowanie pedagogiczne. Nie przewidziano zaangażowania pielęgniarki, która posiada przygotowanie pedagogiczne, która podobnie jak absolwenci kierunku zdrowie publiczne czy ratownicy medyczni mogłaby z powodzeniem uczyć tego przedmiotu.

W październiku 2024 r. został opublikowany Projekt ustawy o zmianie ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami (Numer projektu UD 148), w którym zaznaczono potrzebę zmian w przepisach. Jak wynika

z uzasadnienia, problemem jest brak opieki nawet na podstawowym poziomie, czyli zapewnienia pielęgniarki w każdej szkole. Obecnie tylko 84,6% szkół ma zapewnioną opiekę, jednak niepokojącym jest fakt, że średnia wieku pielęgniarek szkolnych stale rośnie i obecnie wynosi 57 lat. Wobec tego zaproponowano uzupełnienie braków kadrowych pielęgniarkami, które nie posiadają kwalifikacji do pracy w szkole oraz przedstawicielami innych zawodów medycznych, takich jak położna czy opiekun medyczny. Z pewnością jest to propozycja, która musi być przedmiotem szerszej dyskusji, ponieważ wielu absolwentów pielęgniarstwa nie podejmuje pracy w zawodzie, a według danych Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych ponad 25% pielęgniarek i 30% położnych zarejestrowanych w Centralnym Rejestrze Pielęgniarek i Położnych nie pracuje obecnie w zawodzie (Raport, 2023, s. 9). Alternatywnym rozwiązaniem mogłoby zatem być stworzenie korzystnych warunków dla pracy w szkole i rozpropagowanie informacji na temat możliwości zatrudnienia – wielu studentów nie rozważa takiej ścieżki kariery zawodowej, ponieważ brakuje im informacji na temat charakterystyki tej pracy i możliwości, jakie ona daje.

Ustawa o opiece zdrowotnej nad uczniami wymaga zmian, które powinny być poprzedzone szerszą dyskusją oraz opierać się na współpracy resortu zdrowia z resortem edukacji. W realizacji szkolnej edukacji zdrowotnej – zważywszy na potrzebę integralnego rozwoju ucznia – najbardziej wskazany jest model holistyczny uwzględniający wzajemne powiązania i przenikanie się poszczególnych wymiarów zdrowia oraz wpływu na jego stan czynników zewnętrznych i środowiskowych. Działania jednostek oświatowych w ramach edukacji zdrowotnej powinny zatem polegać na wzmacnianiu kondycji ucznia w poszczególnych sferach jego rozwoju (Wolny, 2019, s. 10). Pielęgniarka szkolna mogłaby uczestniczyć zarówno w propagowaniu zachowań prozdrowotnych (takich jak racjonalne żywienie, aktywność fizyczna, utrzymywanie właściwych relacji międzyludzkich), jak i w przeciwdziałaniu zachowaniom antyzdrowotnym (takim jak nadużywanie alkoholu czy używanie substancji psychoaktywnych) (Fiega, Krajewska-Kułąk, 2017, s. 646). Potrzebna jest jednak wymiana informacji, wzajemna współpraca i ustalenie jednolitych zasad postępowania wobec uczniów z określonymi problemami zdrowotnymi, uwzględniając częstotliwość ich występowania. Na te aspekty należy zwrócić uwagę kształtując system opieki zdrowotnej nad uczniami.

### **Bibliografia:**

1. Bialik, M. (2022). Zdalne nauczanie jako element pracy z uczniami w szkołach w czasie pandemii koronawirusa w Polsce. *Zeszyty Naukowe WSG, t. 40, seria: Edukacja – Rodzina – Społeczeństwo, nr 7, s. 63-101.*
2. *Edukacja skuteczna, przyjazna i nowoczesna. Jak organizować edukację uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi? Przewodnik.* (2010), Warszawa: Fundacja Fundusz Współpracy.
3. Fiega, E., Krajewska-Kułąk, E. (2017). Zachowania zdrowotne – związek ze zdrowiem i chorobą [w:] E. Krajewska-Kułąk, C. Łukaszuk, J. Lewko et al. (red.), *Holistyczny wymiar współczesnej medycyny, t.3*, Białystok: Wydawnictwo Akademickie.
4. Gaweł, A. (2016). Szkoła i nauczyciel wobec współczesnych wyzwań promocji zdrowia dzieci i młodzieży. *Lubelski Rocznik Pedagogiczny, T. XXXV, z. 3, s. 137-152.*
5. Kabulska, A. (2020). *Tragiczna sytuacja szkolnych gabinetów stomatologicznych.* <https://bip.brpo.gov.pl/pl/content/rpo-do-mz-tragiczna-sytuacja-szkolnych-gabinetow-stomatologicznych>
6. Kołakowski, A., Wolańczyk, T., Pisula, A. et al. (2019). *ADHD. Zespół nadpobudliwości psychoruchowej. Przewodnik dla rodziców i wychowawców.* Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
7. Mendyk, K., Antos-Latek, K., Kowalik, M. et al. (2017). Zachowania prozdrowotne w zakresie odżywiania i aktywności fizycznej u dzieci i młodzieży szkolnej w wieku do 18. roku życia. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne nr 26(1), s. 13-17.*



8. Mudyna, J., Szczerbicka, G., Ukleja, H. (2016). *Analiza stanu zdrowia uczniów w szkole ponadgimnazjalnej oraz działań dla jego poprawy, ze szczególnym uwzględnieniem zadań pielęgniarki szkolnej*. Kutno: Wyższa Szkoła Gospodarki Krajowej w Kutnie.
9. *Opieka stomatologiczna w szkołach*. (2024). <https://www.gov.pl/web/wsse-szczecin/opieka-stomatologiczna-w-szkolach>
10. *Projekt ustawy o zmianie ustawy o opiece zdrowotnej nad uczniami*. Numer projektu UD148. 2024.
11. Przewłocka, J. (2015). *Klimat szkoły i jego znaczenie dla funkcjonowania uczniów w szkole. Raport o stanie badań*. Warszawa: Instytut Badań Edukacyjnych.
12. *Raport o stanie pielęgniarstwa i położnictwa w Polsce*. (2023). Warszawa.
13. *Raport z badania przeprowadzonego na zlecenie Rzecznika Praw Dziecka pt. „Badanie jakości życia dzieci i młodzieży w Polsce”*. (2023a). Warszawa.
14. *Reforma edukacji. Działania Rzecznika Praw Obywatelskich w sprawie likwidacji gimnazjów*. (2019). <https://bip.brpo.gov.pl/sites/default/files/Raport%20-%20RPO%20ws%20reformy%20edukacji.pdf>
15. *Uczniowie posiadający orzeczenie o potrzebie kształcenia specjalnego w podziale na typy szkół oraz województwa w roku szkolnym 2023/2024*. (2024). [https://dane.gov.pl/pl/dataset/182,dane-statystyczne-uczniow-z-orzeczeniem-o-potrzebie-ksztacenia-specjalnego/resource/57367/table?page=101&per\\_page=20&q=&sort=](https://dane.gov.pl/pl/dataset/182,dane-statystyczne-uczniow-z-orzeczeniem-o-potrzebie-ksztacenia-specjalnego/resource/57367/table?page=101&per_page=20&q=&sort=)
16. Ukleja, H., Kwasek, R., Ignasiak, K. (2016). *Zachowania prozdrowotne dzieci w środowisku lokalnym*. Kutno: Wyższa Szkoła Gospodarki Krajowej w Kutnie.
17. Wolny, B. (2019). *Edukacja zdrowotna w szkole. Poradnik dla dyrektorów szkół i nauczycieli*. Warszawa: Ośrodek Rozwoju Edukacji.
18. Wykowski, J. (2024). „Rekordowa” liczba prób samobójczych dzieci i młodzieży w Polsce? Fundacja reaguje na wątpliwości. <https://www.rynekzdrowia.pl/Psychiatria/Rekordowa-liczba-prob-samobojczych-dzieci-i-mlodziezy-w-Polsce-Fundacja-reaguje-na-watpliwosci,254842,16.html>
19. Zalewska-Meler, A. (2022). Pandemia koronawirusa jako akcelerator jakości edukacji dla zdrowia uczniów ze specjalnymi potrzebami edukacyjnymi. *Niepełnosprawność i Rehabilitacja nr 3*, s. 86-93.
20. Zembura, P., Korcz, A., Cieśla, E., Nałęcz, H. (2022). *Raport o stanie aktywności fizycznej dzieci i młodzieży w Polsce w ramach projektu Global Matrix 4.0*. Warszawa: Fundacja V4Sport.

#### Źródła prawa:

21. Ustawa z dnia 12 kwietnia 2019 r. o opiece zdrowotnej nad uczniami (Dz.U. 2019 poz. 1078).
22. Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej i Sportu z dnia 31 grudnia 2002 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny w publicznych i niepublicznych szkołach i placówkach (tj. Dz.U. 2020 poz. 1604 ze zm.).
23. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (tj. Dz.U.2023 poz. 1427 ze zm.).
24. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 3 listopada 2022 r. w sprawie zaleceń postępowania dotyczących opieki nad uczniami z anafilaksją, astmą oskrzelową, alergicznym nieżytem nosa, atopowym zapaleniem skóry i pokrzywką w szkole (Dz. Urz. 2022 poz. 116).