

Opinia do proponowanych zmian zgłoszonych w ramach uzgodnień resortowych przez Ministerstwo Zdrowia do projektu ustawy - prawo oświatowe:

Ad. Art.10 ust.1 pkt.7 w brzmieniu:

„7) zapewnienie warunków do realizacji w szkole profilaktycznej opieki zdrowotnej przez pielęgniarkę albo higienistkę szkolną oraz uwzględniając lokalne potrzeby i możliwości przez lekarza i lekarza dentystę”.

Uzasadnienie:

- Nasza organizacja zgadza się ze stwierdzeniem, że w każdej placówce oświatowo wychowawczej, powinny znajdować się gabinet profilaktyki i pomocy przedlekarskiej wyposażone zgodnie z obowiązującymi przepisami. Natomiast ciężar odpowiedzialności finansowej za utworzenie, eksploatację i wyposażenie gabinetu winien spoczywać na organie tworzącym/prowadzącym.
- W odniesieniu do powrotu lekarza do szkoły w naszej ocenie to zły kierunek zmian ponieważ:
 - model taki obowiązywał do połowy lat 80, i jak wskazuje dostępna literatura był mało skuteczny w profilaktycznej opiece nad uczniami. Dlatego podjęto działania w celu poszukiwania bardziej skutecznego modelu opieki zdrowotnej nad uczniami. We wrześniu 1992 roku, wdrożono do praktyki nowy system opieki zdrowotnej nad uczniem, którego koncepcja opierała się na:
 - „współuczestnictwie w ochronie i promowaniu zdrowia uczniów rodziców, samych uczniów, szkoły i służby zdrowia oraz koncentracja na zdrowiu jednostki”;
 - organizacja opieki opierała się głównie na „sprawowaniu opieki medycznej przez pielęgniarkę”, która otrzymała w 1985 roku status pielęgniarki środowiskowej. Natomiast opiekę lekarską „sprawował lekarz „w zdrowiu i w chorobie” (w miejscu zamieszkania). Programowaniem i nadzorem zajmowała się terenowa poradnia medycyny szkolnej: bazę szkoleniową stanowiły gabinety wzorcowe”¹
 - W roku 2003 w wyniku kolejnej reformy ochrony zdrowia umocniono rolę lekarza podstawowej opieki zdrowotnej wdrażając koncepcję profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniem odpowiedziano na niżej postawione pytanie;

„Dlaczego profilaktyczną opiekę lekarską nad uczniami powierzono lekarzom podstawowej opieki zdrowotnej **rezygnując z odrębnego stanowiska lekarza szkolnego?**

Za decyzją taką przemawiały i przemawiają następujące argumenty:

- Ciągłość opieki nad dzieckiem – ten sam lekarz sprawuje opiekę w „zdrowiu” i w „chorobie”;
- Dostępność pełnej dokumentacji medycznej,
- Postrzeganie rozwoju i zdrowia dziecka w kontekście jego sytuacji rodzinnej,
- Badanie ucznia w obecności rodziców (opiekunów), co umożliwia pełny wywiad i przekazanie rodzicom porad i zaleceń lekarskich,
- Możliwość edukacji zdrowotnej rodziców,
- Tworzenie dla młodzieży wzorców troski rodziców o zdrowie swoich dzieci,

¹ B. Woynarowska Zakład Pediatrii Społecznej i Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka „Czego dokonaliśmy w medycynie szkolnej i dokąd zmierzamy? Nowoczesna pielęgniarka i higienistka szkolna CEM Warszawa 1995 str.6

- **Uniknięcie dublowania kosztów opieki nad dzieckiem sprawowanej przez dwóch lekarzy – w szkole i zakładzie opieki zdrowotnej** (doświadczenia wskazują na brak przepływu informacji między tymi lekarzami)².

W związku z powyższym uważamy, że pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania na dzień dzisiejszy posiadają dużo większe kwalifikacje do sprawowania opieki pielęgniarskiej nad uczniem włącznie z umiejętnościami udzielenia mu pierwszej pomocy i nadzoru lekarza na swoich działaniach nie potrzebują. Cechują się profesjonalizmem, otwartością, życzliwością oraz cieszą się autorytetem w społeczności szkolnej.

² A.Oblacińska, B.Woynarowska *Profilaktyczne badania lekarskie i inne zadania lekarza w opiece zdrowotnej nad uczniem Poradnik dla lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej* IMiD Zakład Medycyny Szkolnej , Warszawa 2002 str. 8-9