

# ZDRAVJE ZA VSE ZA 21. STOLETJE

## HEALTH FOR ALL FOR 21<sup>ST</sup> CENTURY

Bojana Filej

UDK/UDC 614.1:362

DESKRIPTORJI: *zdravje izboljšanje*

DESCRIPTORS: *health promotion*

*Izvleček – Članek opisuje pomembne mejnike v razvoju zdravstva v Evropi od leta 1977 dalje pa do danes, ko je Svetovna zdravstvena organizacija sprejela novo strategijo »Zdravje za vse za 21. stoletje« kot nadaljevanje strategije »Zdravje za vse do leta 2000«. V članku je opisana vloga medicinskih sester pri realizaciji navedene strategije.*

*Abstract – The article describes important milestones in the development of health services in Europe from 1977 until today when the World Health Organization accepted the strategy »Health for 21<sup>st</sup> century« as a continuation of the strategy »Health for all by the year 2000«. The article describes the role of nurses in carrying out the described strategy.*

Svetovna zdravstvena organizacija (SZO) je pred 22 leti načrtala smeri razvoja zdravstva v Evropi. Takrat je namreč ugotovila, da so stroški za zdravstvo v vseh državah naraščali z astronomsko naglico, razkorak med vloženo količino denarja in zdravstvenim stanjem ljudi pa je bil vedno večji. Od takrat pa do danes so postavljeni pomembni mejniki, ki jih moramo poznati, da bi bolje razumeli vzroke spremembe strategije, ki je danes poimenovana Zdravje za vse za 21. stoletje.

ohranjanju oziroma povrnitvi zdravja, ne le posamezniku, temveč celotnemu prebivalstvu. Po teh usmeritvah naj bi zdravstveni strokovnjaki, pa tudi celotna družba naravnali svoje aktivnosti predvsem k populaciji in še zlasti njenim najbolj ogroženim skupinam. Zlasti pomembno je poudariti, da so ukrepi za doseganje boljšega zdravja in njihovi nosilci tudi danes še v veliki meri postavljeni izven kroga zdravstvenih dejavnosti.

### 1977 Skupščina Svetovne zdravstvene organizacije

Svetovno zdravstvo je leta 1977 stopilo na pot temeljnih sprememb v načelih razvoja zdravstva in začrtalo smer, ki ji naj sledijo nacionalne politike razvoja zdravja – to je smer k cilju, da bi do leta 2000 ljudje dosegli zdravje, ki bo omogočalo njihovo družbeno in ekonomsko produktivno življenje.

S tem so bili postavljeni novi temelji sistema zdravstvenega varstva, s katerim naj bi pozitivno zdravje postalo družbena in osebna vrednota, za katero pa mora vsak prispevati svoj delež obveznosti in nalog. Zdravje postaja vedno bolj dolžnost vsakega posameznika in ne le njegova pravica.

Ta univerzalni cilj pa ni pomenil, da bodo takrat vsi ljudje zdravi, temveč da je nujno vsem ljudem na svetu zagotoviti takšno raven zdravja, ki jim bo omogočala doseči socialno in ekonomsko produktivno življenje. To pa pomeni različnost med posameznimi državami, saj gre za različno stopnjo njihove razvitosti. Zdravje mora biti zagotovljeno posamezniku in družini, vendar z njihovim popolnim sodelovanjem.

To pa nikakor ni pomenilo, da takšen nov koncept izključuje potrebo po kurativni, klinični medicini. Brez te človeštvo ne bi moglo. Nasprotno, še naprej lahko računamo z njenim nadaljnjim intenzivnim razvojem in napredkom. Tisto, kar je bilo v novih pogledih novo v odnosu do kurativne medicine, je le to, da ta naj ne bi bila osrednja ali skoraj edina sestavina sistema zdravstvenega varstva, ampak dejavnost, ki bo ljudem na razpolago v primerih, ko s celovito družbeno, skupinsko in individualno preventivo ne bodo uspeli preprečiti nastanka bolezni in njihovih posledic.

Navedene ugotovitve so zahtevale spremembe koncepta tedaj obstoječega zdravstvenega varstva. Med temi je bila najpomembnejša sprememba filozofije zdravstvenega varstva, ki se je usmerila od prvotne in osrednje skrbi za bolne k prizadevanjem po krepitvi in

### 1978 Konferenca držav članic SZO v Alma-Ati

Pojavilo se je vprašanje, kako doseči novo strategijo razvoja zdravstva, na kakšen način, s kakšnimi metodami in organizacijo? Odgovor je bil dan leta 1978

na konferenci držav članic SZO v Alma-Ati (Kazahstan). Na tej konferenci, ki so jo poimenovali konferenca o primarnem zdravstvenem varstvu, je bila strategija dokončno sprejeta in je postala obvezujoča za vse članice SZO. Izpostavljenih je bilo šest osnovnih načel:

- enakost,
- promocija zdravja,
- sodelovanje lokalne skupnosti,
- multisektorsko sodelovanje,
- primarno zdravstveno varstvo,
- mednarodno sodelovanje.

Z deklaracijo iz Alma-Ate so bile dosežene spremembe v načrtovanju zdravja lokalne skupnosti – nacionalne in mednarodne. Vladam in zdravstvenim strokovnjakom je dala široke usmeritve za izobraževanje, prakso in za raziskovanje.

Nova strategija je pomenila spremembe, s katerimi naj bi prešli iz sistema zdravstvenega varstva v sistem varstva zdravja.

### **1984 Sprejetje 38 ciljev »Zdravje za vse do leta 2000«**

Novo strategijo razvoja zdravstva so v Evropi uveli z oblikovanjem 38 ciljev, za katere so se evropske države zavezale, da jih bodo uresničile in so leta 1984 podpisale posebno deklaracijo. Ta je poudarila štiri glavna področja, ki se nanašajo na:

- življenjski slog in na zdravje;
- dejavnike tveganja, ki vplivajo na zdravje in okolje;
- reorientacijo zdravstvenega sistema;
- potrebno podporo politike, menedžmenta, tehnologije, kadrov in raziskovanja.

Izhajajoč iz teh razvojnih konceptov, so posamezne države začele preusmerjati razvoj zdravstva od skrbi za bolezen in bolne k večji skrbi za zdravje v obliki:

- spreminjanja zdravstva in
- uvajanja nacionalne politike pospeševanja zdravja.

Cilji so razdeljeni v tri med seboj povezane skupine glede na problematiko in rok uresničevanja. Predstavljajo zaokroženo celoto, so povezani in soodvisni, nadgrajujejo se kot kocke v piramidi, in sicer tako, da bodo zahtevnejši cilji uresničeni zadnji.

Deklaracija iz Alma-Ate in 38 ciljev »Zdravje za vse« vplivajo tudi na zdravstveno nego, ki mora poudarjati šest osnovnih načel primarnega zdravstvenega varstva, poleg tega pa še:

- zagotoviti kakovost v zdravstveni negi in pripraviti standarde;

- izvesti spremembo, reorientacijo in krepitev osnovnih izobraževalnih programov zdravstvene nege, da bi lahko medicinske sestre delovale tako v bolnišnici kot tudi v lokalni skupnosti;
- izobraževati medicinske sestre za menedžment, da bodo doseženi cilji strategije »Zdravje za vse«.

### **1986 Otawska listina**

Leta 1986 je potekala prva mednarodna konferenca o promociji zdravja z namenom, da poudari pomen krepitev zdravja in da poudari tudi to, da za zdravje niso odgovorni le tisti, ki delujejo v zdravstvu, temveč tudi ostali sektorji. Promocija zdravja pomeni politiko krepitev zdravja v posamezni državi. Eden izmed načinov izvajanja te politike pa je tudi zdravstvena vzgoja, v kateri imajo pomembno vlogo in naloge tudi medicinske sestre.

### **1988 1. evropska konferenca o zdravstveni negi**

Oddelek za zdravstveno nego pri Evropskem uradu SZO je organiziral 1. evropsko konferenco o zdravstveni negi leta 1988 na Dunaju. V pripravah na to evropsko konferenco je v imenu 3,5 milijonov negovalnih kadrov v Evropi aktivno sodelovalo 155.000 medicinskih sester iz 32 evropskih držav. Priporočila dunajske konference so bila naslednja:

- vse medicinske sestre se morajo vključiti v politiko gibanja »Zdravje za vse«;
- službe zdravstvene nege morajo biti usmerjene v zdravje in ne v bolezen;
- oblike dela in praksa zdravstvene nege morajo biti prilagojene primarnemu zdravstvenemu varstvu, katerega najpomembnejši izvajalci so medicinske sestre;
- poudarek mora biti na zagotavljanju kakovosti zdravstvene nege;
- vsi izobraževalni programi za zdravstveno nego morajo biti usmerjeni v izobraževanje polivalentne medicinske sestre, ki lahko deluje na bolnišničnem in izvenbolnišničnem področju;
- medicinske sestre, ki vodijo službe zdravstvene nege, morajo prilagoditi zdravstveno nego zdravstvenim potrebam in sodelovanju populacije;
- medicinske sestre – menedžerke morajo biti strokovno avtonomne;
- medicinske sestre morajo izvajati raziskovalne projekte, s katerimi bodo izboljšale zdravstveno nego, raziskovanje mora zajeti vsa področja prakse;
- vzpostaviti morajo informacijski sistem, ki bo omogočal komunikacije, pretok informacij in raziskovalnih rezultatov;
- zdravstvena nega mora biti vključena v načrtovanje nacionalnega zdravstva in medicinske sestre morajo sodelovati v razpravah o zdravstveni politiki;

- kadrovska politika v najširšem pomenu mora rekrutirati kadre za zdravstveno nego, zagotoviti takšne pogoje dela, ki bodo privlačni in bodo zadržali medicinske sestre v stroki;
- program kontinuiranega izobraževanja mora biti dostopen vsem medicinskim sestram;
- medicinske sestre in njihova združenja morajo biti vzor zdravega načina življenja.

### 1989–1991 Politične, socialne in ekonomske spremembe

V tem času je prišlo do velikih sprememb v Evropi, ki so prizadele polovico ljudi v evropski regiji, ko je padec komunističnega sistema privedel do ustanovitve 21 novih držav z demokratično ustavo. Čeprav so te nove pluralistične družbe prinesle mnogo pozitivnega razvoja, so tudi vodile do mnogih ekonomskih sprememb ter do povečanih napetosti (v desetih državah celo do vojne), do velikih finančnih kriz in do sprememb v menedžmentu na področju zdravstva, kakor tudi na drugih področjih.

V zgodnjih 90-ih letih tudi v večini zahodnih držav regije beležimo slabo ekonomsko rast, rast brezposelnosti, povečanje razlik v prihodkih, bolj ekstenzivno migracijo, izgubo družbenih povezav, večje nasilje in druge simptome, ki negativno vplivajo na zdravje. Večina držav je doživela pravi stres, saj so morale korenito reducirati stroške za zdravstvo ter spremeniti sistem organizacije zdravstvenih služb. Pojavila sta se dva kontradiktorna trenda, globalizacija ekonomskih aktivnosti na eni strani ter na drugi decentralizacija, privatizacija in povečanje števila prostovoljnih, nevladnih organizacij, ki so se pričele vključevati v zdravstvo. To je seveda vodilo v oslabitev nacionalnega zdravstvenega sistema in vpliva na razvoj zdravja populacije.

### 1991 Revizija ciljev

Časovni zamik dogodkov povzroča zamudo pri ureditvi ciljev, kar so SZO in države članice ugotovile že leta 1991 na skupščini SZO v Genevi, ko so izvedle revizijo ciljev. Realizacija ciljev se torej prenaša v začetek tretjega tisočletja. Poleg tega so ugotovile, da je strategija »Zdravje za vse« poudarjala le vložke v zdravstvene službe namesto rezultatov premika od bolnišnično orientiranega zdravstvenega varstva k primarnemu zdravstvenemu varstvu.

Države članice so do tega leta morale vzpostaviti tudi kontinuiran proces spremljanja in evalvacije realizacije posameznih ciljev. To je bil sistematični učni proces za vse države, ker so le-te morale konstantno pridobivati znanje o strategijah in metodah, ki bi lahko spremenile širok okvir politike in praktično akcijo.

Slovenija je šele v tem času, kot samostojna država pričela razmišljati o oblikovanju strategije, ki je za-

gledala »luč« leta 1993 v strateškem dokumentu Ministrstva za zdravstvo: Plan zdravstvenega varstva Republike Slovenije do leta 2000«, ki še do danes ni bil potrjen in sprejet v parlamentu.

### 1996 Ljubljanska listina

V mesecu juniju 1996 je potekala v Ljubljani konferenca ministrov za zdravstvo evropske regije o zdravstvenih reformah. Na osnovi razprave je bila sprejeta Ljubljanska listina, ki je opredelila osnovna načela, ki jih pri izvajanju zdravstvenih reform ne smemo prezreti. Ta načela so:

- človeško dostojanstvo, enakost, solidarnost in strokovna etika;
- promocija zdravja;
- upoštevanje potreb ljudi pri oblikovanju zdravstvenih služb;
- kakovost zdravstvenega varstva in finančno ekonomska učinkovitost;
- racionalna uporaba vseh resursov;
- upoštevanje filozofije primarnega zdravstvenega varstva;
- komprehenzivnost in kontinuirano zdravstveno varstvo.

Zbornica zdravstvene nege je na osnovi navedene listine pripravila razvojni dokument zdravstvene nege v Sloveniji. Dokument »Usmeritve razvoja zdravstvene nege v luči zdravstvenih reform v Republiki Sloveniji« je bil sprejet na 5. skupščini Zbornice novembra 1996.

### 1996–1998 Proces prenove evropske politike »Zdravje za vse«

Regionalni komite SZO se je odločil revidirati politiko »Zdravje za vse« glede na spremenjeno okolje. Zato je bilo v tem času potrebno izvesti dve analizi:

- analizo napak in uspehov v uvajanju evropske politike »zdravje za vse« od leta 1984 dalje;
- ugotoviti politične, ekonomske, socialne in tehnološke trende v državah članicah za obdobje naslednjih 10–20 let, ki lahko vplivajo na zdravstveno politiko, njene cilje in strategije, ko Evropa vstopa v 21. stoletje.

Na osnovi navedenih analiz je bilo ugotovljeno, da bolj ko gledamo v prihodnost, bolj so napovedi negotove. Nekatera predvidevanja so naslednja:

Z vidika *demografije* je bilo ugotovljeno, da se evropska populacija stara in da bodo podobni trendi tudi v prihodnje: danes predstavljajo starejši 22 % populacije v evropski regiji, v prihodnjih 30 letih bo ta odstotek znašal 30 %. Zato se morajo države lotiti ak-

tivnosti in zagotoviti pogoje za bolj zdravo starost, sicer bo prišlo do preobremenjenosti zdravstvenih in socialnih sektorjev.

Migracija v zahodno Evropo bo še naraščala. Dežele, ki sprejemajo migrante, morajo le-te ekonomsko in socialno integrirati, da bodo lahko spoštovali kulturo in oblikovali bolj učinkovito povezovanje med skupnostmi, da bi se izognili izolaciji in prispevali k njihovemu boljšemu zdravju.

#### *Ekonomski in socialni dejavniki*

Glede na ekonomski razvoj se bodo zahodne evropske države še v naprej razvijale, medtem ko bodo še zlasti vzhodnoevropske države pri tem razvoju imele težave, ne le v kratkoročnem, temveč tudi v srednjeročnem obdobju. Zato morajo države sprejeti jasno socialno politiko, sicer se bodo razširili zdravstveni problemi (alkoholizem, nasilje, zloraba drog. .), prav tako pa bo prisoten problem zaposlovanja za večino populacije. To bo povzročalo stres in zmanjšalo kohезijo lokalne skupnosti, kar bo vplivalo na kakovost življenja in zdravja ljudi. Potrebne so politike, ki bodo zmanjšale ali vsaj zadržale sedanjo stopnjo brezposelnosti, ki bodo preprečevale povečanje razlik med bogatimi in revnimi. Urbanizacija prav tako povzroča socialne in zdravstvene probleme, ki jih poznamo kot tveganje »življenja v velikih mestih«.

#### *Politični razvoj*

Število članic v Evropski uniji narašča in se bo še povečevalo, vse bolj različni pa so družbeni in zdravstveni interesi ljudi. Ta razvoj bi lahko imel tudi pozitivne vidike, kot so na primer večji razvoj promocije zdravja in varovanja okolja, kar pa je odvisno od sprejetih političnih prioritet posamezne države.

#### *Nevladne organizacije*

Trendi ustanavljanja novih nevladnih in prostovoljnih organizacij se bodo verjetno še nadaljevali, kar bo

privedlo do mobiliziranja dodatnih virov za še močnejše aktivnosti na zdravstvenem in socialnem področju. Kakorkoli že, vzpostavljeni morajo biti mehanizmi, ki bodo nadzorovali njihove aktivnosti, ki morajo biti usklajene s politiko dežele ali lokalne skupnosti. Vlada pa mora zagotoviti, da te nevladne organizacije delujejo v skladu s temeljnimi potrebami prebivalstva.

### **1998 Sprejem zdravstvene politike za Evropo »Zdravje za vse za 21. stoletje«**

Nov predlog strategije evropske zdravstvene politike so države članice SZO sprejele na 48. zasedanju Regionalnega komiteja. Gre pravzaprav za nadaljevanje strategije Zdravje za vse do leta 2000 v naslednjem tisočletju, za predlog globalnih prednostnih nalog in ciljev za prvi dve desetletji 21. stoletja.

Strategija Zdravje za vse za 21. stoletje je za Evropo načrtana v 21 ciljih, ki jih lahko razvrstimo v pet sklopov. V prvem sklopu so cilji, ki se nanašajo na enakost v zagotavljanju zdravstvenega varstva in zmanjševanju razlik med državami in skupinami prebivalstva. Drugi sklop ciljev je namenjen mobiliziranju vseh sektorjev v družbi za vlaganje v zdravje. Skrbi za zdravje v vseh starostnih obdobjih s sočasno skrbjo za zdravo okolje je posvečen tretji sklop ciljev. Četrty sklop obsega cilje, povezane z zagotavljanjem kakovosti ter vrednotenjem učinkovitosti zdravstvenega varstva, peti pa obravnava povezovanje različnih struktur in sektorjev v partnerstvo za zdravje kot enega od stebrov nenehnega razvoja.

Ena izmed glavnih značilnosti nove strategije je: več vlaganja v zdravje tako družbe kot posameznika na eni strani ter na drugi racionalizacija v zdravstvu ob sočasnem zagotavljanju kakovosti.

In kakšne so bistvene razlike med strategijo Zdravje za vse do leta 2000 (1984) in strategijo Zdravje za vse za 21. stoletje (1998)?

1984 – 38 ciljev  
postavljeni končni cilji

1. Pravičnost v zdravju
2. Zdravje in kakovost življenja
3. Boljše možnosti za prizadete osebe
4. Zmanjšanje števila kroničnih bolezni
5. Zmanjšanje števila nalezljivih bolezni
6. Zdravo staranje
7. Zdravje otrok in mladostnikov
8. Zdravje žensk
9. Zmanjšanje bolezni srca in ožilja
10. Rak
11. Nezgode
12. Samomorilnost
13. Zdrava javna politika
14. Okolje za krepitev zdravja

1998 – 21 ciljev  
postavljeni trendi razvoja

1. Solidarnost za zdravje v evropski regiji
2. Enakost v zdravju
3. Zdrav začetek življenja
4. Zdravje mladih ljudi
5. Zdravje starejših
6. Izboljševanje duševnega zdravja
7. Zmanjševanje nalezljivih bolezni
8. Zmanjševanje nalezljivih bolezni
9. Zmanjševanje poškodb zaradi nasilja in nesreč
10. Zdravo in varno fizično okolje
11. Zdravo bivanje
12. Zmanjševanje posledic zaradi alkohola, drog in tobaka
13. Okolje za zdravje
14. Multisektorska odgovornost za zdravje

1984 – 38 ciljev postavljeni končni cilji	1998 – 21 ciljev postavljeni trendi razvoja
15. Usposobljenost za krepitev zdravja	14. Multisektorska odgovornost za zdravje
16. Zdravo življenje	15. Integracija zdravstvenega sektorja
17. Tobak, alkohol in psihoaktivne droge	16. Delovanje za kakovost zdravstvenega varstva
18. Ekološka zdravstvena politika	17. Financiranje zdravstvenega varstva in razporeditev virov
19. Mehanizmi za spremljanje in nadzor	18. Razvoj človeških virov za zdravje
20. Kakovost voda in nadzor nad onesnaženjem	19. Raziskovanje in znanje za zdravje
21. Kakovost zraka in nadzor nad onesnaženjem	20. Mobilizacija partnerjev za zdravje
22. Kakovost varne prehrane	21. Politike in strategije za zdravje za vse
23. Odstranjevanje odpadkov in onesnaževanje zemlje	
24. Ekologija naselij in bivališč	
25. Zdravje pri delu	
26. Politika zdravstvenih dejavnosti	
27. Viri sredstev zdravstvene dejavnosti in upravljanje	
28. Primarno zdravstveno varstvo	
29. Bolnišnično zdravstveno varstvo	
30. Dejavnosti družbene skupnosti za zadovoljevanje posebnih potreb prebivalstva	
31. Kakovost zdravstvenega varstva in ustrezna tehnologija	
32. Raziskave zdravja	
33. Razvoj politike zdravja za vse	
34. Vodenje razvoja politike zdravja za vse	
35. Podpora zdravstvene informatike	
36. Kadrovski razvoj v zdravstveni dejavnosti za zdravje za vse	
37. Sodelavci v skrbi za zdravje	
38. Zdravje in etika	

1984 osnovna načela:	1998 osnovna načela:
– enakost	– enakost in solidarnost
– promocija zdravja	– zdravje in kakovost življenja
– sodelovanje lokalne skupnosti	– učinkovita uporaba človeških, finančnih in drugih virov
– multisektorsko sodelovanje	– k rezultatom usmerjeno zdravstveno varstvo
– primarno zdravstveno varstvo	– intersektorsko in multidisciplinarno sodelovanje, vključno s posamezniki, družinami in lokalno skupnostjo
– mednarodno sodelovanje	

1984	1998
za medicinske sestre pomembni cilji 26–31 (ustrezno zdravstveno varstvo)	za medicinske sestre pomembni vsi cilji
poudarek na delovanju medicinskih sester: v lokalni skupnosti	poudarek na delovanju medicinskih sester: v primarnem zdravstvenem varstvu
sprememba izobraževalnih programov: general nurse health for all nurse	sprememba izobraževalnih programov: družinska medicinska sestra

Medicinske sestre imajo torej eno izmed ključnih vlog v strategiji Zdravje za vse za 21. stoletje, še zlasti na področju primarnega zdravstvenega varstva, na področju zagotavljanja kakovosti in v k rezultatom usmerjeni zdravstveni negi, na področju izobraževanja ter zagotavljanja ustreznih virov.

Po definiciji Svetovne zdravstvene organizacije (1978) je »primarno zdravstveno varstvo varstvo po-

sameznika, družine in lokalne skupnosti na območju kjer ljudje živijo, delajo in se šolajo ter ga izvajajo zdravstvene dejavnosti ter vsi drugi družbeni dejavniki izven zdravstva na tem območju«. Na tem področju bodo morale medicinske sestre za doseganje 21 ciljev:

- izvajati holistično zdravstveno nego ljudi v času njihovega celotnega življenjskega ciklusa;
- ugotavljati potrebe ljudi;

- zadovoljevati specifične potrebe rizičnih posameznikov in skupin;
- pomagati prostovoljcem pri nudenju pomoči varovancem;
- pomagati ženskam in otrokom;
- izvajati promocijo zdravja in preventivo bolezni;
- multidisciplinarno in multisektorsko sodelovati, še posebej z volonterskimi agencijami in skupinami za samopomoč.

Da bodo medicinske sestre prispevale svoj delež h kakovostnemu razvoju zdravstvenega varstva, ki bo usmerjeno k rezultatom,

- se bodo morale usmeriti k varovancu;
- spremljati stroškovno učinkovitost zdravstvene nege;
- primerjati podatke o rezultatih zdravstvene nege za potrebe kontinuiranega in kakovostnega razvoja.

S sprejetjem nove strategije v naši državi bo potrebno spremeniti tudi vsebine izobraževalnih programov, če bomo želeli, da bodo medicinske sestre odigrale ključno in suvereno vlogo v doseganju nove strategije ter tako pripomogle k boljšemu zdravju ljudi in večji kakovosti njihovega življenja. Za potrebe izobraževanja je zato potrebno zagotoviti ustrezne vire, ki bodo omogočali izvedbo izobraževalnih programov in usposabljanja za medicinske sestre. Vsebine programov morajo temeljiti na potrebah populacije. Jasno pa je, da mora biti izraba virov čimbolj racionalna in učinkovita.

Pri vseh spremembah pa ne smemo zanemariti pomena:

- enakomerne razpršenosti virov (na primer zdravstvenih služb, patronažnih medicinskih sester...);
- možnosti dostopa do zdravstvenih služb;
- potrebnega zakonodajnega in regulativnega okvira.

### *Sklep*

Vsaka medicinska sestra mora sprejeti izziv sodelovanja v doseganju strategije »Zdravje za vse za 21. stoletje«, saj ostaja zdravje naša največja vrednota tudi na prehodu v novo tisočletje.

### *Literatura*

1. Ministrstvo za zdravstvo. Plan zdravstvenega varstva Republike Slovenije do leta 2000. Ljubljana, 1993.
2. Saražin-Klemenčič K. Urad Republike Slovenije za sodelovanje s Svetovno zdravstveno organizacijo – izzivi in pričakovanja. Bilten 1999; 15: 4–6.
3. World Health Organization. Primary Health Care. Alma Ata, 1978.
4. World Health Organization. Nursing Practice. Report of a WHO Expert Committee. Geneva, 1996.
5. World Health Organization, Regional office for Europe. Health 21 – health for all in the 21st century. An introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region. European Health for All Series No. 5. Copenhagen, 1998.
6. Zbornica zdravstvene nege Slovenije. Usmeritve razvoja zdravstvene nege v luči zdravstvenih reform v Republiki Sloveniji. Utrip 1998; 6: 23–6.