



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

# ZPRÁVA O PŘÍNOSU ZAPOJENÍ PEER KONZULTANTŮ

ŘÍJEN 2015

Vzdělávání a trénink osob s duševním onemocněním na pozici peer konzultant  
(CZ.2.17/2.1.00/37188)



OPERAČNÍ PROGRAM PRAHA  
ADAPTABILITA



EVROPSKÁ UNIE

Evropský sociální fond  
Praha a EU – Investujeme do vaší budoucnosti

## **OBSAH**

<b>EVALUACE PROJEKTU – SOUHRN A DOPORUČENÍ .....</b>	<b>3</b>
<b>HODNOCENÍ KVANTITATIVNÍCH DAT.....</b>	<b>6</b>
<b>PERR PODPORA OČIMA KLIENTŮ – ZPRÁVA Z KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU.....</b>	<b>11</b>
1. Cíl evaluace, metodologie a výběr respondentů, data.....	11
2. Přínos zkušenosti peer konzultanta s duševní nemocí pro klienty .....	11
a) Zkušenost peer konzultanta s duševní nemocí jako důležité pozadí spolupráce.....	11
b) Zkušenost peer konzultanta s duševní nemocí jako povzbuzení a naděje.....	13
c) Zkušenost peer konzultanta s duševní nemocí jako cesta k (vzájemnému) pochopení .....	15
3. Hranice ve vztahu mezi peer konzultantem a klientem.....	17
a) Symetrické momenty v asymetrickém vztahu .....	17
b) Přátelství a profesionální vztah .....	18
4. Obsah spolupráce peer konzultanta s klientem .....	19
5. Porovnání výsledků evaluace s českými i zahraničními studii - závěry .....	21
a) Téma 1: Přínos zkušenosti peer konzultanta s duševní nemocí pro klienty .....	22
b) Téma 2: Hranice ve vztahu mezi peer konzultantem a klientem .....	23
c) Téma 3: Obsah spolupráce peer konzultanta s klientem .....	24
<b>FOCUS GROUP S PEER KONZULTANTY .....</b>	<b>25</b>
<b>SHRNUTÍ FOCUS GROUP SE ZÁSTUPCI POSKYTOVATELŮ SLUŽEB (NADŘÍZENÝMI PEER KONZULTANTŮ) .....</b>	<b>27</b>
<b>ZKUŠENOSTI SE SUPERVIZNÍ PODPOROU V RÁMCI PROJEKTU.....</b>	<b>29</b>
<b>SOUVISLOSTI TÉMATU ZOTAVENÍ A ZAPOJOVÁNÍ PEER KONZULTANTŮ.....</b>	<b>30</b>
<b>LIDÉ S VLASTNÍ ZKUŠENOSTÍ S DUŠEVNÍ NEMOCÍ V POMÁHAJÍCÍCH ROLÍCH.....</b>	<b>36</b>

## EVALUACE PROJEKTU – SOUHRN A DOPORUČENÍ

*Období realizace: 1. 1. 2015 – 31. 10. 2015*

*Odborní garanti projektu: MUDr. Zuzana Foitová a MUDr. Jan Stuchlík.*

*Projektová manažerka: Bc. Barbora Holá, email: [hola@cmhcd.cz](mailto:hola@cmhcd.cz), GSM: +420 775 555 517*

*Dále se do projektu zapojili jako lektoři a vedoucí metodických porad či supervizí: Bc. Michal Kašpar, Mgr. Vladimíra Křížová, Petr Šípek, Jiří Štefl a Mgr. Magdaléna Štochllová.*

Tato evaluační zpráva se opírá o několik samostatných částí, kterými jsou: výstupy z focus group s vedoucími týmů, do kterých byli peer konzultanti zapojeni; výstupy z focus group s peer konzultanty, zpráva z kvalitativního výzkumu založená na sedmi hloubkových rozhovorech s klienty peer konzultantů doplněná o rešerši poznatků z tuzemského a zahraničního výzkumu, shrnutí zkušeností ze supervizí a kvantitativní vyhodnocení projektu. Zahrnutím velkého množství různých zdrojů, pohledů a technik, jsme získali poměrně ucelený obraz o průběhu a výsledcích projektu, který tu předkládáme.

### **Silné stránky**

Podářilo se naplnit všechny hlavní indikátory projektu – 10 osob bylo připraveno na práci peer konzultanta a 8 osob s vlastní zkušeností s duševní nemocí bylo zapojeno do sociálních služeb pro tuto cílovou skupinu (v jednom týmu došlo v průběhu odborné stáže k výměně pracovníka na pozici peer konzultanta). Pět ze sedmi zúčastněných týmů pokračuje v udržení peer konzultanta i po skončení projektu.

<b>Tým</b>	<b>Zapojovali PK do individuální / skupinové práce s klienty:</b>	<b>U kolika klientů se spolupráce dařila?</b>	<b>U kolika klientů se spolupráce nepodařila?<sup>1</sup></b>	<b>Po ukončení projektu organizace nadále zaměstná PK na pozici:</b>
1	do individuální i skupinové	16	4	peer konzultant
2	do individuální i skupinové	2	0	peer konzultant
3	do individuální i skupinové	5	1	vedení výtvarné volnočasové skupiny
4	do individuální i skupinové	4	0	peer konzultant
5	do individuální i skupinové	8	2	peer konzultant
6	do individuální i skupinové	11	0	peer konzultant
7	do individuální i skupinové	6	0	ještě není rozhodnuto
<b>Celkem</b>		<b>52</b>	<b>7</b>	

<sup>1</sup> Rozhodnutí, jaké případy zařadit mezi podařenou spolupráci a jaké mezi nepodařenou, bylo zcela na pracovníkovi služby, který vyplňoval dotazník. U nepodařené spolupráce mohlo jít například o případy, kdy se klienti přestali s peer konzultantem (z různých důvodů) stýkat.

Součet případů podařené a nepodařené spolupráce nemusí nutně souhlasit s celkovým počtem klientů, s nimiž peer konzultant pracoval, protože do nich pracovníci mohli, ale nemuseli započítávat klienty ze skupinových aktivit.

Potvrdilo se, že koncept zapojování peer konzultantů do profesionálních týmů, tak jak je v ČR replikován CRPDZ, je reálný a naplňuje všechna tři hlavní očekávání spojovaná s touto inovací.

- 1) Peer konzultanti představují přidanou hodnotu pro klienty služeb  
*zdroj: kvalitativní výzkum*
- 2) Profesionální týmy profitují ze zapojení peer konzultantů jako plnohodnotných členů týmu se specifickou rolí  
*zdroj: focus group s poskytovateli služeb*
- 3) Peer konzultanti získávají zkušenosti v nové pracovní roli, využitelné pro jejich další osobnostní růst  
*zdroj: focus group s peer konzultanty, zkušenosti ze supervize*

Hodnocený projekt měl tu velkou výhodu, že navazoval na velmi úspěšný pilotní projekt s podobným obsahem realizovaný CRPDZ v letech 2012 – 2014 v deseti sociálních službách po celé ČR. K dispozici byla kvalitní metodika, literatura týkající se zotavení (recovery), ale především tu byli konkrétní peer konzultanti s více než roční praxí v nové roli, ochotní zapojit se do replikace modelu v Praze. Tito „senior peer konzultanti“ byli zapojeni jako lektoři do tréninku nových peer konzultantů, sloužili jako příklady dobré praxe během stáží na svých pracovištích, podíleli se na vedení metodických porad určených k přípravě týmů na vstup peer konzultanta a na vedení skupinových supervizí pro peer konzultanty.

Kvantitativní vyhodnocení činností a absencí peer konzultantů potvrdilo, že peeri podávají kvantitativně srovnatelné výkony jako ostatní členové týmů a jejich absence nepředstavují významnou zátěž pro poskytovatele. To je i přes nižší validitu těchto zjištění, způsobenou obtížně porovnatelnými metodikami zaznamenávání výkonů, povzbudivá zpráva.

V rámci projektu se uskutečnil kvalitativní výzkum založený na hloubkových rozhovorech se 7 klienty, kteří individuálně spolupracovali s peer konzultanty. Výzkum potvrdil přínos spolupráce s peer konzultanty pro klienty. Respondenti hovořili o významu osobní zkušenosti peer konzultanta, kterou spojovali s *pochopením, vzájemností* a otevíráním perspektiv *naděje*. Ukázalo se, že vlastní zkušenost je považována za zásadní přidanou hodnotu peer konzultanta, i když je během setkávání sdílena ve velmi různé míře a někdy spíše okrajově. Výzkum poukázal na významné *symetrické momenty* ve vztazích mezi klienty a peer konzultanty, které jsou ve hře i přesto, že základní situace „placený člen týmu – klient“ je spíše asymetrická. I když respondenti mluvili o méně formálním až přátelském setkávání, rozpoznávali, že se v případě peer konzultanta jedná o člena pomáhajícího týmu. Některé prvky peer konzultantství jako je velká diverzita v náplních práce a obsahové překrývání s rolami sociálních pracovníků a psychologů svědčí pro to, že se nacházíme teprve na začátku ustavování nové svébytné profese.

### **Slabé stránky**

Limitujícím faktorem projektu byla bezpochyby velmi krátká doba realizace (10 měsíců). Tento limit se odvíjel od parametrů projektové výzvy OPPA a nebylo možné jej překročit. Při potřebě uskutečnit všechny nutné přípravné kroky – tedy zejména trénink budoucích peer konzultantů, jejich stáže v týmech, kde tato role již byla úspěšně implementována a metodické porady pro zúčastněné týmy - zbylo na vlastní zaměstnání peer konzultantů pouhých 7 měsíců, v jejichž rámci zároveň většina peer konzultantů absolvovala časově náročný kvalifikační kurz pro pracovníky v sociálních službách.

Ve srovnání s projektem CRPDZ realizovaným 2012 – 2014 byla u některých zapojených týmů zřejmá nižší připravenost důsledně zavést tuto novou roli. Mohlo to být způsobeno řadou faktorů. Za nejpravděpodobnější považujeme skutečnost, že některé týmy ve stejné době procházely personální obměnou, případně plnily i jiné úkoly, což jim bránilo věnovat zapojení peer konzultanta potřebnou pozornost a energii. V případě delšího časového horizontu projektu by zřejmě bylo možné oslovit i jiné potenciální týmy - zájemce o zapojení peer konzultanta nebo prostě počkat, až se tým stabilizuje

a nastane pro něj „ten správný čas“. Ukázalo se jako nevhodné, aby byl nový peer konzultant vybírán managementem organizace bez přímého zapojení týmu, kterého se rozšíření týká. Pracovníci pak logicky vnímali celý proces jako něco vnějšího a vznikla zbytečná bariéra. Pravděpodobně vlivem výše uvedených okolností došlo v jednom ze zapojených týmů ke změně peer konzultanta, která byla z našeho pohledu komunikována méně, než by bylo vhodné. V průběhu začleňování tým nevyužil s ohledem na obtíže další možnosti podpory – individuální supervize, metodická podpora ze strany realizátora projektu. V některých týmech také peer konzultanti zpočátku čelili neporozumění této roli a celkově nízké podpoře ze strany kolegů. I přes tyto počáteční obtíže se ve většině týmů podařilo vzájemně vyjasnit stanoviska s peer konzultanty, zajistit základní podmínky pro výkon práce (přístup k počítači, místo v kanceláři aj.) a situace se stabilizovala. Jak již jsme zmínili, uvedené nedostatky přičítáme především působení kombinace vnějších faktorů; nechceme z dílčích potíží při realizaci obviňovat zapojené organizace, ani ty, kteří se odhodlali „jít s kůží na trh“, tedy peer konzultanty. Uvedené nedostatky vnímáme především jako impulzy pro sebereflexi a hledání cest, jak co nejlépe implementovat tento model zapojení peer pracovníků v profesionálních týmech.

### **Doporučení pro praxi**

#### *Manažerská doporučení:*

Potvrdilo se nám, že proces zapojování peer konzultantů vyžaduje pozornost a energii, mentální kapacitu, připravenost ke změně. Je důležité mít dostatek času na implementaci. Podle našich nejnovějších zkušeností je 12 měsíců minimální doba na realizaci podobného záměru.

Stále více jsme přesvědčeni, že se jedná o proces na úrovni organizace i týmu. Klíčové je, aby členové týmu byli v maximální možné míře „vlastníky“ celého procesu, tedy aby byli přizváni už do prvotních úvah o zapojení peer konzultantů, aby byly zapojeni do výběru peer konzultantů.

Při podpoře týmů i peer konzultantů je vhodné počítat s možností ad hoc individuálního poradenství a podpory pro případ neshod a konfliktů. Zároveň se ukazuje jako vhodné, organizovat podporu ve velké míře na skupinové bázi. Například je výhodné, aby supervize pro peer konzultanty probíhala primárně jako skupinová.

Pro podporu a zavádění role peer konzultantů jsou klíčoví „senior peer konzultanti“. Měli by být přítomní ve všech fázích procesu od začátku až do konce. Jejich roli není racionálně omezovat jen na přípravu budoucích peer konzultantů, je vhodné je zapojit i do metodických konzultací s týmy a do supervizí.

#### *Doporučení pro vzdělávání*

Kurz pro peer konzultanty s účastí zkušených peer konzultantů nadále vnímat jako základní vstupní průpravu pro všechny nové peer konzultanty. Návazně na kurz by mohlo probíhat další setkávání se zkušenými peer konzultanty. Jako vhodné se také zdá seznámit přijímající týmy detailně s obsahem tohoto kurzu.

Doporučit peer konzultantům další vzdělávání zaměřené na komunikační dovednosti.

Doporučit a v rámci možností nabízet další specializované vzdělávání pro peer konzultanty – zejména kurzy WRAP (Wellness recovery action planning).

Pro vzdělávání týmů, lze doporučit průpravu v tématech recovery a role peer konzultantů. Jako doplněk ke vzdělávání a supervizi je vhodné dát týmům možnost vyžádat si individuální konzultace. Jako vhodná se jeví rovněž podpora týmů při začleňování peer konzultanta formou skupinových setkání zástupců jednotlivých týmů určených především k vzájemné výměně zkušeností a inspiraci.

#### *Doporučení pro úspěšné zapojení peer konzultanta do týmu*

Níže formulujeme předpoklady, které podle našich posledních zkušeností představují kritické ingredience pro úspěch celého procesu. Vzhledem k náročnosti úkolu si klademe otázku, zda

v případě týmu nebo osoby peer konzultanta, který se nezdá být připraven na změnu, je efektivní celý proces začínat.

#### TÝM:

- Ustálený, dostatečně velký, který souhlasí se zapojením peera a aktivně se podílí na jeho výběru
- Proškolený v tématu recovery, role peer konzultanta, jeho pracovní náplně, jeho zaučení a další podpory
- Materiálně a finančně vybavený
- S připraveným plánem zaučení peera a určenou osobou průvodce/mentora, vč. vytipování vhodných klientů do začátku
- S realistickým očekáváním (neochraňovat, ani nepřeceňovat; respektovat jeho limity; mít na paměti proces – vývoj dovedností a zkušeností)
- Instruovaný, že při obtížích má neprodleně konzultovat, ev. si vyžádat další metodickou pomoc a učinit další kroky k podpoře peera, aby se peer pokud možno udržel a rozvinul

#### PEER KONZULTANT:

- Osobnostně spíše aktivní, který má i jiné zájmy než peer práci
- Proškolený v základním peer kurzu, ev. v dalších kurzech hlavně komunikačních (aktivní naslouchání, motivační rozhovory apod.)
- S min. týdenní stáží po boku zkušeného peera
- Seznámený s rámcovou pracovní náplní a plánem zaučení (ev. seznámený s osobou mentora, s jeho úlohou a pravomocemi vůči peerovi)
- Schopný připravit si letáček o své pozici, ev. jinou sebezprezentaci
- Napojený na další peery – začátečníky i zkušenější; napojený na skupinovou supervizi peerů

## HODNOCENÍ KVANTITATIVNÍCH DAT

*Jan Stuchlík, říjen 2015*

Úspěšnost pětiměsíčního působení peer konzultantů v sedmi pražských týmech poskytujících sociální služby jsme se pokusili vyhodnotit na základě dat týkajících se obsazenosti míst peer konzultantů a počtů personálních změn na projektových pracovních místech, nemocnosti peer konzultantů, pracovní doby, kterou peer konzultanti trávili v přímém kontaktu s klienty a počtů intervencí prováděných peer konzultanty. Tato data jsme srovnávali, se souhrnnými daty jednotlivých týmů, a s obdobnými daty získanými v předchozím projektu, ve kterém bylo sledováno působení deseti peer konzultantů v mimopražských službách po dobu deseti měsíců. Jako referenční data jsme dále využili údaje o nemocnosti a obratu pracovníků ze systému personální a mzdové evidence Fokusu Mladá Boleslav.

## Úspěšnost obsazení míst peer konzultantů, stabilita peer konzultantů v pracovním místě

Přehled obsazení projektových pracovních míst pro peer konzultanty zobrazuje následující tabulka.

Místo	PK	Výše úvazku	IV.15	V.15	VI.15	VII.15	VIII.15	Počet měsíců
1	1	0,5	1	1	1	1	1	5
2	1	0,5	1	1	1	1		5
	2	0,5					1	
3	1	0,5	1	1	1	1	1	5
4	1	0,5	1	1	1	1	1	5
5	1	0,5	1	1	1	1	1	5
6	1	0,5	1	1	1	1	1	5
7	1	0,5	1	1	1	1	1	5

V šesti případech bylo pracovní místo obsazeno jedním peer konzultantem po celé sledované období. V jednom případě peer konzultant odešel po čtyřech měsících a na pracovním místě byl ihned nahrazen dalším. Okamžité obsazení uvolněné pozice bylo umožněno tím, že projekt pracoval se čtyřmi náhradníky, kteří absolvovali počáteční trénink. Obsazenost projektových pracovních míst byla tedy 100%. Ve sledovaném období ukončil pracovní poměr jeden peer konzultant ze sledovaných osmi (12,5%).

V předchozím projektu došlo k odchodu dvou pracovníků ze sledovaných dvanácti (16,6%). V jednom případě pak zůstalo místo neobsazené 1 měsíc, ve druhém případě 2 měsíce. Celkově se tedy podařilo využít kapacitu projektem podpořených míst na 97%.

V předchozím projektu jsme využili pro srovnání data z evidenčního mzdového a personálního systému Fokusu Mladá Boleslav. Tato organizace zaměstnávala ve sledovaném období 95 pracovníků v přímé péči, během sledovaného období bylo ukončeno 10 pracovních poměrů (10,5%), a čtyři pracovnice odešly na mateřskou dovolenou (4,2%). Celkový počet změn na pracovních místech byl tedy 14 (14,7%).

V obou projektech byla tedy pracovní stabilita peer konzultantů srovnatelná, se stavem obvyklým v sociálních službách.

## Nemocnost peer konzultantů

Při hodnocení nemocnosti peer konzultantů jsme opět ke srovnání využili data z předchozího projektu včetně údajů Fokusu Mladá Boleslav. Přehled vykázaných odpracovaných hodin a hodin pracovní neschopnosti či návštěv lékaře v pracovní době ukazuje následující tabulka:

		Počet osob	Odpracované hodiny	Nemoc, návštěvy lékaře	Celkem	Podíl nemocnosti
Peer konzultanti	současný projekt	7	2 808	244	3 052	7,99%
	předchozí projekt	12	8 230	226	8 456	2,67%
Evidence Fokus MB		95	95 955	2 816	98 771	2,85%

Přehled pracovní neschopnosti u jednotlivých osob v současném projektu:

PK	Odpracované hodiny	Nemoc	Celkem	Podíl pracovní neschopnosti
1	436	0	436	0,00%
2	352	0	352	0,00%
3	84	0	84	0,00%
4	436	0	436	0,00%
5	276	160	436	36,70%
6	436	0	436	0,00%
7	352	84	436	19,27%
8	436	0	436	0,00%
<b>Celkem</b>	<b>2808</b>	<b>244</b>	<b>3052</b>	<b>7,99%</b>

V současném projektu nemocnost peer konzultantů překračovala obvyklý průměr 2,5 krát. Je však třeba vzít v úvahu, že výsledek je dán dlouhodobou pracovní neschopností dvou peer konzultantů. U dalších šesti peer konzultantů byla nemocnost nulová. V předchozím projektu, ve kterém byl sledován větší počet peer konzultantů ve dvojnásobně delším období, byla nemocnost peer konzultantů dokonce nižší než v kontrolní skupině zaměstnanců sociálních služeb. Výsledek v současném projektu tedy rozhodně nelze zobecnit do tvrzení, že pozice peer konzultantů jsou zatíženy nemocností, která by pro zaměstnavatele znamenala závažný problém.

#### **Počty intervencí prováděných peer konzultanty, pracovní doba peer konzultantů strávená s klienty a počty klientů, s nimiž peer konzultanti pracovali**

Pokusili jsme se srovnat pracovní dobu trávenou s klientem a počty intervencí u peer konzultantů s daty za celý tým, jehož byl peer konzultant členem. Absolutní počty intervencí a hodin v přímém kontaktu jsme přepočítali na roční úvazek. Výsledky ukazuje následující tabulka:



Organizace	PK					Celý tým				
	Počet kontaktů s klienty	Hodiny práce s klienty	Přepočtený roční úvazek	Kontakty / úvazek	Hodiny / úvazek	Počet kontaktů s klienty	Hodiny práce s klienty	Přepočtený roční úvazek	Kontakty / úvazek	Hodiny / úvazek
1	45	33,16	0,208	216,35	159,42	949	662	1,46	650,74	453,94
2	110	245,2	0,208	528,85	1178,85	1044	1962,2	1,58	659,37	1239,28
3	43	56	0,208	206,73	269,23	1907	1087,5	2,71	704,12	401,54
4	91	82,5	0,208	437,50	396,63	2360	1240	4,96	475,57	249,87
5	36	42	0,208	173,08	201,92	16128	3660	6,69	2411,66	547,29
6	75	154	0,208	360,58	740,38	94	201	0,71	132,71	283,76
7	34	12,75	0,208	163,46	61,30	773	579,78	1,88	412,27	309,22
<b>Průměr</b>				298,08	429,68				778,06	497,84

Výsledky jsou výrazně ovlivněny faktem, že peer konzultanti pracovali ve velmi různých službách, které mají vzájemně rozdílný styl vykazování práce s klienty. Ve většině služeb pracovali peer konzultanti se skupinou klientů (někdy jako jediný člen týmu) a z dodaných dat nebylo ve všech případech možné určit, jakým způsobem je práce se skupinou započítávána. Ve srovnání s týmovým průměrem měli peer konzultanti 38,31% výkonů a 86,31% hodin přímé práce s klientem. To by vzhledem ke krátké době sledování (po většinu období byli peer konzultanti v zácviu, absolvovali trénink a vzdělávání) představovalo skvělé výsledky. Je však třeba si uvědomit, že data v tomto případě nemají příliš velkou vypovídací hodnotu – v jednotlivých službách počty intervencí peer konzultantů ve srovnání s týmovým průměrem variovaly v rozmezí 7,18% až 271,71%, hodiny práce s klientem pak v rozmezí 35,12% až 260,91%.

S podobným problémem jsme se setkali i v předchozím projektu, kde se sledované ukazatele pohybovaly přes 70%. Hodiny práce s klientem byly 75% (rozmezí 35% do 162%), intervence 73% (rozmezí 38% do 141%).

K získání validních dat by bylo nutné vytvořit specifickou a jednotnou metodiku vykazování práce s klienty, což by ovšem znamenalo neúměrné administrativní zatížení týmů, které by tak musely vést vedle evidence práce s klienty, jež je po nich vyžadována veřejnou správou, ještě další evidenci. Jedním z vedlejších efektů projektu je ovšem zjištění, že data o práci s klienty shromažďovaná veřejnou správou nemohou umožnit ani základní porovnávání výkonu a efektivity mezi službami a tedy ani racionálně financovat sociální služby a plánovat jejich rozvoj.

Následující tabulka ukazuje počty klientů (jedinečných osob), se kterými peer konzultanti za sledované období pracovali.

PK	Počet klientů
1	18
2	168
3	20
4	32
5	11
6	13
7	12

Celkový počet klientů, s nimiž peer konzultanti pracovali, byl 274. Když nezapočítáme peer konzultanta, který pracuje v zařízení klubového typu a setkává se se všemi jeho návštěvníky, pracovali peer konzultanti průměrně každý s 18 klienty.

## Diskuse

Hodnocení úspěšnosti zaměstnání peer konzultantů je výrazně omezeno malým rozsahem sledované skupiny, velmi krátkým projektovým obdobím a nelogickou, nejednotnou a neprůkaznou metodikou evidence práce s klienty používanou v sociálních službách. Přesto je řada výsledků koncise s výsledky zaznamenanými v předchozím projektu zapojování peer konzultantů do týmů sociálních služeb pro dlouhodobě vážně duševně nemocné, což umožňuje formulovat závěry s relativně velkou mírou jistoty.

## Závěry

- *Vytvořené pracovní pozice pro peer konzultanty není problém obsadit kvalitními uchazeči, existence náhradníků, kteří absolvují základní počáteční vzdělávání, umožňuje stoprocentní využití vytvořených pracovních míst.*
- *Stabilita peer konzultantů v pracovních místech odpovídá obvyklé stabilitě personálu v sociálních službách.*
- *Nemocnost peer konzultantů patrně může být vyšší, než je u personálu sociálních služeb běžné, ne však do té míry, aby představovala významný problém pro zaměstnavatele.*
- *Z počtů klientů, s nimiž se peer konzultanti setkávají a pracují, je zřejmé, že je možné intenzivní zapojení peer konzultantů do přímé práce s klienty i ve velmi krátké době.*
- *Je velmi pravděpodobné, že efektivita peer konzultantů poměřovaná počtem prováděných intervencí, časem tráveným v přímém kontaktu s klientem a počty klientů, s nimiž peer konzultanti pracují, je srovnatelná s ostatním personálem sociálních služeb.*

## PEER PODPORA OČIMA KLIENTŮ – ZPRÁVA Z KVALITATIVNÍHO VÝZKUMU

Jan Paleček, Pavel Říčan, říjen 2015

### 1. Cíl evaluace, metodologie a výběr respondentů, data

Cílem evaluace bylo porozumět tomu, co se děje při spolupráci klienta s peer konzultantem a co může být přínosem, či naopak nevýhodou peer konzultantství z hlediska klientů. Studovali jsme dopady působení peer konzultantů, nešlo však o kvantitativní měření efektů; snažili jsme se tyto efekty zachytit a pochopit v jejich různorodosti a situační plasticitě tak, jak je definují klienti. Proto byla pro evaluaci zvolena kvalitativní výzkumná metodologie: sběr rozhovorů a následná analýza textů (přepisů rozhovorů a dalších výstupů z projektu, jako byly zápisy z metodických porad a z focus groups).

Analýza je založena především na rozhovorech s klienty služeb. Původně bylo v plánu provést rozhovory s klienty všech sedmi peer konzultantů ze sedmi týmů zapojených do projektu. Oslovení a získání respondentů pro rozhovor bylo na jednotlivých týmech. Aby respondenti mohli reflektovat proces spolupráce, byla stanovena podmínka alespoň tří uskutečněných individuálních schůzek peer konzultanta s klientem. Protože období projektu a působení peer konzultantů bylo relativně krátké, bylo celkem náročné tuto podmínku naplnit. V jednom z týmů to bylo o to těžší, že se na pozici peer konzultanta v průběhu projektu vystřídali dva lidé. Nakonec se podařilo získat pro rozhovory klienty pouze pěti týmů (pěti peer konzultantů), i díky tomu, že ne všichni oslovení klienti byli ochotni rozhovor poskytnout.

Do našeho výběru se dostali pouze respondenti, kteří byli se spoluprací spokojeni a viděli ji jako přínosnou. O případné nespokojenosti klientů tedy nemáme žádné informace, byť jsme se v rozhovorech výslovně ptali, zda byly ve spolupráci nějaké momenty problematické. (Z přehledové tabulky v kapitole *Evaluace projektu – souhrn a doporučení*, která ukazuje počet případů nevydařené spolupráce, vyplývá, že jich byla menšina, zároveň není zcela jasné, z jakého důvodu byla spolupráce v jednotlivých případech ukončena.)

Rozhovory s respondenty byly s jejich písemným souhlasem nahrávány a poté přepsány. Jména respondentů byla kvůli anonymitě změněna. V textu neuvádíme ani jména peer konzultantů, ani názvy organizací, s jejichž klienty jsme rozhovory vedli.

Při analýze jsme dále využili i zápisy z úvodních metodických porad, které proběhly na začátku projektu v jednotlivých týmech, a zápisy ze závěrečných focus groups s peer konzultanty a se zástupci poskytovatelů služeb / nadřízenými peer konzultantů.

### 2. Přínos zkušenosti peer konzultanta s duševní nemocí pro klienty

#### a) *Zkušenost peer konzultanta s duševní nemocí jako důležité pozadí spolupráce*

Co vlastně v praxi znamená, že klienti mluví s peer konzultanty o jejich zkušenosti s duševní nemocí? A jak to vnímají?

Zadání pro roli peer konzultanta je netajit před klienty svoji nemoc a naopak využívat svůj příběh života s nemocí při práci, pro povzbuzení klienta. Sdílení zkušenosti života s nemocí se tedy stává součástí profesionální role. Z popisů toho, jak probíhá spolupráce klientů s peer konzultanty, ovšem vyplývá, že tato zkušenost může být sdílena velmi rozmanitými způsoby. Někteří respondenti znali nejrůznější detaily. Například o sebepoškozování, jizvách, o pobytu „v blázinci“, o nezvládnutí studia, léčích, hlasech a omezeních peer konzultanta, nebo o tom, jaké to je, když musí peer konzultant říct svému partnerovi, že má duševní nemoc:

R7: Taky říkala, že se hodně řezala, ukazovala mi jizvy na rukách, kde se všude řezala, a že to s ní nějak bylo moc špatný, že skončila v blázinci, že už nezvládala učení ve škole a pak si udělala tady ten kurz a vlastně, že asi udělala dobře, že na ten kurz šla, že si to udělala, že teď může pomáhat lidem, že si s nima může povídat nebo zajít (s nimi) k doktorovi a takový ty věci.

V: A když spolu mluvíte, tak mluví on o tom taky o tý své zkušenosti? – R4: Mluví, no, třeba že bere v devět Invegu a tak podobně. – V: On vám řekne třeba, že bere léky podobně jako vy. – R4: No, přesně tak, že mu dneska není dobře, že má hlasy (...).

R6: Máme tři setkání za sebou a je hrozně otevřená, povídá vlastně i o sobě (...) – V: A vy se jí na to i ptáte, na tu její zkušenost? – R6: Na ní se ptám, no, jak to zvládla třeba, když si našla partnera a vlastně musela mu říct, že má psychickou nemoc.

Jiní respondenti toho však o životě peer konzultanta s nemocí věděli překvapivě málo (navzdory tomu, že i oni právě zkušenost peer konzultanta s nemocí označovali za přínosnou pro spolupráci). Například pro některé z respondentů bylo společensky náročné se k tomuto tématu s konzultantem dostat:

V: A mluvil s váma někdy i o tý své zkušenosti s nemocí? – R3: No, jako vlastně jo, ale jako já jsem, přiznám se, to byla spíše moje chyba, že já jsem se tomu spíše vyhnul, že prostě spíše ta konverzace byla taková společenská, než jako, že bych to vlastně využil tímto způsobem, nějak jsme o tom taky hovořili, ale zase ne tolik. – V: A vy jste se tomu vyhejbal, protože vám nebylo příjemný se na to ptát, nebo že jste o tom nechtěl nic vědět, nebo čím to bylo, že jste se tomu radši vyhnul? – R3: No jako spíš, že já někdy mám problém trochu hovořit vůbec a vlastně k těm osobnějším věcem jsme se dostali teprve relativně po delší době, takže jako spíš tak v zárodku, no, že jako ...

V: A když říkáte, že není tak otevřený, tak to znamená, že nechce mluvit o sobě? – R5: O sobě moc nemluví. – V: A je to tím, že se ho neptáte, nebo tím, že nechce? – R5: Já se ho ani neptám.

– V: Takže možná, že kdybyste se ho ptal, tak by se ukázalo, že není nějak uzavřený. – R5: Já se nechci ptát, říkám si, že to není jako vhodný ho vyzpovídat, to je jeho věc. – V: A on sám to nějak jako... – R5: On jenom naznačil, že má s tím zkušenost.

U jednoho z respondentů to dokonce vypadalo, že jsou pro něj detaily týkající se nemoci vedlejší:

R1: On měl asi jinou nemoc než já, takže to bylo asi o něčem trochu jiným, psychózu, nebo co on to měl, nevím, já si to nepamatuju. – V: A jaký jsou to zkušenosti, co z toho je pro vás zajímavý z těch jeho zkušeností? – R1: Jaký měl problémy, jak se z toho dostával a takovýhle. V: A to vám on říkal, jo? – R1: Jo, něco říkal, že něco měl. – V: Taková diagnóza, prostě typ nemoci... – R1: Něco měl no. (...) – V: Vy jste říkal, že bylo důležité to první setkání a že to bylo důležitý tím, že on mluvil, co říkal vlastně. Nebo jak to vypadalo, kdybyste to měl popsat, tenhle ten jako důležitý okamžik? – R1: Já si to moc nepamatuju, asi o tý nemoci nějak mluvil a jak se z toho dostával a takovýhle no. – V: Co vás na tom zaujalo, na tom jeho dostáváníí? – R1: Asi jeho život možná mně zaujal. – V: A on se k tý zkušenosti své vlastní vrací během každé schůzky? – R1: Ne. Netrápí mě tím furt.

Klienti si tedy z příběhu života s nemocí od peer konzultanta berou různé věci a v různém rozsahu – od podrobností o projevech nemoci, přes informace o dávkách léků či potížích, které to celé přináší, po nepřilíh konkrétní informaci (získanou na začátku spolupráce) o tom, že peer konzultant prostě „něco“, nějakou duševní nemoc, „měl“.

Přitom i ti respondenti, kteří toho „faktograficky“ o životě peer konzultanta s nemocí nevěděli příliš, výslovně tuto zkušenost vyzdvíhovali jako důležitý moment spolupráce. Není to tedy nutně konkrétní zkušenost peer konzultanta, co je pro klienty důležité. Přínos z jejich hlediska spočívá v tom, že s touto zkušeností přichází někdo, kdo je současně v roli pomáhajícího profesionála, který – přestože

trpí (ať už jakoukoli) duševní nemocí, dokáže chodit do práce, vést normální život, a dokonce druhým lidem pomáhat. Zkušenost s duševní nemocí tak tvoří důležité pozadí pomáhajícího vztahu, ať už je, či není předmětem reflexe a probírání detailů.

## **b) Zkušenost peer konzultanta s duševní nemocí jako povzbuzení a naděje**

Zkušenost nemoci je v pojetí odborných učebnic a v jazyce psychiatrie spojována s negativními významy, často se vyskytuje ve spojení s pojmy jako porucha, deficit, ztráta apod. A v negativních souvislostech často o zkušenosti peer konzultanta s nemocí mluvili také sami respondenti („nebyl úplně v pohodě“, „není mu dobře“ apod.). Zkušenost nemoci jako zkušenost potíží a utrpení se v rozhovorech objevovala jak ve spojení s popisem zkušenosti peer konzultanta, tak ve spojení s vlastní zkušeností respondentů („je mi blbě“, „problémy“, „peklo“ atd.).

Navzdory tomu v situaci, kdy je součástí peer konzultantovy profesionální role i sdílení jeho vlastní zkušenosti s nemocí, dostává tato zkušenost i jiné konotace. Peer konzultant svoji práci dělá mimo jiné právě proto, že tuto zkušenost má, dokonce jde o nezbytnou vstupní podmínku pro výkon jeho role. Za to, že o ní dokáže určitým způsobem otevřeně mluvit, je placený. Jeho zkušenost, která je v ordinaci psychiatra součástí patientské role, je vstupenkou do zaměstnání, protože její sdílení je považováno za pomáhající a přínosné pro další lidi, kteří sami nějakou duševní nemocí mají. Zkušenost života s duševní nemocí v těchto souvislostech nabývá nové hodnoty, stává se inspirativní.

Zkušenost peer konzultanta byla ovšem pro respondenty povzbuzující v různých ohledech. Pro některé šlo o naději spočívající v tom, že nemoc lze překonat a zvládnout, že s ní lze poměrně úspěšně bojovat. Pro jednoho z respondentů byla zkušenost peer konzultanta přínosná jako příklad toho, že nemoc časem přejde. A pro jednu z respondentek byla inspirativní také jako spirituální cesta, na níž je zkušenost s nemocí, ale i zkušenost s léčbou, integrována do života jako něco, co člověka může posunout.

### 1) S nemocí se dá bojovat

Za prvé je zkušenost nemoci významná jako příklad aktivního překonávání a zvládnání nemoci, jakéhosi „boje s nepřítelem“.

Setkávání s peer konzultantem přináší povzbuzení a naději, že nemoc lze „překonat“, „vyrovnat se s tím“ a „dostat se z toho“, že se lze úspěšně „rvát“ a „ještě pomoci i jiným“:

*R1: Asi trochu o tý nemoci, že ten člověk není úplně, nebyl úplně v pohodě nebo takhle, že byl nemocnej vlastně, nějakou nemoc měl, kterou pak musel překonat a pak začal pracovat třeba někde (...) a musel se s tím nějak vyrovnat a dostat se z toho.*

*R2: (...) pro mě je o to víc, protože dokázal se prostě rvát. Ty úzkosti dejme tomu, já jsem se jednou jako dostala do úzkostí zvířat před jatky, a to jsou tak šílený pocity, to vám prostě vibruje každá buňka strachy a to prostě s tím žít a jít ven a ještě něco vyřizovat a úřady a abyste tam prostě nezačal rvát nějak hystericky, to je všechno tak těžký. A pokud prostě někdo tím prošel a je ochoten (...) ještě pomoci i jiným, tak to jsou frajeři prostě největší vždycky.*

O to víc nadějně je, že konzultant „zvládá tu svojí zkušenost dobře“ navzdory tomu, že díky hlasům občas „skoro vypadne stejně“ jako klient, kterému pomáhá, a navzdory tomu, že dokonce někdy musí zvládat ještě větší psychické problémy:

*V: On vám řekne třeba, že bere léky podobně jako vy? – R4: No, přesně tak, že mu dneska není dobře, že má hlasy, že občas prostě skoro vypadne stejně jako já, ale zvládá tu svojí zkušenost dobře. (...) R4: Když mi řek, že nemůže číst knížky, jsem si uvědomil, jaký mám štěstí, že je číst můžu.*

A povzbuzení, že se to „dá zvládnout“, přichází, i když „k tomu, jak to bylo dřív, než jsem onemocněl“, se to „úplně neposune“:

V: *Jaký to pro vás je, že s váma pracuje někdo, kdo sám má tu zkušenost s nemocí, s psychiatrií. – R3: No, jako je to rozdíl, člověk vidí, jak se to dá zvládnout. (...) do té pozice jako úplně prostě v rovnováze se člověk přeci jenom s tím úplně neposune, že možná je to zase pro člověka takový, že skutečně už někdy to je takový marný sen, že vlastně, když si člověk pamatuje, jak to bylo předtím, než k těm potížím došlo, tak že... - V: Říkáte teda, že vlastně marný sen je jako o tom, že byste se mohl posunout k tomu, jak to bylo dřív, než jste onemocněl (...)? - R3: (...) k tomu, jak to bylo dřív, než jsem onemocněl vlastně, že dlouhou dobu o tom člověk docela snil.*

## 2) Nemoc může ustoupit

Zkušenost života s nemocí ale může být v očích klienta také zkušeností něčeho jiného, než aktivního překonávání a „boje“. Příklad peer konzultanta totiž také může ukazovat, že „nepřítel ustoupí“, nemoc nakonec přejde, i když „zatím nic nemůžu dělat“:

R6: *Ta paní (peer konzultantka) má za sebou prostě velký kus cesty. A že ona to dokázala, takže tím, že to dokázala, tak může pomoci i těm, kdo ještě nemá děti, nemá rodinu atd. (...) Tím, že vlastně začala prostě žít jako normální člověk i s tou nemocí, protože spousta nemocných je samotných a nemůžou si najít partnerku a děti ještě k tomu, tak tohle se mi líbí, že paní (peer konzultantka) to umí. (...) Dokázala se vrátit zpátky do těch kolejí. - V: A pro vás je to jako příklad, že to jde, nějaká jako naděje nebo jak by se to dalo nazvat? - R6: No, je to pro mě jako povzbuzení, že ještě není nic ztraceno, že prostě až to skončí, tak se budu mít dobře a budu si užívat. A prostě teď je těžký období a já to musím nějak s pomocí prášku a s pomocí paní (peer konzultantky) prostě všechno tohle to jako ještě chvíli prožít, jako přechodit, a věřím, že to není na celý život, že se to zlepší, ale prostě teď zatím nic nemůžu dělat.*

## 3) Nemoc lze do života integrovat

Pro jednu z respondentek (která oceňovala i to, že se peer konzultant s nemocí bojoval, že se „rval“ s projevy nemoci) byla zkušenost peer konzultanta s nemocí inspirativní i jako duchovní cesta, jako náročný proces osobního růstu, kdy se člověk učí být „tady i tam“ a přijme do svého života zkušenost s nemocí, ale i zkušenost s léčbou jako něco, co ho může posunout:

R2: *(...) prostě hodně toho zažil, do těch 36 let toho zahrnul hodně. (...) Jemu nedělá problémy prostě přijmout tu schizofrenii. Já jako s tím bojuju, (...) Já jsem v tomhle tom, myslím si, jakoby níž (než peer konzultant), já si tady držím to, že bojuju s psychiatrami, zatímco on ne. On prostě na to má, myslím si, jako lepší na to názor (...), je i tam i tady. Jakoby kouká, dejme tomu, že by ten psychiatr koukal levým okem i pravým, tak on kouká oběma. A to je prostě už ta moudrost, když si to tam spojí (...). Nemá v sobě (...) takovou tu, co já mám třeba vůči té psychiatrii trochu, tak on nemá v sobě nějaký negativní vůbec (...). Je to pro mě jak svatej muž, pro mě teda tyhle lidi toho druhu, který jsou schopní být tady i tam, už jako skoro svatý jsou.*

Běžně patologizované prožitky v tomto pohledu získávají význam pro duchovní vývoj.

Příklady toho, v čem je zkušenost s duševní nemocí pro klienty přínosná, ukazují, že v situacích spolupráce peer konzultanta s klientem zkušenost konzultanta nepatří jen peer konzultantovi samotnému. „Mít“ tuto zkušenost znamená - spíše než ji vlastnit – poskytovat jakýsi rezervoár předem ne zcela hotových významů, které se dotvářejí s aktivní účastí klienta. Záleží totiž i na tom, co si klient

ze sdělení bere a jak ho komponuje tak, aby to ladilo s jeho současnou situací, jeho vlastním chápáním nemoci a porozuměním vlastnímu příběhu.

Následující kapitola umožňuje vidět, že zkušenost s nemocí přináší v pohledu klientů rovněž nové kvality pomáhajícího profesionála.

### **c) Zkušenost peer konzultanta s duševní nemocí jako cesta k (vzájemnému) pochopení**

Zkušenost peer konzultanta s duševní nemocí (ať už při setkáních s klientem často diskutovaná, nebo jen sdělená na začátku spolupráce) nemá jen funkci povzbuzení, dodání nadějně perspektivy, ale funguje i jako pojítko, které ovlivňuje vztahovou rovinu. Respondenti mluvili o „hlubokém porozumění“, o tom, že peer konzultant „ví“, „zná“, „je naprosto schopný pochopit“ prožívání klientů.

*V: A čím si vysvětlujete ten rozdíl, že ta peer konzultantka to dělá jinak než ostatní? – R7: No protože má tu duševní nemoc a ví to, co ty lidi trápí, anebo o čem si chtějí jako s ní pokecat (...).*

*R4: (Peer konzultant) je člověk, který prodělal stejnou psychózu jako já, takže to zná prostě (...).*

*R5: Já si myslím, že je to (peer konzultantství) dobrá myšlenka. – V: A v čem myslíte? – R5: Člověk to spíš pochopí, ten stav. – V: Že člověk spíš pochopí, ten peer konzultant spíš pochopí toho klienta, takhle to myslíte? – R5: No.*

*R2: (...) ty moje stavy jsou, jako kdybych v sobě měla každý den dva tři papírky (LSD) (...). A ten peer (...) je naprosto schopný pochopit, proč se někdo nějak naprosto uzavírá, proč jako nechce komunikovat, (...) Porozumění může být buď velice povrchní, nebo velice hluboký, takhle hluboký porozumění jsem skutečně nezažila.*

Pochopení svých těžkých stavů ze strany peer konzultanta může klient dokonce jenom předpokládat. Ale už samotnou možnost, že ho peer konzultant bude schopen „víc pochopit“ ve chvíli, kdy mu není dobře, pak klient vnímá jako přínos a něco, co ho s profesionálem (peer konzultantem) „spojuje“:

*R1: Asi ta nemoc nás spojuje možná (...), nás spojuje ta nemoc, že měl taky nějakou nemoc a musel se s tím nějak vyrovnat a dostat se z toho. Kdežto normální člověk, ten nic nemá, nebo nějaké zdravé třeba. (...) - V: A znamená to, že jako k němu máte větší důvěru, že když mu něco říkáte, že máte pocit, že vám víc rozumí? – R1: Může mě víc pochopit podle mýho, když je mi blbě třeba. - V: A zároveň jste říkal, že když vám je blbě, že mu to vlastně ani neříkáte. – R1: Já nejsem schopnej komunikovat vůbec potom. (...) - V: Takže přímo tu zkušenost, že byste se s ním sešel, když je vám blbě, to nemáte zatím? – R1: To zatím nemám.*

Když se respondenti zmiňovali o schopnosti peer konzultantů porozumět jejich situaci, mluvili vlastně o tom, jak se cítí být vnímáni, chápani, viděni. Jejich vlastní zkušenost se stává – nebo to tak alespoň interpretují - pro profesionála (peer konzultanta) představitelnou a pochopitelnou tak, jak ji oni sami prožívají. Není nálepkována, patologizována nebo odmítána:

*R2: (...) mám pocit, že mám několik nohou a mám je asi sto kilometrů odsud, a to on (peer konzultant) ne, tohleto ne, jako to zase neměl, navíc já to mám 18 let, on asi pár let, šest nebo tak (...). Ale prostě vyposlechne vás, neříká vám, že to není pravda, řekne, jo, tak to budeme muset pracovat nějak s tělem, prostě hned je otevřenej (...).*

Tento přínos respondenti v některých případech stavěli do kontrastu s jinými profesionály.

*V: A čím si vysvětlujete ten rozdíl, že ta peer konzultantka to dělá jinak než ostatní? – R7: No protože má tu duševní nemoc a ví to, co ty lidi trápí anebo o čem si chtějí jako s ní pokecat, a ona ráda jako si povídá s lidma, ráda, kdežto ti terapeuti (pracovníci sociální služby) jako nic moc.*

Pracovníci sociálních služeb mají pochopitelně obecně v popisu práce různé jiné než (psycho)terapeutické činnosti, zabývají se s klienty nácvikem dovedností, praktickými otázkami vedení domácnosti, hledání zaměstnání apod. A dá se i polemizovat o tom, zda je zájem o klientovy „hlubiny“ vůbec součástí jejich profesionální role. Jako otevřenou otázku to ponechávala i jedna z respondentek, zároveň ale mluvila právě o tomto momentu a schopnosti konzultanta se ke klientům tímto způsobem přiblížit jako o něčem, co alespoň některým klientům pomáhá nejvíc:

*R2: Jsou (ostatní pracovníci organizace – v protikladu k peer konzultantovi) víc založený tak jako sociální (pracovníci): abyste platili ty dávky, abyste měli uklizeno. Ale já jsem se (s pracovníky služby) nedostala jako do nějakých hlubin, který třeba byly pro mě důležitý (...). Jsou vždycky hrozně milý, otevřený, všechno, ale nemohla jsem se prostě bavit jako o tom, co opravdu jako cejtím, to jako nešlo. (...) Jsem nadšená, že (...) tady ti terapeuti (pracovníci sociální služby) jsou, ale tohle (působení peer konzultanta) je o mnoho řádů výš pomoc. A jak jsem pochopila, tak (peer konzultant) prostě rozkomunikoval lidi, který prostě předtím jako se s nima nehlo. A oni (pracovníci sociální služby) na to nemají čas ani, oni opravdu musí sledovat, aby ty lidi ten pořádek fakt jako moc nedodrží, tak tohle je učit a prostě spoustu, třeba vařit, takže oni nemůžou takhle dál jako, prostě je ta hodina, máte to jednou za 14 dní a za tu hodinu si řeknete pár (věcí).*

Peer konzultanti ovšem vycházeli lépe i ze srovnávání s psychologem, kteří se při své práci na zkušenost klienta orientují především. Schopnost „znát“ nebo si dobře „představit“ klientovu zkušenost vnímali respondenti jednoznačně jako přidanou hodnotu, kterou jim ani psycholog nabídnout nemůže.

*R4: (Peer konzultant) je člověk, který prodělal stejnou psychózu jako já, takže to zná prostě, můžeme si důvěřovat navzájem, protože rozhovor s psychologem není zrovna vždycky příjemnej.*

*R6: Před hospitalizací jsme měli dvě a teď za mnou přišla, takže celkově tři, máme tři setkání za sebou a je hrozně otevřená, povídá vlastně i o sobě, protože to s tou paní psychologkou, ta vlastně o sobě nechtěla nic říkat a paní (peer konzultantka), tak ta to dělá jakoby od srdce, že je cítit, že chce jako porozumět, tomu druhému pomoci nějak. (...) Ale ta psychologka to (zkušenost nemoci) nezná, ona nedokáže si to představit, ona má akorát školu na to. – V: Takže pro vás je důležitý ten moment, že ta peer konzultantka si dokáže představit to, jak vám je, jo? – R6: Jo, to je větší pomoc, než když mi paní psychologka něco říkala.*

Mít schopnost porozumění vnitřnímu prožívání klienta, představit si, jaké to pro klienta opravdu je, žít s nemocí, z hlediska respondentů znamená být lepším profesionálem, který nejenže má lepší vztah ke klientům, ale někdy i lepší výsledky v práci s nimi. To vypovídá něco důležitého nejen o peer konzultantech, ale i o těch profesionálech, kteří „peer“ nejsou, protože právě vůči nim klienti vymezovali přínos peer konzultantova porozumění. Jestliže se totiž respondenti v kontaktu s peer konzultantem cítí jako lépe chápaní, jestliže součástí setkávání je pro ně i jakási odhalenost toho, co je „opravdu trápí“, viditelnost toho, co se děje v jejich „hlubinách“, znamená to také, že podle nich není ostatním profesionálům nějaká podstatná část jejich života – ta týkající se prožívání nemoci – dostatečně přístupná, viditelná či představitelná.

Blízkost peer konzultanta ale není jednostranná, není to jenom peer konzultant, kdo se klientovi přibližuje, funguje to i naopak. I respondenti vyjadřovali pochopení pro peer konzultantovy těžkosti – i oni mají na základě vlastní zkušenosti nějaký přístup k té jeho. A to i tehdy, když ji spolu ani nijak zvlášť nerozebírali:

*V: Myslíte, že tam ještě je něco, na čem se zakládá ta blízkost, ta větší blízkost v tom vztahu? – R3: Já myslím, že rozhodně v tom, že i když (...) jsme o tom nějak nemluvili, člověk vidí, s čím (peer konzultant) zápasí, že to nějak pozná, že vlastně u člověka v uvozovkách normálního, tam prostě to necejtíte, ale tady, jak to člověk taky zná, tak prostě ví jako, že to je podobný. Třeba i v tom sociálním kontaktu, že člověk cejtí, že je to asi nějak běžný, že přece jenom jdete proti většímu tlaku, než člověk, který úplně tyhle potíže nemá.*



Jeden z respondentů dokonce vyjadřoval lítost nad tím, jak nemoc (a zřejmě i léčba) peer konzultanta hendikepují:

*R4: Jenom mě mrzí, že nemůže číst knížky a tak podobně, nemůže hrát na saxofon (což patří k peer konzultantovým zájmům). – V: Jakože mu to nedělá dobře. – R4: No nedělá.*

Přínos (a možná i úspěch) peer konzultanta je tedy založený i na tom, že jeho zkušenost s nemocí je nějakým způsobem aktuální, že může být sdílena takřikajíc naživo, nejen retrospektivně, jako vzpomínka na minulost. A je zřejmé, že (ať už bývalá či současná) peer konzultantova zranění a zranitelnost jednak klienta s peer konzultantem mohou sblížovat, a jednak jejich situaci činí porovnatelnou:

*R4: Když mi řek, že nemůže číst knížky, jsem si uvědomil, jaký mám štěstí, že je číst můžu.*

Tato srovnatelnost v mnohém velmi podobných zkušenostech, pochopení a privilegovaný přístup ke zkušenosti toho druhého přispívají k mnohem větší vztahové symetrii, než jaká je v pomáhajících profesích obvyklá. Tím se samozřejmě rozehvívají hranice profesionálně pomáhajícího vztahu jako vztahu principiálně asymetrického.

### 3. Hranice ve vztahu mezi peer konzultantem a klientem

#### a) *Symetrické momenty v asymetrickém vztahu*

Peer konzultant je ten, kdo má podobnou zkušenost života s nemocí jako klient. Jeho úkolem je být připraven sdílet ji s klientem, stejně jako klient sdílí s ním tu svoji. Má pro zkušenost klienta velké porozumění, stejně jako klient má pochopení pro zkušenost peer konzultanta. Tak to samozřejmě nemusí být vždy, ale právě tento potenciál do velké míry symetrizovaného vztahu role peer konzultanta obnáší. Z hlediska klienta: nepomáhá mi odborník, ale „člověk rovnej mně“, ne „autorita“, ale ten, komu se svěřuji a kdo se zároveň svěříje mně:

*R4: (...) je to člověk rovnej mně, no, pacient, co prodělal psychózu, to vy třeba nejste.*

*R2: A tam prostě, když tam jeden je za tu autoritu, za toho, kdo ví, jak to všechno funguje, ale s prominutím by se zesral, kdyby měl tyhleto stavy, takže prostě ten vztah tam neproudí dobře. (...). Zatímco takhle pěkně si říkáme obzvlášť pikantní různé věci, protože ten druhý je měl taky, a pěkně to proudí a člověk se jako nebojí a cejtí, že je přijímán, a pak se cejtí zdravější.*

A v ještě radikálnější formě se může symetrie projevovat v reciprocitě pomáhání. Pomáhá mi ten, kdo mi nejenže pomoc poskytuje, ale kdo ji nějakým způsobem ode mne i dostává a přijímá:

*R2: (...) i si navzájem vypomáháme, protože si to rádi všechno vyžvaníme, co jsme kdy, co nám prostě pomohlo, říkám, to je od jídla po to, jak se k vám začnou chovat vaši přátelé, že to je prostě podobný, tak máme radost, že to je podobný. (...) myslím, že jsme si pomocníky vzájemnými, vždycky to tak je, akorát že to buď přijmete, nebo ne, a on mě tak jako přijímá.*

Symetrie sice v pohledu respondentů/klientů zakládá užitečnost (profesionálního) peer konzultanta, zároveň ale nějak narušuje profesionalitu, tak jak jí bývá v pomáhajících profesích běžně rozuměno. Pomáhající vztah se v sociálních službách, stejně jako v psychiatrii, chápe jednosměrně. Pomáhající osobou je z definice profesionál, zatímco klient/pacient je ten, kdo je v nepříznivé sociální situaci, kdo je nemocný a komu má tudíž být pomozeno. Pro běžné chápání pomáhajícího vztahu jako vztahu jednosměrně asymetrického zní teze, že klient pomáhá svému pomáhajícímu pracovníkovi, jako protimluv, a zdá se, že staví celý koncept profesionální pomoci na hlavu. A přesto právě toto může klient vnímat jako pomáhající a léčivé, protože „cejtí, že je přijímán, a pak se cejtí zdravější“. To je pro běžné chápání profesionality velká výzva.

Co tato výzva znamená pro zacházení s asymetrií ve vztahu profesionál - klient? Je třeba si uvědomit, že to, co respondenti oceňovali, není převrácení rolí a otočení asymetrie na druhou stranu, ale *vzájemnost*. Respondenti neřikali, že by chtěli role otočit a *namísto* příjemců pomoci být pouze jejich poskytovateli, nebo že by chtěli peer konzultantovi pouze naslouchat bez možnosti mluvit o sobě. To, že se mohou cítit jako chápající a případně i přínosní pro peer konzultanta, má spíš co dělat s jejich sebehodnocením a pocitem, že jsou přijímáni, než s tím, že by se chtěli zbavit role těch, kterým se pomoci dostává. Jinými slovy, pro klienty hodnota peer konzultanta rozhodně nespočívá pouze v tom, že o sobě mluví a že si nechá pomáhat, nýbrž v tom, že naslouchá jejich zkušenosti a *současně* je nechá vyslechnout svůj příběh, že jim pomáhá a *současně* si někdy nechá pomáhat, že je chápe a *současně* mohou velmi dobře rozumět oni jemu. Nejde tedy o prosté otočení asymetrie, ale o vyvažování jednosměrnosti vztahu tím, že se někdy role naslouchajícího a vypovídajícího, pomáhajícího a pomoc přijímajícího, *střídají*. To však peer konzultanta nezavazuje povinnosti osvědčovat nějaké profesionální kvality: chodit pravidelně a podle domluvy za klientem, umět smysluplně vyprávět svůj příběh jako příběh zotavení, naslouchat druhému a reagovat na to a tak dále. I když je peer konzultant nemocný, neměl by zkrátka být jen ne-mocný:

*R1: Ale já jsem vlastně rád, že jsem někoho takhle měl na hodinu a půl, že jsem moh s někým trávit hodinu a půl, protože já nějaký (duševně) nemocný lidi kolem sebe mám a ty se mi moc neozývají, anebo jsou takový zvláštní, moc toho neřeknou, berou hodně prášků a to, tak jsou trochu taky tišší (...).*

Symetrizace v pomáhajícím vztahu tak neznamená, že se peer konzultant vzdává svých kompetencí. Naopak, musí je při spolupráci opakovaně uplatňovat. Ale peer konzultantství vytváří i mnoho příležitostí k tomu, aby se v interakci s peer konzultantem těmito dovednostem učili i klienti. A zdá se, že prostor pro učení vytvářejí právě symetrické prvky. V symetrizaci tedy nejde o vzdávání se profesionality, ale v jistém smyslu o její předávání a učení. Klient, který projde procesem zotavení, se koneckonců může stát profesionálním peer konzultantem.

## **b) Přátelství a profesionální vztah**

Blízkost, pochopení a symetrie ve vztahu nahrává tomu, aby klienti chápali vztah s peer konzultantem jako vztah přátelství:

*R2: (...) pro mě to je, jako kdybych měla jediného přítele, a to prostě pro mě jako je strašně blahodárný po těch letech krutých strastí, když jsem o všechny lidi vlastně přišla a o bydlení, (...) o přítele, o všechny (...) Tam je prostě ta vřelost a necejtíte tam žádnou prostě bariéru, čili záleží strašně na těch lidech a nevím, jestli všichni peerové jsou takhle dobrý (...) - V: Dalo by se nějak pojmenovat, v jaký roli on je vlastně vůči vám, dokázala byste to nějak nazvat, z vašeho pohledu? – R2: Tak, já nevím, no, tak já jsem, jako já jsem jeho přítel (...).*

Na první pohled je to radikální překročení profesionální hranice: peer konzultant jako „*jediný přítel*“. Při bližším pohledu je ovšem zřejmé, že citovaná respondentka popisuje přátelství s peerem jako svým způsobem asymetrický vztah: sama se sice definuje jako „*jeho přítel*“, když však mluví o peer konzultantovi, je mnohem opatrnější. Říká, že je to „*jako kdybych*“ měla jediného přítele, a současně jasně spojuje „*vřelost*“ a vztah, v němž „*necejtíte žádnou prostě bariéru*“, s peer konzultantovou profesionální rolí: „*nevím, jestli všichni peerové jsou takhle dobrý*“.

Podobně v dalším úryvku jeden z respondentů uvádí, že si netroufá „*takhle hodnotit jako sám*“, zda vztah s peer konzultantem přerostl do přátelské roviny (ačkoli to tak napřed sám pojmenoval). Tím naznačuje, že možná nebyla naplněna základní symetrie vztahu přátelství, protože jde pouze o jeho hodnocení, zatímco skutečné přátelství je přátelstvím pouze tehdy, když ho tak vnímají obě strany:

*V: A ještě se teda vrátím k těm jako doprovodům, (...) je i při tomhleto kontaktu on (peer konzultant) pro vás nějak jinej, než kdyby ten doprovod dělal někdo, já nevím, z asistence nebo prostě někdo jinej ze (sociální služby)? – R3: No určitě, tak jako já nevím, jestli to takhle*

*má být, ale jako přerostlo to prostě k takové normální přátelské rovině. – V: Že to přerostlo do přátelské roviny? – R3: To si netroufnu takhle hodnotit jako sám, ale jak bych to řekl, že prostě to jako je to jiný, není to jako nějak oficiální prostě, že to prostě na mě působilo docela přirozeným dojmem vlastně.*

Zdá se, že citovaní respondenti jsou zasaženi otevřeností, porozuměním a blízkostí, nezvyklými v běžném kontaktu s jinými profesionály, a mají tendenci chápat vztah v přátelské rovině. Ale současně jsou dost opatrní na to, aby ho jednoznačně chápali jako pouze přátelský vztah, který by nahrazoval vztah pomáhající - klient. Jinými slovy, v situaci výzkumného rozhovoru to byli sami respondenti/klienti, kdo hranici mezi profesionalitou a přátelstvím nějakým způsobem udržovali. Zcela explicitně to ostatně vyjádřil další respondent:

*V: Co to znamená jako pokecat, jako je to nějaký pracovník, nebo je to spíš kamarád nebo jak tomu mám...? - R1: Takovej jakoby, kamarád asi těžko, ale je to takovej jako pracovník, kterej pomáhá, kterej mi dává zkušenosti z jeho nemoci, co měl dřív, jak se z toho dostal a takovýhle.*

Z výzkumu sice nemáme přímé informace o tom, jak hranice svojí role udržují nebo neudržují peer konzultanti, můžeme ale předpokládat, že hranice profesionální role jsou od počátku nastaveny a udržovány tím, že základní asymetrie zůstává zachována: peer konzultanti se s klienty stýkají v rámci placeného zaměstnání, nechodí za nimi ve svém volném čase, a jsou členy týmu ostatních profesionálů, s nimiž jsou klienti také v kontaktu. (Jeden z respondentů zmiňoval i to, že peer konzultant byl spolu s dalším členem týmu na schůzce k individuálnímu plánování.)

Symetrie přátelského vztahu by asymetrii vztahu pomáhající profesionál - klient zcela popřela (na rozdíl od dříve zmiňovaných symetrických momentů vstupujících do vztahu peer konzultantů s jejich klienty, které tuto asymetrii spíše jen doplňují a vyvažují). Z tohoto hlediska navazování přátelství roli pomáhajícího profesionála ohrožuje. Z naší analýzy však vyplývá, že i když respondenti mluvili o přátelství, roli profesionála nějakým způsobem respektovali. Mluvení o „přátelském vztahu“ - přestože jde o riziko pro roli profesionála – proto můžeme chápat jako způsob, jakým respondenti vyjadřovali výjimečnost vztahu i stylu spolupráce s peer konzultantem ve srovnání s jejich dosavadní zkušeností s jinými profesionály. Čili spíše jako odraz nové situace, nových prvků v profesionální podpoře, než nutně jako výraz neudržení profesionální role konzultantem. Už výchozí pozice peer konzultanta je totiž pro „běžného“ pomáhajícího profesionála velmi nezvyklá: peer má mluvit o svém osobním životě, má používat svou vlastní zkušenost pro povzbuzení klienta. Být osobní je zkrátka pro peer konzultanta zadání, je to součást jeho profesionální role. A má tudíž smysl poměřovat dodržování profesionální role peer konzultanta trochu jinými měřítky, než jaká se běžně u pomáhajících pracovníků používají.

I když klienti vztah s peer konzultantem mohou vnímat jako méně asymetrický, než vztahy s jinými profesionály, neznamená to, že by základní asymetrie (placený profesionál – jeho klient) ze vztahu vymizela. Spíše je obohacena o prvky, které v (ne-peer) profesionálních rolích nejsou obvyklé.

## 4. Obsah spolupráce peer konzultanta s klientem

Role peer konzultanta v projektu byla zarámována pouze obecně. Bylo na jednotlivých organizacích, jak si tuto roli specifikují a naplní obsahem. Peer konzultanti byli členy týmů, které se navzájem velmi lišily jak svými cíli, tak způsoby práce. Šlo o různé typy služeb s různým zaměřením (od pracovní rehabilitace přes dobrovolné aktivity či chráněné bydlení po case managementové týmy). Způsob kontaktu peer konzultanta s klientem tedy musel vždy vrstvit do specifických souvislostí: někde jejich spolupráce probíhala podobně jako spolupráce klienta s ostatními členy týmu, jinde to bylo výrazně odlišné. To vše poukazuje k tomu, že hranice role peer konzultanta, definovaná „náplní práce“, nemohla být předem zcela přesně stanovena, protože „náplň práce“ se utvářela během projektu v každé z organizací svým vlastním způsobem.

Skrze vyprávění klientů jsme měli možnost vidět řadu velmi rozmanitých činností, které spolu peer konzultant s klientem mohou dělat. Sdílení zkušeností života s nemocí bylo samozřejmě jednou z nich, ale v případě našich respondentů zdaleka nešlo o jedinou aktivitu, většinou ani o hlavní, a někdy – pro nás překvapivě – sdílení zkušenosti peer konzultanta s nemocí tvořilo spíše jen nepříliš tematizované pozadí spolupráce. Mezi činnosti peer konzultantů s klienty tak patří např.: hledání pracovních nabídek na internetu v knihovně; výroba plakátů na sehnání kamaráda pro volný čas; procházky do přírody spojené s povídáním o různých věcech; návštěvy výstav; obchodu, lékaře, ambulantní sociální služby; shánění kontaktu na somatického lékaře; přepisování autorského textu klientky na počítači; účast na schůzce sociálního pracovníka a klienta při individuálním plánování; vyklízení bytu; vedení výtvarné volnočasové aktivity; služby v chráněném bydlení; řešení psychické situace klienta na pravidelných schůzkách; výuka techniky na překonávání úzkosti a napětí atd.

Různá byla také míra systematickosti spolupráce. V některých případech peer konzultant s klientem - někdy systematicky, jindy spíše nahodile - definovali úkoly, na kterých budou společně pracovat, jinde šlo spíše o společné trávení času a sdílení, než o plánovanou práci na konkrétních cílech, nebo šlo o kombinaci obojího.

Měly by všechny výše jmenované činnosti patřit k peer konzultantově roli? Může peer konzultant většinu času s klientem „řešit“ klientovu „situaci psychickou“; má mu pomáhat se „stavu úzkosti a napětí“ a odvádět tak jakousi terapeutickou práci (s níž ostatně někteří respondenti působení peer konzultanta srovnávali)? Může být case managerem klienta? Může s ním v rámci podpory samostatného bydlení hledat zaměstnání? Tyto otázky nemají vždy předem jasné odpovědi. Na začátku projektu se při úvodních metodických poradách (ještě bez účasti peer konzultanta) týmy zamýšlely nad tím, jaké „možné úkoly“ čekají peer konzultanta právě u nich. Na seznamu se objevovala řada rozmanitých aktivit, a zároveň se seznamy mezi jednotlivými týmy v leccems liší. V jednom z týmů mezi možné úkoly patřily následující položky:

*Nový pohled na věc*

*Reflexe ostatním členům týmu*

*Komunikace s rodinami a přáteli klientů*

*Psychoedukace*

*Vzor - pro klienty i pro rodiny*

*Partnerské vztahy jako významné téma – PK snaha upozornit na časté okruhy témat.*

*(zápis z metodické porady jednoho z týmů)*

Na seznamu jiného týmu se objevily:

*Spolupráce s klienty, kteří mají vysokou potřebu kontaktu, ale není jasný plán*

*Aktivizace, procházky*

*Porady – zpětná vazba pro tým*

*Prvokontakty u části klientů*

*Víkendové rekreační aktivity (organizují je 1x měsíčně pro lidi z komunitního bydlení, pro klienty jsou povinné – jde o to, „dostat je z domu“)*

*Edukační skupiny (zatím je nerealizovali, pouze to připravují, povede je jedna z členek týmu, druhý by mohl být PK)*

*(zápis z metodické porady jednoho z týmů)*

Jak ukazuje následující příklad, představy o úkolech peer konzultanta se vyvíjely ještě před tím, než do týmu nastoupil:

*Původní plán byl zácvik ve vedení skupinového programu Ateliér, obdobný jako u jiného pracovníka. Nyní si myslí, že by měl spíše pracovat s několika málo klienty individuálně.*

(zápis z metodické porady jednoho z týmů)

Debaty o roli posléze pokračovaly už spolu s peer konzultanty:

*Peer konzultant měl pocit, že nemá stejné postavení jako ostatní členové týmu, protože nemůže například řešit exekuce.*

*Měli jsme obavu, zda peer konzultant nepřekračuje své pravomoci tím, že s klienty hovoří o alternativních životních stylech, náboženství ... v diskusi (s peer konzultantem) jsme ale našli společný pohled.*

(zápis z focus group se zástupci poskytovatelů služeb / nadřízenými peer konzultantů)

Ze závěrečné reflexe peer konzultantů také vyplynulo, že „úkoly“, které peer konzultant dostával od týmu, nemusely vždy z jeho hlediska odpovídat jeho roli:

*Jedna peer konzultantka měla problém s úkoly, které podle ní představovaly nadsazenou zodpovědnost (tým po ní chtěl, aby (...) vyjednávala s lékaři klientů).*

(zápis z focus group s peer konzultanty)

Složitost a nejasnost „náplně práce“ ukazuje i to, že právě tuto aktivitu peer konzultantky její klientka velmi oceňovala a považovala ji za přidanou hodnotu peer konzultantství, protože ostatní pracovníci by podle ní něco takového vůbec nedělali:

*R7: A teď ještě pro změnu zase mi shání pana doktora, mi shání pana doktora na ortopedii, protože mám nějaký problémy s rukama, s nohama. A já jsem jí to říkala a ona říkala, že mi v tom pomůže a že bude shánět ty doktory pro mě a že až něco se dozví, že mi zavolá a že tam zase se mnou půjde na tu ortopedii, že mi jako pomáhá takhle a já jsem za to vděčná, že ona se našla a že jako lidem pomáhá. Správně by to neměla dělat. – V: Proč myslíte, že by to neměla dělat? – R7: Protože ona je jenom jakoby terapeutka a ne jako člověk pro všechno, ale ono jí to nevádí vůbec, ona to dělá ráda jako pro člověka, jako když jste nemocnej a teď nevíte, co s váma, nebo co s tím. – V: A tohle by teda terapeuti dělat neměli, jo? – R7: Hm. (...) – V: A co by teda dělali terapeuti? – R7: No řekli by, abych si to udělala sama, sama je sháněla.*

Odpovědi na otázky po tom, co vlastně mezi aktivity peer konzultanta má patřit a co nikoli, se tedy teprve tvoří ve složitém terénu interakcí v týmu profesionálů, v nichž peer konzultanti působí, stejně jako mezi klienty a peer konzultanty. A je pravděpodobné, že se vždy budou lišit podle konkrétní služby a týmu. Předem nevymezený (resp. jen rámcově či široce vymezený) okruh přípustných činností peer konzultanta pro naše respondenty znamenal výhodu: oproti tomu, co znali z dosavadní praxe ostatních profesionálů, dostávali vždy „něco navíc“ – od častějšího kontaktu s někým z týmu po podporu ve věcech, které dosud nebyli zvyklí po profesionálech žádat.

## 5. Porovnání výsledků evaluace s českými i zahraničními studiemi - závěry

Snažili jsme se porozumět tomu, co se děje při spolupráci klienta s peer konzultantem a co může být přínosem či naopak nevýhodou peer konzultantství z hlediska klientů. Definičním znakem profesionální role peer konzultanta je to, že má sám zkušenost s duševní nemocí, léčbou a procesem zotavení. Proto nás zajímalo, jakou tato zkušenost hraje při spolupráci roli a co klientům přináší. Při

debatě o přínosech se objevila další zásadní témata - hranice ve vztahu mezi peer konzultantem a klientem a obsah jejich spolupráce.

### **a) Téma 1: Přínos zkušenosti peer konzultanta s duševní nemocí pro klienty**

1) Zkušenost peer konzultanta s duševní nemocí je důležitým pozadím spolupráce.

Zkušenost peer konzultanta může být sdílena velmi rozmanitými způsoby – od stručné informace o tom, že konzultant sám duševní nemoc má, podané na začátku spolupráce, k časté reflexi této zkušenosti při setkáních s klientem. I když ale klient podrobnosti o nemoci konzultanta nezná, může být pro něj přesto zásadním momentem už jen fakt, že peer konzultant zkušenost s nemocí má. Peer konzultant před ním totiž stojí v roli profesionála: to znamená, že navzdory svojí nemoci chodí do práce a dokonce pomáhá druhým. Zkušenost s duševní nemocí tak tvoří důležité pozadí pomáhajícího vztahu, ať už je, či není předmětem reflexe a probírání detailů.

2) Zkušenost peer konzultanta s duševní nemocí je pro klienty povzbuzením a nadějí.

Přestože je duševní nemoc v ordinaci psychiatra součástí patientské role a je spojována spíše s negativními významy, při spolupráci klienta a peer konzultanta se dostává do nových souvislostí. Je vstupenkou do zaměstnání, za vyprávění o svojí nemoci je konzultant dokonce placený. Zkušenost života s duševní nemocí tu nabývá nové hodnoty, stává se povzbuzením a nadějí. A záleží na tom, co si klient ze sdělované zkušenosti bere a jak ji zapracovává do své současné situace, svého chápání nemoci a vlastního životního příběhu. Někdo si odnáší naději, že to jde (nemoc lze překonat, může ustoupit), někdo může v příběhu peer konzultanta nacházet dokonce důkaz, že obtížná zkušenost nemoci má smysl a je důležitá pro osobní vývoj.

Rovněž podle studie Repperové a Cartera (2011) mají klienti týmů, kde působí peer pracovníci, více naděje, více kontroly nad tím, co se děje, a jsou lépe zapojeni do komunity. Skrze setkávání s někým, kdo se sám zotavuje, totiž získávají víru v lepší budoucnost (Repper a Carter, 2011, s. 397).

3) Zkušenost peer konzultanta s duševní nemocí přispívá k (vzájemnému) pochopení.

Zkušenost peer konzultanta s duševní nemocí funguje i jako pojítko v rovině vztahu, prohlubuje porozumění profesionála klientovi. Vlastní zkušenost klienta se stává – v pohledu respondentů - pro profesionála (peer konzultanta) představitelnou a pochopitelnou tak, jak ji oni sami prožívají. Není nálepkována, patologizována nebo odmítána. Profesionál, který má takovou schopnost porozumění vnitřnímu prožívání klienta, je z jeho hlediska lepším profesionálem než ti „tradiční“, ne-peer profesionálové. A stejně jako klienti zažívají porozumění ze strany profesionála, sami mají pochopení pro peer konzultantovy těžkosti. V tomto ohledu je přínosné, když je peer konzultantova zkušenost se zraněními a zranitelností nějakým způsobem aktuální a může být sdílena tady a teď, nejen retrospektivně. Srovnatelnost v mnohém velmi podobných zkušenostech a z toho plynoucí pochopení a privilegovaný přístup ke zkušenosti toho druhého přispívají k mnohem větší vztahové symetrii, než jaká je v pomáhajících profesích obvyklá.

Náš závěr, že klienti oceňují, jak jim peer konzultant na základě své zkušenosti dobře rozumí, je ve shodě s nálezem Coatsworth-Puspoky et al. (2006). I v jejich výzkumu (jenž se ovšem týkal peer vztahů ve svépomocné skupině) mluvili lidé o poutu a „parťáctví“, společné zkušenosti srovnatelné třeba se spojujícím zážitkem z války, která je na určité úrovni sblížuje. Porozumění na základě předpokládané společné zkušenosti pozitivně hodnotili i respondenti ve výzkumu Franzové (2015, s. 69).

Poznatky naší evaluace jsou dále v souladu se závěry výzkumu Sells et al. (2006), kteří konstatovali, že peer pracovníci mají velmi dobré výsledky při navazování vztahu, kdy se klienti cítí přijímání a

chápaní. Z uvedeného výzkumu také vyplynulo, že navázání vztahu jsou peer specialisté schopni rychleji, než profesionálové, a jsou schopni se napojit i na klienty, kteří mají jinak s čerpáním služeb potíže.

Na rozdíl od Coatsworth-Puspoky (2006), která na základě svého výzkumu charakterizuje peer vztahy jako vztahy srovnatelné s pracovními vztahy klient- zdravotní sestra, tvrdíme, že klienti v naší studii vnímali peer vztahy, do kterých byli zapojeni, jako výjimečné a odlišné od vztahů s ostatními profesionály. Podobně uvádí Franzová (2015), že z pohledu uživatelů služby odlišuje peer konzultanty od jiných pracovníků důvěra, otevřenost, rovnocennost, partnerství, kolegiálnost.

## **b) Téma 2: Hranice ve vztahu mezi peer konzultantem a klientem**

1) V asymetrickém vztahu peer konzultant – klient jsou silné symetrické prvky.

Peer konzultant je ten, kdo má podobnou zkušenost života s nemocí jako klient. Jeho úkolem je být připraven sdílet ji s klientem, stejně jako klient sdílí s ním tu svoji. Má pro zkušenost klienta velké porozumění, stejně jako klient má pochopení pro zkušenost peer konzultanta. A dokonce nejenže je peer konzultant tím, kdo pomáhá, může být v pohledu respondentů i tím, kdo v některých chvílích pomoc od svého klienta přijímá. Tato symetrie a reciprocita sice narušuje běžnou představu o roli profesionála a pomáhajícím vztahu, přesto neznámá, že by se měla asymetrie pomáhání zcela otočit a že by se měl profesionál vzdávat svých kompetencí. Naopak, symetrické momenty ve vztahu přispívají k předávání profesionálních kompetencí peer konzultanta klientovi a podporují tak proces učení se dovednosti smysluplně vyprávět svůj příběh jako příběh zotavení nebo naslouchat druhému a reagovat na to.

Přední odborník na výzkum peer podpory Larry Davidson spolu s kolegy ve svých přehledových studiích (1999, 2006) zdůrazňují, že při zapojování peer konzultantů do profesionálních služeb jde o posun od reciprocity k asymetrickým vztahům, na rozdíl od svépomocných programů. Repper a Carter (2011) nicméně konstatují, že reciprocita je součástí peer podpory v jakýchkoliv podmínkách. Peer podpora podle nich zůstává více reciproční, než expertní podpora, i když ji poskytuje peer pracovník jako člen profesionálního týmu. Tomu by odpovídalo i pozorování Paulsona et al. (1999), že peer pracovníci, i když byli v roli case managerů, pracovali jiným způsobem, více se zaměřovali na vztahy, nežli na úkoly, vytvořili jinou týmovou kulturu. Náš výzkum svědčí o tom, že vztahy mohou být vnímány klienty jako reciproční i přesto, že peer konzultanti jsou zřetelně členy profesionálního týmu.

2) Hranice mezi profesionálním vztahem a přátelstvím lze udržet, i když klienti vztah s peer konzultantem chápou právě jako přátelství; klienti však sami k udržování hranice zároveň přispívají.

Blízkost, pochopení a symetrie ve vztahu nahrává tomu, aby klienti chápali vztah s peer konzultantem jako vztah přátelství. Pokud by se však profesionál stal skutečně přítelem klienta, nemohl by zároveň vůči němu zároveň vystupovat v roli pomáhajícího profesionála: symetrie přátelského vztahu by asymetrii vztahu pomáhajícího profesionál - klient zcela popřela. Překvapivě se ale ukázalo, že i když respondenti mluvili o přátelství, dělali to opatrně a se zachováním jisté asymetrie. Sami tak při rozhovoru hranici mezi profesionalitou a přátelstvím nějakým způsobem udržovali. Mluvení o „přátelském vztahu“ proto můžeme chápat jako odraz nové situace či neobvyklých prvků v profesionální podpoře, než nutně jako výraz neudržení profesionální role konzultantem.

Někteří autoři (např. Mead et al., 2001; MacNeil a Mead, 2003) zdůrazňují, že rovnocenné vztahy jsou příležitostí pro klienty i pracovní konzultanty. Umožňují jim růst a vytvářet významné a reciproční vztahy. Je třeba poznamenat, že tato doporučení se odkazují na praxi ve svépomocných skupinách a peer komunitách. Tito autoři píšou o tom, že hranice jsou i v těchto komunitách důležité,

ale jejich pevné nastavení odmítají – připomíná jim příliš kulturu medicínských služeb. Řešením je podle nich flexibilita – tedy nastavení hranic se může měnit v průběhu účasti v programu a také může být individuální. Tím mezi řádky říkají, že v prostředí profesionálních služeb hranice být flexibilní nemají.

Domníváme se, že nelze jednoduše definovat dva typy vztahů – profesionální a peer vztah – a říci, že ten první je založený na dodržování předem daných hranic, zatímco ten druhý je (má být) úplně odlišný. I v profesionální komunitě totiž probíhá debata o tom, jak pevně mají být nastaveny hranice v pomáhajících vztazích. Například Karel Kopřiva (2006) napsal, že hranice pomáhajících vztahů mají být do určité míry flexibilní, aby mohly rezonovat a být skutečně pomáhající. Také Borg a Kristiansen (2004) píšou o tom, jak klienti oceňovali u profesionálů okamžiky, kdy vystoupili ze své „profesionální“ role a jejich jednání by se dalo považovat za porušení pravidel. Například pracovnice denního centra vyprávěla o svém psovi, zdravotní sestra přinesla klientovi růži za to, že vydržel měsíc v nové práci. V jiném příkladu pracovník půjčil klientovi peníze na víkend, aby netrpěl hladem, nebo dokonce přijal dárek. I když šlo o zdánlivé drobnosti, pro klienty služeb se jednalo o zásadní momenty (Borg a Kristiansen, 2004). A zároveň naše závěry ukazují, že i když pružnost hranice klienti vnímají jako přínosnou, nějakým způsobem se také starají o to, aby hranice zůstala zachována.

### **c) Téma 3: Obsah spolupráce peer konzultanta s klientem**

Hranice role peer konzultanta, definovaná „náplň práce“, nemohla být předem zcela přesně stanovena, protože „náplň práce“ se utvářela během projektu v každém z týmů svým vlastním způsobem. Co vlastně má peer konzultanta s klientem dělat, a co nikoli, se musí vyjednávat ve složitém terénu interakcí v týmu profesionálů, v nichž peer konzultanti působí, stejně jako mezi klienty a peer konzultanty. A je pravděpodobné, že se vždy budou lišit podle konkrétní služby a týmu.

Podobným procesem prošly i organizace v projektu CRPDZ, který probíhal 2012 – 2014. Franzová (2015) popisuje detailně, jak probíhalo zapojování peer konzultanta v tomto projektu do služeb v organizaci Ledovec. Všimá si i toho, jak se jeho náplň práce i role v týmu postupně upřesňovala (Franzová, 2015, s. 63-67). Počáteční fáze byla spojena s nejistotou. Tým o nové roli intenzivně uvažoval a experimentoval při hledání dobrého nastavení konkrétních činností peer konzultanta a toto hledání bylo reflektováno jako přínosné.

Peer konzultanství je v českých podmínkách stále ještě nová věc, teprve si hledá svoje místo v různých typech sociálních služeb a mezi ostatními disciplínami v pomáhajících profesích. V podobné situaci byla sociální práce v České republice v 90. letech minulého století, kdy si v nově vznikajících komunitních službách péče o duševní zdraví hledali svoji „náplň práce“ a hranice svojí profesionality sociální pracovníci. Nejasnost role z hlediska „náplně práce“ tak můžeme chápat jako plodnou ustavující fázi nové profese.

### **Literatura**

Borg, M. a Kristiansen, K. (2004). Recovery-oriented professionals: Helping relationships in mental health services. *Journal of mental health*, 13(5), 493-505.

Coatsworth-Puspoky, R., Forchuk, C. a Ward-Griffin, C. (2006). Nurse–client processes in mental health: recipients' perspectives. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(3), 347-355.

Davidson, L., Chinman, M., Kloos, B., Weingarten, R., Stayner, D. a Tebes, J. K. (1999). Peer support among individuals with severe mental illness: A review of the evidence. *Clinical psychology: Science and practice*, 6(2), 165-187.

Davidson, L., Chinman, M., Sells, D. a Rowe, M. (2006). Peer support among adults with serious mental illness: a report from the field. *Schizophrenia bulletin*, 32(3), 443.



Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K. a Miller, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry*, 11, 123-8.

Franzová, D. (2015). *Zkušenosti se zaváděním modelu peer konzultantů do vybrané organizace poskytující služby osobám s duševním onemocněním*, diplomová práce. Fakulta humanitních studií (diplomová práce)

Kopřiva, K. *Lidský vztah jako součást profese (s předmlouvou Jiřiny Šiklové)*. Portál. Praha: 2006. ISBN 80-7367-181-6.

MacNeil, C. a Mead, S. (2004). Peer support: What makes it unique. *Retrieved April, 23, 2009*.

Mead, S., Hilton, D. a Curtis, L. (2001). Peer support: a theoretical perspective. *Psychiatric rehabilitation journal*, 25(2), 134.

Paulson, R., Herinck, H., Demmler, J., Clarke, G., Cutler, D. a Birecree, E. (1999). Comparing practice patterns of consumer and non-consumer mental health service providers. *Community mental health journal*, 35(3), 251-269.

Repper, J. a Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, 20(4), 392-411.

Sells, D., Davidson, L., Jewell, C., Falzer, P. a Rowe, M. (2006). The treatment relationship in peer-based and regular case management for clients with severe mental illness. *Psychiatric services*, 57(8), 1179-1184.

## FOCUS GROUP S PEER KONZULTANTY

Zuzana Foitová, září 2015

### **Zapojení do týmu**

#### Identifikovaná pozitiva:

Peer konzultanti ocenili, pokud měli nějaké vedení, nějakého **mentora** (byť většinou nebyl takto definován). Pozitivně také hodnotili, když se setkali s přátelskou atmosférou v týmu a připraveností týmu. Dobře bylo vnímáno, když ostatní pracovníci respektovali zhoršení zdravotního stavu peer konzultantů včetně delší pracovní neschopnosti. Peer konzultanti vnímali jako výhodu, pokud je tým brzy po jejich nástupu do organizace zapojil do aktivit s klienty.

#### Identifikovaná negativa:

Některým peer konzultantům chybělo zpočátku vybavení (PC, telefon, místnost) nebo i jasně vymezený úkol. Některé týmy neznaly roli peer konzultanta a neznali ji ani klienti služby. Ojedinele se peer konzultanti setkali s nedůvěrou kolegů. Někteří peer konzultanti si nebyli jisti, jak prezentovat sebe a svou roli.

Řada peer konzultantů řešila podobnou otázku – jak najít pro sebe klienty: kde (v jakých programech, při jaké příležitosti), jak klienty oslovit a službu nabídnout, kdo má klienty eventuálně peer konzultantovi doporučit? Někteří v tomto ohledu pocítili i nevyužitý potenciál své osoby ze strany týmu. Na druhou stranu se stalo, že peerovi byl doporučen ke konzultacím hodně složitý klient nebo byl požádán o zapojení do emočně vypjatých či náročných situací ve vztahu ke klientům. V některých případech mohla být od peer konzultanta očekávána práce přesahující jeho roli a kladoucí jinou odpovědnost (vyjednávání s lékařem, apod.)

Ozval se opakovaně názor, že projekt byl krátký – neposkytoval dost času k zapracování a dostatečnému zabydlení v roli peer konzultanta (k plné identifikaci s rolí).

#### Doporučení pro praxi:

Potvrzuje se, že je důležité mít pro peer konzultanta připravené vybavení a věnovat více času edukaci týmu o tom, kdo je peer konzultant a jaká je jeho role. Dále zazněl požadavek, aby klienty pro peer konzultanta vytipoval tým a volil alespoň zpočátku „lehčí“ klienty (to ale neplatilo pro všechny, někteří peeri si nacházeli klienty sami přirozeně v programech své služby, hlavně skupinových).

### **Vzdělávání a průběžná podpora**

#### Identifikovaná pozitiva:

Účastníci ocenili, že v základním vzdělávacím kurzu sdíleli s novými adepty svou praxi zkušenosti peeri. Dále ocenili, že kurz poskytl jak informace, tak sebepoznání. Pomohl i Manuál zapojování peer konzultanta a kniha Cesty k zotavení – byla to pomůcka pro peera i pro některé týmy. Dalším vodítkem byl operační manuál týmu – peeri jeho prostudováním získávali lepší představu, jak jejich tým pracuje, co je jeho běžná praxe. Všichni ocenili stáž u zkušenějších peerů. Individuální a skupinové supervize pomáhaly peerům porozumět své práci i kolegům v týmu. Někteří peer konzultanti ocenili i možnost dalšího vzdělávání - kurz pracovníka v sociálních službách a z něj hlavně nácvik vedení rozhovoru.

#### Identifikovaná negativa:

Kurz pro pracovníky v sociálních službách, který bylo možné v rámci projektu rovněž absolvovat, byl pro některé peer konzultanty spíše přítěží, hodně ale záleželo na období, kdy mohli kurz absolvovat (aby se hodil do časového programu celého týmu) a jak byl zaměřený (upřednostňovali zaměření specificky na cílovou skupinu lidí s duševním onemocněním). Někteří přítomní peeri zmiňovali nedostatek informací o dalším **specializovaném** peer vzdělávání. Ojedinele zazněly rozpaky kolem individuální supervize – jeden peer konzultant „neměl co řešit“, protože neměl dost svých klientů.

#### Doporučení pro praxi:

Potvrzuje se, že velmi pomáhá sdílení s jinými peer konzultanty a stáže, které v rámci projektu proběhly. Pomohly by i individuální konzultace se zkušenějším peerem v průběhu celého projektu. Ukazuje se, že pro dobrou práci peer konzultanta nestačí „mít vlastní příběh“, je třeba i určitá „technologie“ jak ho používat a k tomu by se hodil větší trénink komunikace. Peer konzultanti by uvítali následné setkávání i po skočení projektu (např. ve formátu skupinové supervize) a další specializované vzdělávání (WRAP aj.). Peer konzultanti rovněž uvažovali o tom, že by mohlo pomoci vytvoření kvalifikačních stupňů pro peer konzultanty.

### **Plány do budoucna**

Přítomní reflektovali své osobní i profesní plány, které byly velmi různorodé. Vzhledem k roli peer konzultanta však míří záměry podobným směrem. Peer konzultanti by rádi drželi „čistou“ roli, odlišenou od role sociálních pracovníků a case managerů. Rádi by rozšířili svůj pracovní úvazek nebo činnosti, které vykonávají, například mít víc individuálních klientů a pracovat s nimi samostatně, trávit více času v přímé práci s klienty, vést svoji skupinu klientů zaměřenou na aktivizaci či vést skupinu spolu s druhým peer konzultantem. Další plány směřují k dalšímu vzdělávání jak specializovaném pro peer konzultanty (např. WRAP), tak i například ke studiu sociální práce.

## Co se v týmu změnilo příchodem peer konzultanta?

Peer konzultanti reflektují posuny ve snížení předsudků, akceptaci nové role týmem. V úkolech se dařilo nacházet rovnocennost peer konzultantů s ostatními kolegy.

## SHRNUTÍ FOCUS GROUP SE ZÁSTUPCI POSKYTOVATELŮ SLUŽEB (NADŘÍZENÝMI PEER KONZULTANTŮ)

*Jan Stuchlík, říjen 2015*

Focus group byla zaměřena na čtyři témata: zapojení peer konzultanta (do týmu, do práce s klienty), trénink a příprava peer konzultantů i týmů, plány týmů do budoucna týkající se zapojení peer konzultantů a vliv peer konzultanta na filosofii služby.

### Zapojení peer konzultanta

Účastníci zdůrazňovali význam připravenosti týmu, dobrého výběru peer konzultanta, zapojení do týmových aktivit, dobré osobní vztahy peer konzultanta se členy týmu, zapojení peer konzultanta do práce s klienty a jeho vztahy s nimi.

Z hlediska přípravy týmu se zdá být důležitá předchozí zkušenost týmu s peer konzultantem (i negativní) a to jak vlastní, tak zprostředkovaná. Jedna kolegyně uváděla, že hodně využili zkušenosti, které jim předal tým, který již s peer konzultantem pracoval. Užitečný pro ně byl také manuál vytvořený v přechozím projektu a metodické porady.

Prakticky všechna pozitivní vyjádření, která se týkala dobrého výběru správného kandidáta, ho nějakým způsobem charakterizovala jako aktivního v přístupu k práci („byl aktivní“, „nenechal se odradit, sám vymýšlel nové cesty“, „ochotně se pouštěl do nových věcí“). Zmíněna byla také jeho ochota sdílet svůj příběh s budoucími kolegy, něco o sobě říct. S tím korelovaly i sdělení účastníků komentující problémy spolupráce s peer konzultantem. Jako problém bylo vnímáno nízké sebevědomí peer konzultanta, jeho nesamostatnost, případně také uzavřenost („měli jsme obavy, jestli mu práce neškodí ve smyslu zhoršení symptomů nemoci“). Jeden z účastníků zmínil, že pro dobrý výběr peer konzultanta by neměla být brána v úvahu pouze zkušenost s onemocněním a zotavením, ale také další „zkušenosti“, například dosažené vzdělání a předchozí zaměstnání.

Jako pozitiva označovali účastníci vysokou míru zapojení do svého týmu (účast na týmových poradách, častou individuální komunikaci se členy týmu), ale také seznámení se s ostatními spolupracovníky (možnost vidět všechny služby, které organizace poskytuje, představení se všem členům personálu). Velmi výrazně zazněly komentáře týkající se osobní roviny vztahů, a to jak v pozitivním („zapadl do týmu, hodí se k nám“, „dobré vzájemné vyladění“, tak negativním smyslu („malá spolupráce s kolegy v týmu, kteří v osobní rovině nevnímali dobré vztahy“). Některé týmy neměly možnost si peer konzultanta vybrat, byl jim přidělen managementem organizace, což bylo komentováno jako problém o to větší, že při přijímání jiných kolegů je výběr v jejich pravomoci a mohou si vybrat kolegu, který jim osobnostně vyhovuje. V některých týmech narazili na problémy v náplni role peer konzultanta, které se však díky dobrým osobním vztahům dařilo řešit („peer konzultant měl pocit, že nemá stejné postavení jako ostatní členové týmu, protože nemůže například řešit exekuce“, „jako vedoucí peer konzultanta jsem měl příliš ochranný přístup, ale vzájemně jsme si to vyjasnili“, „měli jsme obavu, zda peer konzultant nepřekračuje své pravomoci tím, že s klienty hovoří o alternativních životních stylech, náboženství ... v diskusi jsme ale našli společný pohled“).

V zapojení peer konzultanta do přímé práce s klienty referovali účastníci o velmi rozdílném tempu. K rychlejšímu zapojení pomáhala účast na skupinových aktivitách a cílené představení klientům.

V jednom případě považovali za přínosné, že mohli přesunout kvalifikační kurz na pozdější termín, takže peer konzultant měl hned zpočátku dostatek času na práci s klienty a navazování vztahu s nimi, ale i na začlenění do týmu a definování pracovní role.

Vztahy, které peer konzultanti mají s klienty, byly účastníky focus group popisovány jako dobré či hezké, až na jednu výjimku („klienti o peer konzultantce říkali, že je divná“). V jednom případě byl zmíněn problém, kdy se v případě skupinového programu peer konzultant zajímal spíše o náplň programu než o samotné klienty.

Jako výrazný problém byla opakovaně zmiňována krátká doba projektu.

### **Příprava peer konzultantů a týmů**

V přípravě týmů hodnotili účastníci jako jednoznačně pozitivní předchozí zkušenost s peer konzultantem v týmu. Jeden z účastníků zmiňoval, že někteří členové týmu absolvovali stáž v Holandsku (mimo projekt), kde měli možnost setkávat se s peer konzultanty. Byl zmíněn také návrh, že by bylo výhodné, kdyby stáž v organizacích, kde již pracuje peer konzultant, mohli kromě začínajících peer konzultantů absolvovat také další členové týmu.

Převážně pozitivně byly také hodnoceny metodické porady, zejména pokud se jich účastnil zkušený peer konzultant. Účastníci by také uvítali, kdyby bylo možné vyžádat si metodickou poradou v případě potřeby i v průběhu projektu.

Účastníci vnímali jako výraznou pomoc a podporu také individuální supervizi pro vedoucí peer konzultantů, nicméně v jednom případě bylo zmíněno i to, že i když spolupráce se supervizorem fungovala dobře, bylo nepříjemné, že si pracovník nemohl supervizora sám vybrat.

Skupinová i individuální supervize pro peer konzultanty byla vnímána jako přínosná, pouze v jednom případě bylo uvedeno, že peer konzultant nebyl ani s jednou formou supervize spokojen.

U přípravného kurz pro peer konzultanty vnímali účastníci focus group jako problém, že s jeho obsahem nebyli seznámeni, což někdy vedlo k nejistotě, jak jsou peer konzultanti připraveni. Například řešili, zda byl peer konzultant seznámen se základy krizové intervence. To, že členové týmu neznali detailně obsah kurzu, také zvyšovalo nejistotu v rozlišení role peer konzultanta a sociálního pracovníka, alespoň v týmu, který stanovení přesných hranic mezi oběma rolami vnímal jako důležité.

Byly zmíněny také pochybnosti, zda týdenní kurz pro peer konzultanty je svým rozsahem dostatečný a zda kromě práce s vlastním příběhem není třeba také trénink v aktivním naslouchání a vedení rozhovoru.

### **Plány do budoucna**

Ve většině týmů plánují zachovat pozici peer konzultanta, případně přijímat do organizace další peer konzultanty. Více peer konzultantů v jedné organizaci považují za velmi přínosné, protože se peer konzultanti mohou vzájemně podporovat. V organizaci, která v současné době zaměstnává pět peer konzultantů, plánují, že pro ně zajistí pravidelnou skupinovou supervizi. V jednom z týmů plánují prodloužit smlouvu peer konzultanta o dalších šest měsíců a pak se teprve rozhodovat o jeho trvalém zapojení do týmu. Projektová doba je příliš krátká, aby si mohli být jisti přínosem. V dalším týmu plánují navýšení úvazku peer konzultanta, ale nejsou si jisti, jak velký úvazek by měl být, aby peer konzultant nebyl přetížený. V některých týmech plánují rozšíření pracovní role peer konzultanta (vedení skupin pro rodiny, prvkontakty).

V jednom týmu bude pracovní smlouva peer konzultanta ukončena s koncem projektu, líbilo by se jim, kdyby mohla pokračovat, ale na to nebudou prostředky. Peer konzultant dále povede skupinu jako dobrovolník a organizace zapojila další dva dobrovolníky s vlastní zkušeností. V této souvislosti vznikla krátká diskuse, zda je v případě, že pracovník s vlastní zkušeností vykonává dobrovolnickou

práci ve službě, kde ostatní členové týmů nejsou dobrovolníci, zachována definiční podmínka, že peer konzultant je rovnoprávným členem týmu.

### **Vliv peer konzultanta na filosofii týmu nebo služby**

Účastníci popisovali, že fakt, že člověk, který byl vnímán jako příjemce služby, přichází do týmu v roli partnera a profesionála, má nepochybně vliv na myšlení a styl práce týmu. Ve dvou případech uvedli, že se peer konzultantům podařilo navázat spolupráci s klienty, kteří do té doby s jinými členy týmu nespolečně pracovali nebo jen velmi omezeně. Jeden z účastníků popisoval, že ho spolupráce s peer konzultantem nutí zvažovat své postoje, ptát se sám sebe, zda není v některých otázkách příliš rigidní. Jeden z účastníků uvedl, že pro jeho tým znamenal příchod peer konzultanta nový optimismus. Setkávají se často s klienty, kterým se nedaří, peer konzultant je tak živým důkazem zotavení nejen pro klienty, ale také pro členy týmu. Většina účastníků se k tomuto sdělení velmi živě připojila.

### **Závěr**

Pokusili jsme se vybrat ty připomínky, které se zdají být velmi důležité tím, že se objevily několikrát, případně se k nim připojilo více účastníků:

Zásadní je předchozí zkušenost spolupráce s peer konzultantem, ať již přímo ve svém týmu nebo zprostředkovaná stáží v jiném týmu nebo alespoň možností konzultovat s týmem, kde již peer konzultant pracuje.

Naprostou podstatný je aktivní přístup peer konzultanta k práci.

Zásadní je osobnostní soulad peer konzultanta s ostatními členy týmu.

Je nutné mít možnost vybrat si peer konzultanta sami.

Je třeba mít detailní představu o obsahu tréninku peer konzultanta.

Více peer konzultantů v jedné organizaci je výhodou a umožňuje jejich vzájemnou podporu a spolupráci.

Peer konzultant přináší do týmu naději a optimismus.

## **ZKUŠENOSTI SE SUPERVIZNÍ PODPOROU V RÁMCI PROJEKTU**

*Zuzana Foitová, říjen 2015*

V rámci tohoto projektu byla umožněna: 7x individuální supervize pro každého peer konzultanta (1x měsíčně/50 minut po dobu zaměstnání na pozici peer konzultanta v rámci projektu), 3x individuální supervize pro nadřízeného peer konzultanta a 3x skupinová supervize pro zapojené peery.

Většina peer konzultantů i vedoucích týmů reflektovala možnost supervize jako přínos. Toto stanovisko však nebylo úplně jednoznačné; jeden peer konzultant nevnímal supervizi jako přínosnou a jiní si potom nebyli při individuální supervizi jisti, co řešit. U některých vedoucích týmů se nedařilo čerpat supervizi kontinuálně během projektu, což mohlo být způsobeno celkově těsným časovým rámcem.

Ze zkušeností z čerpání supervize nám vyplynuly tyto závěry:

- Organizace, respektive její konkrétní tým, by měl být osloven s nabídkou zapojit peera s dostatečným předstihem, aby se měl čas seznámit s tím, co by to pro tým obnášelo, a rozhodnout, zda do toho tým půjde
- Zástupce týmu by měl být přítomen u výběrového řízení a podílet se na výběru peer konzultanta
- Tým by měl být personálně i jinak ustálený a spíše zkušený (nikoli v přerodu, nikoli ve stěhování apod.).
- Tým by měl být spíše střední či větší velikosti (je rozdíl, zda peer přichází do 3 členného nebo 7 členného týmu) – pokud úvazek peera představuje vysoké procento celkových úvazků v týmu, tak a) ostatní nebudou mít kapacitu na dostatečné zaučení peera a jeho podporu, b) bude tlak, aby peer zaskakoval v jiné roli (zvl. při chybění některého pracovníka z důvodu nemoci či dovolené)
- V případě potíží se zapojením peer konzultanta by mohl mít tým možnost a možná i povinnost o situaci informovat realizátora a hledat společně řešení – metodickou podporu, vhodnou formu supervize aj.
- Tým musí být zevrubně proškolen nejen v tématu zotavení, ale i v tématu role peer konzultanta, variant jeho pracovní náplně, způsobů zaučení peera a jeho průběžné podpory (mentoringu) apod.
- Tým by měl mít zajištěno potřebné vybavení pro peera (pracovní místo, přístup k PC, telefon – v rozsahu stejném jako pro ostatní členy týmu) a zaškolit ho v používání těchto nástrojů.

Do budoucna se jeví jako vhodné počítat s možnými potížemi vstupu peer konzultanta do týmu a v takových případech upřednostnit formát společného řešení případných obtíží v týmu (metodická porada nebo týmová supervize), neboť zjištění z individuálních supervizí se nikde „nepotkají“. Další možností by bylo přizvat do takového týmu zkušeného peera, který by mohl začátečníka několik dní „stínovat“ a pomoci tak odhalit rozdíly v očekávání týmu a peera nebo silné a slabé stránky týmu a peera.

## SOUVISLOSTI TÉMATU ZOTAVENÍ A ZAPOJOVÁNÍ PEER KONZULTANTŮ

Pavel Říčan, říjen 2015

### **Koncept recovery (zotavení)**

Koncept zotavení (dále „recovery“) je klíčový pro pochopení změn, které se v posledních dvaceti letech odehrávají ve službách pro duševně nemocné.

Příznačné je, že tento pojem je chápán a definován různě. Existují dvě hlavní pojetí, *klinické* (recovery = méně symptomů, vyšší kvalita života, jde o měřitelný stav pacienta) a *osobní* (recovery = významuplný život i když nemoc přetrvává, recovery v tomto smyslu je spíše procesem, životní orientací), viz např. Slade (2013) a Schrank (2007).

Nejčastěji citovaným autorem, který tento pojem objevil pro odbornou veřejnost, je William Anthony, dnes penzionovaný profesor Bostonské univerzity. Jeho článek *Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s* vyšel v roce 1993.

Jeho teze potom rozpracovali mnozí další: Deegan (1993), Young a Ensing (1999), Boevink (2006), Ridgway (2001). V tomto pojetí osobní recovery nejde o to být bez příznaků, ale žít spokojený, významuplný život i s nemocí. Recovery přitom údajně nelze dodat zvenčí – je to proces budování

identity, který musí „udělat“ pacient, jehož role je zde maximálně akcentována. Profesionálové mají v tomto pojetí především asistovat, nemají „klíče od brány zdraví“.

Zastánci funkčního i osobního pojetí recovery se shodně odkazují na sérii dlouhodobých kvantitativních studií (Ciompi, 1980; Harding et al., 1987), které prokázaly, že u vysoké procento (46 - 68 %) pacientů se v dlouhodobém horizontu stav zlepšuje: mají v průměru méně symptomů a vyšší úroveň sociálního fungování. Z těchto studií také vyplynul poznatek o značné variabilitě zotavení – ústup symptomů nemusí korelovat s úrovní sociálního fungování a samotné sociální fungování může být obtížné jednoznačně vyhodnotit, například pravidelná práce nemusí nutně znamenat i uspokojivé sociální vztahy atd.

### **Prosazení recovery konceptu v institucionálních rámcích**

Profesionálně poskytované služby duševně nemocným v USA, Kanadě, Velké Británii i celé západní Evropě cca od roku 2000 postupně zahrnuly koncept recovery do své sebe prezentace.

Pravděpodobně to byl tlak uživatelského hnutí a odborné veřejnosti, co způsobilo, že se požadavek, aby se služby orientovaly na recovery, objevil v oficiálních státních dokumentech. V USA to bylo v roce 1999 ve zprávě hlavního lékaře zdravotních zařízení, vydané ministerstvem zdraví a sociálních služeb: „Všechny služby pro osoby s duševním onemocněním by měly být uživatelsky orientované a zaměřené na zvyšování zotavení. To znamená, že cíle služeb nesmějí být omezeny na redukci symptomů, ale měly by usilovat o obnovení významuplného a produktivního života“ (Department of health and human services, 1999, s. 455).

Zajímavé je, že v kontextu celé zprávy, která má 487 stran, je toto stanovisko jen velmi řídké podloženo argumenty z provedených výzkumů. Zdá se, že se v tomto případě jednalo o *politické rozhodnutí*.

Ve Velké Británii se koncept recovery objevuje s mírným zpožděním. V roce 2001 vydává ministerstvo zdravotnictví dokument: *The journey to Recovery – The Government's vision for mental health care*. Tento dokument má však recovery především ve svém názvu. Deklarované cíle se soustředí na koordinaci péče, používání efektivních intervencí, rozšíření krizových služeb, zajištění elektronické databáze sdílené zdravotními i sociálními službami aj. Konkrétně recovery jsou věnovány vlastně jen čtyři krátké odstavce. Jeden z nich citujeme: „Potřebujeme vytvořit optimistický, pozitivní přístup ke všem lidem, kteří využívají služby duševního zdraví, velká většina z nich má reálný výhled na zotavení (recovery) – pokud budou podpořeni odpovídajícími službami, tedy službami, které budou zastávat správné hodnoty a přístupy“ (Department of health, 2001, s. 24). I zde se jedná především o politické prohlášení bez vazby na konkrétní budoucí opatření. Silnější je až *Guiding Statement of Recovery*, vydaný anglickým Národním institutem pro duševní zdraví v roce 2005. V tomto dokumentu se vyjmenovává 12 principů, z nichž první citujeme: „Uživatel služeb se rozhoduje, zda a kdy začne svůj proces zotavení (recovery) a řídí ho. Řízení uživatelem je proto zásadní během celého procesu“ (National institute for mental health in England, 2005, s. 4). I další principy jsou zaměřeny na posílení role pacienta a od profesionálů očekávají víru v zotavení pacienta a navazování důvěryhodných pracovních vztahů.

Pokusil jsem se ukázat, jak se principy recovery objevily v důležitých strategických dokumentech v USA a Velké Británii. Je možné sledovat časový vývoj – od roku 1993 dochází postupně k etablování recovery.

### **Recovery v České republice**

V České republice je pojetí recovery méně známé. Elitní psychiatři jako Cyril Höschl, Filip Španiel či Lucie Bankovská Motlová hovoří zcela medicínsky o remisi (např. Bankovská Motlová a Španiel, 2011). Pojetí recovery se poprvé objevuje v publikaci *Psychózy* (Pěč a Probstová eds., 2009). A to

především v úvodu od holandského výzkumníka Jaapa van Weeghela, který vnímá podporu recovery jako klíčový úkol všech služeb pro duševně nemocné. Pěč a Probstová se o recovery zmiňují i v *Psychiatrii pro sociální pracovníky* (2014). Pojmu je v jejich práci věnována závěrečná kapitola, ve které autoři pro dosahování recovery akcentují potřebu odborné psychoterapeutické pomoci. Jejich přístup je opatrný a profesionálně skeptický, což se projevuje i tím, že ve svém textu neodkazují na práce lidí s vlastní zkušeností s nemocí a recovery, jako jsou Patricia Deegan, Vilma Boevink nebo Mary Ellen Copeland.

Koncepční dokumenty týkající se změn v péči o duševně nemocné z nedávné doby se zaměřují na uspořádání péče – především zlepšení její koordinace a rozvoj komunitního segmentu. Cílem reformních snah má být zlepšení kvality života lidí s duševními nemocemi. Pojetí recovery není explicitně přítomno - viz především *Strategie reformy psychiatrické péče* (Ministerstvo zdravotnictví ČR, 2013).

### **Kritika konceptu Recovery**

Profesionální služby ve Spojených státech a západní Evropě, určené lidem s duševním onemocněním, si pojem recovery postupně osvojily. Naučily se ho používat a zaštitovat se jím. Ošklivě, ale výstižně řečeno: „Recovery se stalo mainstreamem“, takřka povinnou součástí prezentace organizací na poli péče o duševně nemocné.

Souběžně s tímto posunem se ale objevují hlasy (ex)uživatelů psychiatrické péče, které upozorňují na možné zneužití konceptu. Tento kritický proud zřetelně vyjadřuje např. Premila Trivedi (2010), která detailně popisuje, jak se původně autentický koncept „zrozený ze zkušenosti, intelektu, vědomí, hněvu, kreativity a naděje uživatelů“ (Trivedi, 2010, s. 153) postupně mění, když ho přejímají zavedené služby podpory duševně nemocných. Trivedi říká, že tyto služby si koncept přisvojují, aniž by ovšem měnily stávající mocenskou konstelaci. V konečném důsledku se může dokonce původně uživatelský koncept stát nástrojem manipulace a útlaku uživatelů („Musíte se zotavit. Je čas, abyste po 15ti letech opustil komunitní chráněné bydlení, i když je vám tu dobře“). Stejně argumentuje i Keating: „je zde obava, že koncept recovery bude kolonizován službami duševního zdraví a nutně reartikulován“ (Keating, 2007, s. 5).

Tato kritika vlastně říká: organizace pouze změnilly svou prezentaci, ve skutečnosti zůstaly zachovány hierarchické systémy a přístupy. V praxi se nic (moc) nezměnilo.

Pojem recovery je nejednoznačný, neexistuje přesná všemi sdílená definice, což někteří autoři vidí jako slabinu. Ale možná je tato neurčitost naopak výhodou. Dokázal by jednoznačně definovaný, případně operacionalizovaný pojem přitáhnout takovou pozornost a ovlivnit myšlení tolika laiků i profesionálů? Pojem recovery především inspiruje, konkrétní rozpracování může nabývat různých podob.

Ilana Löwy (1992) přišla s pojmem „loose concept“, který právě díky své nejednoznačnosti potencuje interdisciplinární spolupráci. To by mohl být klíč i k úspěchu pojmu recovery. V tomto smyslu je tedy koncept recovery inspirující a má potenciál propojovat různé profesní a zájmové skupiny v oblasti duševního zdraví a nemoci. Problém ovšem nastává ve chvíli, kdy se začneme vážně ptát, co tedy recovery přesně je. Přístupů je celá řada, od metafor (recovery jako cesta, naděje, víra) až po požadavky na vědeckou kvantifikaci. Pro měření recovery bylo vyvinuto několik standardizovaných dotazníků, kromě *Recovery Star* například *Recovery Assesment scale (RAS)* nebo *Mental health recovery measure*.

Pojem recovery velmi úzce souvisí s otázkami pojetí duševní nemoci a možnosti léčby. Jestliže vnímáme duševní onemocnění jako primárně biologickou poruchu mozku, pak adekvátní terapií je farmakoterapie a další intervence jsou sekundární. Koncept recovery ale fakticky říká, že biologická složka nemoci je/může být méně důležitá, nežli sociální a psychologické faktory. Takový koncept je výhodný pro nepsychiatrické profese na poli duševního zdraví, především psychology (i William



Anthony je psycholog) a sociální pracovníky. Dává totiž větší váhu jejich terapeutickým postupům a metodám, zrovnoprávňuje je s psychiatry. Recovery je z tohoto pohledu vítaným nástrojem pro získání vlivu nepsychiatrických profesí v oblasti duševního zdraví a nemoci. Mocenské rozložení je tu zajímavé tím, že do hry vstupují i experti se zkušeností (ex/pacienti). Zdá se, že koncept recovery je využitelný pro nepsychiatrické profese v psychiatrii i pro ex-pacienty, kteří si nárokují expertní pozici. Jakoby tyto dvě skupiny mohly být dočasnými spojenci vůči dominantním expertům – psychiatrům. Střet o výklad recovery je přímo spojen s otázkou expertství. Kdo všechno má/může o duševní nemoci vypovídat, vyučovat, bádát a publikovat?

### **Recovery a peer podpora**

Recovery je především koncept a vize. Viděli jsme, že jsou rozšířené přinejmenším dva výklady tohoto pojmu – klinické a osobní recovery. Zároveň existuje na poli péče o duševní zdraví široký proud uvažování o tom, jak vizi recovery naplnit konkrétním obsahem. Obrazně by se dalo říci, že peer podpora je jedním z možných vtělení myšlenky recovery.

Myšlenka využít zkušeností člověka, který čelil a do jisté míry zvládl své onemocnění, pro podporu, povzbuzení a dodání naděje jiným, není sama o sobě nijak nová. Uplatňovala se např. při léčbě alkoholismu již v devatenáctém století. Málo známé je zaměstnávání vyléčených pacientů Philipem Pinelem a Jeanem Baptistem Pussinem v Bicêtre ve stejné době. Byla to jejich základní manažerská strategie, pomocí níž se jim podařilo zásadním způsobem humanizovat poskytování péče (Davidson et al, 2012). Také Harry Stack Sullivan zapojoval do léčby schizofrenie v Baltimoru pacienty, kteří se vyléčili, a to okolo roku 1920. Fenomén zapojování peerů, tak jak ho rozpoznáváme od devadesátých let dvacátého století, je tak možná spíše velkým návratem, než úplnou novinkou. Je ovšem otázkou, proč tato praxe, která zjevně již před staletími přinesla psychiatrii mnoho dobrého, upadla na dlouho do zapomnění.

První moderní projekty zaměřené na trénink a zapojení peer specialistů do casemanagementových týmů se datují do devadesátých let dvacátého století (USA) a souvisejí s rozvojem uživatelského hnutí a s objeveným konceptem recovery.

Ve Standardech týmu Asertivní komunitní léčby (ACT) z roku 2003 se již peer konzultant (peer specialist) objevuje jako povinný člen týmu s celkovým úvazkem 1,0. Jeho role je popsána následovně: „Protože má životní zkušenost s duševní nemocí a s psychiatrickými službami, poskytuje peer specialista expertízu, kterou profesionální trénink nemůže nahradit“ (Allness a Knoedler, 2003, s. 15).

V tomto standardu jsou fakticky již obsaženy všechny hlavní myšlenky peer podpory, jak je později převezmou v holandských FACT týmech, které vznikají od roku 2005. Systematický projekt Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví, který odstartoval tento trend v ČR, vychází přesně z tohoto zdroje. Peer konzultant musí mít vlastní zkušenost s onemocněním, je plnohodnotným a placeným členem týmu a předpokládá se jeho nezastupitelná úloha.

U zapojování peer konzultantů se předpokládá a podařilo se opakovaně prokázat trojí efekt:

1. Přínos pro klienty služeb, kde působí peer konzultanti (Mancini et al., 2005).
2. Přínos pro týmy a organizace, kde jsou peer konzultanti zapojeni (Mowbray et al., 1998).
3. Přínos pro samotné peer konzultanty.

Kromě toho se objevují i studie naznačující, že zavádění peer podpory může být cenově efektivní, což vyplývá z redukce hospitalizací (Trachtenberg et al., 2013).

Je zároveň korektní poznamenat, že ve věci přínosu peer konzultantů nepanuje absolutní shoda. Pochybnosti mají především badatelé, kteří uznávají výhradně metaanalýzy randomizovaných kontrolovaných studií a soustřeďují se na měřitelné posuny u uživatelů služeb. Tak například Mueser et al. ve svém přehledu z roku 2013 považují peer podporu pouze za „slibnou praxi“, nikoliv za praxi,

kteřá je „založená na důkazech“ (evidence based). Podobně kritičtí jsou Lloyd-Evans et al. (2014), když konstatují, že nemáme dostatek důkazů pro povinné zavádění peer specialistů do služeb.

Tato situace, kdy se určitý model podpory zavádí dřívě, nežli je dokonale ověřena jeho účinnost, je celkem běžná. Podobně to bylo s myšlenkou FACT týmů, které byly velmi rychle implementovány v celém Holandsku, a tato rychlost vlastně znemožnila důkladně porovnávat toto nastavení týmu s jinými modely.

Slade et al. (2014) chápou zapojení peer pracovníků do poskytování služeb jako jednu z empiricky ověřených intervencí, které pomáhají tomu, aby služby duševního zdraví byly orientované na recovery.

Zapojení peer konzultantů do služeb lze provést relativně rychle a levně. Ovšem, jak varují Slade et al. (2014), samotný fakt vstupu peer konzultantů do služeb nemusí mnoho změnit. Peer konzultanti mohou mít v týmech výrazně inferiorní postavení a tudíž minimální vliv na poskytování služeb.

Doporučení pro zapojování peer konzultantů je obsaženo i v *Akčním plánu WHO pro oblast duševního zdraví na roky 2013 – 2020*. Konkrétně na s. 14 se ve stejném odstavci píše o recovery i peer konzultantech v souvislosti s cílem 2 – *Poskytovat ucelené, integrované a responsivní sociální služby a služby duševního zdraví v komunitě*: „Základní požadavky zahrnují: naslouchání a adekvátní odpověď tomu, jak lidé rozumí své situaci a tomu, co jim pomáhá zotavit se; práce s lidmi jako s rovnocennými partnery při péči o ně; nabídka léčby a terapií podle volby lidí a také v tom, kdo péči poskytuje; **využívání peer pracovníků** a podpory, která přináší povzbuzení a pocit sounáležitosti nádvkem k jejich expertíze“ (World health organization, 2013, s. 14).

Pojem recovery souvisí se zapojováním peer konzultantů do profesionálních služeb velmi těsně, a to dvojnásobem.

1. K prvním novodobým pokusům zapojování peer konzultantů do služeb v USA dochází ve stejné době, kdy osobnosti uživatelského hnutí jako Patricia Deegan nebo Mary Ellen Copeland, ideově podpořeny profesionály jako William Anthony, propagují koncept recovery a fakticky vytvářejí nové paradigma v péči o duševně nemocné. Koncept recovery byl se svým důrazem na osobní prožívání a zvýznamnění zkušenosti s nemocí jedním z faktorů, které přispěly k zavádění peer konzultantů ve službách. V současnosti je implementace peer konzultantů považována za ověřenou strategii, která za splnění určitých podmínek (Slade et al., 2014) přispívá k pozitivním změnám ve službách (k jejich orientaci na recovery).
2. Pro peer konzultanty je poukaz na recovery zároveň oporou v jejich práci. Je to poselství, které mají zosobňovat a šířit.

## Literatura

Allness, D. a Knoedler, W. (2003). National Program Standards for ACT Teams. Dostupné z: [http://www.magellanofpa.com/media/700961/assertive\\_community\\_treatment\\_act\\_national\\_program\\_standards\\_oct\\_2013.pdf](http://www.magellanofpa.com/media/700961/assertive_community_treatment_act_national_program_standards_oct_2013.pdf)

Anthony, William 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.

Bankovská Motlová L., Španiel F. (2011). *Schizofrenie – Jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století*. Praha: Mladá fronta.

Boevink, W. A. (2006). From being a disorder to dealing with life: an experiential exploration of the association between trauma and psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 32(1), 17-19.

Carson, J., McManus, G., Chander, A. (2010). Recovery: a selective review of the literature and resources, *Mental Health and Social Inclusion*, (14)1, 35-44. Dostupné z [http://biblioteca.esec.pt/cdi/ebooks/docs/Carson\\_Recovery.pdf](http://biblioteca.esec.pt/cdi/ebooks/docs/Carson_Recovery.pdf)

- Ciampi, L. (1980). Catamnestic long-term study on the course of life and aging of schizophrenics. *Schizophrenia Bulletin*, 6(4), 606.
- Deegan, P. E. (1993). Recovering our sense of value after being labeled mentally ill. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 31(4), 7-11.
- Department of health (2001). The journey to Recovery –The Government’s vision for mental health care. Dostupné z [http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod\\_consum\\_dh/groups/dh\\_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh\\_4058900.pdf](http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4058900.pdf)
- Department of health and human services (1999). Mental Health. A report of the Surgeon General. Dostupné z <http://profiles.nlm.nih.gov/ps/access/NNBBHS.pdf>
- National Institute for Mental Health in England (2005). *Guiding Statement on Recovery*. Dostupné z <http://www.psychminded.co.uk/news/news2005/feb05/nimherecovstatement.pdf>
- Harding, M., Brooks, G.W., Ashikaga, T., Strauss, J.S. a Breier, A. (1987). Vermont Longitudinal Study of Persons With Mental Illness, II: Long-Term Outcome of Subjects Who Retrospectively Met DSM-III Criteria for Schizophrenia. *Am J Psychiatry*, (144)6, 727-735. Dostupné z <http://whatcausesmentalillness.com/Documents/The%20vermont%20longitudinal%20study%20of%20persons%20with%20severe%20mental%20illness%20.pdf>
- Keating, F. (2007). Introduction – Recovery, the new buzz word? In: Social perspectives network. *Whose Recovery is it Anyway?* (2007: 5-6). Dostupné z [http://spn.org.uk/wp-content/uploads/2015/02/Recovery\\_and\\_Diversity\\_Booklet.pdf](http://spn.org.uk/wp-content/uploads/2015/02/Recovery_and_Diversity_Booklet.pdf)
- Lloyd-Evans, B., Mayo-Wilson, E., Harrison, B., Istead, H., Brown, E., Pilling, S. a Johnson, S. a Kendall, T. (2014). A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. *BMC psychiatry*, 14(1), 39. Dostupné z <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/39>
- Löwy, I. (1992). The strength of loose concepts – boundary concepts, federative experimental strategies and disciplinary growth: the case of immunology. *History of Science*, 30, 371-396.
- Ministerstvo zdravotnictví ČR (2013). Strategie reformy psychiatrické péče. Dostupné z [http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2013/10/SRPP\\_publicace\\_web\\_9-10-2013.pdf](http://www.reformapsychiatrie.cz/wp-content/uploads/2013/10/SRPP_publicace_web_9-10-2013.pdf)
- Mancini, M. A., Hardiman, E. R., & Lawson, H. A. (2005). Making sense of it all: consumer providers' theories about factors facilitating and impeding recovery from psychiatric disabilities. *Psychiatric rehabilitation journal*, 29(1), 48.
- Mowbray, C. T., Moxley, D. P. a Collins, M. E. (1998). Consumers as mental health providers: First-person accounts of benefits and limitations. *The journal of behavioral health services & research*, 25(4), 397-411.
- Mueser, K. T., Deavers, F., Penn, D. L. a Cassisi, J. E. (2013). Psychosocial treatments for schizophrenia. *Annual review of clinical psychology*, 9, 465-497.
- National institute for mental health in England (2005). NIMHE Guiding Statement of Recovery. Dostupné z <http://studymore.org.uk/nimherec.pdf>
- Pěč, O. a Probstová, V. (2009). *Psychózy psychoterapie, rehabilitace a komunitní péče*. Praha: Triton.
- Pěč, O. a Probstová, V. (2014). *Psychiatrie pro sociální pracovníky*. Praha: Portál.
- Ridgway, P., McDiarmid, D., Davidson, L., Bayes, J. a Ratzlaff, S. (2002). *Pathways to Recovery: A Strength Recovery Self-Help Workbook*. Lawrence KS: University of Kansas School of Social Welfare.
- Schrank, B. a Slade, M. (2007). Recovery in psychiatry. *Psychiatric Bulletin*, 31(9), 321-325.

Slade, M., Amering, M., Farkas, M., Hamilton, B., O'Hagan, M., Panther, G., Perkins, R., Shepherd, G., Tse, S. a Whitley, R. (2014). Uses and abuses of recovery: implementing recovery-oriented practices in mental health systems. *World Psychiatry*, 13(1), 12-20.

Slade, M. (2013). *100 ways to support recovery A guide for mental health Professional*. London: Rethink Mental Health.

Trachtenberg, M., Parsonage, M., Shepherd, G., a Boardman, J. (2013). Peer support in mental health care: is it good value for money? London: Center for mental health. Dostupné z [http://eprints.lse.ac.uk/60793/1/Trachtenberg\\_etal\\_Report-Peer-support-in-mental-health-care-is-it-good-value-for-money\\_2013.pdf](http://eprints.lse.ac.uk/60793/1/Trachtenberg_etal_Report-Peer-support-in-mental-health-care-is-it-good-value-for-money_2013.pdf)

Trivedi, P. (2010). A recovery approach in mental health services: Transformation, tokenism or tyranny? In: Basset, T., Stickley, T., eds. *Voices of Experience: Narratives of Mental Health Survivors*. Chichester (2010: 152-164). UK: John Wiley & Sons, Ltd.

World health organization (2013). Mental health action plan 2013-2020. Dostupné z [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1)

Young, S. L. a Ensing, D. S. (1999). Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 22(3), 219.

## **LIDÉ S VLASTNÍ ZKUŠENOSTÍ S DUŠEVNÍ NEMOCÍ V POMÁHAJÍCÍCH ROLÍCH**

*Pavel Říčan, říjen 2015*

Využívání vlastní zkušenosti života s duševní nemocí pro pomoc lidem se stejnou zkušeností je myšlenka, která má v praxi mnoho podob. V tomto krátkém textu chceme tyto podoby popsat, přičemž se zaměříme především na zapojování peer konzultantů do profesionálních služeb.

Dobře srozumitelné členění navrhli Davidson et al. (1999), když rozlišili:

1. svépomocné skupiny,
2. služby poskytované lidmi s duševním onemocněním,
3. služby poskytované profesionály, do kterých se zapojují lidé s vlastní zkušeností – peer specialisté nebo peer konzultanti.

### **Svépomocné skupiny**

Přínos účasti ve svépomocných skupinách je dostatečně prozkoumaný. Davidson et al. (1999) v této souvislosti mluví o *environmentální protilátce*, působící proti izolaci a zoufalství, se kterými se lidé s duševním onemocněním často potýkají. Pozitivní efekt účasti v takových skupinách se podařilo prokázat v řadě výzkumů a týká se tří oblastí: a) snížení symptomů, b) snížení množství hospitalizací a c) zlepšení sociální integrace. I když není evidence vždy úplně přesvědčivá, zdá se, že ve všech třech oblastech si zvláště uživatelé, kteří navštěvují svépomocné skupiny delší dobu, vedou stejně dobře nebo lépe nežli ti, kteří podobné skupiny nenavštěvují. Klíčovou ingrediencí svépomocných skupin je zřejmě změna role z patientské na vzájemně pomáhající, která má potenciál zlepšovat jak sociální participaci, tak sebeúctu.

Poměrně zásadním limitem (který ovšem nijak nesnižuje potenciální benefity pro účastníky svépomocných skupin) je skutečnost, že tyto skupiny navštěvuje jen zlomek pacientů s psychózami a ještě menší část v nich vydrží. Navíc je profesionálové málokdy doporučují svým klientům.

## **Služby poskytované lidmi s duševním onemocněním**

Službami poskytovanými lidmi s duševním onemocněním rozumíme podporu poskytovanou týmem složeným z lidí se zkušeností s nemocí. Pomáhající jsou za svou činnost placeni. Pro tyto služby poskytované lidmi s duševním onemocněním platí podobné výhody i limity uvedené u svépomocných skupin. Nicméně je zde zřetelnější hranice mezi poskytovatelem služby a klientem. Zároveň se může ztrácet klíčový prvek svépomocných skupin – prvek *vzájemné* podpory. Podle Davidsona et al. (1999) se daří těmto službám dlouhodobě fungovat pouze, pokud se napojí na oficiální (místní) finanční zdroje a tedy se do určité míry propojí s profesionální sítí poskytovatelů. Služby, které se blíží této charakteristice, lze nalézt i v ČR. Lze sem zařadit například program patientských důvěrníků organizace Kolumbus nebo klub Mosty provozovaný Fokusem Praha.

Účinnost služeb poskytovaných peer pracovníky vychází v řadě studií jako srovnatelná se službami poskytovanými profesionály. Typicky se jedná o studie porovnávající case management poskytovaný profesionály a case management poskytovaný týmem peer specialistů (Solomon a Draine, 1995). I když je tento typ programů především v USA poměrně rozšířený, jedná se většinou o služby fungující jako komplement k síti profesionálních služeb. Každopádně zjištění, že lidé s historií psychiatrické léčby jsou schopni poskytovat stejně účinné služby jako profesionálové, bylo zřejmě zásadní pro další rozvoj zapojování peerů.

## **Služby poskytované profesionály, do kterých se zapojují lidé s vlastní zkušeností – peer specialisté nebo peer konzultanti**

Tento typ zapojení peer specialistů je dnes jednoznačně na vzestupu a je také nejvíce zkoumán kvantitativně i kvalitativně. V posledních letech byla publikována celá řada souhrnných textů a je jasné, že zájem o tento fenomén bude pokračovat. V České republice bylo v letech 2012 – 2015 díky úsilí Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví podpořeno cca 20 peer konzultantů, kteří působí v komunitních službách v celé ČR.

Zapojení peer specialistů do profesionálních týmů se v řadě ohledů odlišuje od předchozích dvou peer programů. Typicky je poskytována podpora peerům i profesionálním týmům pro zvládnutí nové situace. Davidson et al. (1999) mluví o *supported peer support*, tedy podporované peer podpoře. Peer konzultanti se v tomto modelu stávají členy týmů. Na rozdíl od svépomocných skupin se ve vztahu ke klientům jedná o asymetrický vztah poskytovatel – příjemce podpory. Tento posun v roli peer pracovníka také nebyl a není ani v současnosti v uživatelském hnutí jednoznačně vítán. Pokud jsme napsali, že svépomocné skupiny nejsou využívány větším množstvím pacientů, pak v tomto modelu dochází k zásadní změně – peer podpora je dostupná jako součást profesionální pomoci širokému okruhu osob v léčbě.

Jaký je efekt zapojování peer konzultantů do profesionálních týmů?

### **1. Přínos pro klienty služeb, kde působí peer konzultanti**

Hlavní přínosy, které byly identifikovány ve výzkumných studiích, jsou: snížení počtu hospitalizací a setrvání v komunitě, zplnomocnění, zlepšení v oblasti sociálních vztahů a sociálního fungování a začlenění do komunity, zkušenost empatie a přijetí (ze strany peer konzultantů), snížení stigmatizace, naděje (Repper a Carter, 2011). Lze konstatovat, že služby, v nichž jsou zapojeni peer konzultanti, jsou účinnější v aspektech, které se překrývají s konceptem osobního zotavení (*recovery*). Uživatelé mají více naděje, více kontroly nad tím, co se děje, a jsou lépe zapojeni do komunity (Repper a Carter, 2011).

### **2. Přínos pro týmy a organizace, kde jsou peer konzultanti zapojeni.**

Přínos pro týmy lze charakterizovat jako změnu postojů a přístupů k lidem s duševním onemocněním. Pracovníci mohou mít po zkušenosti s peer konzultantem méně stigmatizující postoje a více věřit ve schopnosti a potenciál lidí, potýkajících se s duševní nemocí. (Mowbray et al., 1998)

### 3. *Přínos pro samotné peer konzultanty.*

Tento přínos zřejmě pramení ze získání nových dovedností a oceňované role, která je spojena s finančním příjmem. To má celkem logicky vliv na sebedůvěru, sebeúctu a zplnomocnění. Pozitivní vliv vykonávané role potvrdila řada především kvalitativních výzkumů (Mowbray et al., 1998; Salzer a Shear, 2002; Hutchinson et al., 2008). Ke stejnému závěru na obecnější rovině došli i Říčan et al. (2015).

### **Výzvy a rizika při zapojování peer konzultantů do profesionálních služeb**

#### *Hranice*

Peer konzultanti mohou být vnímáni spíše jako přátelé, nežli jako profesionálové. Do určité míry to logicky vyplývá z jejich role, jejíž součástí je sdílet osobní informace a své životní zkušenosti. Zároveň mohou vyvstávat otázky, jaké aktivity mohou být ještě součástí pracovní náplně (tanec, společné cestování aj.), otázky soukromí (osobní telefon), otázky hranice role peer konzultanta (půjčování peněz, trávení času mimo pracovní dobu).

Zároveň někteří autoři (např. Mead et al., 2001) zdůrazňují, že rovnocenné vztahy jsou příležitostí pro klienty i peer konzultanty. Umožňují jim růst a vytvářet významné a reciproční vztahy. Hranice by proto podle Mead et al. měly být flexibilní a individuálně nastavené, aby bylo možné se vyhnout tradičním formálním profesionálním vztahům.

#### *Stres/zranitelnost peer konzultantů*

Někteří autoři (např. Repper a Carter, 2011) uvádějí toto riziko u zaměstnávání peer konzultantů. Zdá se však, že tento poznatek se objevuje ve studii, kde nebyla role peer pracovníků dostatečně definována a podpořena (Mowbray et al., 1998), nebo se jednalo o službu poskytovanou peer pracovníky, kteří v důsledku absencí kolegů dlouhodobě pracovali s větším množstvím klientů, než bylo zamýšleno (Paulson et al., 1999). Z poslední jmenované studie také pochází informace o vyšší nemocnosti peer pracovníků. Vyšší než průměrnou nemocnost zřejmě nelze vyloučit, i když tuto skutečnost např. zkušenosti se zaměstnáváním peer konzultantů v ČR zatím nepotvrdily. Davidson et al. (2012) zdůrazňují, že práce ve službách pro duševně nemocné je stresující pro každého a že i profesionálové bez otevřeně přiznaného duševního onemocnění bývají v pracovní neschopnosti kvůli duševním potížím. V zásadě doporučuje opustit obavy o zranitelnost peer konzultantů a jednat s nimi jako s jinými zaměstnanci.

#### *Peer konzultant jako člen týmu*

Další skupina rizik zřejmě úzce souvisí s identitou peer specialistů jako členů profesionálních týmů. Může se stát, že klinický tým z různých důvodů peera nepřijme jako plnohodnotného člena týmu, zůstane pro něj více méně (bývalým) klientem (viz např. Paulson et al., 1999). Toto riziko je větší v těch modelech spolupráce, v nichž má peer konzultant sice spolupracovat s týmem, ale není do něj dostatečně organizačně začleněn. Například nemá vůbec přístup ke klientské dokumentaci, je zaměstnancem externí agentury, účastní se jen některých porad a supervizních setkání apod. Důležité pro pozici peer konzultanta je i to, zda má přístup k dalšímu vzdělávání nebo zda má svůj počítač a místo v kanceláři (Jongbloed a MacFarlane, 2009).

Vlastně opačným rizikem, na které upozorňují již Davidson et al. (1999), je asimilace peer konzultanta profesionálním týmem. Peer konzultanti mohou být „sváděni“ k vykonávání odborných rolí (např. psychoterapeuta), které jsou v prostředí týmu více ceněny. Toto riziko bude nutně větší v modelech, kde pracuje jen jeden peer v týmu bez možnosti pravidelného kontaktu s jinými peery. MacNeil a Mead (2004) upozorňují na důležitost používaného jazyka. Jazyk autentických peer pracovníků má být založen na zkušenosti a prostý zavedených medicínských zkratk. Pokud je pro peer konzultanta důležité používat lékařské termíny, aby zapadl do týmu, je jeho poslání ohroženo. Obava z asimilace peerů vede k zavádění preventivních opatření (např. v projektu Recovery colleges ve Velké Británii),

jako je snaha zaměstnávat vždy alespoň dva peer konzultanty v týmu nebo zásada, aby peer program supervidovali senior peer konzultanti s dostatkem zkušeností.

Praxe zavádění peer specialistů do profesionálních týmů se stále pohybuje mezi Skyllou (nepřijetím ze strany profesionálů) a Charybdou (asimilací do týmu). Udržovat peer podporu v její specifičnosti vyžaduje trvalou pozornost a podporu.

Jednou z klíčových otázek dalšího výzkumu zapojování lidí s vlastní zkušeností do pomoci ostatním je povaha peer podpory. Víme sice, že se jedná o velmi slibnou strategii, ale rozumíme málo tomu, čím je tato podpora výjimečná a specifická (Davidson et al., 2006).

#### **Literatura:**

Davidson, L., Chinman, M., Kloos, B., Weingarten, R., Stayner, D. a Tebes, J. K. (1999). Peer support among individuals with severe mental illness: A review of the evidence. *Clinical psychology: Science and practice*, 6(2), 165-187.

Davidson, L., Chinman, M., Sells, D. a Rowe, M. (2006). Peer support among adults with serious mental illness: a report from the field. *Schizophrenia bulletin*, 32(3), 443.

Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K. a Miller, R. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry*, 11, 123-8.

Jongbloed, L.E. a MacFarlane, A. (2009). Integration of peer support workers into community mental health teams. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation*, 14(1), 99-110.

MacNeil, C. a Mead, S. (2004). Peer support: What makes it unique. *Retrieved April, 23, 2009.*

Mead, S., Hilton, D. a Curtis, L. (2001). Peer support: a theoretical perspective. *Psychiatric rehabilitation journal*, 25(2), 134.

Mowbray, C. T., Moxley, D. P. a Collins, M. E. (1998). Consumers as mental health providers: First-person accounts of benefits and limitations. *The journal of behavioral health services & research*, 25(4), 397-411.

Paulson, R., Herinckx, H., Demmler, J., Clarke, G., Cutler, D. a Birecree, E. (1999). Comparing practice patterns of consumer and non-consumer mental health service providers. *Community mental health journal*, 35(3), 251-269.

Repper, J. a Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, 20(4), 392-411.

Říčan, P., Foitová, Z. a Stuchlík, J. (2015). Peer involvement in the Czech Republic, *WAPR bulletin* 36(May 2015), 25-26.

Solomon, P. a Draine, J. (1995). The efficacy of a consumer case management team: 2-year outcomes of a randomized trial. *The Journal of Mental Health Administration*, 22(2), 135-146.