

um einstakt framlag geð- og geðheilsuhjúkrunarfræðinga til meðferðar fólks með geðvanda eða geðraskanir

Vinnsla skjalsins

- Vinna við drög I hófst á fundi Horatio-ráðsins í Turku í Finnlandi í október 2010 og þau voru þróuð fram í febrúar 2011. og Horatio-ráðið samþykkti þau 19. febrúar 2011.
- Drög II voru frekari úrvinnsla á þeim fyrstu á grundvelli athugasemda frá meðlimum Horatio-ráðsins og meðlimum „Evrópskusérfræðinganevndarinnar í geðhjúkrunarfræði“, birt á vefsetri Horatio 6. apríl 2011.
- Framvinda skjalsins var rædd á fundi Horatio-ráðsins í Amsterdam í júlí 2011.
- Drögum III var dreift til fullskipaðrar evrópskrar og alþjóðlegrar deildar sérfræðinganevndar Horatio í geðhjúkrunarfræði til að fá fram athugasemdir þeirra og þau sett á vefsetur Horatio í september 2011.
- Öll meðlimaríki voru beðin um að gera athugasemdir við þriðju drögin þar sem leitað yrði álit og viðbragða einstakra meðlima, utanaðkomandi aðila og tæknisérfræðinga. Þar að auki var öðrum evrópskum stofnunum og félagasamtökum á sviði geðheilbrigðismála boðið að gera athugasemdir.
- Viðbrögð við þriðju drögunum voru rædd í Horatio-ráðinu á fundi þess í Stokkhólmi 15. og 16. október 2011.
- Lokayfirferð (Drög IV) fór fram í október/nóvember 2011.
- Endanlega skjalið var birt á vefsetri Horatio (nóvember 2011).

A-þáttur. Inngangur

1. Hjúkrunarfræðingar hafa áratugum saman átt þátt í því að gera hjúkrunarmeðferð fólks sem glímir við geðröskun, vitsmunaskerðingu, fíkn, tilfinningalega og sálræna neyð eða áfall, árangursríkari og fjárhagslega hagkvæmari.
2. Innan geð- og geðheilsuhjúkrunarfræði (e. *psychiatric and mental health nursing (PMHN)*) er að finna flesta starfsmenn sem sinna geðheilbrigðisþjónustu, með víðtækast svið klínískra hlutverka og skyldur af fjölbreytilegasta tagi. Sérþekking þeirra glatast í sífellu (í miklum mæli) við flutninga og/eða uppsagnir.
3. Það er sannfæring Horatio að geð- og geðheilsuhjúkrunarfræðingar gegni vissum afar veigamiklum klínískum hlutverkum og skyldum sem eru frábrugðin öðrum grunnsviðum innan geðheilbrigðisþjónustu. Þeim er lýst í þætti C og enn fremur stuðst við aðra kafla í þessu skjali.

4. Ef geð- og geðheilsuhjúkrunarfræði er ekki þáttur í meðferð er þessum hlutverkum og skyldum ekki sinnt og það hefur neikvæð áhrif á árangur hennar. Þessi hlutverk og þessar skyldur eru því kjarni hjúkrunar á þessu sviði.
5. Vel má vera að aðrir starfsmenn í sameinuðu þverfaglegu teymi innan geðheilbrigðisþjónustunnar geti sinnt sumum af þessum hlutverkum og skyldum (t.d. þar sem starfsmenn úr mismunandi grunngreinum innan geðheilbrigðisþjónustunnar vinna saman og leggja hver sitt af mörkum til að veita einstaklingsmiðuð meðferðarúræði), en þessi hlutverk og skyldur eiga sér undantekningarlaust uppruna í rannsóknum og þróun aðferða innan *geðheilsuhjúkrunarfræðinnar* og hafa verið aðlöguð til notkunar innan annarra greina í samræmi við starfsreynslu og skyldur viðkomandi fagfólks.
6. *Geðheilsuhjúkrunarfræði* er skilgreind sem aðferðir, inngríp, skipulagning hjúkrunar eða matsaðferðir sem hafa verið þróaðar sérstaklega fyrir starfsemi geð- og geðheilsuhjúkrunarfræðinga, yfirleitt með hjúkrunarrannsóknum eða þverfaglegum rannsóknum undir stjórn hjúkrunarfræðinga og loks með rannsóknum sem eiga sér annan uppruna en hafa verið aðlagðar, þ.e. læknisfræðileg, sálfræðileg, sálfélagsleg inngríp o.s.frv., þar sem byggt er á traustum rannsóknum. Það er þó viðurkennt að geð- og geðheilsuhjúkrunarfræðingar geti einnig notað slíkar aðferðir í upphaflegum búningi án þess að laga þær að hjúkrun.
7. Í þeim ríkjum sem evrópskir geð- og geðheilsuhjúkrunarfræðingar tilheyra skortir samræmi í grunnhæfni þeirra, menntun, faglegum stuðningi, stjórnun og klínískri starfsemi. Hvorki starfsgreinasamtök landanna né framkvæmdastjórn Evrópusambandsins hafa tekist á við þennan mun til hlítar. Þessi skortur á samræmi hefur alið af sér menningu misskiptingar þar sem sumir geð- og geðheilsuhjúkrunarfræðingar geta veitt vandaða, háþróaða og einstaklingsmiðaða hjúkrunarmeðferð meðan aðra skortir aðstöðu til að starfa óháð öðrum starfsgreinum og geta því aðeins veitt lágmarksumönnun.
8. Á meðal meðlimaríkjanna eru af sögulegum orsökum mismunandi heiti notuð til að lýsa þeim sem búa við geðheilsuvandamál, þar á meðal: þjónustuþegar; íbúar (yfir þá sem dvelja á stofnunum), sjúklingar (á sjúkrahúsum eða einkastofnunum), notendur (oft notað í heilsugæslu), fólk sem hefur upplifað geðröskun og fólk í bata (þeir sem hafa dvalið á geðheilbrigðisstofnunum en hafa náð sér). Við höfum fengið ráðleggingar frá evrópskum samtökum í skyldum greinum um hvaða orð best væri að velja í þessu skjali og verður orðið „sjúklingur“ notað í því öllu til að gæta samræmis.
9. Geð- og geðheilsuhjúkrunarfræðingar hafa mismikla menntun og skyldur.
10. Óbeint (og jafnvel beint) starf geð- og geðheilsuhjúkrunarfræðinga er í mörgum tilfellum vanmetið af í heilbrigðisþjónustu almennt.
11. Þótt sérhæfing og hæfni geð- og geðheilsuhjúkrunarfræðinga liggi á mjög breiðu sviði geta þeir einnig orðið klínískir sérfræðingar í geðhjúkrun með því að bæta við sig háskólamenntun. Við það aukast skyldur þeirra og ábyrgð. Sérfræðingar í hjúkrun hafa nokkuð annað hlutverk en sérfræðingar í lækningum, þótt oft kunni fræðasviðin að skarast.

12. Þessu skjali er ætlað að bæta úr núverandi ástandi með því að benda á það einstaka framlag sem vel menntaðir geð- og geðheilsuhjúkrunarfræðingar með fullnægjandi starfsaðstöðu og stjórnun ættu að geta veitt þeim sem þeir hafa starfsskyldur gagnvart.
13. Skjalinu er ætlað að vera til leiðbeiningar um faglega þróun innan geð- og geðheilsuhjúkrunarfræði um alla Evrópu og þannig bæta þá hjúkrunarmeðferð sem stendur til boða þeim sem glíma við geðheilsuvandamál.
14. Viðurkennt er að verulegur munur er á orðalagi og hugtökum milli landa og þó að í þessu skjali hafi verið reynt að nota almenn hugtök hvenær sem hægt var kunna þau í vissum tilvikum að vera óljós í huga sumra geð- og geðheilsuhjúkrunarfræðinga og þarfnast frekari skýringar við síðari endurskoðun yfirlýsingarinnar.
15. Það sem hér fer á eftir vísar ekki aðeins til þeirra verkefna sem geð- og geðheilsuhjúkrunarfræðingar sinna, heldur þeirra verkefna sem aðrar starfsstéttir ýmist sinna ekki, eða sinna með öðrum hætti en geð- og geðheilsuhjúkrunarfræðingar. Þetta eru einnig svið þar sem vel menntaðir geð- og geðheilsuhjúkrunarfræðingar ættu að taka faglega og/eða klínísku forystu á meðan þeir vinna ýmist sem hluti af sameinuðu þverfaglegu teymi eða sem óháðir, sjálfstæðir sérfræðingar.

B-þáttur. Undirbúningsmenntun – geð- og geðheilsuhjúkrunarfræðingar skulu ... o.s.frv.

16. Horatio hefur sett fram eftirfarandi „meginreglur“ fyrir menntun, faglegar rannsóknir og þróun og styður þær fyrir alla evrópska geð- og geðheilsuhjúkrunarfræðinga.
17. Þeir hljóta formlega menntun, helst á háskólastigi, með námsefni sem nær yfir þau frumatriði sem nauðsynleg eru til að veita sjúklingum meðferðarinnngrip og eftirfylgni sem eru í samræmi við nýjustu rannsóknir á geðheilbrigðissviði og sérstaklega starfsemi geð- og geðheilsuhjúkrunarfræðinga.
18. Þeir eru því aðeins skráðir sem geð- og geðheilsuhjúkrunarfræðinga hjá innlendum stjórnsýslustofnunum, þar sem þeim er til að dreifa, að þeir hafi lokið viðurkenndu námi í greininni. Hjúkrunarfræðingar án sérstakrar menntunar í geð- og geðheilsuhjúkrunarfræði en sem starfa með sjúklingum með geðraskanir skulu hvattir til að sækja námskeið á háskólastigi sem eiga sérstaklega við sjúklingahóp þeirra. Þetta ætti að vera grundvallarskilyrði hjá öllum stofnunum sem annast skráningu hjúkrunarfræðinga og stjórnsýslustofnunum innan Evrópusambandsins.
19. Þeir leita eftir stuðningi frá háskólum, í heimabyggð eða á landsvísu, til að þróa og setja fram námsáætlanir í geð- og geðheilsuhjúkrunarfræði, ýmist á grunn- eða framhaldsstigi háskólanáms, í samræmi við þær kröfur sem gerðar eru til þess að starfa sem geð- og geðheilsuhjúkrunarfræðingur og/eða hjúkrunarsérfræðingur. Háskólar skulu hvattir til að deila með sér þessum námsáætlunum á erlendum vettvangi.
20. Þeir skulu ekki þurfa að starfa á geðheilbrigðissviði án viðeigandi undirbúnings og stuðnings.
21. Þeir hljóta reglubundin tækifæri til áframhaldandi þróunar í starfi (nám alla ævi) eftir námslok til að tryggja að gæði hjúkrunar byggist á nútímalegri þekkingu og bestu starfsháttum.

22. Þeir hafa tækifæri til að bæta við sig á fræðasviði með framhaldsnámi til bæði meistara- og doktorsgráðu í fögum sem gagnast fyrir geð- og geðheilsuhjúkrunarfræðinga sem eru á starfsvettvangi sem hvetur til slíkrar endurmenntunar.
23. Þeir fá fræðilega leiðbeiningu (mentorship) (meðan á námi stendur), faglega leiðbeiningu (preceptorship), þ.e. sérhæfða handleiðslu fram að námslokum) og klíníska handleiðslu (allan starfsferil sinn). Þessi úrræði eru nauðsynleg fyrir geð- og geðheilsufræðinga til stuðnings og framfara í starfi.

C-þáttur. Klínísk starfsemi – geð- og geðheilsuhjúkrunarfræðingar skulu ... o.s.frv

1. hluti Vinna með sjúklinga

24. Viðhafa góða starfshætti með því að þróa nothæft meðferðarsamband við hvern einstakan sjúkling. Þessu sambandi er komið á með því að nota líkön sem geta verið upprunnin í hjúkrun eða tekin upp frá öðrum starfsgreinum. Þau eru frábrugðin þeim sem viðgangast í öðrum starfsgreinum bæði í því hve sterk þau eru og í hve miklum mæli þau geta orðið sá miðill sem meðferðarstarfið fer fram í gegnum. Þau krefjast þekkingar og færni til að hægt sé að nýta sér þau og ekki er hægt að taka þau upp í meðferðarskyni án undirbúnings og menntunar.
25. Gera sér grein fyrir að öll samskipti við sjúklinga krefjast sérstakra inngripa. Oft beinist starf geð- og geðheilsuhjúkrunarfræðinga að því að nota nærveru hjúkrunarfræðings við sjúkling til að stuðla að þróun sjálfsmeðferðar og beita nærverunni einni til að ná til sjúklinga í hættuástandi, sjúklinga sem þjást af alvarlegu þunglyndi eða eru mjög ruglaðir. Fagleg vináttutengsl kunna einnig að vera sú aðferð sem er undanfari frekari úrræða geð- og geðheilsuhjúkrunarfræðinnar gagnvart einstaklingi með langvarandi eða þrálátan geðsjúkdóm.
26. Fylgjast með líffræðilegum, sálfræðilegum og félagslegum þáttum hjá sjúklingum til að styrkja klínískt mat.
27. Taka upp hjúkrunargreiningar, þ.e. meta áhrifin af klínískum einkennum á getu sjúklingsins til að sinna athöfnum daglegs lífs á sjálfstæðan hátt. Greiningarnar endurspegla kvikara og síbreytilegra ferli en læknisfræðilegar greiningar og eru því frábrugðnar þeim þótt þær geti hugsanlega verið tengdar þeim. Læknisfræðileg greining sjúklings getur haldist óbreytt ævilangt, en hjúkrunarfræðileg greining hans mun á hinn bóginn breytast í samræmi við getu sjúklingsins til að kljást við geðhrif sín.
28. Þróa hjúkrunaráætlanir sem eru sniðnar að sérstökum þörfum hvers sjúklings með því að nota margvísleg úrræði til inngripa en byggja á þeirri reglu að koma á traustum meðferðartengslum við þann sjúkling.
29. Að taka upp eins mikið samstarf og unnt er við sjúklinginn um hjúkrunaráætlun hans, meðferð og klínísk markmið, til að gera með samstarfi sjúklingnum kleift að hafa stjórn á eigin meðferð.

30. Meta innan sérhvers tiltekings eða ákveðins tímaramma árangur hjúkrunnarráðgjafarinnar, þau inngríp sem eru í notkun, matsniðurstöðurnar sem eru gerðar sem grunnviðmið og áhrifin á sjúklinginn og ræða þetta við sjúklinginn.
31. Endurskoða/uppfæra hjúkrunnaráætlanir þegar sett markmið hafa náðst í upphaflegri eða breyttri mynd og að viðhalda samstarfi við sjúklinginn til að bæta líkurnar á frekari árangri og bata. Megintilgangurinn með þessu er að gera sjúklinginn óháðan geð- og geðheilsuhjúkruninni og því getur einnig þurft að draga úr tengslum þar sem við á.
32. Vera forystu faghópur við allar aðstæður sem snúa að geðheilbrigðisþjónustu (hvort sem um er að ræða hjúkrun inniliggjandi sjúklunga, hjúkrun í heilsugæslu, heimahjúkrun, á sérhæfðum deildum, á göngudeildum eða í áfallahjálpi) – sérstaklega þar sem þeir eru einu starfsmenn geðheilbrigðisþjónustunnar sem bera ábyrgð á tengslum við inniliggjandi sjúkling allan sólarhringinn sjö daga vikunnar.
33. Vera fyrst á vettvangi með inngríp í neyðartilfellum vegna geðröskunar svo sem sjálfskaða, ofbeldi gagnvart öðrum, ofsaköstum, stroki, sjálfsvígstilraunum, (andstætt inngrípum í hættuástandi sem best er að glíma við með þverfaglegum teymum sem geð- og geðheilsuhjúkrunarfræðingar eiga aðild að) og sjá um að leysa þau á árangursríkan hátt með því að beita viðurkenndar skaðaminnkandi aðferðir og nálganir.
34. Leggja sitt af mörkum til inngrípa í hættuástandi, ýmist sem lykilstarfsmaður eða sem meðlimur í sérhæfðu viðbragðsteymi, með framlagi sem byggist á hjúkrunarfræðipækkingu.
35. Að koma með eftirliti, forvörnum og inngrípum af sálrænum og félagslegum toga í veg fyrir þróun frekari geðrænna sjúkdómseinkenna og að draga úr þeim sem fyrir eru og draga eftir því sem hægt er úr líkum á (endur)innlögnum á stofnun.
36. Innleiða skaðaminnkandi verklag/ferli/líkön í hjúkrunnaráætlunum fyrir einstaka sjúklunga og byggja þau á greindri þörf og alvarleika sjúkdómseinkenna.
37. Beita margvíslegum inngrípum úr heilbrigðisvísindum, bæði læknis-, hjúkrunarfræðilegum svo og sál-félagslegum, sem eru ætluð til að styrkja meðferðarsamband hjúkrunarfræðings við sjúkling og mæta þörfum hvers einstaks sjúklings. Þó að aðrar starfsstéttir (svo sem iðjuþjálfar) kunni við vissar aðstæður einnig að beita slíkum aðferðum í klínískri starfsemi sinni eru það einkum geð- og geðheilsuhjúkrunarfræðingar sem nýta sér þær að hluta eða í heild, vegna þess að þeir þurfa að fást við sjúkdómseinkenni og sjúkdómsástand af fjölbreytilegasta tagi og sjúkdómseinkenni eins og þau gerast alvarlegust.
38. Starfa í umhverfi sjúklingsins hvenær og hvar sem það er hægt, ekki aðeins á klínískum vettvangi, í margs konar hlutverkum og með mismunandi skyldur og verkefni. Slíkt starf getur verið sem leiðandi umsjónaraðili inni á heimili sjúklingsins eða sem samstarfsmaður í meðferð (e. *care partner*) á vettvangi sem sjúklingurinn hefur ákveðið – þar á meðal á fundum að hans vali innan sjúkrastofnunar.
39. Beita sér fyrir fræðslu til sjúklunga sem stuðlar að góðri geðheilsu og vellíðan sem og sálfræðilegri fræðslu um sjúkdómsástand, sjúkdómana og batann.
40. Hjálpa sjúklingum að einbeita sér að batavoninni með því að nota endurhæfingar- og batalíkön sem til eru eða eru í þróun. Meginmarkmið með öllum bestu starfsháttum

geð- og geðheilsuhjúkrunarfræðinnar inni á sjúkrastofnunum ætti að vera að styrkja möguleika sjúklings til að snúa aftur inn í samfélagið með virkum hætti, eða, þegar það er ekki mögulegt, að tengja samfélagsþátttöku við mesta mögulega sjálfstæði sjúklings. Sú sama meginregla, að reyna að stuðla að sem mestri samfélagsþátttöku, á alltaf við hjá geð- og geðheilsuhjúkrunarfræðingum sem starfa í heilsugæslu eða með sjúklingahópum með sérþarfir, t. d. með börnum með geðvanda, við langleguhjúkrun, á dvalar-eða hjúkrunarheimilum aldraðra, með fíklum eða í geðheilbrigðisþjónustu flóttamanna.

41. Reyna að nota þær aðferðir sem hafa minnsta takmörkun eða þvingun í för með sér til að ná klínískum árangri með fullnægjandi hætti fyrir sjúklinginn.
42. Grípa inn í á öllum sviðum í samspili hinna líffræðilegu, sálfræðilegu og félagslegu þátta.

2. hluti. Starf fyrir hönd sjúklinga

43. Nota fjölbreytt matstæki, bæði þverfagleg og einnig þau sem hafa verið þróuð sérstaklega fyrir hjúkrunarfræðinga.
44. Deila upplýsingum um matsgerð með öðrum greinum geðheilbrigðisþjónustunnar bæði á starfsvettvangi sem er þverfaglegur og sem hefur margbreytileg hlutverk.
45. Beita færni byggðri á innsæi og sérþekkingu til að meta og bregðast skilvirkt og fyrirvaralaust við öllum aðstæðum. Geð- og geðheilsuhjúkrunarfræði er afar háð aðstæðum, ef til vill í meira mæli en nokkur önnur starfsgrein innan geðheilbrigðisþjónustunnar.
46. Skapa samfellu í þjónustu við alla sjúklinga (sérstaklega innan sjúkrastofnana, en sem samræmingaraðili í heilsugæslu og félagsþjónustu). Þótt allar helstu starfsgreinar innan geðheilbrigðisþjónustunnar geti tekið að sér hlutverk samræmingar á slíkri þjónustu er það ævinlega geð- og geðheilsuhjúkrunarfræðin sem tekur að sér þetta hlutverk gagnvart sjúklingum sem eiga við geðræn eða sálræn vandamál að stríða. Aðrar starfsgreinar hafa tilhneigingu til að beina samræmingu þjónustu að öðrum skyldum vandamálum, þ.e. félagslegum þörfum, þegar þau virðast hafa mest áhrif á sjúklinginn.
47. Fylgjast með áhrifum af lyfjagjöf og meðferð á heilsufar sjúklingsins og miðla upplýsingum aftur til annarra þátttakenda í hinu klíníska teymi.
48. Styðja sjúklinga á öllum stigum geðrænna veikinda eða heilsufarsástands. Oft þarf að vísa sjúklingnum áfram til annarra geð- og geðheilsuhjúkrunarfræðinga sem kunna að taka að sér önnur klínísk hlutverk þegar sjúklingurinn gengur í gegnum mismunandi stig og þarfir hans breytast.
49. Taka ævinlega tillit til þess hvernig sjúklingarnir meta núverandi geðheilsu og fyrri reynslu sína af geðheilbrigðisþjónustu. Þetta ber að gera áður en hafin eru nokkur frekari inngrip.
50. Líta á alla sjúklinga sem þátttakendur í eigin meðferðarferli.
51. Bera lagalega ábyrgð á öryggi sjúklinga og samfélagsins almennt. Hún er mismunandi eftir löggjöf um geðheilbrigðisþjónustu í einstökum löndum en ávallt skulu geð- og

geðheilsuhjúkrunarfræðingar veita örugga og skilvirka hjúkrun þeim sjúklingum sem þeir bera klíníska ábyrgð gagnvart.

52. Draga úr álagi á aðstandendur og aðra stuðningsaðila og styrkja bjargráð þeirra, sérstaklega á sviði klínísku samstarfs, aðferða við persónuleg inngrip og þekkingar á geðlyfjameðferð.
53. Taka ævinlega, þegar þjónusta er þróuð eða veitt, tillit til þess hvernig þeir sem framkvæma hana upplifa áhrif starfsins á sig sjálfa og hvernig þeim finnst þeir ráða við verkefni sitt.
54. Vera klínískur talsmaður notenda – með því að gegna hlutverki túlks milli sjúklinga/stuðningsaðila og annarra starfsgreina, sérstaklega lækna, við miðlun upplýsinga um allt meðferðarferlið.
55. Hafa forgöngu um að bera kennsl á og fjalla um þætti sem hindra fylgni á lyfjameðferð, svo hún geti skilað sem bestum árangri og til að draga úr líkum á að sjúklingnum hraki að nýju.
56. Leggja sitt af mörkum til draga úr skaða og stimplun með stuðningi við sjúklinga og veita einstökum sjúklingum stuðning við að takast á við stimplun.
57. Nota reglugerðir og löggjöf, bæði staðbundnar, á landsvísu og á alþjóðavettvangi og/eða löggjöf um geð- og geðheilsuhjúkrunarfræði, stjórnun, stuðning og inngrip.
58. Fylgja og beita úrræðum samkvæmt geðheilbrigðislöggjöf og stefnumörkun í samfélaginu til að styðja öryggi sjúklinga, minnka skaða og auka formlegt aðgengi að umönnun. Í vissum ríkjum kunna að gilda lög þar sem kveðið er á um tiltekin hlutverk fyrir geð- og geðheilsuhjúkrunarfræðinga og þeim ber að hlíta nákvæmlega. Þar sem slík lög eru ekki í gildi skulu geð- og geðheilsuhjúkrunarfræðingar laga starf sitt að því að tryggja að réttindi sjúklinga njóti verndar.
59. Stjórna mannauði sjúklingnum til hagsbóta en viðurkenna jafnframt að mannaflí, færni og sérfræðiþekking kunni að sæta takmörkunum. Geð- og geðheilsuhjúkrunarfræðingar skulu aldrei bjóða sjúklingum neitt sem þeir geta ekki veitt eða hafa ekki fjármuni eða ábyrgð til að veita.
60. Vera talsmenn fyrir bestu starfsháttum (því sem stutt er rannsóknarniðurstöðum, hefur verið sýnt fram á að leiði til æskilegrar lausnar á tilteknu vandamáli og sem stofnar ekki sjúklingnum í hættu) bæði innan geð- og geðheilsuhjúkrunarfræðinnar og geðheilbrigðisþjónustu ávallt og almennt.

D-þáttur. Þróun rannsókna og starfsvenja – geð- og geðheilsuhjúkrunarfræðingar skulu ... o.s.frv.

61. Stunda rannsóknir innan geð- og geðheilsuhjúkrunarfræði á faglegum og þverfaglegum sviðum og í faglegu og þverfaglegu rannsóknarsamstarfi.
62. Færa öðrum faggreinum líkön, studd rannsóknum, sem nýtast í meðferð, inngripum eða þróun og sem hægt er að aðlaga fyrir ábyrgðarsvið viðkomandi faggreinar.
63. Beita sér fyrir að rannsóknir innan geðhjúkrunarfræðinnar séu nýttar í klínísku starfi geð- og geðheilsuhjúkrunarfræðinga. Þetta á einnig við um að miðla þeirri þekkingu sem fyrir er til að bæta virkni geð- og geðheilsuhjúkrunarfræðinga í að nota traust líkön fyrir þróun starfshátta.

64. Nota hjúkrunarvísindi í starfsemi innan geðheilbrigðisþjónustunnar og greina á milli starfs hjúkrunar og starfs annarra greina geðheilbrigðisþjónustunnar sem kunna einnig að hafa svipuð hlutverk og skyldur.
65. Bera kennsl á þau svið í störfum sínum, hlutverkum, skyldum eða inngripum sem þarfnast annaðhvort endurskoðunar eða klínískrar stjórnunar. Þegar þetta hefur verið gert og búið er að setja grunnviðmið klínískrar eða faglegrar þarfar skal bera kennsl á kosti/úrræði samkvæmt bestu starfsháttum til að breyta aðstæðunum. Þessi úrræði skulu framkvæmd og virkni þeirra metin með því að nota traust líkön fyrir þróun starfshátta. Þar sem ekki er til neitt úrræði byggt á bestu starfsháttum er það á ábyrgð geð- og geðheilsuhjúkrunarfræðinga að þróa það (Sjá 61. lið).
66. Taka þátt í þróun starfshátta þar sem blandað er saman persónumiðaðri menningu geð- og geðheilsuhjúkrunarfræðinnar, sem birtist í jákvæðum tengslum milli einstaklinga og teyma, og persónulegum eiginleikum og skapandi hugarflugi, og loks starfsfærni og reynsluþekkingu. Árangur slíkra starfshátta ber að laga að stofnanaskipulagi vinnuveitandans og tryggja þannig að geð- og geðheilsuhjúkrunarfræði sé ómissandi þáttur í grunnstarfsemi allra stofnana.

**Samið á vegum og fyrir hönd Horatio – evrópskra geðhjúkrunarfræðinga af
Martin Ward
formanni sérfræðingaráðs Horatio í geðhjúkrunarfræði**

Einstaklingar sem lögðu sitt af mörkum til upphaflegu hugmyndarinnar að yfirlýsingunni:

Roland van de Sande (Holland)
Denis Ryan, prófessor (Írland)
Dr. Hiekkil Ellila (Finnland)
Michael Schulz, prófessor (Þýskaland)
Kevin Gafa (Malta)
Richard Brodd (Svíþjóð)
Georgia Georgiou (Kýpur)
Des Kavanagh (Írland)

Einstaklingar sem lásu yfir drög, gerðu athugasemdir og veittu sérfræðiráðgjöf:

Brendan McCormack, prófessor (Norður-Írland)
Dirk Richter, prófessor (Sviss)
Dr. Susanne Schoppmann (Þýskaland)
Renee Robinson, aðstoðarprófessor (Kanada)

Sabin Hahne, aðstoðarprófessor (Sviss)
Melodie Hull (Kanada)
Patrick Callaghan, prófessor (Bretland)
Ber Oomen (Holland)
Jose Carlos Santos, prófessor (Portúgal)
Anna Bjorkdahl, prófessor (Svíþjóð)

Stofnanir sem yfirfóru drög:

Malta Association of Psychiatric Nurses (Malta)
Royal College of Nursing (Bretland)
Mental Health Europe (Belgía)
Psychiatrische Pflege, Bielefeld (Þýskaland)

Þakkir fá allir þessir einstaklingar og stofnanir frá Horatio og geð- og
geðheilsuhjúkrunarfræðingum um heim allan.

Turku-yfirlýsingin

**um einstakt framlag geð- og geðheilsuhjúkrunarfræðinga til meðferðar fólks með
geðvanda eða geðraskanir**