




### Turku Bildirisi

<p style="text-align: center;"><b>Türkçe Versiyonu</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Psikiyatri Hemşireleri Derneği (Türkiye) himayesinde tercüme edilmiştir</li><li>- Yasemin Kutlu ve Hulya Bilgin tarafından Türkçeye çevrilmiştir.</li></ul>	
--	---

### Psikiyatri ve Akıl Sağlığı Hemşirelerinin (PASH) akıl sağlığı yerinde olan ve olmayan bireylerin bakımına sağladığı önemli katkının tanımlanması

<p><b>Bildirinin Gelişim Süreci</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• İlk taslak, 2010 Ekim ayında Finlandiya'nın Turku şehrinde Horatio Kurul toplantısında hazırlanmış olup, 2011 Şubat ayına kadar geliştirilmiştir.</li><li>• Horatio Kurulu 19 Şubat 2011 tarihinde ilk taslağı onaylamıştır.</li><li>• Horatio Kurul üyelerinin ve Avrupa Psikiyatri Hemşireliği Uzman Paneli üyelerinin geribildirimlerinin alındığı ve Birinci Taslağın geliştirilmiş hali olan İkinci Taslak, 6 Nisan 2011 tarihinde Horatio web sitesinde yayınlanmıştır.</li><li>• Belge, 2011 Temmuz ayında Amsterdam'da düzenlenen Horatio Kurul toplantısında görüşülmüştür.</li><li>• Üçüncü Taslak, Horatio Psikiyatri Hemşireliği Uzman Paneli'nin tüm Avrupa ve uluslararası birimlerine görüş almak üzere dağıtılmış ve 2011 Eylül ayında Horatio web sitesine yüklenmiştir.</li><li>• Bireysel üyelerin, üye olmayanların ve teknik uzmanların görüş ve geribildirimlerinin alındığı Üçüncü Taslak hakkında, tüm üye devletlerin görüş sunması istenmiştir. Ayrıca, diğer Avrupa akıl sağlığı organizasyonları ve sivil toplum örgütleri de görüş sunmak üzere davet edilmiştir.</li><li>• Üçüncü Taslağa ilişkin geribildirimler, 15/16 Ekim 2011 tarihinde Stockholm'de gerçekleştirilen Horatio Kurul toplantısında tartışılmıştır.</li><li>• Son düzenlemeler (Dördüncü Taslak) Ekim/Kasım 2011'de ele alınmıştır.</li><li>• Bildirinin son hali, Kasım 2011 tarihinde Horatio'nun web sitesinde yayınlanmıştır.</li></ul>
--

## Bölüm A. Giriş

1. Hemşireler, yıllardır akıl hastalıkları, bilişsel yetersizlikler, bağımlılıklar, duygusal ve psikolojik sıkıntı veya travma ile mücadele eden kişilerin sağlıklarının geliştirilmesine ve bakımda maliyet etkinliğinin sağlanmasına katkıda bulunmaktadır.
2. Psikiyatri ve akıl sağlığı hemşireliği (PASH), klinik rolleri ve çeşitli sorumluluklarıyla akıl sağlığı bakımındaki en büyük iş gücü grubunu temsil etmektedir. İş gücündeki uzmanlıklar, göç ve/veya ihtiyaç fazlalığı nedeniyle yüksek rakamlarda sürekli olarak kaybedilmektedir.
3. Horatio, diğer akıl sağlığı disiplinlerinden farklı olarak PASH'nin belirli temel klinik rol ve sorumlulukları olduğuna inanmaktadır. Bunlar, Bölüm C'de tanımlanmış olup, bu bildirinin diğer bölümlerinde de desteklenmektedir.
4. PASH'nin bakım kapsamı dışında olduğu durumlarda, bu rol ve sorumluluklar gerçekleştirilemeyecek ve tedavi sonuçları olumsuz şekilde etkilenecektir. Bu rol ve sorumluluklarla, bu alanda hemşireliği oluşturan durumlar vurgulanmaktadır.
5. Bilindiği gibi bu rol ve sorumluluklardan bazıları, multidisipliner akıl sağlığı ekibinin diğer üyeleri tarafından da yerine getirilebilir (örneğin, farklı akıl sağlığı disiplinleri üyelerinin birlikte çalışması, bireyselleştirilmiş bakım hizmetlerinin sağlanmasında farklı ekip üyelerinin becerilerinin bir araya getirilmesi). Ancak, bu rol ve sorumluluklar, her zaman *akıl sağlığı hemşireliği bilimindeki* araştırma ve uygulamalarla ilgili gelişmelerden kaynaklanmaktadır ve diğer disiplinler tarafından kendi deneyim ve sorumluluklarına uygun şekilde uyarlanacaktır.
6. *Akıl sağlığı hemşireliği bilimi*, uygulamayı geliştirme çalışmalarını gerçekleştiren, hemşireliğe özgü ya da hemşirenin liderliğinde disiplinlerarası araştırmalar aracılığıyla ve/veya tıbbi, psikolojik ve psikososyal girişimler gibi diğer kaynaklardan uyarlamalarla, PASH çalışmalarına özgü yöntemler, girişimler, bakım yönetimi süreçleri veya değerlendirme aktiviteleri olarak görülmektedir. Bununla beraber, PASH'lerin bu yaklaşımları, hemşireliğe uyarlamadan asıl biçimlerinde kullanabileceği de kabul edilmektedir.
7. Üye ülkelerde PASH'ler arasında, temel yeterlilikler, eğitimsel hazırlık, destek, yönetim ve klinik uygulama açısından, gerek ulusal temsilci organizasyonlar, gerekse Avrupa Birliği (AB) Komisyonu tarafından tam olarak ele alınmamış uyumsuzluk vardır. Bu uyum eksikliği, bazı PASH'lerin yüksek kaliteli, gelişmiş bireysel bakım sağlayabildiği, bazılarının ise (sürecin diğer uçundakiler), diğer mesleklerden bağımsız işlev görmede kaynak eksikliği yaşayarak en az düzeyde (asgari) bakım sunduğu "sahip olanlar ve sahip olmayanlar" kültürü meydana getirmiştir.
8. Üye devletler arasında akıl sağlığı sorunları olanları tanımlamak için kullanılan terimlerde önemli farklılıklar bulunmaktadır: hizmet kullanıcılar; sakinler (uzun süreli bakım merkezlerinde bulunanlar için), hastalar (klinik ortamlı hastanelerde), tüketiciler (genelde toplumsal bakım kapsamında kullanılır), akıl hastalığı deneyimi olan kişiler ve iyileşenler (akıl sağlığı kurumlarından taburcu olanlar). Bu bildiri için en doğru seçimi belirlemek amacıyla Avrupa'daki ortak organizasyonlardan öneriler alınmış olup, tutarlılık açısından bildiri boyunca "hasta" sözcüğü kullanılacaktır.
9. PASH'lerin nitelik ve sorumluluk düzeyleri farklıdır.

10. PASH'lerin belirgin olmayan (hatta belirgin) çalışmaları genellikle daha geniş sağlık çevrelerince hafife alınabilir.
11. Geniş uzmanlık düzeyleri ve yeterliliklerinin yanında, üniversite eğitimi alarak, genişletilmiş sorumluluklarla birlikte, İleri Düzeyde Uzman Hemşire olacak bilgilere sahiptirler. İki disiplin arasında örtüşmeler olabilsede, farklı rolleri nedeniyle, tıbbi meslektaşlarından ayrılırlar.
12. Bu bildiri, gerekli eğitimi, donanımı ve yönetimi olan PASH'lerin, mesleki sorumlulukları olan kişilere sağlaması gereken önemli katkıları belirleyerek, mevcut durumu geliştirmek amacıyla tasarlanmıştır.
13. Bu bildiri, Avrupa genelinde PASH alanındaki mesleki gelişim için bir yönerge işlevi görmeli ve böylece, akıl sağlığı sorunları olanlara sunulan bakım girişimlerini geliştirmelidir.
14. Ülkeler arasında ifade tarzları ve kavramlarda önemli farklılıklar olduğu bilinmektedir ve bu bildiri de, mümkün olduğunca genel terminoloji kullanılmaya çalışılmıştır. Yine de bazı PASH'ler için belirsizlikler içerebilir. Bu nedenle, bildirinin sonraki gözden geçirmelerinde daha net açıklamalar yapılması gerekecektir.
15. Aşağıda sadece PASH'lerin yaptığı şeyler değil, diğer meslek gruplarının yapmadığı veya PASH'lerden farklı olarak yaptığı şeyler de sunulmaktadır. Gerek multi-disipliner ekibin bir üyesi, gerekse de bağımsız, özerk bir uygulayıcı olarak çalışırken, gerekli eğitimi almış PASH'lerin mesleki ve/veya klinik yönetimde ele alması gereken alanlar da vardır.

#### **Bölüm B. Eğitimsel Hazırlık – PASH'lerin yapması gerekenler...**

16. Horatio; eğitim, uygulamalı araştırmalar ve mesleki gelişim için aşağıdaki "ilkeleri" belirlemiş olup, Avrupa bölgesindeki tüm PASH'ler için bunları desteklemektedir.
17. Hastalara, akıl sağlığı alanındaki en güncel araştırmalarla ve özellikle PASH'lerin çalışmalarıyla tutarlı girişim, bakım ve yönetim seçenekleri sunmak için gerekli temelleri kapsayan bir eğitim programı aracılığıyla, tercihen üniversite düzeyinde resmi eğitim alınması.
18. Sadece tanınmış bir eğitim programı almaları şartıyla, varsa, ulusal idari kurumlara PASH olarak kaydolmak. Özel bir PASH eğitimi olmayan ancak akıl hastalıkları olan hastalarla çalışan hemşireler, üniversite düzeyinde, kendi hasta gruplarına özgü eğitim almaları için teşvik edilmelidir. Bu, AB'deki tüm hemşire kayıtları ve idare kurumları için temel bir gereklilik olmalıdır.
19. PASH ve/veya ileri düzeyde uzman hemşire olarak çalışmaya yönelik temel gerekliliklerle tutarlı lisans veya lisansüstü düzeyde PASH programları geliştirmek ve sunmak için yerel ve ulusal üniversitelerden destek alınması. Üniversiteler bu programları uluslararası düzeyde paylaşmaya teşvik edilmelidir.
20. Uygun hazırlık ve destek olmadan akıl sağlığı bakımı alanlarında çalışmaya zorlanılmamalıdır.
21. Bakım kalitesini güncel kanıt ve en iyi uygulamalara yapılandırılmasını sağlamak için mezun olduktan sonra düzenli olarak sürekli mesleki gelişim olanakları (yaşam boyu öğrenme) sunulması.

22. PASH için uygun konularda, beceri ve bilgilerin artırılmasını destekleyen kariyer yapılarıyla hem Yüksek Lisans hem de Doktora düzeyinde akademik ilerleme imkanı sunulması.
23. Eğitimsel hazırlık sırasında rehberlik, mesleğe ilk atılma sırasında sınırlı süre için özel süpervizyon ve mesleki kariyer boyunca klinik süpervizyon alınması. En azından bu tür destek ve mesleki gelişim olanaklarına ulaşma imkanı PASH'lere sunulmalıdır.

### **Bölüm C. Klinik Uygulama \*- PASH'lerin yapması gerekenler...**

#### **Bölüm 1 Hastalarla çalışma**

24. Her bir hastayla terapötik ilişki geliştirilmesiyle iyi uygulamaların gerçekleştirilmesi. Bu ilişki, temelini hemşirelikten alan veya diğer mesleklerden uyarlanan modeller kullanılarak oluşturulur. Bunlar, terapötik aktivitelerin gerçekleştirilmesinde aracı olabilme dereceleri ve yoğunlukları açısından diğer disiplinler tarafından kullanılanlardan farklılık göstermektedir. Bunları gerçekleştirmek için bilgi ve beceri gerekir, hazırlık ve eğitim olmadan terapötik olarak uygulanamazlar.
25. Hastalarla temas kurmanın, özel girişimci aktiviteler gerektirdiğinin bilinmesi. PASH'lerin çalışmalarının odağı, terapötik olarak kendiliğın (self) kullanımının geliştirilmesini kolaylaştıran, krizdeki, ciddi depresyondaki veya ileri derecede rahatsızlığı bulunan hastalara yaklaşımda kullanılan, hastayla birlikte hemşireliğin varolmasıdır. Profesyonel dostluk kurulması, uzun süreli ya da kronik akıl hastalığı olan kişilerde ileri PASH işlevlerinin gerçekleştirilmesinde bir yöntem olabilmektedir.
26. Klinik tanılama aktivitelerinin gerçekleştirilmesi için hastaların biyo-psikososyal açıdan gözlenmesi.
27. Hemşirelik tanılarının konulması (Yani, hastanın günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak yapabilme yeteneğine, klinik semptomların etkisi). Bunlar tıbbi tanımlara göre daha dinamik ve sürekli değişen bir süreci yansıtmakta olup, bu nedenle, tıbbi tanımlarla bağlantılı olabilseler de, onlardan farklıdırlar. Bir hastanın tıbbi tanısı tüm hayatı boyunca aynı kalabilir, ancak, hemşirelik tanısı, hastanın tanının etkileriyle başa çıkabilme yeteneğine bağlı olarak değişir.
28. Çeşitli girişim seçenekleri kullanarak, ancak hastayla sağlam bir terapötik ilişki kurma gerekliliğine dayanarak, her hastanın bireysel gereksinimlerine özgü bakım planlarının geliştirilmesi.
29. Hastanın kendi bakımı üzerinde kontrol kazanmasına olanak sağlayacak bir uyum düzeyi oluşturmak amacıyla, mümkün olan durumlarda karşılıklı ve işbirliği halinde bakımın planlanması, tedavi ve klinik sonlanımda hastayla ilişki kurmak.
30. Belirli bir zaman çerçevesinde, bakım planı etkililiğinin, girişimlerin, temel düzeyde yapılan değerlendirme sonuçlarının ve hasta üzerindeki etkisinin değerlendirilmesi ve bunların hastayla görüşülmesi.
31. Hedeflere ulaşıldıktan veya hedefler değiştirildikten sonra ileri düzeyde bakım planları tasarlanması ve başarı ve iyileşme olasılığını artırmak için hastayla işbirliği içindeki ilişkinin korunması. Bunun asıl amacı, hastanın PASH'ten bağımsız olmasına yönelik olarak çalışmaktır ve bu nedenle de uygun durumlarda ilişkinin sonlandırılmasına ilişkin aktiviteleri de içerebilir.

32. Akıl sağlığı ile ilgili her türlü durumda ön saflarda görev yapmak (hastanede yatan hasta durumları, toplum, ev tedavileri, uzmanlık üniteleri, ayakta tedavi gören hastalar veya felaketler) – özellikle de, herhangi bir yatan hasta ortamında hastalarla 7/24 temas sorumluluğu olan tek akıl sağlığı çalışanları onlardır.
33. Kendine zarar verme, başkalarına karşı saldırganlık, şiddet içeren taşkınlıklar, firar, intihar girişimleri gibi psikiyatrik acil durumlarda ön saflarda girişimde bulunmak (en iyi şekilde, bir PASH de içermesi gereken multidisipliner ekipler kullanılarak ele alınan kriz girişimlerinden farklı olarak) ve kabul görmüş zararı azaltma modelleri ve yaklaşımları kullanarak bu durumların çözülmesinden sorumlu olmak.
34. Hemşirelik bilimi kanıtlarına dayalı bilgiler sunarak, gerek anahtar kişi olarak, gerekse de özel bir kriz ekibi üyesi olarak kriz girişimlerine katkıda bulunmak.
35. Gözlem, önleme ve psikososyal girişim aktiviteleri ile daha ileri düzeyde akıl sağlığı semptomlarının oluşmasını önlemek ve mevcut olanları azaltmak ve uygun durumlarda kuruma yatış/yeniden yatış olasılığını azaltmak.
36. Belirlenen gereksinime ve semptom ciddiyetine bağlı olarak bireysel hastalara yönelik bakım programları kapsamında zararı azaltıcı aktiviteler/süreçler/modeller uygulamak.
37. Hemşirenin terapötik ilişkisinin işlevlerine ve her hastanın bireysel gereksinimlerine göre uyarlanmış geniş çaplı tıbbi, psikolojik ve psikososyal girişimlerde bulunmak. Diğer meslek grupları (uğraş terapisti gibi) bunları belli durumlarda kendi klinik aktivitelerine uyarlayabilse de, en geniş çaplı semptom ve koşullar ve en aşırı semptom şiddetiyle karşılaşan PASH'ler olduğundan bunların herhangi birini veya tamamını genelde onlar kullanır.
38. Sadece klinik alanlarda değil, çeşitli farklı roller, sorumluluklar ve gündemlerle, mümkün olan yer ve zamanda hastanın ortamında çalışmak. Bu, hastanın evinde lider vaka yöneticisi olarak veya hasta tarafından belirlenen bir yerde bakım ortağı olarak yapılabilir –yatan hasta kurumunda kendi seçtiği görüşme şekli de dahil olmak üzere.
39. Akıl sağlığını ve esenliğini geliştiren hasta eğitimlerine ve hastalık, bozukluklar ve iyileşme ile ilgili psiko-eğitimsel aktivitelere katılmak.
40. Mevcut ve geliştirilmekte olan rehabilitasyon ve iyileşme modellerini kullanarak hasta beklentilerini iyileşme umuduna odaklamak. Yatan hasta kurumlarında topluma anlamlı şekilde geri dönüş girişimlerinde bulunmak veya bunun mümkün olmadığı durumlarda topluma katılımı, hastanın en üst bağımsızlık düzeyine dahil etmek, tüm en iyi PASH uygulamalarının ana amacıdır. Toplum ortamlarında veya sorunlu çocuklar, uzun süreli bakım, yaşlı bakım kurumları, bağımlılar veya mültecilerin akıl sağlığı gibi özelleşmiş hasta grupları ile çalışan PASH'ler için en üst düzeyde topluma katılım girişimlerinde bulunmak her zaman geçerlidir.
41. Hasta memnuniyeti açısından klinik başarıya ulaşmak için en az kısıtlayıcı veya zorlayıcı (koersiv) yaklaşımları kullanmaya çalışmak.
42. Biyopsikososyal yapının tüm alanlarında girişimde bulunmak.

## **Bölüm 2 Hastalar adına çalışmak**

43. Özellikle hemşireler için geliştirilenler dahil olmak üzere çeşitli multiprofesyonel tanılamalar yapmak.

44. Gerek multidisiplinli, gerekse de multibirimli kurumlarda kapsamlı tanılama bilgilerini diğer akıl sağlığı disiplinleri ile paylaşmak.
45. Herhangi bir durumu önceden hazırlanılmamış koşulları etkili bir şekilde tanılamak ve girişimde bulunmak için sezgisel uzmanlık becerilerini kullanmak. PASH, belki de akıl sağlığı bakımında çalışan diğer disiplinlerin tümünden daha fazla duruma bağlıdır.
46. Tüm hastalar için bakımda sürekliliği sağlamak (özellikle yatan hasta kurumları başta olmak üzere, bakım koordinatörü olarak pek çok toplum ortamında). Toplum bakım koordinatörlüğü rolü, temel akıl sağlığı disiplinlerinin herhangi biri tarafından üstlenilebilir, ancak, akıl sağlığı veya psikiyatrik sorunları olan hastalar için bu rolü üstlenenler, her zaman PASH'lerdir. Diğer disiplinler, diğer ilişkili problemler doğrultusunda bakımın koordinasyonu ile ilgilenme eğilimindedir (ör. Hasta üzerinde tanımlanmış etkisi olan sosyal gereksinimler)
47. İlaç tedavisi ve terapinin, hastanın gelişimi üzerindeki etkilerini izlemek ve bilgileri klinik ekibin diğer üyelerine iletmek.
48. farklı aşamalardan geçerken ve gereksinimleri değişirken, hastayı genelde farklı klinik roller üstlenebilecek diğer PASH meslektaşlarına yönlendirerek, psikiyatrik epizodun veya sağlık durumunun her aşamasında desteklemek.
49. Hastanın mevcut akıl sağlığı durumu ve akıl sağlığı hizmetleri ile önceki temaslarına ilişkin deneyimleri hakkındaki algısını her zaman dikkate almak. Bu, daha ileri girişimlere geçilmeden önce gerçekleştirilmelidir.
50. Tüm hastaları, kendi bakım süreçlerinde ortak olarak görmek.
51. Hastaların ve genel toplumun güvenliği konusunda yasal sorumluluk sahibi olmak. Bu, ulusal akıl sağlığı mevzuatına göre farklılık gösterebilir, ancak PASH, her zaman klinik açıdan sorumlu olduğu hastalara güvenli ve etkili bir bakım sunmalıdır.
52. Özellikle klinik bağlantı (liyezon), kişisel girişim stratejileri ve psikofarmakolojik eğitim alanında bakım veren yükünü azaltmak ve baş etme becerilerini güçlendirmek.
53. Bakımı hazırlarken veya sunarken, her zaman bakım vericilerin kendileri üzerindeki etkilerine ilişkin algılamalarını ve baş etme yeteneklerine ilişkin özel sonuçları dikkate almak.
54. Klinik savunuculuğu uygulamak – Bakım sürecinin tamamı hakkında iletişim kurarak, özellikle tıbbi meslektaşlar başta olmak üzere, hastalar/bakım verenler ve diğer disiplinler arasında tercüman olmak.
55. İlaç tedavisinden en üst düzeyde yarar sağlamak ve relaps olasılığını azaltmak için tedaviye uyumun önündeki engellerin belirlenmesi ve ortadan kaldırılması için öncülük etmek.
56. Hasta savunuculuğu aracılığıyla, zarar ve stigmatın azaltılmasına katkıda bulunmak ve hastalara stigmatla baş etmede destek sağlamak.
57. Yerel, ulusal ve uluslararası sosyal politika girişimlerini ve/veya mevzuatını PASH, yönetim, destek ve girişimlere uygulamak.
58. Hasta güvenliği, zararın azaltılması ve bakım için resmi yatışlara destek olarak akıl sağlığı yasaları ve sosyal politika önlemlerine uymak ve bunları uygulamak. Bazı ülkelerde, PASH'lerin özel rollerini açıklayan mevzuatlar olabilir ve bunlar, titizlikle

uygulanmalıdır. Bu tür mevzuatların bulunmadığı durumlarda PASH, uygulamalarını hasta haklarının korunmasını sağlayacak şekilde uyarlamalıdır.

59. İnsan gücü, beceriler ve uzmanlık açısından sınırlılıklar olabileceğini kabul ederken, insan kaynaklarını hasta yararına olacak şekilde yönetmek. PASH, kaynakları veya sorumluluğu olmayan herhangi bir şeyi hastalara asla sunmamalıdır.
60. Her zaman PASH'te ve genel akıl sağlığı bakımında en iyi uygulamaları savunmak (kanıtlarla desteklenen, belirli bir sorun için istenen sonuçları verdiği ve hastayı riske atmadığı kanıtlanan).

#### **Bölüm D. Araştırma ve Uygulama Geliştirme – PASH'lerin yapması gerekenler...**

61. Disipliner ve disiplinlerarası alanlarda ve araştırma gruplarında PASH araştırmaları yapmak.
62. Ana disiplinin sorumluluk alanı dahilinde kullanılmak üzere uyarlanabilecek, araştırmaların oluşturduğu bakım modellerini, girişim veya gelişmeleri diğer disiplinlere sunmak.
63. Akıl sağlığı hemşireliği bilimi araştırmalarını PASH klinik uygulamalarına aktarmak. Bu, güçlü uygulama geliştirme modellerinin kullanımıyla PASH etkinliğini geliştirmede mevcut bilgilerin de değiştirilmesini içermektedir.
64. Çalışmalarını benzer rol ve sorumlulukları üstlenebilen diğer akıl sağlığı disiplinlerinin çalışmalarından farklılaştırarak, hemşirelik bilimini akıl sağlığı bakım aktivitelerinin çoğuna uygulamak.
65. Çalışmalarında, rollerinde, sorumluluklarında veya girişimlerinde denetim veya klinik yönetim gerektiren alanları belirlemek. Bu yapıldıktan ve klinik veya mesleki gereksinim temeli belirlendikten sonra, durumu değiştirmek için en iyi uygulama alternatifleri/gelişmeleri belirlenmelidir. Bunlar, güçlü uygulama geliştirme modelleri kullanılarak uygulanmalı ve etkinlikleri değerlendirilmelidir. Mevcut en iyi uygulama alternatifi olmadığında, bunu geliştirmek PASH'in sorumluluğundadır (Bkz. madde 61).
66. Birey ve ekipler arasındaki pozitif ilişkiler, kişisel nitelikler ve yaratıcı hayal gücü yoluyla, PASH'in kişi odaklı kültürünü uygulama becerileri ve bilgeliğiyle harmanladığı uygulamalar geliştirmek. Bu tür aktivitelerin sonucu işveren yetkililerin kurumsal yapısına dahil edilerek, PASH'in herhangi bir organizasyonun temel fonksiyonlarının önemli bir bileşeni olması sağlanmalıdır.



**Horatio Psikiyatri Hemşireleri Uzman Paneli Başkanı Martin Ward tarafından**

**Horatio: Avrupa Psikiyatri Hemşireleri için ve adına hazırlanmıştır**

**Beyannamenin orijinal kapsamına katkıda bulunanlar:**

Mr Roland van de Sande (Hollanda)  
Prof Denis Ryan (İrlanda)  
Dr Hiekki Ellila (Finlandiya)  
Prof Michael Schulz (Almanya)  
Mr Kevin Gafa (Malta)  
Mr Richard Brodd (İsveç)  
Ms Georgia Georgiou (Kıbrıs)  
Mr Des Kavanagh (İrlanda)

**Taslaklara geribildirim, yorum ve uzmanlıklarını sunanlar:**

Prof Brendan McCormack (Kuzey İrlanda)  
Prof Dirk Richter (İsviçre)  
Dr Susanne Schoppmann (Almanya)  
A/Prof Renee Robinson (Kanada)  
A/Prof Sabin Hahne (İsviçre)  
Ms Melodie Hull (Kanada)  
Prof Patrick Callaghan (Birleşik Krallık)  
Mr Ber Oomen (Hollanda)  
Prof Jose Carlos Santos (Portekiz)  
Prof Anna Bjorkdahl (İsveç)

**Taslaklara geribildirim sunan kuruluşlar:**

Malta Psikiyatri Hemşireleri Birliği (Malta)  
Kraliyet Hemşirelik Koleji (Birleşik Krallık)  
Avrupa Akıl Sağlığı (Belçika)  
Psychiatrische Pflege, Bielefeld (Almanya)

Horatio ve dünyanın her yerindeki psikiyatri ve akıl sağlığı hemşireleri, bu kişi ve kuruluşlara teşekkürlerini sunar.