Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost

CENTRUM PRO ROZVOJ PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ
CENTRE FOR MENTAL HEALTH CARE DEVELOPMENT

PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE BOHNICE

Ověření efektu peer konzultantství a dopadu projektu

evaluační zpráva

zpracovala Mgr. Lucie Žáčková

Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, Praha 2021

Obsah

Úvod 3

Hlavní zjištění/Executive summary 3

1. Cíle evaluace 4

2. Popis situace peer konzultantů v PNB v době evaluačního výzkumu 5

3. Kvantitativní evaluace – dotazníkové šeření na cílové skupině pacientů 5

3.1 Cílová skupina pacientů a dotazovací nástroj 5

3.2 Organizace sběru dat 7

3.3 Vyhodnocení sběru dat 7

3.4 Analýza dat 9

3.5 Otevřené otázky 12

4. Kvalitativní evaluace – skupinové diskuse s pracovníky oddělení a s peer konzultanty 14

4. 1 Cíle kvalitativního výzkumu a popis diskusních skupin 14

4. 2 Analýza dat 15

5. Závěr 24

6. Použitá literatura 25

Úvod

Evaluace „Ověření efektu peer konzultantství a dopadu projektu“ byla zrealizována v rámci dvouletého projektu Systematická podpora působení peer konzultantů v Psychiatrické nemocnici Bohnice (2019–2021), jehož realizátorem bylo Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví (www.cmhcd.cz). Cílem projektu bylo systémové nastavení fungování peer konzultantů (PK) v Psychiatrické nemocnici Bohnice (PNB). Za tímto účelem byla v nemocnici role PK začleněna do procesu řízení lidských zdrojů. Projekt podpořil efektivitu fungování PK na odděleních formou metodických porad, byla sestavena pravidla pro působení peer konzultantů v psychiatrické nemocnici a postup přípravy týmu na zapojení peer konzultanta. Peer konzultanti z PNB byli podpořeni v odborném růstu formou vzdělávání a profesionální supervize. Během projektu byla rovněž definována a zavedena role peer koordinátora.

Zaměstnávání peer konzultantů v Psychiatrické nemocnici Bohnice se datuje od roku 2015, kdy byli ve spolupráci Psychiatrické nemocnice Bohnice a Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví zavedeni první čtyři peer konzultanti na oddělení nemocnice (SOMA: Projekt péče o tělesné zdraví a nácvik schopností samostatného života; 2015-2016).

Hlavní zjištění/Executive summary

Dotazníkové šetření pomocí nástroje INSPIRE Brief mezi pacienty, kteří měli v době hospitalizace celkovou dobu konzultací s peer konzultantem delší než dvě hodiny, ukázalo, že pacienti podobně hodnotí důležitost podpory pro osobní zotavení jak ze strany svého peer konzultanta (dále jako PK), tak ze strany svého ošetřujícího lékaře psychiatra (dále jako OL). Všech pět sledovaných oblastí podporující osobní zotavení hodnotilo minimálně 7 z 10 pacientů kladně, a to jak u PK, tak u OL. Celkový průměrný skór při párovém srovnání dosahoval pro PK a OL shodně 83 % (nebo-li pacienti dostávali od peer konzultanta i ošetřujícího lékaře 83% míru podpory pro své zotavení).

Skupinové diskuze poukázaly na slabé stránky při přijímání PK do nemocničního týmu (nedostatek znalostí o kompetencích a náplni práce PK; neinformovanost zaměstnanců o pozici či osobě PK; mýtus stejné diagnózy, tj. že peer konzultant má/musí mít stejnou nebo podobnou diagnózu jako pacienti, kterým poskytuje podporu; vytvoření zázemí pro PK na oddělení), kterým se však dá předejít společnou metodickou poradou se zaměstnanci oddělení, týmem a nastupujícím peer konzultantem, optimálně za účasti externího/interního facilitátora. Podobně je pro zařazení PK do týmu důležitá osoba mentora/průvodce z nemocničního týmu, která se PK především zpočátku věnuje a spolupracuje s ním.

Mezi podporující a zároveň limitující faktory pro vnímání PK jako plnohodnotného člena týmu patří zvláště tyto skutečnosti: zda má PK přístup do dokumentace, zda a v jaké míře se účastní porad na oddělení, zda má vyhrazený prostor pro práci s pacienty (možnost soukromí), zda je jeho názor přijímán nebo slyšen, zda a jak je přijímán středním zdravotnickým personálem.

Jak peer konzultanti, tak vedoucí lékaři poukazují na nelehkou roli PK při sdílení informací. Pro PK je zásadní zachovat si důvěru jak pacientů, tak kolegů z týmu, tzn. musí si osvojit dovednost pohybovat se mezi světem pacientským a lékařským (zdravotnickým). Díky tomu se PK může stát jakýmsi mostem mezi těmito dvěma světy. Jiným úskalím pro PK může být ohlídání si pracovních hranic a předcházení vyhoření. Zkušenější PK si jsou obvykle vědomi svých limitů, které jim přináší jejich onemocnění, zmiňován je například stres, únava, přílišná obětavost směrem k pacientům, ataky onemocnění apod. Ačkoli PK jistou míru pomoci od zdravotníků neodmítají, ba naopak, nadměrné sledování jejich zdravotního stavu ze strany lékařů vnímají negativně.

Hodnocení reflektujících schůzek a supervizí pro PK realizovaných v rámci projektu bylo jednoznačně kladné. Panovala shoda na jejich přínosu pro všechny zúčastněné. Metodické porady (reflektující schůzky) jsou vhodné zvláště před nástupem PK na oddělení a následně po nějaké době od jeho zapracování. Dochází na nich obvykle k vyjasnění očekávání, kompetencí i náplni práce PK. Supervize byly určeny PK zapojeným do projektu a byly pokládány za velice přínosné pro sdílení zkušeností a vzájemnou podporu PK.

1. Cíle evaluace

Evaluace měla za cíl ověřit efekt zapojení peer konzultantů v lůžkovém zařízení Psychiatrické nemocnice Bohnice (PNB). Aby byla zajištěna diverzita hodnocení, která odpovídá rozsahu zapojení PK v rámci lůžkového zařízení PNB, zaměřila se evaluace na tři základní cílové skupiny:

i) pacienty z oddělení, kteří s PK během své hospitalizace spolupracovali

ii) vedoucí pracovníky oddělení, kde PK působili

iii) samotné peer konzultanty

U pacientů se ověřovalo, jak hodnotí míru podpory PK a ošetřujícího lékaře pro jejich vlastní zotavování. U zástupců lůžkových oddělení se zjišťovalo, jak vnímají působení PK na jejich odděleních, případně v rámci PNB. U samotných peer konzultantů se výzkum zaměřil na vnímání a hodnocení jejich působení v rámci PNB a na lůžkových odděleních, případně v Peer klubu. Záměrem evaluace bylo zmapování silných a slabých stránek působení PK v PNB, které by mohlo sloužit pro další rozvoj služeb PK i v jiných lůžkových psychiatrických zařízeních. Specifickým přínosem této zprávy je, že efekt zapojení peer konzultantů na lůžková zařízení nebyl v ČR dosud ani předběžně evaluován.

Evaluace byla založena na kombinaci metod, tj. skládala se jak z kvantitativní, tak z kvalitativní části. Kvantitativní evaluaci tvořilo dotazníkové šetření v cílové skupině pacientů. V rámci kvalitativní evaluace proběhly na konci projektu 2 focus group, jedna s vedoucími pracovníky oddělení, druhá pouze s peer konzultanty. Níže popsaný design evaluačního výzkumu byl schválen etickou komisí PNB.

2. Popis situace peer konzultantů v PNB v době evaluačního výzkumu

Do evaluace bylo zapojeno celkem 8 oddělení (12, 13, 14, 20, 23, 26, 27, 30) a 7 peer konzultantů (PK). Na jednom z oddělení pracovali dva PK. Míra zapojení jednotlivých oddělení se odvíjela od toho, zda v dané době PK na oddělení působil. V některých případech PK ukončil během výzkumu pracovní poměr, byl v dlouhodobé pracovní neschopnosti nebo přešel na jiné oddělení. Pokud taková situace nastala, pak oddělení ze sběru dat vypadlo do doby, než se našel a zapracoval nový PK. Sběr dat byl rovněž ovlivněn vývojem epidemiologické situace. Jeden z PK zároveň fungoval jako zástupce peer konzultantů a jako koordinátor aktivit PK v rámci současného projektu.

3. Kvantitativní evaluace – dotazníkové šeření na cílové skupině pacientů

3.1 Cílová skupina pacientů a dotazovací nástroj

Cílovou skupinu tvořili pacienti propuštění z PNB nebo pacienti referovaní na jiné oddělené v rámci PNB, kteří se na svém oddělení osobně setkávali s peer konzultantem v rozsahu nejméně 2 hodin. V závislosti na typu práce peer konzultanta se mohlo jednat jak o individuální konzultace, tak o skupinová setkání. Do vzorku pacientů nebyli zařazeni ti, kteří se s PK setkávali pouze v Peer klubu nebo ti, kteří využívali služeb PK pouze v rámci spolku Dobré místo.

Před plánovaným ukončením hospitalizace v PNB nebo před přestupem pacienta na jiné oddělení v rámci PNB byli tito pacienti požádáni o vyplnění dotazníku INSPIRE Brief, který je určen ke sledování kvality pomáhajícího vztahu mezi pacientem a jeho PK/ošetřujícím lékařem. Jedná se o krátkou verzi dotazovacího nástroje INSPIRE, který byl vytvořen na King´s College v Londýně a byl psychometricky testován. INSPIRE Brief má od roku 2018 českou adaptaci[1], kterou připravilo Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví (dále CRPDZ). Skládá se z 5 výroků (jeden výrok pro každou oblast zotavení CHIME[2]), které respondent hodnotí na pěti bodové Likertově škále (vůbec, ne příliš, částečně, docela hodně, velmi), více viz obrázek č. 1. V dotazníku pro ošetřující lékaře bylo spojení „můj peer pracovník“ a nahrazeno spojením „můj ošetřující lékař“.

[1] Více informací o české verzi INSPIRE a INSPIRE Brief lze nalézt na tomto odkazu: http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/INSPIRE_VSE_FINAL.pdf Další informace se nacházejí na tomto odkazu https://www.researchintorecovery.com/measures/inspire/

[2] Tzn. 5 klíčových procesů podporujících zotavení: propojenost, naděje, identita, smysl a zplnomocnění (anglická zkratka CHIME)

Obrázek č. 1 Dotazník pro pacienty, verze peer konzultant

INSPIRE Dotazník

Lidé mluví o zotavení různě. Jeden způsob, jak zotavení chápat, je "žít uspokojivý a nadějeplný život".
Tento dotazník se ptá, jak Vaše zotavení podporuje Váš peer pracovník, se kterým jste se na tomto oddělení setkával/a.

Zakroužkujte vyhovující odpověď.

a	Odhadněte, prosím, celkový čas, po který jste s Vaším peer pracovníkem byl/a během hospitalizace na tomto oddělení v kontaktu	méně než 1 hodinu	1 až 2 hodiny	více než 2 hodiny

Zakroužkujte odpověď, která nejlépe odpovídá tomu, jak Vás Váš peer pracovník podporuje ve Vašem zotavení

1	Můj peer pracovník mi pomáhá vnímat podporu druhých lidí	Vůbec	Ne příliš	Částečně	Docela hodně	Velmi
2	Můj peer pracovník mi pomáhá mít naději a sny do budoucnosti	Vůbec	Ne příliš	Částečně	Docela hodně	Velmi
3	Můj peer pracovník mi pomáhá mít ze sebe dobrý pocit	Vůbec	Ne příliš	Částečně	Docela hodně	Velmi
4	Můj peer pracovník mi pomáhá dělat věci, které pro mě mají význam	Vůbec	Ne příliš	Částečně	Docela hodně	Velmi
5	Můj peer pracovník mi pomáhá mít život ve vlastních rukou	Vůbec	Ne příliš	Částečně	Docela hodně	Velmi
6	V čem dalším je pro Vás kontakt s peer pracovníkem přínosný? Napište.					

Zakroužkujte vyhovující odpověď.

b	Vyplňoval/a jste tento dotazník již na jiném oddělení?	ANO	NE

Hlavním cílem INSPIRE i INSPIRE Brief je pomoci pracovníkům lépe porozumět tomu, jakou míru podpory klienti od pracovníků dané služby/instituce ve svém zotavování dostávají. Není primárně určen k hodnocení pracovního výkonu pracovníka, ani k hodnocení efektivity služby, ani se v žádném případě nejedná o hodnocení spokojenosti s poskytovanou službou. INSPIRE a INSPIRE Brief jsou nástrojem k hodnocení zkušenosti uživatelů (Patient-Rated Experience Measure, PREM), nejsou nástrojem k hodnocení výsledků, výstupů spolupráce či služby (Patient-Rated Outcome Measure, PROM). INSPIRE Brief vypovídá o osobním zotavení a není určen k posuzování tzv. klinického zotavení[3]. Výhodou zkrácené verze INSPIRE Brief oproti úplné verzi INSPIRE je stručnost a srozumitelnost (Williams et al., 2015), takže dotazník zvládnou vyplnit pacienti sami v přiměřeně krátkém čase.

V našem případě pacienti vyplňovali dotazník INSPIRE Brief dvakrát. Jednou se týkal podpory peer konzultanta (PK) a jednou podpory ošetřujícího lékaře psychiatra (OL) během hospitalizace. V obou případech měli rovněž uvést dobu, po kterou byli s PK nebo OL v kontaktu během hospitalizace na oddělení, ze kterého jsou propouštěni nebo referováni na jiné oddělení. Mohli uvést buď variantu „méně než 1 hodinu“ nebo variantu „1 až 2 hodiny“ a nakonec „více než 2 hodiny“. Poslední kategorie definovala cílovou skupinu pro evaluaci. V

[3] Jak se uvádí v Manuálu zapojení peer konzultantů do komunitní a lůžkové péče o duševní zdraví (Foitová et al., 2014), je klinické zotavení chápáno jako stav či výsledek (používá se standardně v psychiatrii) a zahrnuje oslabení symptomů, znovuobnovení sociálního fungování, též návrat k normálu. Naproti tomu osobní zotavení je chápáno jako *„hluboce osobní, jedinečný proces změny přístupů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a/nebo rolí. Je to způsob prožívání uspokojujícího, nadějeplného a přínosného života i s omezeními způsobenými nemocí“* (Anthony, 1993).

dotazníku měli pacienti rovněž možnost odpovědět na otevřenou otázku „V čem dalším je pro Vás kontakt s peer pracovníkem/s ošetřujícím lékařem přínosný?“.

Zařazení dotazníku zjišťujícího míru podpory ze strany ošetřující lékaře psychiatra mělo význam z hlediska následného vyhodnocení dat, tj. umožnilo srovnání a tím do jisté míry ověření výsledků za obě skupiny.

3.2 Organizace sběru dat

Cílovou skupinu pacientů identifikovali PK na svých odděleních na základě vlastních záznamů o pacientech (systémový záznam o setkání pacienta s PK není zatím k dispozici). Před plánovaným propuštěním pacienta oslovil PK staniční sestru z daného oddělení. Staniční sestra měla v den propouštění pacientovi podat stručné vysvětlení výzkumu a předat mu obálku s dvěma barevně odlišenými dotazníky INSPIRE Brief, informačním dopisem a prázdnou obálkou s označením „Výzkum, neotvírat“. Pacient následně vložil vyplněné dotazníky do této obálky. Zalepenou obálku vhodil do jedné ze schránek důvěry v areálu PNB nebo ji předal na oddělení. Schránky jsou zamčené, jednou měsíčně je vybírá zaměstnanec PNB. Tento pracovník obálky shromáždil a odevzdal jednou měsíčně koordinátorovi aktivit projektu, který je předal pracovníkovi CRPDZ. Tímto způsobem byla zajištěna anonymita pacienta při vyplňování a odevzdávání dotazníku. Pacient nikde neuváděl údaje o své osobě ani o svém PK nebo o svém OL.

PK si po celou dobu dotazníkového šetření vedli jednoduchou administrativu o počtu distribuovaných dotazníků, tj. dotazníků předaných staniční sestře. Vzhledem k tomu, že vyplnění dotazníků probíhalo na bázi dobrovolnosti, bylo pro vyhodnocení a celkový zásah dotazníkového šetření důležité znát celkovou response rate (podíl vyplněných dotazníků), která do jisté míry odpovídá nejen o funkčnosti navrženého designu výzkumu, ale především o ochotě pacientů participovat na výzkumu.

Sběr dat probíhal v PNB kontinuálně během projektu, tj. od května 2020 do října 2021.

3.3 Vyhodnocení sběru dat

Pro určení vyhodnocení sběru dat se běžně využívá response rate, která předpokládá znalost počtu všech oslovených respondentů, v našem případě tedy počtu pacientů, kteří na vybraných odděleních spolupracovali déle něž dvě hodiny s peer konzultantem. Takové sumarizující číslo však neexistuje, nicméně na základě záznamů PK o konzultacích s pacienty byl průběžně evidován počet rozdaných dotazníků, což považujeme za celkový počet oslovených pacientů. Dohromady bylo, podle této evidence, pacientům rozdáno 137 obálek se dvěma dotazníky.

Vzhledem k tomu, že jednou z priorit evaluačního výzkumu bylo zachování anonymity pacientů, měli pacienti svobodu rozhodování v tom, zda v obálce odevzdají jeden vyplněný, dva vyplněné nebo třeba žádný vyplněný dotazník. Celkově bylo do datového souboru zařazeno 96 nějakým způsobem vyplněných dotazníků. **Kompletně vyplněných** bylo **v případě PK** celkem **73 dotazníků a v případě OL** celkem **72 dotazníků**. Za kompletně vyplněný dotazník byl přitom pokládán jen ten, ve kterém byly zaznamenány jak všechny odpovědi na 5 výroků INSPIRE Brief (celkové skóre lze vypočítat pouze v případě, že jsou vyplněny všechny odpovědi), tak byla zaznamenána celková délka konzultací s PK respektive s OL (jen v takovém případě bylo možné vyhodnotit, zda se jedná o cílovou skupinu). Nicméně z těchto kompletně vyplněných mělo vyznačenou **dobu konzultací s PK delší než 2 hodiny** celkem **46 dotazníků** a **s OL** celkem **38 dotazníků. Response rate za všechny kompletně** vyplněné dotazníky tady činila **54 %**, **za cílovou skupinu** pak **34 %** pro PK, s tím, že pro OL byla o něco nižší, tj. 28 % (viz tabulka č. 1).

Tabulka č. 1 Počty dotazníků a response rate

	Za peer konzultanta	**Za ošetřujícího lékaře psychiatra**
Celkový počet rozdaných dotazníků	137	137
Počet vyplněných dotazníků	96	96
Kompletně vyplněných dotazníků	73	72
Kompletní a konzultace delší než 2h	46	38
Response rate za kompletní dotazníky	53 %	53 %
Response rate za cílovou skupinu	34 %	28 %

Na počátku projektu byl vytvořen předpoklad, že za celou dobu bude možné získat minimálně 40 vyplněných dotazníků (za PK a optimálně i za OL) od cílové skupiny pacientů. Lze tedy konstatovat, že tento předpoklad se pro cílovou skupinu naplnil, dokonce jej mírně překonal (získali jsme 46 kompletně vyplněných dotazníků za PK). Zároveň lze konstatovat, že dotazníkové šetření bylo z hlediska response rate poměrně úspěšné. Dotazník(y) kompletně vyplnila polovina oslovených respondentů, přitom ochota pacientů participovat na výzkumu byla ještě vyšší (7 z 10 oslovených pacientů nějakým způsobem dotazník(y) vyplnilo a odevzdalo). Vysvětlením může být na jedné straně vysoká míra motivace a kooperace PK a staničních sester při distribuci dotazníků. Na straně druhé se pak může jednat o způsob, jak mohli propuštění pacienti vyjádřit svůj dík PK (nebo i OL). Svůj vliv nakonec může mít i výběr pacientů, kterým byl dotazník distribuován (z hlediska snazší komunikace mohli být spíše oslovováni ochotnější/spolupracující respondenti, k čemuž při sběru dat sice nezáměrně, ale běžně dochází).

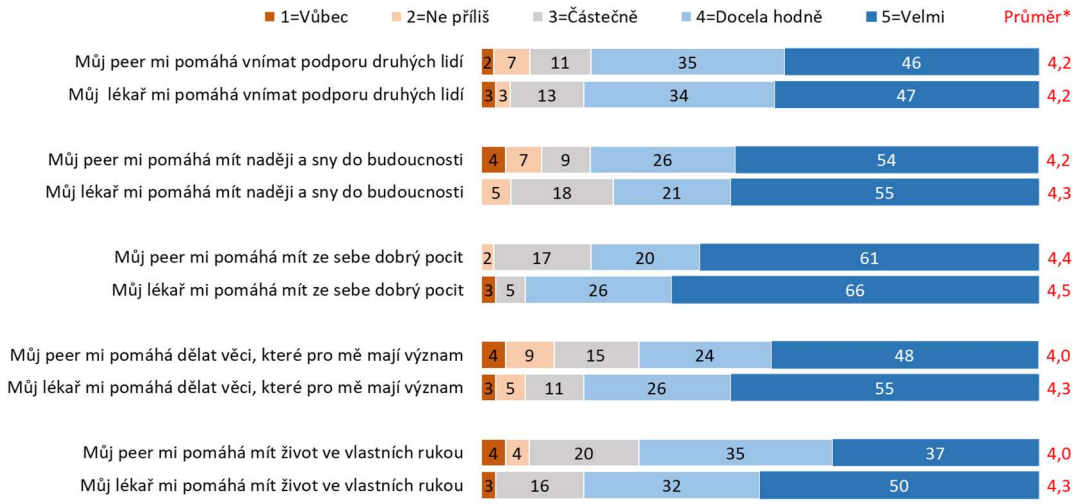
3.4 Analýza dat

Pro analýzu dat byla použita jednak data za kompletní dotazníky, jednak data za cílovou skupinu a rovněž data za páry (tzn. za respondenty, kteří odevzdali kompletně vyplněný dotazník jak za PK, tak za OL). Primárně analýza spočívala ve výpočtu průměrného skóre pro míru podpory a ověření statistické významnosti rozdílu mezi skupinou peer konzultantů a ošetřujících lékařů psychiatrů. Sekundárně se zabývala rozdílnou hodnotou průměrného skóre podle času, který pacient strávil konzultacemi s PK nebo s OL (tzn. ve třech kategoriích „méně než hodina“, „jedna až dvě hodiny“ a „více než dvě hodiny“). Nakonec jsou zpracována témata, která pacienti uváděli v otevřené otázce, jež zjišťovala další přínos kontaktu s PK nebo s OL pro pacienta.

Celkové skóre INSPIRE Brief se vypočítá tak, že se k odpovědím přiřadí bodové hodnocení 0 (vůbec) až 4 (velmi), následně se tyto hodnoty sečtou za všechny výroky, tj. sečte se pět položek, a celý součet se vynásobí číslem 5. Takto získané skóre za každého respondenta se pohybuje od 0 (nejnižší míra podpory) po 100 (nejvyšší míra podpory). Průměrné skóre INSPIRE Brief představuje spíše jeden celkový faktor než pět vzájemně korelovaných domén CHIME, čemuž nasvědčuje i to, že těchto pět položek se může načíst na faktor podpory vyššího řádu (Williams et al., 2015). Proto se pozornost věnuje průměrnému skóre jako jedné hodnotě, nikoli tolik vyhodnocení jednotlivých výroků. Rozložení odpovědí u jednotlivých výroků uvádíme pro znázornění, které položky především sytí průměrné skóre.

Pokud se zaměříme na cílovou skupinu pacientů s konzultacemi delšími než dvě hodiny, lze konstatovat, že u všech výroků převažuje celkově kladné hodnocení podpory jak ze strany PK, tak ze strany OL. Součet odpovědí „docela hodně“ a „velmi“ u každého výroku přesahuje 70 %. Nejvyšší průměrnou hodnotu dosahuje výrok „Můj PK/OL mi pomáhá mít ze sebe dobrý pocit“ (4,4 u PK resp. 4,5 u OL), zároveň se jedná o položku, která má nejvyšší podíl extrémně kladných odpovědí („velmi“) a tedy také nejvíce sytí celkové průměrné skóre. Naopak jednoznačně nejméně je v případě PK průměrné skóre syceno výrokem „Můj peer mi pomáhá mít život pevně ve vlastních rukou“ (nejnižší průměr i nejnižší podíl odpovědí „velmi“). V případě OL nelze jednoznačně určit položku, která průměrné skóre sytí nejméně, mírně nižší podíl kladných odpovědí (součet „docela hodně“ a „velmi“) se objevuje u položky „Můj lékař mi pomáhá mít naději a sny do budoucnosti“. Nejedná se však o položku s nejnižším průměrem pro OL, ten má zase výrok „Můj lékař mi pomáhá vnímat podporu druhých lidí“ (viz graf č. 1).

Graf č. 1 Jednotlivé výroky INSPIRE Brief - pacienti s celkovou dobou konzultace delší než 2 hod, v %

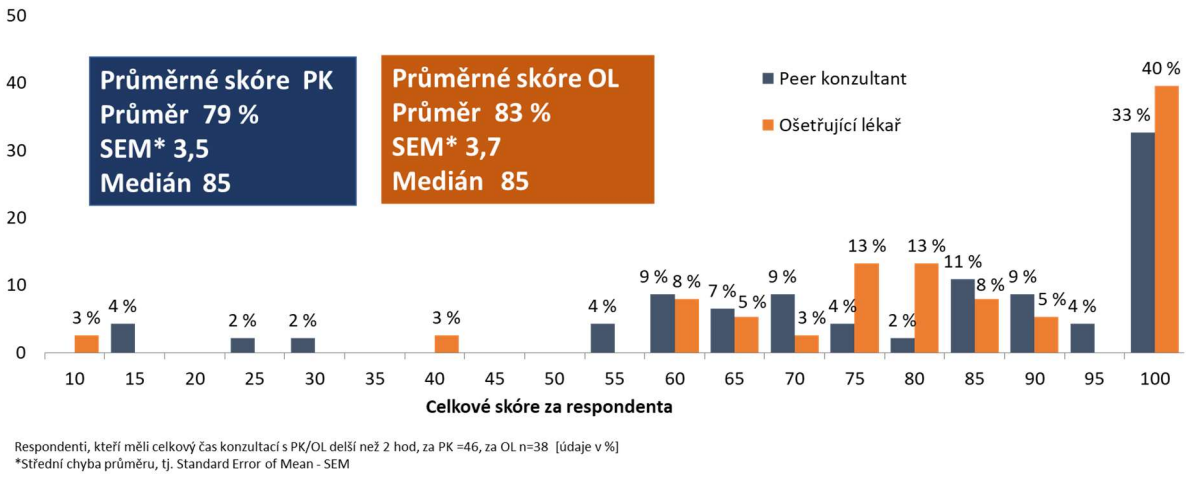


Respondenti, kteří měli celkový čas konzultací s PK/OL delší než 2 hod, za PK =46, za OL n=38 [údaje v %]
* Pozn. Průměr z hodnot 1 až 5, kde 1=vůbec a 5 =velmi.

Jak ukazuje graf č. 2 je rozložení skóre INSPIRE Brief, které udává míru podpory, kterou poskytuje pracovník pacientovi při jeho zotavění, za jednotlivé pacienty poměrně vyrovnané v obou sledovaných skupinách, mediánová hodnota je pro PK a OL shodně 85 % (tj. poloivna respondentů má nižší a polovina má vyšší hodnotu skóre než 85 %). Nicméně jak nazančoval již předchozí graf, **průměrné skóre INSPIRE Brief je mírně vyšší pro OL (83 %) než pro PK (79 %), nejedná se však o statisticky významný rozdíl**[4]. Pokud totéž srovnání provedeme pouze u respondentů s celkovou dobou konzultace u PK a u OL delší než 2 hodiny, kteří měli vyplněný dotazník za PK a zároveň za OL (celkem 32 respondentů), pak průměrné skóre je pro obě skupiny téměř shodné a dosahuje ještě vyšších hodnot. Pro **PK je to 83 % a pro OL 82 %**[5]**.**

[4] Měřeno t-testem pro dva nezávislé výběry na hladině významnosti 0, 01.
[5] Měřeno párovým t-testem na hladině významnosti 0, 01.

Graf č. 2 Rozložení skóre INSPIRE Brief - pacienti s celkovou dobou konzultace delší než 2 hod

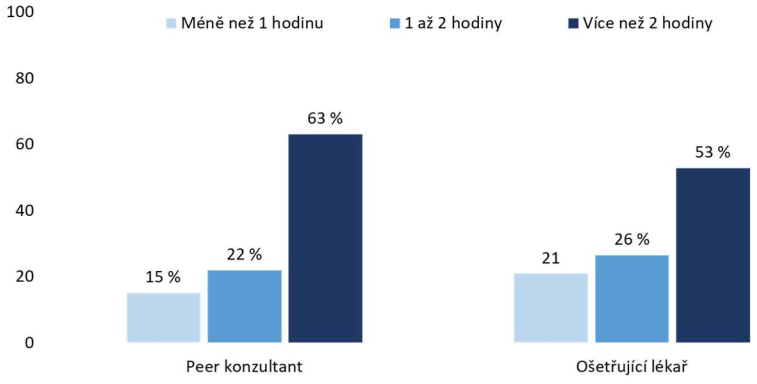


Respondenti, kteří měli celkový čas konzultací s PK/OL delší než 2 hod, za PK =46, za OL n=38 [údaje v %]
*Střední chyba průměru, tj. Standard Error of Mean - SEM

S předchozích zjištěních lze vyvodit, že míra podpory pacienta při jeho zotavení je pro peer konzultanty i pro ošetřující lékaře psychiatry téměř shodná, a zvláště při párovém porovnání také poměrně vysoká (více než 80 %). V každém případě přesahuje průměrné skóre, které udává dostupná literatura, tj. 73 % (Williams et al., 2015). Jedná se však pouze o orientační zhodnocení, je totiž otázkou, zda je možné porovnávat toto skóre napříč kulturně rozdílnými prostředími (Kotake et al., 2020). Nicméně **pro vyhodnocení evaluace je podstatná nejen poměrně vysoce vnímaná míra podpory pacienta při jeho zotavení, ale především obdobná míra této podpory, ať už je poskytována PK nebo OL**. To velmi pravděpodobně znamená, že **vliv obou těchto skupin na pacientovo osobní zotavení je synergický** a nelze tedy podceňovat či přeceňovat ani podporu od PK ani podporu od OL. Pacient ke svému osobní zotavení zřejmě potřebuje oba přístupy, jak ten lékařský, tak ten peerovský. Jak již bylo zmíněno výše, má tento výzkum své limitace. Dost možná nezachytil pacienty, kteří by se k podpoře dostávané pro své zotavení vyjadřovali kritičtěji. Je rovněž otázkou, zda pacient, který je propouštěn, nevnímá situaci pozitivně právě díky tomuto samotnému faktu a díky zdravotním i sociálním atributům, které s touto situací souvisí. Případně, zda se v souboru pacientů nějakým způsobem neodráží to, s jakým typem pacientů PK pracují. Tyto a další faktory tento výzkum však nemohl a ani neměl ambice zjišťovat.

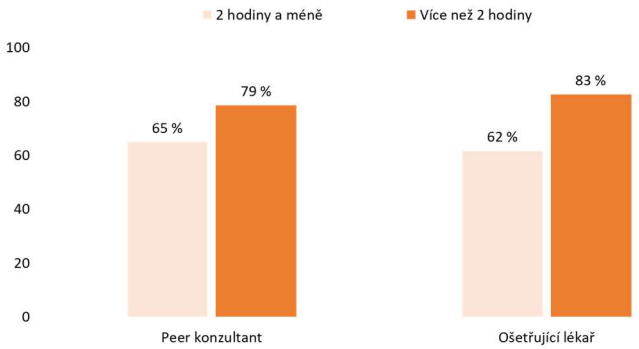
Na druhou stranu výzkum zachytil, že mezi významné faktory ovlivňující kvalitu podpůrného působení na pacientovo zotavení, dle předpokladu při vytváření designu výzkumu, patří celková délka strávená konzultacemi s PK a/nebo s OL. V našem souboru strávilo 27 % pacientů s PK 2 hodiny a méně, v případě OL bylo takových pacientů dokonce 37 % (viz graf č. 3). **Pokud byla celková doba konzultací kratší než dvě hodiny, pak pro PK i pro OL bylo průměrné skóre INSPIRE Brief statisticky významně nižší** (viz graf č. 4).

Graf č. 3 Podíly pacientů podle celkové doby konzultace s peer konzultantem a s ošetřujícím lékařem, v %



Všichni respondenti, za PK =73, za OL n=72 [údaje v %]

Graf č. 4 Průměrný skór INSPIRE Brief podle celkové doby konzultace s peer konzultantem a s ošetřujícím lékařem, v %



Všichni respondenti, za PK =73, za OL n=72 [údaje v %]

3.5 Otevřené otázky

Na konci dotazníku měl pacient možnost odpovědět na otevřenou otázku „V čem dalším je pro Vás kontakt s peer pracovníkem/s ošetřujícím lékařem přínosný?“. Některé odpovědi částečně kopírovaly předchozí výroky v dotazníku. Přesto i tyto odpovědi lze pokládat za legitimní variantu, neboť pravděpodobně zdůrazňují danou/převažující pozitivní zkušenost pacienta s tímto typem podpory. Otevřenou odpověď za PK vyplnilo 58 respondentů, komentář k OL zapsalo 53 respondentů. I tato čísla, jedná se zhruba o polovinu respondentů, do jisté míry svědčí o poměrně značné ochotě pacientů na výzkumu participovat.

Odpovědi ohledně dalšího přínosu PK se týkaly různých oblastí souvisejících s podporou, kterou PK poskytují pacientům v rámci jejich pracovní náplně. Respondenti opakovaně uváděli, že PK posiluje nebo zvyšuje jejich sebevědomí a dodává jim podporu do života. Na PK oceňovali stejnou zkušenost s nemocí jako mají oni, díky tomu si s ním snadno porozumí a najdou u něj pochopení, rovněž jim přináší inspiraci, naději a útěchu. Zmiňované bylo rovněž

téma komunikace s PK, ať už má PK roli spíše pasivní (naslouchá, pacient se může vypovídat) nebo aktivní (dialog s přesahem, někdy též informace o nemoci). V souvislosti s tím je zmíněno i téma důvěry v PK, důležité je, že si informace od pacienta nechává pro sebe. Jiné téma, které se vícekrát objevilo, se týkalo změny oproti každodenní rutině, kterou PK vnáší do jejich života v nemocnici (společné procházky atp.). V jednom případě byl PK označen jako „vstupní brána k pacientům a sestřičkám".

„V celkovém přístupu ke mně jako ke člověku a touhou mi efektivně pomáhat zvládnout mojí situaci, je pro mne velkou podporou." / „Ukázal mi i jiné cesty řešení problémů, pomohl mi se více podívat do sebe."

„Je mi povzbuzením, je mi radostí, protože mi rozumí, peer ví, o čem mluvím :)" /"Bylo přínosné komunikovat s člověkem, který si prochází(el) stejnou nemocí a umí s ní fungovat."

„Důležité je, že mi léčila uši, tj. povídala si se mnou, měla víc času na povídání a nesnažila se to vyřešit léky, ale v mé mysli."

„Nechává si věci pro sebe a dál je neventiluje."

„Dává mi svobodu a radost z myšlení."

„Pomáhá mi nabýt celkový klid a dobrý pocit ve mně."

„Umožnil mi si odpočinout od normálního chodu na oddělení."

Jako další přínosy kontaktu s ošetřujícím lékařem psychiatrem pacienti zmiňovali zvláště poskytování informací ohledně medikace a jejich nemoci. Podobně jako u PK uváděli, že jim OL posiluje a zvyšuje sebevědomí a dodává podporu. Vícekrát respondenti poukázali na to, že jim OL poskytuje pocit bezpečí a mají v něj důvěru. Rovněž byli spokojeni s tím, že mohli s OL komunikovat. U OL se na rozdíl od PK vícekrát objevilo téma „přemýšlení nad budoucností", tj. nutnost zamyslet se nad tím, jak bude vypadat jejich život po opuštění nemocnice. Respondenti také oceňují lidský přístup OL.

„Otevřený, vztah naplněný důvěrou. Možnost si popovídat. Konstruktivní diskuse nad mým zdravotním stavem a diagnózou." / „Byla se mnou trpělivá a vždy se mnou projednala léky, které mám užívat, vysvětluje mi účinky a k čemu je to dobré." / „Poskytuje mi informace o nemoci a rady, jak žít spokojený život a s nemocí."

„Lékařka mi pomohla už jen s tím, že se ptala, zajímala se i o to, co bude venku" /"Dává mi cenné rady a rád se s ním radím o svém životě."

„Nutí mě přemýšlet."/"Víc se zamýšlet sám nad sebou"

„Jsem rád, když je na paviloně paní doktorka, cítím pocit bezpečí, dává mi psychickou sílu."

„Lidský přístup"/"Byla na mě hodná."

Jak u peer konzultantů, tak u ošetřujících lékařů převažovaly z hlediska dalšího přínosu pro pacienta jednoznačně pozitivní komentáře. Pouze v několika případech se vyskytla důrazně záporná odpověď „v ničem“ (4 respondenti za PK, 5 respondentů za OL).

4. Kvalitativní evaluace – skupinové diskuse s pracovníky oddělení a s peer konzultanty

4. 1 Cíle kvalitativního výzkumu a popis diskusních skupin

V rámci kvalitativní části evaluace proběhly na konci projektu, v září 2021, dvě skupinové diskuze, jedna s vedoucími pracovníky oddělení a druhá s peer konzultanty. Vedoucí oddělení byli rekrutováni z oddělení, která byla zapojena do sběru dotazníků (viz kap. 2) a jednalo se o oddělení, na kterých aktuálně působil PK. Podmínkou bylo, aby měl účastník skupinové diskuze delší pracovní zkušenost (alespoň několik týdnů) na oddělení, kde působil PK. Této skupinové diskuze se zúčastnilo 5 zástupců oddělení, vesměs se jednalo o vedoucí lékaře (v textu dále používáme pro tuto skupinu rovněž označení vedoucí pracovníci). Délka skupinové diskuze byla 75 minut z důvodů pracovního vytížení účastníků.

Skupina peer konzultantů měla být původně složena výhradně z PK zapojených do péče o pacienty na lůžkových odděleních, kteří vedli s pacienty osobní konzultace nebo pravidelná skupinová setkání. Vzhledem k tomu, že výzkum probíhal zcela na dobrovolné bázi, a někteří PK se z účasti na skupinové diskuzi v poslední chvíli omluvili, byli do diskuze nakonec přizváni i dva pracovníci peer klubu se zkušeností s vedením skupiny pacientů na oddělení. Celkem se diskuze zúčastnilo 6 peer konzultantů a trvala 120 minut.

Diskuze byly nahrávány na diktafon a poté přepsány. Účastníci byly o tomto informováni a s pořízením zvukového záznamu i přepisu souhlasili. Pro vyhodnocení dat byla využita tematická analýza. V textu jsou uváděny citace účastníků v uvozovkách, v závorce je informace, zda se jedná o výrok peer konzultanta (v závorce za citací uvedeno PK) nebo vedoucího lékaře (v závorce za citací uvedeno VL). Pro zachování anonymity účastníků je ve všech citacích pro peer konzultanta používán mužský rod a v textu nejsou specifikována oddělení, na kterých peer konzultanti době výzkumu působili.

Cílem skupinových diskuzí s vedoucími lékaři byla identifikace hlavních přínosů peer konzultantů, potřebných podmínek pro jejich efektivní působení, a také limitů jejich působení v rámci nemocničního oddělení. Skupinové diskuze s peer konzultanty měly za cíl zhodnotit jejich fungování v PNB s důrazem na identifikaci organizačních a systémových prvků, které jim pomáhají nebo je omezují v účinném působení. Dále byly pro zpracování využity anonymizované zápisy z reflektujících schůzek na odděleních a zprávy ze supervizí PK.

4. 2 Analýza dat

Tematická analýza dat identifikovala několik základních oblastí, se kterými se PK v rámci svého působení v PNB setkali nebo setkávají a které mají vliv na kvalitu jejich pracovního života. Z analýzy rovněž vyplynulo, že velmi podobné oblasti řeší i vedoucí lékaři na svých odděleních. Přestože se obě skupiny tematicky velmi blíží, jejich úhel pohledu se ne vždy shoduje. Analýza nepostihuje rozdílnosti jednotlivých oddělení, ačkoli se do pracovní pozice i do náplně práce PK typ oddělení do určité míry vždy promítá. Důvodem je především zachování anonymity účastníků diskuzí, ale i to, že pro zobecnění některých závěrů specifických pro určitý typ oddělení by bylo potřeba disponovat větším souborem respondentů (a to i z jiných institucí, než je PNB).

a) Problémy při zařazení PK do týmu/na oddělení a jejich překonávání

Přítomní PK měli různé zkušenosti se zařazením do týmu na různých odděleních, povětšině zažili nástup na více než jedno oddělení. V PNB působili již delší dobu obvykle na zkrácený úvazek. Podobně i někteří zástupci oddělení měli zkušenosti s působením různých PK. Někdy se spolupráce osvědčila, jindy byla ukončena. Nicméně nástup PK na konkrétní oddělení může být problematický i v rámci instituce (v tomto případě PNB), kde pozice PK již několik let funguje. Což potvrzují rovněž záznamy z metodických porad/reflektujících schůzek organizovaných během projektu pro jednotlivá oddělení.

Při zapojení PK do týmů lůžkových oddělení se jako jeden z klíčových limitujících faktorů opět ukázalo **předávání informací nejen o příchodu PK, ale i o náplni jeho práce** (Foitová et al., 2014). Tyto informace mohou být buď nedostatečné nebo zkreslené.

Informace o příchodu PK na oddělení se mohou předávat delší dobu, proto je třeba počítat s tím, že chvíli trvá, než se informace dostanou ke všem členům týmu. Rovněž je třeba informace o PK sdílet nejen s členy týmu, ve kterém bude peer konzultant pracovat, ale i s dalšími pracovníky, s nimiž se bude na oddělení setkávat. Pozvolné předávání informací je někdy způsobeno prací ve směnách, ale může být i odrazem rutinního fungování lůžkového oddělení. Jinými slovy informace nejsou dostatečně předávány nejen o PK, ale ani o jiných nastupujících pracovnících. Nicméně pozice PK je ještě poměrně neukotvena, navíce se nejedná o klasického zdravotnického pracovníka, a proto je nedostatkem předávaných informací ještě více oslabena. Někdy může být proces předávání informací zpomalen také tím, že PK na oddělení pracuje jen jeden či dva dny v týdnu a na setkávání a seznamování se s dalšími kolegy, kteří pracují v jiné dny, tak vůbec nedojde (nebo jen zřídka).

Nedostatek informací mohou mít jak vedoucí pracovníci, kteří o práci PK na svém oddělení mají zájem, tak jejich kolegové z týmu, ale i další zdravotnický personál na oddělení. Co se týče **informovanosti vedoucích pracovníků,** tak se jedná především **o nejasnosti při vymezení pracovní náplně PK a jeho kompetencí**. Tento bod byl zmiňován nejen na skupinových diskuzích, ale i v rámci metodických porad. Z pohledu vedoucích pracovníků byla

problematická jak konkrétní náplň práce PK, tak například účast PK na poradách nebo i otázka přístupu PK do zdravotnické dokumentace.

„Trošku jsme si obecně řekli, že to bude někdo, kdo se nejen včlení do týmu, ale bude zároveň pomáhat té naší terapeutické práci a u pacientů. Ale přesně jsme nevěděli, co od něho máme očekávat předem a co mu můžeme přidělovat dokonce za pracovní úkoly… ta informovanost je nutná, a taky to, jak se takový člověk vlastně zařazuje do týmu, by mělo být přehlednější.“ (VL)

„Zaujalo mě, že využíváte peer konzultanty na skupinové práce s pacienty, to já jsem nezažil ani jednou.“ (VL)

Z pohledu PK byly rovněž zmiňovány některé kompetenční nejasnosti při příchodu na oddělení, ale nikoli tak silně jako z pohledu vedoucích pracovníků. Lze říci, že přítomní PK měli o náplni své práce jasnější představu než vedoucí pracovníci, zvláště v situaci, kdy přecházeli z jednoho oddělení na jiné a měli za sebou již delší praxi. Problematičtější se pro PK jevila zmiňovaná **neinformovanost ostatních pracovníků na oddělení,** přetrvávající i v delším časovém horizontu.

„Já jsem přišel do nemocnice a já jsem ani nevěděl, jestli můžu jít na pacientský pokoj.“ (PK)

„Když pominu nějakou tu nedůvěru, nebo počáteční opatrnost, tak opravdu sestry nevěděly, kdo jsem, proč tam jsem, co tam chci. Což pro mě bylo nepochopitelný, po takový době.“ (PK)

Jak peer konzultanti, tak vedoucí pracovníci se shodovali na tom, že při vymezování kompetencí PK se setkávali s otázkou, zda a do jaké míry **využívat PK jako doprovod pro pacienty** na jiné oddělení, na nákup s pacientem apod. Zdá se, že přítomní PK s tím problém povětšinou neměli, pouze musí být jasně definováno, že se nejedná o hlavní náplň jejich práce a že při doprovázení pacienta rovněž pracují na jeho zotavení. Někteří dokonce uváděli, že jim společné vyřizování věcí za zdmi areálu velmi pomohlo při navázání otevřenějšího vztahu s pacientem. Na druhou stranu je možné, že někteří PK doprovázení pacientů odmítají nebo se proti němu ohrazují. Proto je důležité mít rozsah těchto kompetencí mezi PK a týmem vyjasněný předem.

„Nevím úplně, jak je jeho náplň rozsáhlá a jaké jsou ty body, které má peer konzultant možnost obsáhnout .. protože vím, že jsme se dotkli jednoho peer konzultanta, že jsme ho posílali na vycházky s pacientem něco si nakoupit, a potřebovali jsme doprovod a on byl zaskočený tím, že má dělat doprovod.“ (VL)

„My to hodně využíváme, ty doprovody, náš peer to dokonce i jako by nabízí, když zjistí, že pro zotavení toho člověka je to důležité.“ (VL)

„Dělám všechno, co tu bylo řečeno …plus doprovody mimo areál, kam je potřeba, nakoupit, na úřad.“ (PK)

„..ale třeba dělám i doprovody, nebo nákupy, třeba sháním lidem, co tady není v léčebně a co je nutně potřeba a tak.“ (PK)

Jiné téma, které se v souvislosti s kompetencemi PK objevovalo v obou skupinách, se týká **typu pacientů, se kterými mají/mohou PK na oddělení** pracovat. Ukázalo se, že postoje vedoucích pracovníků se poměrně odlišují od postojů PK. Dle převažujícího názoru přítomných vedoucích lékařů má PK pracovat téměř výhradně s pacienty, kteří mají stejnou diagnózu jako on. Tento názor nicméně nemá oporu v odborné literatuře a také se neslučuje s názory ani se zkušenostmi samotných PK. Určitým podpůrným faktem „univerzální přenositelnosti“ zkušenosti PK je například práce v peer klubu. Zde se PK setkávají a pracují s pacienty, kteří mají různé diagnózy, a zdá se, že tento model funguje bez větších problémů. Z pohledu PK pracujících na oddělení se jeví jako nepříjemná, dokonce až neetická, situace, kdy by měli nějakému pacientovi z důvodu jeho diagnózy odmítnout podporu. Kromě toho deklarují, že práce s pacientem, který má jinou diagnózu než oni sami, je pro ně velmi obohacující a inspirující. Na druhou stranu rovněž přiznávají, nepřekvapivě, že je pro ně obvykle snazší sdílet svou zkušenost s pacientem, který má stejnou diagnózu jako oni. Opět se tedy jedná o téma, které by měl mít nemocniční tým a PK vyjasněné, optimálně ještě před jeho nástupem.

„Já bych řekl, že to je naprostý nesmysl, že by peer měl dělat jenom se svojí diagnózou, jako pokud to vyhovuje tomu peerovi, pokud je to jeho preference, tak určitě na to má právo, ale není to definice té práce, že peer pracuje jenom se svojí diagnózou …je to hroznej nesmysl, protože v tu chvíli vy vidíte člověka, ne diagnózu, ale člověka, kterýmu můžete pomoct, a on má jinou diagnózu a on ten člověk vidí, že tam pomáháte lidem kolem něj, ale jemu nemůžete pomoct.“ (PK)

„Ať jsem byl, kde jsem byl, tak tam žádná selekce nebyla, ale tak prostě jsou mi bližší (pozn. pacienti se stejnou diagnózou)“. (PK)

„Já jsem vždycky zohledňovala to, na jaký typ oddělení ten člověk jde, protože třeba, když bylo výběrový řízení pro oddělení X, tak se vybíral člověk, který má zkušenost s diagnózou X, aby se těm lidem mohl dobře přiblížit.“ (VL)

„Mně prostě i lidi s úplně jinýma zkušenostma a diagnózama inspirujou a obohacujou a vlastně je to zajímavá výzva s nimi pracovat, poznávat ty úplně jiný boje a zároveň se tam vždycky prolínají různý témata, sociální vyloučení, stigmatizace atd., a v tom mi to právě přijde super, jako fakt potřebný, že o tom to peerství je.“ (PK)

Problém zařazení peer konzultanta na oddělení v některých případech však vzniká již tím, že nemusí být jasné **přiřazení faktického pracovního prostoru PK na oddělení.** A nejedná se jen o to mít vymezený prostor s dostatečný soukromím pro konzultace s pacienty (viz dále), ale může se jednat už i o místo na převlékání, vaření kávy apod.

„Chvilku trvalo, než získal nějaké svoje zázemí, ale vyřešilo se to, aby měl svojí vlastní skřínku, někde místo, kam může složit věci. Protože kam ho zařadit, on nejde do kanceláří k lékařům,

nejde do kanceláře k staniční nebo sociální pracovnici, ani k psychologům, terapeut měl svůj prostor a bral to jako svoji kancelář … to jsou poměrně závažné otázky.“ (VL)

„Kde se převlíkají, kde se najedí .. kde si udělají kávu (pozn. peer konzultanti), to může být problém.“ (VL)

„U nás teda peer konzultant musí sdílet, my máme takový obýváček, kde sestry jedí a ten tým se schází, tak sdílí tenhle prostor, na něco je to pozitivní, na něco je to těžší.“ (VL)

Vzniká tedy otázka, **kdo, kdy a jak má vedoucí pracovníky a další zaměstnance informovat o pozici a příchodu PK,** tak aby se předešlo zbytečným nedorozuměním. V rámci projektu tuto úlohu plnily zmíněné **metodické porady** (reflektující schůzky), které byly facilitované dvěma externími konzultanty – expertem profesionálem a zkušeným externím peer pracovníkem - a účastnili se jich klíčoví pracovníci oddělení a peer konzultant(i). Přestože **jak v diskuzní skupině PK, tak v diskuzní skupině vedoucích lékařů si tyto schůzky účastníci chválili**, ukázalo se, že v některých případech se uskutečnily pozdě. Částečně také proto, že jejich přínos byl zprvu podceněn. Zpětně viděno by vedoucí lékaři i peer konzultanti velmi uvítali tento typ společné schůzky ještě před zařazením PK na oddělení.

„Když jsme začínali, tak jsme měli metodický porady, který nás uváděly na oddělení, a to oddělení mělo možnost zeptat se na všechny věci, které je k tomu zajímají. Pak uběhly dva měsíce, svolala se druhá metodická porada, a oni mohli sdílet, co jim je nejasné ještě po těch dvou měsících. Nicméně o metodickou poradu při přechodu PK na jiné oddělení si tehdy nezažádali.“ (PK)

„Smysluplnost metodických porad je obrovská.“ (PK)

„Ano, tady to padlo, že by asi mělo být připravené to začlenění, tzn. nejprve nějaká provozní schůze, kde se vlastně řekne všem členům týmu, že mezi nás někdo vchází. Aby nezačaly ty třenice, že se tam obmění třetí, čtvrtá směna a ta třetí, čtvrtá už neví, o koho se tam jedná.“ (VL)

Vedle přínosu metodických porad, na kterých bylo možné vyjasnit si pozici a kompetence PK v rámci týmu, byla především z pohledu PK zmiňována **důležitost styčné osoby na oddělení**, existence jakéhosi mentora z řad zaměstnanců oddělení. Tato osoba, ať už se jedná o vedoucího lékaře, staniční sestru nebo terapeuta, se zejména ze začátku peer konzultantovi věnuje, je jeho „průvodcem“ po oddělení a optimálně s ním pravidelně sdílí jeho pracovní zkušenosti a znalosti o pacientech. Tento průvodce/mentor může rovněž PK představit dalším zaměstnancům atp. Peer konzultanti, kteří měli tuto zkušenost, si ji velmi chválili a obvykle také jejich začlenění na oddělení probíhalo snadněji.

„Tomu peerovi velmi pomůže, když je na oddělení někdo, kdo v tu pozici věří a je ochoten se tomu peerovi věnovat, věnovat mu svůj čas, pomoct s tím, co on potřebuje, jako takovou jistotu mu tam dát, aby ten úvod na tom oddělení byl lehčí.“ (PK)

„Paní primářka mě tak jako by předala staniční sestře, která je moje taková mentorka, člověk důležitej klíčovej, s kterým nejvíc spolupracuju."

„Já jsem bohužel toho mentora nebo uvaděče neměl na žádným oddělení, tak ten nástup byl vždycky náročnej." (PK)

„My jsme tam přišli a nikdo nás neměl na starost, nikdo nevěděl, pod koho spadáme, kdo je kompetentní nebo zodpovědnej, to jsem vůbec nechápal, jak je tohle možný." (PK)

b) Podporující a limitující faktory pro vnímání PK jako plnohodnotného člena týmu

Další širší tematický okruh, který vyplynul z analýzy skupinových diskuzí a ze zápisů metodických porad, se týká vnímání PK jako plnohodnotného člena týmu na nemocničním oddělení. V rámci tohoto okruhu se nejvíce řešila čtyři témata: přístup PK do dokumentace, účast na PK poradách, prostor pro práci s pacienty a vztahy s personálem na oddělení.

„My jsme třeba nerozeznávali, jaká je tam míra, jak často má být součástí toho týmu, to je asi taky rozdílné oddělení od oddělení." (VL)

„Já si myslím, že jsem plnohodnotným členem a že jsem byl, i když tam byly nějaký třenice nebo tak. Vždycky mě brali, a byly tam lékařky, které mě braly velmi vážně, obracely se na mě, byli jiní, kteří mě nebrali tak vážně, ale vždycky jsem tam měl někoho, kdo se mnou spolupracoval velmi ochotně a rád." (PK)

Podle některých vedoucích lékařů by PK měl mít **přístup do zdravotnické dokumentace**, nebo do její části, podle jiných spíše nikoli. Podle první názorové skupiny je přístup peer konzultanta do dokumentace výhodný jak pro PK (získání informací důležitých pro jeho práci s pacientem), tak pro tým/vedoucího lékaře (vědí, co PK dělá a jak a s kterými pacienty pracuje). Podle druhé názorové skupiny by PK spíše neměl mít možnost nahlížet do dokumentace a to proto, že může všechny důležité informace získat ústně na poradách apod., někdy rovněž vedoucí pracovníci nechtějí PK zatěžovat zbytečnou administrativou. Menší části vedoucích pracovníků se ústní předávání zdá bezpečnější a/nebo i přínosnější pro týmovou komunikaci a spolupráci. Avšak pokud platí, že je obtížné vyhradit PK jeho pracovní prostor na oddělení, pak peer konzultant nemá faktickou možnost přístupu do počítače nebo je složité jej zajistit.

Nelze jednoznačně říci, zda přístup do dokumentace ovlivňuje pozitivně nebo negativně vnímání PK jako plnohodnotného člena týmu. Lze však spekulovat, že tato kompetence může jeho rovnocenné postavení v týmu spíše posilovat, než umenšovat. V záznamech z metodických porad se ve spojitosti s peer konzultanty často uvádí, zda PK možnost zápisu do dokumentace má či nemá, případně, zda by takovou možnost měl mít.

„On se chce vlastně zeptat ..když je to zakázka od nás, tak se chce doptat, a když je to zakázka od něj, tak si chce potvrdit, že jde správným směrem (pozn. s pacientem), takže využívá porady, i když vím, že má přístup do hippa." (VL)

„Je to otázka zase toho místa, nevím, kde by se u nás třeba do počítače díval." (VL)

V souvislosti s tím, zda je PK vnímán jako plnohodnotný člen týmu, se otevřela i **otázka účasti PK na poradách**, komunitách apod. Lze říci, že PK se obvykle porad běžně účastní. Nižší frekvence účasti na poradách je často dána zkráceným pracovním úvazkem PK. Problematičtější se jeví, pokud se peer konzultant porad neúčastní vůbec (například pracuje jen jeden v týdnu apod.). Pak to již může značně omezovat spolupráci s týmem, stejně jako předávání informací, což zpomaluje proces zařazení PK do týmu. Navíc právě na poradách se může tým dozvědět od PK informace, které rozšiřují ustálený pohled na pacienty a tím si PK může postupně získat důvěru týmu a vice versa. Účast na poradách se jeví jako podstatný faktor pro vnímání PK jako plnohodnotného člena týmu.

„Každé oddělení pracuje úplně jinak, a má úplně jinou klientelu. U nás peery zapojujeme i do týmu a podílí se na vytváření i plánu s tím pacientem, zúčastňují se i velké vizity, i porady.“ (VL)

„Vždycky je to tak, že se musíme potkat a na nějaké poradě si říct, jak to s daným člověkem šlo a jak to proběhlo.“ (VL)

„Peer terapeut nám sděluje přání pacientů. Něco, na co my se zapomínáme zeptat, co si přejou, tak tu poradu to trošku vrací na zem. Samozřejmě my máme nějakou představu, že pro toho pacienta je to nejlepší, ale když on to nechce a přeje si něco jiného, tak to obvykle nedopadne. Je to takový pohled, jak to zažil svého času ten peer terapeut, že poslouchal spoustu rad, ale on si přál něco jiného a nakonec bylo dobré, že neuposlechl ty odborný rady například. Takže já to beru tak, že nás to trošku vrací na zem, že se držíme při zemi, to je klíčové.“ (VL)

Téma pracovního prostoru pro PK již bylo zmíněno výše, tentokrát se však nejedná o prostor vyhrazený pro PK ale o **prostor, kde PK může hovořit s pacienty**, což do jisté míry může rovněž ovlivňovat vnímání PK ostatními členy týmu nebo zaměstnanci na oddělení. Je spíše běžné, že PK nemá místnost, kde by mohl s pacientem mluvit o samotě, a jejich rozhovor se tak odehrává na chodbě nebo, jestliže je ta možnost, na procházce. V případě, že se rozhovory s pacienty odehrávají na chodbě, je logické, že peer konzultanti upozorňují na nedostatek soukromí. Mezi zásadní limity patří zejména diskomfort pacienta, který si při rozhovoru musí dávat pozor, aby se příliš neodkryl před personálem, před ostatními pacienty, zároveň může být kdykoliv rozhovor přerušen jiným pacientem nebo personálem atp. následně není snadné jej znovu navazovat. Jindy, pokud PK vedl rozhovory s pacienty v prostoru sdíleném s jinými zaměstnanci, se stávalo, že byli vyrušeni a museli prostor opustit. Proto peer konzultanti, pokud je to možné, často volí procházku s pacientem po areálu. Mají s tím velmi dobrou zkušenost a vnáší tak i změnu do pacientova režimu. Dokonce je rozhovor s pacientem na procházce preferován před rozhovorem v místnosti, právě pro svoji přidanou hodnotu.

„Já v tom vidím to, že z pohledu pacienta bych nechtěl, aby mě ostatní pacienti viděli v tom zranitelným stavu, protože oni jsou tam na svojí cestě, já na tý svojí a nechci, aby v tu chvíli mě někdo viděl odkrytýho, zranitelnýho a takhle, někdo jinej, kdo není prostě ten pracovník. Já se otevírám čistě tomu peerovi a prostě je to osobní věc.“ (PK)

„I když věřím tomu peerovi, ale budu s ním sedět na tý chodbě a teď bych s ním chtěl sdílet nějaký důležitý téma, nevím, jak sám budu reagovat, jestli se mi roztřese se hlas, nedej bože, že bych se rozbrečel, tak samozřejmě nechci, aby k tomu došlo na chodbě, takže se mu prostě neotevřu, a je to čistě tím prostředím a vůbec ne tím peerem.“ (PK)

„Na té chodbičce nebo na té chodbě na těch křesílkách s vámi nebude zabíhat do velkých podrobností. V té místnosti, která je k tomu určená, se s těmi lidmi mluví mnohem lépe než někde na křesle na chodbičce.“ (PK)

„Když je hezký počasí a ten pacient na to je, tak radši jdeme přirozeně na vycházku, než být v ústavu.“ (PK)

To, že PK nemá vlastní místnost, může vyvolávat pochybnosti některých zaměstnanců o náplni jeho práce. Na druhou stranu PK, tím, že je často přítomen na oddělení, může sledovat práci jiných zaměstnanců. Oboje může vést k nepříjemným a někdy až konfliktním situacím, což následně ovlivňuje **vzájemné vztahy**. Dle zápisů z metodických porad se zdá, že právě na těchto poradách došlo k první možnosti, kdy mohli peer konzultanti sdílet své zkušenosti se členy týmu nebo dalšími zaměstnanci na oddělení, ať už pozitivní nebo negativní, v tom druhém případě pak měly potenciál situaci zlepšit. Níže uváděné citace jsou příkladem jak negativních, tak i pozitivních vzájemných vztahů na oddělení.

„Opravdu to chce pořád mluvit i s tím týmem, protože sestry nebo ošetřovatelky mají dost často pocit, že on (pozn. peer konzultant) tu nic nedělá, on tu jenom sedí a povídá si s pacientama, kdežto my běháme a děláme tohleto.“ (VL)

„Naše sestry jsou rády, že jim odpadlo zotavení, protože by se sestry vlastně měly podílet taky na zotavení a každá sestra by měla doprovázet svýho pacienta v rámci programu zotavení na tom oddělení, a vlastně jí ten peer konzultant pomáhá, protože na těch společných poradách se ta sestra dozví hodně o tom doprovázení.“ (VL)

„Je tam takový trošku izolovaný, nedá se říct, že by ho sestry integrovaly.“ (VL)

„Ten jejich přístup extrémně silně kontrastuje s tím naším, protože my jsme tu pro ty lidi a oni dělají úplně jiným způsobem.“ (PK)

„Když jsem tam přišel s nějakým problémem nebo s něčím za staniční nebo nějakou jinou sestrou, tak bylo vidět, že strašně obtěžuju.“ (PK)

„Teď na oddělení, na kterým jsem, tam je úplně jinej přístup sester a hlavně staniční, tu opravdu ta práce zajímá.“ (PK)

„Po roce si toho všiml i vedoucí lékař, že se ke mně ten střední personál chová hrozně, a začal je cepovat, tak se to trochu obrátilo.“ (PK)

c) Nelehká role PK při sdílení informací - pacienti vs. tým

V předchozím bodě byl zmíněn přínos společných porad, na kterých si PK a ostatní členové týmu vyměňují důležité informace. Z diskuzí nicméně vyplynulo, že **PK nemají při sdílení informaci vždy úplně jednoduchou pozici, jelikož je pro ně důležité udržet si jak důvěru pacientů, se kterými pracují, tak důvěru týmu, jehož jsou členem.** Peer konzultanti řeší tyto problematické situace, nebo jim předchází, různými cestami. Někteří PK hned na úvod pacientovi oznámí, že zásadní informace vždy sdílí s celý týmem. Jiní se s pacientem domluví na tom, zda danou důležitou informaci sdělí pacient sám (lékaři, terapeutovi) nebo zda ji (lékaři, terapeutovi, týmu) předá právě PK. Vedoucí lékaři a další z týmu obvykle informace od PK oceňují a pozitivně hodnotí jejich přínos především pro samotného pacienta, na druhou stranu by přínos PK neměl být zužován na „nositele informací“, což může být někdy takto vnímáno. Sami vedoucí lékaři si všímali, že pozice PK není v tomto směru úplně jednoduchá. Je otázkou, zda je PK blíže pacientům, nebo nemocničnímu týmu nebo se nachází někde uprostřed a působí jako most mezi pacienty a ostatními zdravotníky. Pravděpodobně se jeho pozice mění v čase, svůj vliv má typ oddělení, způsob práce PK a jistě i samotná osobnost PK.

„…chtěli, jestli bych nemohl říct třeba víc ohledně něčeho. A v tu chvíli se zarazím a těžko se mi na to jako reaguje, protože nechci jako by zklamat ty pacienty a zároveň nechci zklamat ten tým, takže v tom je někdy problém, stává se to.“ (PK)

„Já se snažím to moc jako nerozvádět, jenom když je opravdu něco důležitýho, a je to pro toho pacienta, tak se snažím přinášet nějakou podporu na těch poradách pro toho pacienta k tomu týmu. A spíš pacienta podpořit v tom kontaktu. Jsem takovej prostředník mezi těma doktorama a těma pacientama.“ (PK)

„Když narazíme na něco takového závažnějšího, o čem si myslím, že by tým měl vědět, tak já se toho pacienta nebo pacientky ptám, jestli souhlasí, abych to sdílel dál, protože to považuju za důležité i pro ostatní členy ošetřujícího týmu.“ (PK)

„Když se mi stalo, že pacient opravdu byl nějaký špatný a řekl mi něco závažnýho, tak jsem ho většinou přesvědčil, aby to šel říct sám.“ (PK)

„Když on ten peer je s námi na poradách, tak on to najednou vidí v tom celým rozsahu, a pak pro něj bejt tím mostem, je podle mě hodně těžký.“ (VL)

„Tak přemýšlím, s kým ten peer terapeut pije kafe, či s pacienty nebo s námi.“ (VL)

d) Nadměrné sledování zdravotního stavu PK a nastavení hranic

Jiným úskalím, se kterým se PK setkávají při své práci v týmu, je **přespříliš pečující dohled vycházející z obavy lékařů o zhoršení zdravotního stavu PK, nejčastěji kvůli přepracovanosti**. Jindy se lékaři obávají **zneužití obětavosti PK určitými pacienty**. Někteří vedoucí lékaři si tento svůj postoj uvědomují a pokládají jej za běžnou součást své práce, peer je jejich pohledem

prostě nemocný člověk. Jiní nemají tolik opatrovnický postoj a více se spoléhají na to, že PK si sám řekne, když bude práce nad jeho možnosti/schopnosti. Příliš opatrovnický a dohlížecí postoj lékařů vnímají peer konzultanti spíše negativně, lze jej totiž chápat jako projev nedůvěry ke schopnostem PK (což naráží na vnímání PK jako plnohodnotného člena týmu). PK během své praxe obvykle sami zažili hospitalizaci nebo zhoršení své nemoci a přerušení práce. Nemají problém s tím, že na ně někdo na oddělení jemně monitoruje jejich pracovní nasazení nebo zdravotní stav. Zpětná vazba je v tomto směru pro ně důležitá (jak zaznělo i na reflektujících schůzkách). Nicméně nemělo by se jednat o přespřílišné sledování.

„Já třeba u toho našeho, i když se snažím, aby ne, tak furt ho beru jako nemocnýho člověka, protože se tak chová a nechová se jako terapeut.“ (VL)

„Když to slyšíte prostě desetkrát a víc, že opatruj se, nemáš toho moc atd., tak už si začnete říkat, že už to hraničí s projevem nedůvěry ve mně a už to není příjemný.“ (PK)

„Sami se musíme hlídat, nicméně jsme pod neustálým dozorem lékařského personálu. To bylo od začátku: špatně jste se vyspal? berete léky? A v podstatě jo, je to takový nepříjemný, pořád si nás všímají, nejsme pacienti, ale sledují nás.“ (PK)

„Možná po té první zkušenosti, kdy jsme se dostali do fáze, že se peer konzultant zhoršil až do neschopenky, tak jsme asi byli obezřetnější k tomuto členu týmu, a priori, ale bylo to trochu zbytečné, protože se to rozpustilo tou dobrou prací. A on se zná a dokázal si říct, jak to tu už padlo, že na mě je toho teď moc. Tuto větu jsem víckrát slyšel, na mě je moc práce, necítím se, potřeboval bych dva dny do konce týdne volno, v pondělí zase přijdu. Víc jsme nepotřebovali slyšet, my jsme vždycky vyšli vstříc, a ta informace byla důležitá a vždycky se vyhovělo.“ (VL)

e) Hodnocení reflektujících schůzek a supervizí realizovaných v rámci projektu

Lze shrnout, a v předchozích bodech to již zaznělo, že jak mezi diskutujícími, tak v zápisech z reflektujících schůzek **panovala shoda na přínosu těchto schůzek (tzv. metodických porad) týmu s PK a s externími konzultanty. Zvláště přínosné byli při příchodu PK na oddělení**, ale ukázaly se přínosné i později pro vyjasnění a zklidnění některých konfliktních situací. Jako limitující faktor se bohužel jeví nízká účast zaměstnanců na těchto schůzkách, což vede k tomu, že se informace nedostanou ke všem (nebo alespoň k většině) zaměstnancům.

Rovněž v řadách peer konzultantů byla **shoda na přínosu společných supervizí pro peer konzultanty**. Jsou důležité pro sdílení, vzájemnou podporu a předávání zkušeností mezi PK. Nicméně limitující pro jiná zařízení než je PNB, by mohlo být, že takové supervize není možné realizovat v nemocnici, kde je pouze jeden či dva peeři.

„Takže zůstat u supervizí, ano, určitě, supervize jsme tu nezmiňovali, ale jsou velmi důležité, ty speciální peer konzultantské supervize.“ (PK)

Je možné říci, že jak mezi vedoucími pracovníky, tak mezi peer konzultanty panovala **shoda v přínosu práce PK pro pacienty, pro tým a i pro peery samotné**. Do týmu přináší PK téma zotavení a pomáhá jeho členům rozšířit pohled na pacienty a jejich potřeby.

„Ta práce mě nabíjí, já se do práce těším vždycky.“ (PK)

„Možná nám pacienti, díky peerovi, víc důvěřují, že to není my a oni.“ (VL)

5. Závěr

Z kvantitativní části evaluace vyplývá poměrně vysoké hodnocení pozitivního vlivu jak peer konzultanta, tak ošetřujícího lékaře psychiatra na osobní zotavení pacienta. Vliv obou pracovníku lze vnímat jako synergický, což je celkově ku prospěchu pacienta. Pozitivní hodnocení však klesá s celkovou dobou konzultace, která je pacientovi během jeho hospitalizace věnována, ať už ze strany peer konzultantů nebo ošetřujících lékařů.

Pacienti uváděli, že peer konzultant posiluje nebo zvyšuje jejich sebevědomí a dodává jim podporu do života. Oceňovali jeho zkušenost s nemocí, i díky tomu dostávali porozumění a pochopení, naději a útěchu. Přínosná je pro pacienta již samotná komunikace s peer konzultantem, ať už má PK roli spíše pasivní (naslouchá, pacient se může vypovídat) nebo aktivní (dialog s přesahem, někdy též informace o nemoci). V souvislosti s tím je zmíněno i téma důvěry v PK, tzn. že si informace od pacienta nechává pro sebe. Jiné téma, které se vícekrát objevilo, se týkalo změny oproti každodenní nemocniční rutině, kterou peer konzultant vnáší do jejich života (společné procházky atp.). V jednom případě byl PK označen za „vstupní bránu k pacientům a sestřičkám“. U ošetřujících lékařů pacienti navíc zdůrazňovali informace, které získávají o medikaci a o nemoci.

Z kvalitativní části evaluace vyplynulo, že při nástupu peer konzultanta do týmu/na oddělení se jako nejvíce problematický jevil jednak nedostatek informací o příchodu PK mezi zaměstnanci oddělení a jednak s tím úzce související zprvu nejasné vymezení rozsahu jeho kompetencí a náplň práce z pohledu. Mezi často řešené otázky ohledně kompetencí PK patřila míra využívání PK jako doprovodu pro pacienty a typ pacientů, se kterými mají/mohou PK na oddělení pracovat. Pro zařazení PK do týmu a do chodu oddělení je rovněž důležité mít vyřešeno přidělení faktického prostoru PK na oddělení (např. pro převlékání). Pro překonání (nejen) těchto nejasností a pro řešení nebo předcházení případným konfliktům se jevilo jako velmi nápomocné společné setkání s týmem, peer konzultantem a externími facilitátory v podobě reflektující schůzky, které mohlo být realizováno právě v rámci projektu. Jiným důležitým bodem přijímání a začleňování PK do týmu nebo na oddělení je existence styčné osoby („průvodce“, mentora) pro PK na oddělení, alespoň na počátku „adaptačního“ období.

V rámci tematického okruhu PK jako plnohodnotného člena týmu na nemocničním oddělení se nejvíce řešila čtyři témata: přístup PK do dokumentace, účast na PK poradách, prostor pro práci s pacienty a vztahy s personálem na oddělení. Podle některých vedoucích lékařů by PK měl mít přístup do zdravotnické dokumentace, nebo do její části, podle jiných spíše nikoli. Někdy je preferována možnost sdílet informace ústně a na poradách, na kterých by PK neměl chybět. Nelze jednoznačně říci, zda přístup do dokumentace ovlivňuje pozitivně nebo

negativně vnímání PK jako plnohodnotného člena týmu. Lze však spekulovat, že to může jeho rovnocenné postavení v týmu spíše posilovat než umenšovat. Účast na poradách se jeví jako podstatný faktor pro vnímání PK jako plnohodnotného člena týmu. Z hlediska prostor, kde PK může hovořit s pacienty, je spíše běžné, že PK nemá místnost, kde by mohl s pacientem mluvit o samotě, a jejich rozhovor se tak odehrává na chodbě nebo, jestliže je ta možnost, na procházce. To, že PK nemá vlastní místnost, může vyvolávat pochybnosti některých zaměstnanců o náplni jeho práce. Na druhou stranu PK, tím, že je často přítomen na oddělení, může sledovat práci jiných zaměstnanců. Obě situace se mohou ukazovat jako nepříjemné, pro PK nebo pro ostatní zaměstnance, a následně mohou spíše negativně ovlivňovat vzájemné vztahy. Právě reflektující schůzky byly někdy první možností, jak sdílet zkušenosti PK se členy týmu nebo dalšími zaměstnanci na oddělení, ať už pozitivní nebo negativní, v obou případech však měly potenciál situaci zlepšit.

Z diskuzí dále vyplynulo, že PK nemají při sdílení informaci vždy úplně jednoduchou pozici, jelikož je pro ně důležité udržet si jak důvěru pacientů, se kterými pracují, tak důvěru týmu, jehož jsou členem.

Jiným úskalím, se kterým se PK setkávají při své práci v týmu, je přespříliš pečující dohled vycházející z obavy lékařů o zhoršení zdravotního stavu PK. Příliš opatrovnický a dohlížecí postoj lékařů vnímají PK spíše negativně, lze jej totiž vnímat jako projev nedůvěry ke schopnostem PK (což naráží na vnímání PK jako plnohodnotného člena týmu).

Reflektující schůzky i supervize v rámci skupiny PK byly všeobecně oceňovány a lze říci, že jejich přínos přesáhl nebo alespoň vyvážil problematické oblasti, se kterými se PK i týmy potýkají při této do jisté míry stále ještě průkopnické práci. Evaluace také potvrdila vnímaný přínos peer konzultantů pro hospitalizované pacienty i týmy, kde peer konzultanti působí.

6. Použitá literatura

Anthony, W. A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, *16*(4), 11–23. https://doi.org/10.1037/h0095655

Foitová, Z., Stuchlík, J., & Heřt, Z. (2014). *ZAPOJENÍ PEER KONZULTANTŮ DO KOMUNITNÍ A LŮŽKOVÉ PÉČE O DUŠEVNÍ ZDRAVÍ, 2. vydání*. dostupné online: https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/manual_WEB_1.pdf

Kotake, R., Kanehara, A., Miyamoto, Y., Kumakura, Y., Sawada, U., Takano, A., Chiba, R., Ogawa, M., Kondo, S., Kasai, K., & Kawakami, N. (2020). Reliability and validity of the Japanese version of the INSPIRE measure of staff support for personal recovery in community mental health service users in Japan. *BMC Psychiatry*, *20*(1), 1–10. https://doi.org/10.1186/s12888-020-2467-y

Williams, J., Leamy, M., Bird, V., Le Boutillier, C., Norton, S., Pesola, F., & Slade, M. (2015). Development and evaluation of the INSPIRE measure of staff support for personal recovery. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *50*(5), 777–786. https://doi.org/10.1007/s00127-014-0983-0