



Turku Declaration Turku Deklaracija

Lithuanian Version

- Translated under auspices of the Lithuanian national psychiatric nursing organisation, The Lithuanian Association of Mental Health Nurses
- Translated by: Julija Polikarpova



Nustatyti unikalų Psichiatrijos ir Psichikos Sveikatos Slaugytojų (PPSS) indėlių žmonių, turinčių psichikos sveikatos sutrikimų, priežiūrą

Dokumento plėtra

- Pirminis variantas buvo pradėtas Horatio tarybos susitikime Turku mieste, Suomijoje 2010 m. spalio mėn. ir tobulintas iki 2011 m. vasario mėn.
- Horatio taryba ratifikavo pirmą juodrašį vasario 19 d. 2011 m.
- Antras juodraštis buvo tolesnis pirmo juodraščio patobulinimas, paremtas Horatio tarybos narių ir Europos Psichiatrijos Slaugos Ekspertų Grupės narių atsiliepimais, paskelbtas Horatio interneto svetainėje balandžio 6 d. 2011 m.
- Dokumento tobulinimo pažanga aptarta per Horatio tarybos susitikimą Amsterdame, 2011m. liepos mėn.
- Trečias juodraštis buvo išdalintas Europos ir tarptautinėms Europos Psichiatrijos Slaugos Ekspertų Grupės sritims jų pastaboms gauti, ir buvo įkeltas į Horatio svetainę 2011 m. rugsėjo mėn.
- Visų valstybių nariai buvo paprašyti pateikti pastabas dėl trečio juodraščio, pavieniai nariai, ne nariai ir techniniai specialistai ištyrė jų nuomones ir atsiliepimus. Be to, kiti Europos psichikos sveikatos organizacijos ir NVO buvo pakviesti pateikti komentarus.
- Trečio juodraščio atsiliepimai buvo aptarti Horatio tarybos per jos susitikimą Stokholme spalio 15/16 d.d. 2011 m.
- Galutinio redagavimo (ketvirto juodraščio) buvo imtasi 2011 m. spalio/lapkričio m.m.
- Visas pilnas dokumentas buvo paskelbtas Horatio interneto svetainėje 2011 m. lapkričio mėn.

A Skyrius. Įžanga

1. Dešitmečius slaugytojai prisidėda prie sveikatos rezultatų ir ekonominio efektyvumo gerinimo rūpintis žmonėmis, kurie kovoja su psichikos ligomis, pažinimo deficitu, priklausomybe, emociniu ir psichologiniu išsekimu arba trauma.
2. Psichikos ir psichikos sveikatos slauga (PPSS) atstovauja didžiausią psichikos sveikatos priežiūros darbuotojų grupę, turinčią plačiausią klinikinių vaidmenų sritį ir įvairiausias pareigas. Jų patirtis kaip darbo jėga pastoviai prarandama (dideliais kiekiais) dėl migracijos ir/arba atleidimo iš darbo.
3. Horatio nuosprendžiu, PPSS turi tam tikrus klinikinius vaidmenis ir pareigas, kurios akivaizdžiai skiriasi nuo kitų pagrindinių psichikos sveikatos disciplinų. Apie tai yra aprašyta C skyriuje ir paremta kitais šio dokumento skyriuose.
4. Jeigu PPSS neturi šių priežiūros vaidmenų ir pareigų, tai nebus parūpinta ir turės neigiamos įtakos gydymo rezultatams. Todėl, vaidmenis ir pareigos pabrėžia, ką sudaro slauga šioje srityje.
5. Taip pat įmanoma, kad kai kurie iš šių vaidmenų ir pareigų būtų perimti kitų suvienytų psichikos sveikatos komandos narių (pvz., kai skirtingos pagrindinės psichikos sveikatos disciplinos nariai dirba kartu, sutelkdami savo įgūdžius tiekiant individualizuotą priežiūrą), bet jie yra visada kilę iš psichikos sveikatos slaugos mokslo tyrimų ir praktikos plėtros, ir turės prisitaikyti prie kitų disciplinų naudojimo, kad atitiktų jų darbo patirtį ir pareigas.
6. *Psichikos sveikatos slaugos mokslas* yra suprantamas kaip metodai, intervencija, priežiūros valdymo procesai arba vertinamoji veikla, išvystyta specialiai PPSS darbui, paprastai per konkretaus arba tarpdisciplininio slaugytojo atliktą mokslinį tyrimą ir/ar pritaikytą prie kitų šaltinių, t. y. medicinos, psichologijos, psichosocialinės intervencijos etc., naudojant patikimus praktikos plėtros tyrimus. Nors, pripažįstama, kad PPSS taip pat gali naudoti šiuos metodus jų originaliu formatu be slaugos pritaikymo.
7. Egzistuoja tęstinumo nebuvimas tarp skirtingų Europos valstybių PPSS narių, remiantis jų pagrindine kompetencija, edukaciniu pasirengimu, parama, valdymu ir klinicine praktika, kas niekada nebuvo tiesiogiai kokios nors atstovaujančios nacionalinės organizacijos arba ES Komisijos. Toks suderinimo trūkumas sukūrė „turėti ir neturėti“ kultūrą, kuri su PPSS gali teikti aukštos kokybės, sudėtingą individualizuotą pagalbą, kai iš kitos pusės, kitiems trūksta išteklių funkcionuoti nepriklausomai nuo kitų specialybių, ir paskui siūlo minimalią priežiūrą.
8. Tarp narių valstybių yra istorinių skirtumų teisės dokumentuose, apibūdinančiuose tuos su psichikos sveikatos problemomis, įskaitant: paslaugų vartotojus; gyventojus (ilgalaikės priežiūros įstaigose), pacientus (klinikos nustatytoje ligoninėje), vartotojus (dažnai priskiriamus bendruomenės priežiūrai), žmones, patyrusius psichikos ligą ir ją išgyvenusius (tie, kurie išgyveno psichikos sveikatos priežiūros įstaigose). Iš Europos organizacijų partnerių mes priėmėme patarimą dėl geriausių pasirinkimų šiam dokumentui ir žodis „pacientas“ bus vartojamas visam dokumente dėl nuoseklumo.

9. PPSS turi įvairių lygių kvalifikaciją ir atsakomybę.
10. Numanomas (arba net aiškus) PPSS darbas dažnai gali būti neįvertintas platesnės sveikatos bendruomenės.
11. Nepaisant jų plataus specializacijos ir kompetencijų lygio, su aukščiau išsilavinimu, jie gali tapti Pažengusiu Slaugos Specialistu su praplėstomis pareigomis. Tai konkrečiai skiriasi nuo jų medicinos kolegų, nes jie turi skirtingus veidmenis, nepaisant to, kad atsiranda sutapimų tarp šių dviejų disciplinų.
12. Šis dokumentas yra sukurtas tam, kad ištaisytų dabartinę situaciją, nustatant unikalų indėlį, kad tinkamai išsilavinę, finansuojami ir valdomi PPSS galėtų aprūpinti tuos, kurie jaučia profesinę atsakomybę.
13. Jis turėtų veikti kaip Europos masto profesinės raidos PPSS rubrika, ir tokiu būdu gerinti priežiūros pasirinkimus, teikiamus tiems, kurie turi psichikos sveikatos problemų.
14. Suvokiama, kad egzistuoja svarbus skirtumas formuluotėje ir sąvokose tarp šalių, ir nors šis dokumentas bandė naudoti bendrų terminų, kur buvo įmanoma, tačiau, gali būti atvejų, kur jie yra neaiškūs kai kuriems PPSS ir reikalus tolesnių paaiškinimų velesniose deklaracijos apžvalgose.
15. Sekantis skyrius vaizduoja ne tik tuos dalykus, kuriuos PPSS turi daryti, bet ir nedaryti tuos dalykus, kuriuos kitų profesijų grupės daro, arba nedaryti kaip PPSS daro. Tai yra sritys, kur atitinkamai apmokyti PPSS turėtų perimti profesinį ir/ar klinikinį lyderiavimą, o dirbti turėtų kaip vieningos tarpdisciplinarijos komandos dalis arba kaip nepriklausomas, savarankiškas specialistas.

B Skyrius. Edukacinis Paruošimas – PPSS turėtų...

16. Horacijo nustatė sekančius švietimo, praktinių tyrimų ir profesinio tobulėjimo ir paramos principus visiems Europos PPSS.
17. Gauti formalųjį švietimą, pageidautina universitetinio lygio pagal mokymo programą, kuri apima pagrindus, reikalingus siūlyti pacientų intervencijai, priežiūrai ir valdymo pasirinkimams, sudarytus pagal naujausius tyrimus psichikos sveikatos srityje, ir ypač PPSS darbą.
18. Registruotis su savo nacionaliniais valdymo organais, jei tokie yra, kaip PPSS tik tada, jei jie gavo pripažintą mokymo/ugdymo programą. Slaugytojos, kurios be konkretaus PPSS mokymo, bet dirbančios su psichikos ligoniais, turėtų būti skatinamos praeiti universitetinio lygio kursą pagal jų pacientų grupę. Tai turėtų būti pagrindinis reikalavimas visų slaugytojų registravimo ir valdymo institucijose visoje ES.
19. Siekti vietinių ir nacionalinių universitetų paramos tam, kad plėstų ir tiektų PPSS programas, įgyjant pirmą arba antrą mokslo laipsnį, sudarančios pagrindinius

reikalavimus dirbti kaip PPSS ir/ar pažangus slaugos specialistas. Universitetai turėti būti skatinami dalyti šias programas tarptautiniu mastu.

20. Neturi būti verčiami dirbti toje psichikos sveikatos srityje, kuriai neturi atitinkamo paruošimo ir paramos.
21. Gauti reguliaras trunkančias profesinio tobulėjimo galimybes (mokymosi visą gyvenimą) po mokslo įstaigos baigimo, užtikrinant priežiūros kokybę, kuri yra grindžiama šiuolaikinių įrodymų ir geriausios praktikos.
22. Turėti galimybę tobulėti akademiškai per aukštojo mokslo struktūrą, tiek Magistro ir Daktaro laipsnio dalykus, atitinkančius PPSS su karjeros struktūromis, kuri palaiko galimybę plėsti įgūdžius ir žinias.
23. Gauti globą (edukacinio paruošimo metu), mokytoją (konkretei priežiūra ribotą laikotarpį pirmajai kvalifikacijai) ir klinikos konsultantą (per visą jų profesinę karjerą). Galiausiai, PPSS turėtų būti suteikta prieiga prie šios paramos ir profesinio tobulinimosi priemonių.

C Skyrius. **Klinikinė Praktika – PPSS turėtų...**

1 Dalis Darbas su pacientais

24. Atlikti gerą praktiką, plėčiant darbo, gydymo santykius su kiekvienu pacientu. Šie santykiai pastatyti naudojant modelius, kurie gali būti slaugos šaltinis arba paimti iš kitų profesijų. Jie skiriasi nuo tų, kurie yra naudojami kitose disciplinose, jų intensyvumu ir laipsniu, kurio dėka jie gali tapti terpe, per kurią bus vykdoma gydomoji veikla. Jie reikalauja žinių ir įgūdžių veikti ir jų negalima imtis terapiškai be paruošimo ir apmokymo.
25. Suprasti, kad visiškas paciento kontaktas reikalauja konkrečių intervencinių veiklų. Dažnai PPSS darbo dėmesis yra skiriamas slaugos buvimui su pacientais, palengvinant terapinės ‚savęs‘ naudojimo plėtrą, tam, kad vien tik pasiekti pacientus išgyvenančius krizę, apimtus stiprios depresijos arba labai sunerimusius. Profesionalus draugiškumas gali būti metodu, per kurį tolesnės PPSS funkcijos yra vykdomos ilgalaikio arba lėtinio psichinio susirgimo asmenims.
26. Imtis biopsichosocialinių paciento stebėjimų, pabrėžiant klinikinio vertinimo veiklą.
27. Nustatyti slaugos diagnozę, t.y. klinikinių simptomų poveikį paciento gebėjimams savarankiškai valdyti kasdienę veiklą. Tai atspindi labiau dinamišką ir nuolat kintantį procesą negu medicinos diagnozės ir, nors galbūt susijusios su jomis, tačiau skiriasi nuo jų. Paciento medicininė diagnozė gali likti nekintama per visą jo gyvenimą, o jo slaugos diagnozė keisis atsižvelgiant į paciento gebėjimą susidoroti su jos įtaka.
28. Parengti sveikatos priežiūros planus kiekvieno paciento individualiems poreikiams, naudojant intervencijos galimybių įvairovę, bet remiantis stiprių terapinių santykių su pacientais kūrimo būtinybę.

29. Užsiimti paciento tarpusavio, bendradarbiavimo, sveikatos priežiūros planavimo, gydymo ir klinikinius rezultatus, kur įmanoma, užtikrinti atitikimo lygį, kuris leidžia pacientui kontroliuoti savo priežiūrą.
30. Per tam tikrą laiko tarpą įvertinti priežiūros plano ir jo intervencijų veiksmingumą, vertinimo išvadas kaip pradinis taškas ir įtaką pacientui, ir aptarti tai su pacientu.
31. Kurti tolesnius priežiūros planus, kai tik uždaviniai yra pasiekti arba pakeisti, ir palaikyti bendradarbiavimo santykius su pacientu tam, kad tobulėtų tolesnės pasisiekimo ir pasveikimo galimybės. Šito pirminis tikslas yra dirbti siekiant paciento savarankiškumo nuo PPSS, ir todėl galima įtraukti laisvesnę veiklą tam tikrais atvejais.
32. Būti aktyviems darbuotojams visuose psichikos sveikatos priežiūros situacijose (būti jais su pacientais, bendruomenėje, namų gydyme, specialistų grupėse, su ambulatoriniais ligoniais arba nelaimėse), tiksliau, jie yra vieninteliai psichikos sveikatos specialistai, jaučiantys atsakomybę už pacientą visą parą.
33. Teikti pirmines intervencijas ekstremalios psichiatrinės situacijos metu, pavyzdžiui kaip savęs žalojimas, agresija, smurtiniai proveržiai, slapstymasis, bandymų nusižudyti, (priešingai nei krizės intervencijos metu, kai reikalinga tarpdisciplinarinė komanda, įtraukianti PPSS) ir būti atsakingam už sėkmingus sprendimus naudojant pripažintus žalos mažinimo modelius ir metodus.
34. Prisidėti prie krizių intervencijos, arba kaip pagrindinis darbuotojas arba kaip tam tikros krizės komandos narys, siūlantis pagalbą pagrįstą slaugos mokslo įrodymais.
35. Per stebėjimą, prevenciją ir psichosocialinę intervenciją užkirsti kelią telesniai psichikos sveikatos simptomų plėtrai ir prireikus mažinti jau esančius simptomus, pagal institucijos priėmimo galimybes.
36. Vykdyti žalą mažinančią veiklą/procesus/modelius pagal individualių pacientų priežiūros programas, paremtas nustatytais poreikiais ir simptomų sunkumu.
37. Taikyti įvairias medicinos, psichologines ir psichosocialines intervencijas, pritaikytas slaugos terapinių santykių ir kiekvieno paciento individualių reikalavimų funkcijoms. Nors kitos specialistų grupės (tokios, kaip darbo terapeutai) gali taikyti juos klinikos veiklai tam tikromis aplinkybėmis. Tai PPSS, kurie dažniausiai panaudoja kokia nors ir visas intervencijas, nes jie susidurs su plačiausią simptomų ir sąlygų įvairovę.
38. Dirbti paciento aplinkoje, bet kur ir bet kada, kur įmanoma, ne tik klinikos patalpose, atliekant įvairius vaidmenis su skirtingomis pareigomis ir darbotvarke. Tai gali būti kaip pagrindinis vadovas paciento namuose, arba atvirkščiai kaip priežiūros partneris paskirtas paciento, įtraukiant jo pasirinkimą susitikti.

39. Įsitraukti į paciento mokymą, kuris skatina rūpinti psichikos sveikata ir savo gerove, taip pat į psichoedukacinę veiklą, susijusią su ligomis, sutrikimais ir pasveikimu.
40. Sutelkti paciento dėmesį į viltį pasveikti naudojant esamus ir besivystančius rehabilitacijos ir pasveikimo modelius. Bandant suorganizuoti prasmingą sugrįžimą į visuomenę arba kai tai neįmanoma, pagrindinis PPSS uždavinys yra sutrumpinti socialinį įsitraukimą iki paciento optimalaus nepriklausomybės lygio. Dirbant PPSS bendruomenėje arba su specialistų pacientų grupėmis, t.y. sutrikę vaikai, ilgalaikės priežiūros, pagyvenusių žmonių gyvenamojoje aplinkoje, priklausomybių arba psichikos sveikatos pabėgėliai, šiais atvejais taip pat taikomas toks principas.
41. Bandyti naudoti mažiausiai ribojančius ar priverstinius metodus tam, kad pasiekti klinikinės sėkmės pacientų pasitenkinimui.
42. Kištis į visas biopsichosocialinių formų sritis.

2 Dalis Darbas dėl pacientų

43. Imtis daugelių profesinių vertinimo įvairovės, įtraukiant ir tas, konkrečiai pritaikytas slaugytojams.
44. Dalintis išsamia įvertinimo informacija su kitomis psichikos sveikatos disciplinomis.
45. Naudoti intuityvius eksperto įgudžius tam, kad veiskmingai įvertinti ir reaguoti į bet kokią situaciją ir nepasirengus jai. PPSS yra labai situacinė, galbūt net dar labiau nei kokia nors kita disciplina, dirbanti psichikos sveikatos priežiūros srityje.
46. Teikti priežiūros nuoseklumą visiems pacientams (ypač pacinto aplinkoje, bet daugely bendruomenės aplinkoje kaip priežiūros koordinatorius). O bendruomenės priežiūros koordinatoriaus vaidmuo gali būti perimtas bet kurios pagrindinės psichikos sveikatos disciplinos, nekintamai tai yra PPSS, kuri perima šį vaidmenį su pacientais, kurie turi psichikos sveikatos ir psichiatrinių problemų. Kitos disciplinos linkusios susitelkti ties priežiūros koordinavimu aplink kitas susijusias problemas, t.y. socialiniai poreikiai, kurie yra pripažįstami kaip pagrindinė įtaka pacientui.
47. Stebėti vaistų ir terapijos poveikio pacientui progresą ir perteikti informaciją kitiems klinikos komandos nariams.
48. Remti pacientus bet kokiais psichiatriniu epizodo etapais arba sveikatos būkle, dažnai remdamiesi kitais PPSS kolegomis, kurie gali perimti įvairius kliniskus vaidmenis kai pacientas pereina per skirtingas stadijas ir jų poreikių kintamumą.
49. Visada atsižvelgti į pacientų esamo psichikos sveikatos statuso ir ankstesnio kontakto su psichikos sveikatos tarnybos patirties suvokimą. Tai turi būti atlikta prieš bet kokią tolesnę intervenciją.

50. Matyti pacientus kaip partnerius jų pačių priežiūros procese.
51. Turėti teisinę atsakomybę už pacientų ir bendrosios visuomenės saugumą. Tai skirsis priklausomai nuo nacionalinių psichikos sveikatos teisės aktų, tačiau visais atvejais PPSS turi teikti saugią ir veiksmingą priežiūrą visiems pacientams, už kuriuos jie yra atsakingi.
52. Sumažinti globėjo naštą ir sustiprinti jo išgyvenimo įgūdžius, ypač klinikinės sąveikos, asmens intervencijų strategijų ir psichofarmakologijos švietimo srityje.
53. Atsižvelgti visada į tai, kaip globėjas suvokia jų įtaką ir konkrečią jų gebėjimų susidoroti reikšmę.
54. Naudoti klinikinį palaikymą, veikiant kaip vertėjų tarp pacientų/globėjų ir kitų disciplinų, ypač medicinos kolegų, aptardami apie visą priežiūros procesą.
55. Vadovauti vaistų laikymosi riboms nustatyti ir paskirti, taip padidinant vaistų naudą ir sumažinant susirgimo pasikartojimą.
56. Prisidėti prie žalos ir smerkimo mažinimo, palaikant pacientą ir tiekiant paramą su smerkimo valdymu atskiriems pacientams.
57. Taikyti vieteines, nacionalines ir tarptautines socialinės politikos iniciatyvas ir/arba teisės aktus PPSS, valdymo, palaikymo ir intervencijos metu.
58. Sekti ir taikyti psichikos sveikatos teisę ir socialinės politikos veiksmus palaikant paciento saugumą, mažinant žalą ir formaliai priimant priežiūrą. Kai kuriose valstybėse gali būti teisės aktų, kurie nubrėžia konkrečius PPSS vaidmenis, ir jie turi būti griežtai atliekami. Jeigu tokių teisės aktų nėra, PPSS turi adaptuoti savo praktiką taip, kad užtikrintų paciento teisių saugumą.
59. Valdyti žmogiškuosius išteklius paciento naudai, tuo pat metu suprasdami, kad yra darbo jėgos, įgūdžių ir kompetencijos apribojimų. PPSS niekada neturėtų siūlyti to, ko neįstengs padaryti arba neturi pakankamai išteklių arba atsakomybės ir pareigų pateikti.
60. Visada ginti ir palaikyti geriausią praktiką (ta, kuri yra paremta pagrįstų įrodymų tam, kad pasiektume norimų rezultatų spręsdami konkrečią problemą ir nerizikuodami pacientu) ir PPSS ir bendrai psichikos sveikatos priežiūroje.

D Skyrius. Mokslinių Tyrimų ir Praktikos Plėtra – PPSS turėtų...

61. Imtis PPSS mokslinių tyrimų disciplinos ir tarpdisciplininuose srityse ir tyrimų grupėse.
62. Tiekiti kitoms disciplinoms iš mokslinių tyrimų sukurtų priežiūros modelius, intervenciją ir patobulinimus, kurie gali būti pritaikyti naudojimui neperžengiant pagrindinės disciplinos atsakomybės sritį.

63. Imtis psichikos sveikatos mokslo tyrimų taikymo PPSS klinikos praktikoje. Taip pat tai liečia esamų žinių perkėlimą į PPSS efektyvumo gerinimą, naudojant tvirtus praktikos vystymo modelius.
64. Taikyti slaugos mokslą daugelyje psichikos sveikatos priežiūros veiklose, pajvairinant jų darbą, kuris skiriasi nuo kitų psichikos sveikatos disciplinų, bet taip pat, kurie gali perimti panašius vaidmenis ir pareigas.
65. Naustatyti jų darbo, vaidmenų, pareigų ir intervencijos sritis, kurios reikalauja audito arba klinikos valdymo. Kai tik tai yra padaryta ir klinikinio ir profesinio poreikio pradinis taškas yra nustatytas, geriausios praktikos alternatyva/ pokyčiai turi būti nustatyti tam, kad pakeistume situaciją. Tai turėtų būti įgyvendinta ir įvertinta dėl jų efektyvumo, naudojant patikimus praktikos plėtros modelius. Tais atvejais, kai nėra geriausios praktikos alternatyvų, PPSS pareiga yra juos išvystyti (žiūr. 61).
66. Įsitraukti į praktikos plėtrą, kuri sumaišo į asmenį orientuotą PPSS kultūrą per teigiamus santykius tarp individų ir grupių, asmenines savybes ir kūrybingą vaizduotę su praktikos įgūdžiais ir praktikos išmintimi. Tokios veiklos rezultatai turi būti įtvirtinti dirbančios valdžios bendroje struktūroje, tokiu būdu užtikrinant, kad PPSS yra esminis bet kurios organizacijos pagrindinių funkcijų komponentas.



**Paruošta Horatio ir dėl Horatio: Europos Psichiatrijos Slaugytojai
Martino Wardo
Pirmininkas, Psichiatrinės Slaugos Horatio Ekspertų Grupė**

Asmenys, kurie prisidėjo prie Deklaracijos originalios idėjos:

Mr Roland van de Sande (Nyderlandai)
Prof Denis Ryan (Airija)
Dr Hiekki Ellila (Suomija)
Prof Michael Schulz (Vokietija)
Mr Kevin Gafa (Malta)
Mr Richard Brodd (Švedija)
Ms Georgia Georgiou (Kipras)
Mr Des Kavanagh (Airija)

Asmenys ir kurie pateikė atsiliepimus, pastabas ir juodraščių įvertinimą:

Prof Brendan McCormack (Šiaurės Airija)
Prof Dirk Richter (Šveicarija)
Dr Susanne Schoppmann (Vokietija)
A/Prof Renee Robinson (Kanada)
A/Prof Sabin Hahne (Šveicarija)
Ms Melodie Hull (Kanada)
Prof Patrick Callaghan (JK)
Mr Ber Oomen (Nyderlandai)
Prof Jose Carlos Santos (Portugalija)
Prof Anna Bjorkdahl (Švedija)

Organizacijos, kurios pateikė atsiliepimus juodraščiams:

Malta Association of Psychiatric Nurses (Malta)
Royal College of Nursing (JK)
Mental Health Europe (Belgija)
Psychiatrische Pflege, Bielefeld (Vokietija)

Padėka visiems asmenims ir organizacijoms, iš Horatio ir visų psichiatrijos ir psichikos sveikatos slaugytojų.