



Vzdělávání a zaměstnávání peer konzultantů v zahraničí a v ČR

Výstup Pracovní skupiny k uživatelům péče

Zpracovaly: Dana Chrtková, Marie Součková

V současnosti probíhá v České republice reforma péče o duševní zdraví a jedním z jejích principů je důraz na zapojování lidí se zkušeností s duševním onemocněním do systému péče o duševní zdraví. V zahraničí jsou lidé se zkušeností s duševním onemocněním zapojováni do rozhodování na všech možných úrovních. Jejich úkolem je hlavně advokační činnost, kdy tito **peer advokáti** hájí práva lidí se zkušeností s duševním onemocněním, přispívají k tvorbě lidského a efektivního systému péče o duševní zdraví, protože znají úskalí systému stávajícího. Další oblastí, kde jsou lidé se zkušeností s duševním onemocněním zapojováni, je oblast vzdělávání, kdy jako **peer lektori** předávají svoje zkušenosti s duševním onemocněním a zotavením, se systémem péče o duševní zdraví ostatním aktérům na poli duševního zdraví. Lidé se zkušeností s duševním onemocněním se zabývají i výzkumem v oblasti duševního zdraví, kdy jsou tito **peer výzkumníci** rovnocennými členy týmu a podílejí se na designu, ale i vyhodnocení a šíření výsledků těchto výzkumných aktivit. Lidé se zkušeností s duševním onemocněním se účastní i hodnocení poskytovaných služeb, kde se **peer hodnotitelé** zaměřují na otázky kvality a efektivity péče, dodržování lidských práv a na míru zotavení a zplnomocnění klientů těchto služeb. Jak ukazuje zahraniční zkušenost, je velice efektivním procesem zapojování lidí se zkušeností s duševním onemocněním do poskytování péče v oblasti duševního zdraví. Tito **peer konzultanti** poskytují jedinečnou podporu lidem se zkušeností s duševním onemocněním. Peerská podpora je založena na hodnotách a principech, které plně respektují člověka se zkušeností s duševním onemocněním. Ze zahraniční literatury se ukazuje, že peerská podpora je efektivní intervencí a přináší benefity jak člověku se zkušeností s duševním onemocněním, který ji dostává, tak peer konzultantovi, který tuto podporu poskytuje, a nakonec přináší benefit i multidisciplinárnímu týmu, jehož je peer konzultant rovnocenným členem.

Protože je v rámci reformy velká snaha o zvýšení dostupnosti peerské podpory, a to hlavně ze strany lidí se zkušeností s duševním onemocněním, je součástí Národního akčního plánu pro duševní zdraví 2020 – 2030 **Opatření 4.4.2 Zakotvit peer konzultanty v systému péče o duševní zdraví včetně úpravy legislativy a zajištění financování**. V rámci naplňování tohoto opatření se ukázalo jako velmi potřebné vytvoření tohoto materiálu, který reflektuje situaci v peerství ve světě i v České republice. Tento dokument přináší hodnoty a principy peerské podpory a spolu s nimi i bariéry, na které peer konzultanti v rámci jejich práce narážejí. Znalost těchto bariér je důležitá proto, abychom věděli, jak v České republice pozici peer konzultanta definovat a legislativně ukotvit. Je velkou výzvou a příležitostí v českém procesu definování a ukotvování peerské pozice vyhnout se některým bariérám definovaných samotnými peer konzultanty ale i profesionály v oblasti duševního zdraví.

Tento materiál přináší i příklady dobré praxe zapojování peer konzultantů do systému péče o duševní zdraví v některých zahraničních zemích. V závěru dokumentu pak uvádíme současnou situaci v naplňování tohoto opatření v České republice.



1. Úvod

1.1 Peerská podpora, její historie, principy a hodnoty

Peerská podpora – podpora člověka s duševním onemocněním člověkem s vlastní zkušeností s duševním onemocněním - nabývá u nás i ve světě na důležitosti. Současná peerská podpora existuje v různých formách: Peerská podpora v rámci svépomocných skupin, peerská podpora v rámci poskytovaných zdravotních a komunitních služeb a peerská podpora v organizacích vedených lidmi s duševním onemocněním pro lidi, kteří mají problémy v oblasti duševního zdraví (peer-run organizace). Peerská podpora přináší benefity jak lidem s problémy v oblasti duševního zdraví, tak samotným peer konzultantům, kteří tuto podporu poskytují (Repper, J. & Carter, T., (2011)).

Při pohledu do historie peerství nelze nezmínit, že jeho prapočátky sahají do konce 18. století do pařížské nemocnice Bicêtre Hospital (Davidson, L. et al., 2012), kdy pod vedením Philippe Pinela v této psychiatrické nemocnici byli někteří „sloužící“ z řad lidí s duševním onemocněním, protože plně respektovali důstojnost lidí s duševním onemocněním, principy humanity a projevovali upřímnost k lidem s duševním onemocněním v mnohem vyšší míře, než tomu bylo u zdravotníků a ošetřovatelů. Podobná situace je zmapována na základě revize zdravotnické dokumentace pacientů i v psychiatrické nemocnici v Torontu (Kanada). Tato revize se zabývala obdobím mezi roky 1870 a 1940 a ukázala, že mnozí pacienti nabízeli v této nemocnici svou podporu, a to jak neformální, tak formální, ostatním pacientům. Nejstarší zdokumentovanou peerskou organizací, která poskytovala peer podporu a zároveň se zabývala i advokační činností, je anglická Alleged Lunatic Friends Society (ALFS). Tato organizace vznikla v roce 1845. Jejími zakladateli byli lidé se zkušeností s duševním onemocněním, kteří prožili zkušenost s umístěním do tehdejší psychiatrické léčebny, kde zažili týraní (Watson, E. (2019), p. 24). ALFS vystupovala s názorem, že příčiny duševního onemocnění jsou odmítnutí a nepřijetí člověka, u kterého se následně rozvinulo duševní onemocnění. Její členové vedli kampaň proti hospitalizaci člověka se zkušeností s duševním onemocněním, která ho vytrhuje z milující rodiny a od svých blízkých. Zároveň členové ALFS volali po léčbě lidí se zkušeností s duševním onemocněním na základě práva svobodně se o své léčbě rozhodovat, a nejenom o ní. Ve druhé polovině 19. století pak v Anglii a v Evropě vznikaly podobné organizace.

Počátky peer podpory v komunitním uspořádání nejsou tak dobře zdokumentovány, jako historická situace ve zdravotních službách. Je to pravděpodobně dáno tím, že ačkoliv i zde má peer podpora svoje kořeny ve svépomocných skupinách, jejich velká rozmanitost bránila a brání jasnému historickému ukotvení.

Velkou inspirací nám ale v komunitním uspořádání peer podpory může být a je svépomocné hnutí Anonymních alkoholiků (AA), které vzniklo v roce 1935 v USA (Ohio). Hnutí AA se poté rozšířilo také do Evropy a zkušenosti AA čerpají i lidé se závislostí na jiných omamných látkách stejně tak jako lidé se zkušeností s duševním onemocněním. Takto tedy začaly vznikat peer run organizace, a přestože se striktně vyhýbaly politickým kampaním, ukázalo se, že poskytují takovou podporu lidem se zkušeností



s duševním onemocněním, kterou ostatní služby v oblasti duševního zdraví nejsou schopny poskytnout.

Novodobé peerství má svoje základy ve svépomoci a hnutí lidí se zkušeností s duševním onemocněním (někdy označované „survivor movement“ – hnutí přeživších). Kořeny současné peer podpory tak najdeme hojně ve 20. století. Velký rozvoj pak můžeme sledovat ve století 21. (Watson, E. (2019), pp. 23-26). Příkladem hnutí, které odmítlo medicínský pohled na duševní onemocnění je hnutí Hearing Voices (Slyšení hlasů), které vzniklo v Anglii v roce 1988. Síť svépomocných skupin Slyšení hlasů (Hearing Voices Network – HVN) pomáhá lidem, kteří se potkali osobně s tímto fenoménem a kteří se nedívají na tento jev jako na příznak duševního onemocnění, ale vnímají ho jako smysluplnou zkušenost. Fungování peer podpory v rámci hnutí Hearing Voices je založeno, stejně jako peer podpora lidí se zkušeností s duševním onemocněním na vzájemném respektu a empatii. Hnutí lidí se zkušeností včetně hnutí Slyšení hlasů je označováno často za „**revoltu zdola**“.

V přibližně stejné době, jako revolta zdola, dochází také k rozvoji anti-psychiatrického hnutí, které reprezentují hlavně profesionálové z oblasti duševního zdraví. Toto hnutí je považováno za příklad „**revolty shora**“. I profesionálové, kteří se zapojují do tohoto anti-psychiatrického hnutí odmítají striktně medicínský pohled na duševní onemocnění a tvrdí, že není tak snadné rozlišit „šílenství“ od selského rozumu (Watson, E. (2019), pp. 23-26). Toto hnutí také upozornilo na kontrolní funkci, kterou psychiatrie ve společnosti plní. Přitom si kladlo otázku, zda psychiatrická léčba nepřináší lidem se zkušeností s duševním onemocněním větší poškození, než představuje to „špatné“, co zkušenost s duševním onemocněním pro člověka znamená.

1.4 Principy a hodnoty peerské podpory

Od začátku rozvoje peer podpory se mnohé v profesionální peerské práci změnilo, ale její principy a hodnoty zůstávají podobné.

1.2.1 Principy

Peerská podpora tak stojí na principech (Repper, J., et al. (2013)):

1. **Vzájemnosti** – peer konzultant chápe problémy, se kterými se člověk s duševním onemocněním potýká, ví, co to znamená být psychiatrický pacient, sám zažil zmatení po obdržení diagnózy, osamělost, strach a beznaděj, které z této situace pramení.
2. **Partnerského přístupu** – peer konzultant je na stejné lodi, nevytváří nerovný vztah profesionál (expert) a pacient (ne-expert).
3. **Nedirektivního přístupu** – peer konzultant nepředepisuje dle něho „nejlepší“ způsob, co dělat v určité situaci, peer konzultant pomáhá klientovi rozpoznat jeho zdroje a pomáhá mu hledat jeho vlastní řešení problému.
4. **Zaměření na zotavení** – peer konzultant přináší naději a energii, probouzí víru v sebe sama, podporuje člověka s duševním onemocněním ve znovunalezené kontrole svého života a v definování jeho vlastního údělu, usnadňuje mu přístup k příležitostem, kterých si člověk s duševním onemocněním cení, tím, že mu umožní naplňovat životní role, vztahy a účastnit se aktivit v komunitě, které si člověk s duševním onemocněním sám vybere.



5. **Zaměření na silné stránky** – peer konzultant se neobává toho, být s člověkem s duševním onemocněním v jeho strádání, vidí skrze něj silné stránky člověka s duševním onemocněním a spolu s ním je rozvíjí. Peer konzultant poznává, co člověk s duševním onemocněním získává z vlastních zkušeností, nachází jeho kvality a přednosti, identifikuje skryté úspěchy a oslavuje ty nejmenší kroky kupředu.
6. **Začleňování** – peer konzultant nerozumí pouze výzám plynoucím z prožitého duševního onemocnění. Rozumí i tomu, jaké zkušenosti má člověk s duševním onemocněním s okolím (komunitou), které je součástí. To je zásadní pro ty lidi s duševním onemocněním, kteří se cítí být na okraji zájmu a nepochopení tradičními službami. Peer konzultant zná jazyk, hodnoty a nuance těchto komunit, rozumí lépe možnostem. Tím jsou připraveni efektivněji pomáhat lidem s duševním onemocněním stát se oceňovaným členem jejich komunity.
7. **Pokrokovosti** – peerská podpora není statické přátelství. Představuje moderní vzájemnou podporu na společné cestě objevování. Peer konzultant není jen kamarád, je druhem na cestě, na které se oba (peer konzultant a člověk s duševním onemocněním) učí novým dovednostem, rozvíjí nové možnosti a výzvy vidí jako příležitosti k nalezení nových řešení.
8. **Bezpečí** – Podporující vztah peer konzultanta a člověka s duševním onemocněním zahrnuje vyjednávání o tom, co znamená pro oba emoční bezpečí. Toto je možno dosáhnout odkrytím toho, co způsobuje oběma, že se cítí v nebezpečí, sdílením pravidel důvěrnosti, projevením soucitu a neodsuzujícího postoje a přiznáním toho, že nikdo nemá odpověď na všechno.
9. **Respektu lidských práv** (Stratford, A. C. et al (2017)) – peerská podpora je založena na zplnomocnění člověka s duševním onemocněním tak, aby viděl sám sebe jako centrální postavu svého zotavení.
10. **Důstojnosti člověka s duševním onemocněním** – peerská podpora neslouží ke kontrole člověka s duševním onemocněním, naopak podporuje ho v jeho zplnomocnění a zvyšuje jeho autonomii a schopnost dělat svá vlastní rozhodnutí. Peer konzultant plní roli advokáta člověku s duševním onemocněním, a to i v případě jeho krize nebo použití omezovacích prostředků.
11. **Důvěryhodnosti** – peerská podpora je primárně odvozena od vlastní životní zkušenosti s nepřízní osudu a se zotavením.
12. **Přijetí/akceptace klienta peer konzultantem:** Přijetí velmi napomáhá vlastnímu zotavení člověka se zkušeností s duševním onemocněním.

1.2.2 Hodnoty

Hlavními hodnotami peerské podpory, jak je vidí autoři Mezinárodní charty (Stratford, A. C. et al (2017)), pak jsou:

1. **Rovnost** – peer konzultant vidí člověka s duševním onemocněním jako sobě rovného, a to v oblastech jako jsou hodnota člověka, důstojnost a členství ve společnosti.
2. **Naděje** – peer konzultant mluví o naději, představuje ji a vzbuzuje ji v ostatních lidech s duševním onemocněním, je hmatatelným důkazem toho, že zotavení a členství ve společnosti zůstává možným.
3. **Důvěra** – peer konzultanti pracují s důrazem na to získat a chránit důvěru člověka s duševním onemocněním, kterého podporují. Na druhé straně vkládají svoji důvěru do člověka s duševním onemocněním tak, že tento má šanci uvěřit, že lidé s duševním onemocněním dělají to nejlepší k tomu, aby žili důstojný život každý den.



4. **Respekt** – peer konzultanti chovají hluboký respekt k lidem, které podporují s tím, že věří v jejich hodnotu jako lidské bytosti.
5. **Akceptace a porozumění** – peer konzultanti akceptují a rozumějí těm, které podporují. Akceptace a porozumění je výsledkem neodsuzujícího a ne-kritického způsobu jednání peer konzultanta k člověku s duševním onemocněním.
6. **Sdílená zkušenost a sdílená zodpovědnost** – peerská podpora je založena na víře, že překonání nepřízně osudu je možné skrze osobní úsilí láskyplné a soucitné podpory jiných lidí s duševním onemocněním. Peer konzultanti tak sdílejí zodpovědnost za zotavení, spolupracují společně s tím, koho podporují, na takových změnách jejich života, aby měli důvod k tomu, vidět jeho hodnoty.

Otázku zodpovědnosti řeší také peer konzultanti v ČR (Balková, M. (2)(2022,)). Většina peer konzultantů z této studie si svoji zodpovědnost vůči klientovi uvědomuje. Málo definovaná zodpovědnost spolu s nedostatečně definovanou pracovní pozicí byly identifikovány jako znepokojivé.

Peer konzultanti v České republice sdílejí podobné hodnoty jako peer pracovníci ve světě. Dle Balkové (Balková, M. (2) (2022,) patří mezi hodnoty sdílené českými peer konzultanty otevřenost, důvěrnost, vzájemnost, laskavost, trpělivost, naděje, a víra v zotavení.

1.3 Přínosy peerské podpory

1.3.1. Benefity peerské podpory pro lidi se zkušeností s duševním onemocněním

V literatuře týkající se peerské problematiky najdeme evidenci jednak o benefitech, které peerská podpora lidem s duševním onemocněním přináší, tak evidenci o tom, že měřené výsledky lidí s duševním onemocněním v různých oblastech se v případě peerské podpory nelišily od tradičních způsobů podpory. Fakt, že existují práce, které nenašly výrazné rozdíly mezi poskytnutou peer podporou a klasickými intervencemi, lze číst i tak, že peerská podpora není méně kvalitní než podpora poskytovaná tradičními službami (Repper, J. & Carter, T. (2011)). Důvodem tohoto jevu může být i fakt, že peerská pozice je klientem zpočátku vnímána ne úplně zřetelně, klient ji neodděluje zcela od jiných pozic v týmu. Benefity získané z peerské podpory si uvědomuje až po nějaké době trvání této intervence.

V těch studiích, kde se objevuje evidence benefitů z peerské podpory, je zřejmé, že lidé s duševním onemocněním profitují z této komponenty péče o duševní zdraví v mnoha oblastech. Peerská podpora přináší člověku s duševním onemocněním naději a víru v možnost zotavení, podporuje zplnomocnění člověka s duševním onemocněním (Corrigan, P.W. (2006), Ochocka, J. et al. (2006), Otte, I. et al. (2019)), snižuje jeho sebe stigma (Gillard, S. et al. (1) (2015)), zvyšuje sebevědomí, schopnost řídit a řešit životní obtíže (zvyšuje self-efficacy člověka s duševním onemocněním) (Mahlke, C.I. et al. (2017), Davidson, L. & Guy, K. (2012), Gillard, S. et al. (1) (2015)) a angažovanost člověka s duševním onemocněním. Zlepšuje jeho zapojení do společenských sítí a napomáhá začlenění člověka s duševním onemocněním do společnosti (Gillard, S. et al. (1) (2015)). Peer podpora zvyšuje i sociální fungování člověka s duševním onemocněním (Yanos, P.T. et al. (2001)). Lidé s duševním onemocněním, kteří obdrželi peer podporu, např. v peerské organizaci, vykazují lepší pocit ve skutečnosti být akceptován a pochopen (Sells, D. et al. (2006)). Ukazuje se i výrazný pozitivní vliv peerské podpory na snížení počtu



hospitalizací a na prodloužení délky fungování v komunitě do první hospitalizace (Clarke et al (2000), Balková, M. (1) (2022,)) i snížení délky hospitalizace u lidí se zkušeností duševním onemocněním podporovaných peer konzultanty v procesu jejich propouštění z hospitalizace (Cyr, C. et al. (2010 first edition/2016 second edition), pp. 29 – 30).

1.3.2 Benefity peerské podpory pro samotné peer konzultanty

Být peer konzultantem pomáhá i samotným peer konzultantům v jejich cestě zotavení (Repper, J. & Carter, T. (2011), Balková, M. (1) (2022), Beales, A. (2015)). Poskytování peer podpory zvyšuje samotným peer konzultantům sebevědomí. Zároveň v důsledku poskytování peer podpory se zlepšuje vlastní vnímání peer konzultanta a dochází ke snižování jeho vlastní sebe-stigmatizace. Zdá se velmi zajímavým faktem, že poskytování peer podpory může být prospěšnější pro peer konzultanty než její obdržení pro klienty, a to konkrétně v oblasti sebevědomí a zplnomocnění. Peer konzultant totiž může nabýt sebevědomí z důvodu smysluplného zaměstnání a také z podpory multidisciplinárního týmu, která v tomto hraje nemalou úlohu. Vzájemná součinnost peer konzultanta a jeho klienta umožňuje sociální rehabilitaci oběma současně. Někdy je možná i vzájemná podpora peer konzultanta jeho klientem. Klient mnohdy projevuje o peer konzultanta lidský zájem.

Přestože být peer konzultantem přináší benefity samotným peer konzultantům, ukazuje se, že pozice peer konzultanta může být vnímána jako prostředek k jeho zotavení, jako přechodné zaměstnání, nikoliv jako životní kariéra. Dlouhodobost vykonávání peerské pozice v sobě skrývá nebezpečí toho, že člověk se zkušeností s duševním onemocněním, který vykonává peerskou podporu, může pozapomenout techniky a postupy, které se naučil na začátku svojí peerské cesty. Dlouhodobost peerské podpory může v peer konzultantovi probudit pocit velké profesionalizace. Tato „přeprofesionalizace“ se může projevit ve zhoršení vztahu peer konzultant – klient (Beales, A., (2015), které se projeví např. oddělením peer konzultanta od problémů jeho klienta. Podstatou této separace je skutečnost, že vztah peer konzultant-klient se mění ze vztahu vzájemného sdílení na vztah založený na síle. Tím se zcela zřejmě vytrácí podstata peerské podpory. Otázkou je, co znamená „dlouhodobost“. Je totiž zcela jistě možné, že i tento fenomén přeprofesionalizace bude individuální, tzn., že některý peer konzultant dospěje k tomuto stavu dříve než jiný, a někdo si udrží svoji autenticitu a jeho vztahy ke klientům budou stále založeny na rovnosti a vzájemném sdílení.

1.3.3 Benefity pro organizace zaměstnávající peer konzultanty (Repper, J. et al. (2013)

Ukazuje se také, že peer konzultanti mohou velmi ovlivnit politiku organizace a její procedury, stejně jako mohou ovlivnit chování a jednání ostatních zaměstnanců vůči klientům. Skutečnost, že peer konzultant dokázal překonat nástrahy duševního onemocnění, dodává ostatním zaměstnancům pocit smysluplné práce a zároveň naději, že i ostatní klienti se mohou zotavovat. Organizace zaměstnávající peer konzultanty si uvědomují mnohem více díky potřebám peer konzultantů i potřeby svých ostatních zaměstnanců, a to např. v oblasti jejich duševní pohody. Peer konzultanti také velmi často vytvářejí most mezi profesionály a klienty, což umožňuje efektivnější podporu člověka se zkušeností s duševním onemocněním profesionály v oblasti péče o duševní zdraví (Gillard, S. & Holley, J. (2014); Gillard, S. et al. (1) (2015)) založenou na hlubším poznání potřeb klientů.

1.3.4 Benefity pro společnost (rozvoj služeb v oblasti duševního zdraví) (Åkerblom, K. B. (2021))



Zapojování peer konzultantů a lidí se zkušeností s duševním onemocněním do rozhodování na všech úrovních přináší benefity celé společnosti. Konkrétně se ukazuje, že zapojení peer konzultantů do tvorby designu služeb pro lidi se zkušeností s duševním onemocněním, může zvyšovat efektivitu těchto služeb. Peer konzultanti působí v přední linii, v přímé práci s klienty a znají tak problémy a potřeby lidí se zkušeností s duševním onemocněním. Vidí zároveň, zda poskytované služby jsou pro jejich klienty efektivní či nikoliv.

Díky své praxi umí zpřístupňovat konkrétní služby lidem se zkušeností s duševním onemocněním. Jejich znalost systému péče o duševní zdraví, potřeb jejich klientů a dovednost zpřístupnit danou intervenci klientovi přímo nabízí zapojení peer konzultantů do spoluvytváření nových služeb, či inovace služeb stávajících a do jejich zpřístupnění. Pro toto spoluvytváření je potřeba, aby si ostatní profesionálové v oblasti duševního zdraví uvědomovali potenciál jejich znalostí a dovedností.

Aby se mohly nabízené intervence a služby měnit, je velmi důležité zapojení peer konzultantů a zástupců lidí se zkušeností s duševním onemocněním (zástupců uživatelů) do rozhodování na strategické úrovni. Pro tyto změny služeb je onou strategickou úrovní úroveň, na které se rozhoduje o službách obecně. Společné zapojení peer konzultantů a zástupců uživatelů zvyšuje pravděpodobnost jejich vlivu na zlepšování služeb a na zvyšování jejich kvality. Společné zapojení peer konzultantů a zástupců uživatelů minimalizuje také určitá rizika. Jedním z nich je například riziko, že peer konzultanti se neodvážejí oponovat ty služby, ve kterých jsou sami zapojeni. Právě zapojení zástupců uživatelů společně s peer konzultanty může vyvolat tolik potřebnou diskusi o paradigmatu tvorby služeb a jejich zpřístupňování lidem s problémy v oblasti duševního zdraví.

1.4 Jak peer podpora funguje?

Abychom pochopili, proč je peer podpora tak účinná, je potřeba nahlédnout do mechanismu, jak peer podpora funguje (Gidugu, V. et al. (2015)). Dle autorů je možno peerskou podporu rozdělit do následujících skupin:

1. **Praktická podpora**, kdy peer konzultant provází svého klienta praktickými problémy, které přináší život. Provází ho při nakupování, při potřebné administrativě, při domácích pracích a při nejrůznějších aktivitách běžného života. Praktická podpora zbavuje člověka s duševním onemocněním stresu a obav ze zvládnutí každodenních činností a neměla by být podhodnocena, protože pomáhá člověku s duševním onemocněním ve vyrovnávání se s nemocí a dává mu prostor pro jeho zotavení. Praktická podpora by měla být prostředkem k prohlubování vztahu peer konzultant klient, nikoliv být jedinou nebo hlavní činností peer konzultanta.
2. **Sociální podpora** člověka s duševním onemocněním peer konzultantem spočívá v podpoře klienta v rámci jeho volného času. Jejím smyslem je vytrhnout člověka s duševním onemocněním ze sociální izolace. Člověk s duševním onemocněním a peer konzultant tráví spolu čas při různých aktivitách: u šálku kávy v kavárně, při obědě nebo večeři v restauraci, v centrech volného času, v kině, jízdou na kole a jiné aktivity včetně skupinových. Tato sociální podpora umožňuje klientům nezůstávat doma izolovaný, ale naopak naučit se chodit ven mezi lidi, získávat nové přátele, poznávat nová místa, kde je možno trávit volný čas. Tento způsob podpory zvyšuje sociální dovednosti, redukuje sociální izolaci, zmenšuje sociální úzkost a pomáhá rozšiřovat sociální síť



člověka s duševním onemocněním. V současné době peer konzultanti podporují své klienty ve využívání služeb, které fungují v běžné komunitě, a nikoliv pouze služeb specifických pro lidi se zkušeností s duševním onemocněním. Tím se zvyšuje začlenění lidí se zkušeností s duševním onemocněním do běžného lidského společenství a snižuje se tak jeho sociální izolace. Snižováním míry sociální izolace se samozřejmě zvyšuje kvalita života člověka s duševním onemocněním a zvyšuje se šance na jeho zotavení.

- 3. Emocionální podpora** člověka s duševním onemocněním peer konzultantem má za cíl klienta motivovat, dodávat mu naději, že bude lépe, když zrovna v toto klient nevěří, zvyšovat jeho sebevědomí. To všechno vyjadřováním respektu ke klientovi a povzbuzováním k práci na sobě skrze nejrůznější výzvy, které život s duševním onemocněním přináší. Mnozí klienti účastníci se tohoto výzkumu vyjadřovali svoji spokojenost s emocionální podporou v tom smyslu, že tu je někdo pro ně (peer konzultant), že emocionální podpora je to nejdůležitější, čeho se jim mohlo dostat. A to díky vzájemně sdílené zkušenosti s duševním onemocněním a vzájemným porozuměním, co to znamená žít s duševním onemocněním. Velmi důležitým principem emocionální podpory pak je partnerství, které vzniká mezi člověkem s duševním onemocněním a peer konzultantem. Mnohdy je vztah peer konzultanta a jeho klienta výrazně bližší než vztah jiného profesionála, působícího v oblasti duševního zdraví. Důvodem k tomu je autenticita peer konzultantů založená na vlastní životní zkušenosti s duševním onemocněním.
- 4. Podpora v léčbě duševního onemocnění** peer konzultant má nezastupitelnou roli v týmu i v tom, že plní advokační úlohu pro své klienty, a to i v otázce léčby duševního onemocnění. Peer konzultant má tu možnost nasměrovat léčbu tak, jak ji jeho klient potřebuje (Balková, M. (1)(2022)), protože může multidisciplinárnímu týmu tlumočit např., s jakými nežádoucími účinky se jeho klient potýká a kdy jsou pro klienta již neakceptovatelné. Multidisciplinární tým pak může hledat jiné alternativy medikace tak, aby byly nežádoucí účinky zmírněny nebo z větší části odstraněny. Není úlohou peer konzultanta přesvědčovat klienta o nutnosti konkrétního způsobu léčby.

Advokační role peer konzultanta není mnohdy snadná. Důvodem je různé postavení peer konzultantů v multidisciplinárním týmu a respekt ostatních členů týmu k pozici peer konzultanta. Rovnocenné postavení peer konzultanta v týmu velmi napomáhá jeho advokační činnosti. Větší problém je v týmech se striktní hierarchickou strukturou.
- 5. Plánování cílů a učení dovedností** peer konzultant podporuje člověka s duševním onemocněním v definování nejrůznějších cílů a v jejich plánování. Lidé s duševním onemocněním se od svého peer konzultanta učí nejrůznějšími dovednostem, např.: sebeobhajobě při vyjednávání s poskytovateli péče o duševní zdraví. Peer konzultanti vytvářejí spolu s klienty individuální plány, ve kterých na základě znalostí silných stránek naplňují cíle, které si klient sám definuje. Současně peer konzultant naplňuje spolu s klientem i individuální plán klienta vytvořený v rámci spolupráce klienta s jeho klíčovým pracovníkem.

Sebeobhajoba při vyjednávání s poskytovateli péče o duševní zdraví je v ČR zatím obtížná, protože mnohde naráží na striktní hierarchii pracovních pozic. Peer konzultant tak například nemůže komunikovat přímo s psychiatrem lůžkového zařízení, kde právě kontaktuje potenciální klienty. Peer konzultant musí nejprve kontaktovat psychiatra v jeho multidisciplinárním týmu, a ten teprve může kontaktovat psychiatra v lůžkovém zařízení.
- 6. Sdílení procesů, myšlenek, které člověk se zkušeností s duševním onemocněním během jeho ataky prožil nebo prožívá.**



Peer konzultanti jsou sami inspirací člověku s duševním onemocněním. Ztělesňují totiž vlastní aspirace člověka s duševním onemocněním jako mít vlastní bydlení, mít placené zaměstnání, zvyšovat svoji kredibilitu a plnit v životě více rolí než pouze roli duševně nemocného.

Peer podpora tak, jak je založena na principech uvedených výše, je jiným, velmi účinným a nenahraditelným způsobem péče o lidi s duševním onemocněním. Peer konzultanti přinášejí takové přístupy k člověku s duševním onemocněním, které vedou k jeho zotavení a které běžný systém péče o lidi s duševním onemocněním nemůže poskytnout.

1.5. Co peer konzultanti dělají?

Peer konzultanti poskytují peer podporu takovým způsobem, který podporuje člověka s duševním onemocněním na základě jeho potřeb, jeho silných stránek s cílem předat klientovi naději, zvýšit jeho zplnomocnění a pomoci mu v jeho cestě zotavení. V případě, kdy je peer konzultant rovnocenným členem multidisciplinárního týmu, uvědomují si ostatní členové, že peer konzultant je mnohdy schopen předat klientovi návrhy celého multidisciplinárního týmu tak, že klient je schopen tyto návrhy snadněji akceptovat (Ehrlich C., et al. (2019)). Je škoda, že někdy multidisciplinární tým této možnosti nevyužívá nebo využívá málo. (Foitová, Z. et al. (2016)).

Pracovní náplň peer konzultantů je možno rozdělit na přímou práci s klienty a nepřímou práci s klienty, tj. práci, která podporuje peer konzultanta v přímé práci s klienty.

Odpověď na otázku „Co peer konzultanti dělají?“ je nesmírně důležitá pro jasnou definici role peer konzultanta v multidisciplinárním týmu ať již v komunitních službách nebo v lůžkových zařízeních pro lidi s duševním onemocněním. Nejasnost v definici má za následek problémy v osobní rovině peer konzultanta, kdy nejasná definice jeho role může působit jeho pochyby o tom, co má dělat, a zároveň může být překážkou ve vytváření jeho rovnocenných profesních vztahů s dalšími členy multidisciplinárního týmu. Nejasná definice role peer konzultanta má vliv také na jeho přijetí ostatními členy multidisciplinárního týmu, kteří nejméně na začátku spolupráce s peer konzultantem mohou pociťovat určitou nejistotu a určité zmatení v tom, jak k peer konzultantovi v rámci práce multidisciplinárního týmu přistupovat (Jacobson, N. et al. (2012)). Zdá se, že v komunitních službách jsou tyto problémy méně výrazné než v lůžkových zdravotnických zařízeních, nicméně i zde se vyskytují. Řešení tohoto problému nepřispívá stav, kdy např. dochází k časté fluktuaci členů MTD týmu, protože se ztrácí kontinuita znalostí o tom, co je náplní role peer konzultanta.

1.5.1 Přímá práce s klienty

Jacobson et al. zjišťovali, jak velkou část svého času věnují peer konzultanti přímé a nepřímé práci s klienty a konkrétním aktivitám v jedné či druhé aktivitě. Ukázalo se, že peer konzultanti věnovali zhruba 56 % jejich pracovního času přímé práci s klienty (Jacobson, N. et al., (2012)).

Pokud se podíváme detailněji na aktivity v rámci přímé práce s klienty největší časovou dotaci věnovali peer konzultanti sdílení zkušenosti s duševním onemocněním a zotavením, budování vztahu s klientem a podpoře sebevědomí klientů a jejich začlenění do společnosti. Dalšími aktivitami přímé práce byla obhajoba klientů před týmem, napojení klienta na další služby v oblasti duševního zdraví, ovlivňování



postojů komunity vůči lidem s duševním onemocněním a podpora klientů v jejich zapojení se do života v komunitě. Dále se peer konzultanti věnují moderování svépomocných skupin. K přímé práci s klienty také patří podpora klienta peer konzultantem v rozvoji jeho dovedností a spolu s klientem definování cílů, které mají být během spolupráce dosaženy nebo definovány (Jacobson, N. et al., (2012); Ehrlich, C. et al. (2019)).

1.5.2 Nepřímá práce s klienty

Je zřejmé, že nepřímá práce s klienty tedy zabírá 44 % pracovního času peer konzultanta, z toho největší část je tvořena administrativou jako je odpovídání na e-maily, telefonáty a další činnosti, které podporují práci celého týmu. Mezi administrativní činnosti lze zařadit samozřejmě i aktivity, které přímo souvisejí s výkonem jejich zaměstnání v lůžkovém zařízení (Jacobson, N. et al., (2012)). Druhou největší časovou dotací v nepřímé práci s klienty vynakládají peer konzultanti na týmovou komunikaci. Tato aktivita v sobě zahrnuje účast na setkávání týmu a další komunikaci s ostatními členy týmu, kdy největší čas peer konzultanti věnují komunikaci jeden na jednoho s dalšími členy týmu a přispívají k udržení kolegiality v týmu. Významně ve studii zaznívala aktivita, kdy si peer konzultanti hledají a ověřují informace, které potom mohou podávat svým klientům. Hledání informací probíhá hlavně prostřednictvím internetu a účastí na různých workshopech, a to většinou ve volném času peer konzultantů. Proto označují tuto činnost jako neplacenou práci. K tomu mnohdy může napomáhat i nepochopení této činnosti ze strany vedení multidisciplinárního týmu. Přitom peer konzultanti svým klientům poskytují podporu v mnoha různých oblastech, včetně např. vyhledávání možností studia, zaměstnání, bydlení, volnočasových aktivit. Je potřeba, aby si vedoucí multidisciplinárního týmu byli vědomi všech těchto pro klienta tak důležitých aktivit, které peer konzultant vykonává.

Dalšími aktivitami v nepřímé práci s klienty pak jsou plánování a rozvoj skupin, účast na supervizi, vzdělávání a zvyšování povědomí o problematice duševního zdraví veřejnosti.

1.6. Bariéry a výzvy peerské práce (Vandewalle, J. et al. (2016), Repper, J. at Carter, T. (2011), Balková, M. (1) (2022březen), Ibrahim, N. et al. (2020), Otte, I. et al. (2020), Gillard, S., & Holley, J. (2014), Gillard, S. et al. (2014).

Literární rešerše založená převážně na revizi vědeckých článků, které vznikly na základě kvalitativního výzkumu mezi peer konzultanty přináší zcela zřejmé bariéry, na které peer konzultanti v rámci své práce narážejí (Vandewalle, J. et al. (2016)). Tyto bariéry si zasluhují velkou pozornost, protože brání efektivnímu zapojení peer konzultantů do multidisciplinárních týmů. Tím se může zmenšovat přínos peer podpory pro práci multidisciplinárního týmu a jako důsledek nemusí být podpora člověka s duševním onemocněním v jeho cestě zotavení tak efektivní, jak by být mohla.

1.6.1 Peer podpora jako inovativní intervence

- **Nejednoznačnost v definici role peer konzultanta, nejasná definice role peer konzultanta**

Výsledkem uplatňování této bariéry je často frustrace peer konzultantů, nejistota v naplňování jejich pozice a ostych ukázat celý potenciál role peer konzultanta ostatním členům multidisciplinárního týmu



(Vandewalle, J. et al. (2016)). Nejasnosti v definici role peer konzultanta přináší problémy v jeho zařazení do multidisciplinárního týmu a v nenaplnění očekávání ostatních členů týmů od této role (Gillard, S., & Holley, J. (2014), Gillard, S. et al. (2) (2015), Balková, M. (1) (2022), Saks, M. (Ed.). (2020)). Nejednoznačnost role peer konzultantů výrazně ztěžuje pochopení jejich role ostatními členy multidisciplinárního týmu. Toto nepochopení pak vede k nutnosti, aby peer konzultanti legitimizovali svoji roli před ostatními členy týmu (Ehrlich, C. et al. (2019)).

Na problémy způsobené nejednoznačnou definicí peerské pozice upozorňují i peer konzultanti působící v České republice, jak uvádí M. Balková ve své původní práci zabývající se zkušenostmi peer konzultantů s jejich působením v českých komunitních službách v ČR. (Balková, M. (2) 2022). Tato práce je založena na polostrukturovaných rozhovorech s 9 českými peer konzultanty a jejich následné analýze. Většina peer konzultantů uvádí, že problémy způsobené nejasnou definicí pracovní pozice v ČR se objevují hlavně v jejich nejistotě ohledně náplně práce, tedy toho, co mají dělat. Některým peer konzultantům ale nejasná definice přináší pocit svobody při jejím naplňování. Pokud je peer konzultant podpořen vedoucím týmu, může tato podpora pomoci výrazně k efektivnímu zapojení peer konzultanta do multidisciplinárního týmu. V tomto je role vedoucího multidisciplinárního týmu nezastupitelná (Foitová, Z. et al. (2016)). Nejasná definice pozice peer konzultanta může vést k tomu, že peer konzultant je v týmu využíván na jiné činnosti, než je jeho peerská role. Je zcela zřejmé, že pracovní náplň peer konzultanta musí vycházet z principů a hodnot peerské práce a měla by se opírat o silné stránky konkrétního peer konzultanta.

- **Tlak na obhajobu pozice peer konzultantů před dalšími členy týmu, problém v přijetí peer konzultantů dalšími členy multidisciplinárních týmů**

Peer konzultanti často pociťují, že nejsou dalšími členy multidisciplinárního týmu přijímáni na rovnocenné bázi. Proto cítí jakousi potřebu neustále svoji pozici obhajovat před ostatními. Pro akceptaci role peer konzultanta dalšími profesionály v týmu peer konzultanti postrádají standardy pro jejich práci. Další překážkou v jejich přijetí je nízké finanční ohodnocení jejich práce a nedostatečné vzdělávání peer konzultantů, ale také celého multidisciplinárního týmu o jeho roli a úloze. Přitom vzdělání členů multidisciplinárního týmu o peerství je pro přijetí peer konzultanta do týmu klíčové. Peer konzultanti se tak cítí tlačeni do sebevzdělávání, přebírání větší zodpovědnosti, absolvování standardních školení (nezaměřených na peerskou práci), a to i když je to na úkor autentické peer podpory. V nemocnicích pak více než v komunitních službách se peer konzultanti musí vyrovnávat s danou hierarchickou organizační strukturou na jednotlivých odděleních, která ne vždy musí být nově pozici peer konzultanta nakloněna (Ehrlich, C. et al. (2019)). Nerovnocenné postavení peer konzultanta v multidisciplinárním týmu může vést k podceňování výsledků jeho práce a menší důvěře a respektu k jeho názoru v péči o klienta. Pokud vedoucí multidisciplinárního týmu není obeznámen s principy peerské práce a s rolí peer konzultanta v multidisciplinárním týmu, může docházet k tomu, že peer konzultanti v tomto týmu mají méně výhodné postavení než peer konzultanti v týmu, kde vedoucí tyto principy zná a respektuje. Důležitou roli hraje vedoucí multidisciplinárního týmu i v řešení různých nedorozumění a konfliktních situací mezi peer konzultantem a týmem. Postavení peer konzultanta v týmu musí být proto rovnocenné. Je ovšem potřeba, aby byly multidisciplinárním týmem respektovány určité potřeby peer konzultanta (jako např. počet absencí z důvodu duševního onemocnění, klidné pracovní prostředí, možnost navštěvovat svého lékaře nebo psychoterapeuta v rámci pracovní doby, umožnění home office).



- **Zdravotní omezení plynoucí z faktu, že peer konzultant je zároveň člověkem s duševním onemocněním.**

Peer konzultanti pracují s příběhem jejich vlastního duševního onemocnění a jejich vlastní cesty zotavení jako se silnými stránkami. To je důvod, proč jejich vztah s klientem je užší než vztah klienta s dalšími členy multidisciplinárního týmu. Tento velmi úzký vztah ale může navodit emoční strádání, které může vést u peer konzultanta k relapsu duševního onemocnění nebo syndromu vyhoření. Proto je otázka udržení si vlastní pohody pro peer konzultanty tak důležitá a je velkou výzvou jak pro peer konzultanty, tak pro celý multidisciplinární tým. Předějit těmto problémům může efektivně pomoci dostupná supervize, intervize, absolvování velmi dobře sestaveného vzdělávání pro peer konzultanty a členy multidisciplinárního týmu a následných kurzů dalšího vzdělávání. Důležitým bodem pro udržení duševní pohody může být i pracovní tempo a nepřiměřená zátěž pracovními úkoly celého týmu. Může se stát, že tomuto tempu peer konzultant, ale ani jiní členové týmu nerozumí a nestačí. To má za následek častou výměnu členů týmu a jejich fluktuaci. U peer konzultanta může v důsledku tohoto dojít i ke zhoršení jeho psychického stavu. To rozhodně nepřispívá k dobré atmosféře v multidisciplinárním týmu. Přitom dobrá atmosféra se jistě projeví v prosperitě klientů multidisciplinárního týmu. Může se stát, že peer konzultant citlivě reaguje na psychický stav svého klienta a jeho duševní pohoda se může z tohoto důvodu zhoršit. Proto mají peer konzultanti různé techniky, které jim pomáhají se s těmito jevy vyrovnat.

1.6.2 Postoje profesionálů k peer konzultantům

- **Neporozumění a negativní postoje ostatních profesionálů k peer konzultantům**

Neporozumění roli peer konzultanta a negativní postoje k peer konzultantům jsou jimi pozorovány hlavně u profesionálů, kteří preferují medicínský model péče o duševní zdraví. Někdy je tento nešvar pozorován i u sociálních pracovníků. Tito profesionálové často nevnímají peer konzultanta rovnocenně, což ztěžuje práci peer konzultanta s klientem. Peer konzultanti vnímají předsudky vůči jejich pozici i vůči jejich práci. Tyto předsudky jsou pravděpodobně důsledkem nedostatečné znalosti role peer konzultantů a snižují tak hodnotu jejich žité zkušenosti s duševním onemocněním a zotavením. V některých multidisciplinárních týmech tak nemají ostatní profesionálové jasnou představu o jedinečnosti peerské role a peer konzultanti jsou nuceni vykonávat práci podobnou nebo stejnou jako ostatní členové týmu (Gillard, S. et al. (2) (2015). Dostávají se tak do role např. sociálních pracovníků a je na ně nahlíženo i touto perspektivou. Mají být totiž stejně výkonní a rychlí jako jejich kolegové. Nerespektuje se tak individuální přístup k peer konzultantovi jako k člověku se zkušeností s duševním onemocněním, kdy je potřeba vnímat i určitá omezení způsobená právě duševním onemocněním. V ČR chybí standardy peerské práce a mnozí peer konzultanti se dostávají do nepříjemné pozice např. v důsledku absencí z důvodu zhoršeného psychického stavu. Velmi často je ale toto zhoršení důsledkem nerespektování pohody na pracovišti, kdy nároky na pracovní výkon jsou neúměrné např. počtu peer konzultantů v multidisciplinárním týmu. Příklad takové praxe je zachycen i v případě českých peer konzultantů (Balková, M. (2) (2022,)). Někteří peeri uvádějí, že se setkali i s pochybami jejich kolegů, zda budou schopni se vyrovnat se stresem, který peerská podpora přináší. Peer konzultanti zmiňují i přímou nebo nepřímou stigmatizaci jich samých jejich kolegy z multidisciplinárních týmů. Nepřímou stigmatizací rozumíme nevhodné vyjadřování o klientech



multidisciplinárních týmů, kterých jsou peer konzultanti členy. Přímá stigmatizace se pak projevuje paternalistickými a hyperprotektivními postoji ostatních profesionálů vůči peer konzultantům (Voronka, J. (2019)). Přímá stigmatizace je obzvláště přítomna, pokud byl peer konzultant dříve klientem dané služby. Proto peer konzultanti velmi zvažují, jak hluboce sdílet svoji žitou zkušenost s dalšími profesionály v týmu. Zralý peer konzultant je ovšem schopen volit hloubku sdílení svého příběhu podle konkrétního posluchače.

- **Omezení peer konzultantů profesionální běžnou praxí**

Toto omezení je častější v tradičních organizacích, kde jsou peer konzultanti ovlivňováni běžnou praxí. Dochází k němu v případech, kdy existují názorové rozdíly mezi peer konzultanty a dalšími členy multidisciplinárního týmu v přesvědčení, jaká péče je pro klienta ta nejlepší. Další profesionálové v multidisciplinárním týmu totiž dostatečně nepodporují neformální přístup peer konzultantů ke klientům dané služby. Je tak možné, že v důsledku nepřijetí neformálního přístupu peer konzultantů ostatními členy multidisciplinárního týmu dochází k omezení peerské autenticity. Peer konzultanti tak musí řešit mnohé problémy, které souvisejí se spoluprací s ostatními profesionály v týmu.

Tyto problémy nejsou tak závažné v organizacích založených na dobrovolnictví, kde peer konzultanti představují většinu zaměstnanců (např. peer run organizace). Mnohaletá tradice peerské práce v neziskových organizacích přinesla větší porozumění roli peer konzultanta, které vede k takové kultuře práce, kdy je role peer konzultanta respektovanou rolí v celé organizaci (Gillard, S. et al. (2) (2015)).

V obou pracovních prostředích je ovšem velmi důležité zachovat autenticitu role peer konzultanta, protože právě autenticita je jedním z důvodů specifického vztahu peer konzultanta a klienta.

1.6.3 Postoje uživatelů služeb

- **Nedostatek zájmu o peer podporu a nespolupráce klientů v rámci peer podpory**

Někteří klienti nemají zájem o peer podporu, protože nevěří v její efektivitu a užitečnost. Klienti často uvádějí svoje pochyby o tom, zda jim může pomoci člověk s duševním onemocněním, protože jsou přesvědčeni, že zkušenost s duševním onemocněním je nepřenositelná. Dalším důvodem této bariéry je, že klienti dané služby neuznávají vzdělávání peer konzultantů jako odborné vzdělání.

Psychický stav peer konzultanta může být také ovlivněn chováním klienta a závažností jeho duševního onemocnění. Peer konzultanti tak pociťují bezmocnost v krizových situacích a nebo v případech, kdy se klienti nezotavují či nespolupracují. Tento pocit jakéhosi selhání může plynout z velkého očekávání ostatních členů multidisciplinárního týmu v tom smyslu, že peer konzultant na základě podobné zkušenosti jako jeho klient může snáze řešit problémy klienta než ostatní členové multidisciplinárního týmu. Tento tlak na peer konzultanta pak může vyústit v pocity frustrace, když se toto nedaří. Je potřeba ale zdůraznit, že těmito pocity může trpět kterýkoliv člen multidisciplinárního týmu, tedy nejen peer konzultant. Z diskuse s českými peer konzultanty v rámci Pracovní skupiny k uživatelům péče – peerská problematika ovšem plyne, že tento problém je problémem minoritním a v českém prostředí vzácným. Někdy může nezájem klienta podpořit i klíčový pracovník, který nemusí vidět potřebnost peerské podpory pro konkrétního klienta.



- **Bariéry vytvoření skutečného podporujícího vztahu peer konzultanta ke svému klientovi**

Aby byla peer podpora pro člověka se zkušeností s duševním onemocněním skutečně benefitem, je velmi důležité respektovat potřeby člověka se zkušeností s duševním onemocněním, který je peer konzultantem podporován. Jedná se o potřebu respektu k faktu, že i v peer podpoře je zásadní individuální přístup k člověku se zkušeností s duševním onemocněním. Je zřejmé, že každý člověk se zkušeností s duševním onemocněním potřebuje různou formu i různý obsah peer podpory. Další podmínkou úspěchu peer podpory je respekt k právu člověka se zkušeností s duševním onemocněním vybrat si svého peer konzultanta, a to nejen na základě jeho pohlaví. Ogundipe, E., et al. (2019) v jejich práci také identifikují fakt, že ne každý vztah člověka se zkušeností a jeho peer konzultanta vede k pokrokům v zotavení klienta. Na základě celkem 5 fokusních skupin s celkem 26 účastníky (všichni Norové, lidé se zkušeností s duševním onemocněním, kteří prošli nebo procházeli podporou peer konzultanta) byly identifikovány skutečnosti, které brání vytvoření plně podporujícího vztahu klient-peer konzultant. Lidé se zkušeností tak identifikovali následující bariéry:

- Nedostatečné respektování různosti životní cesty každého člověka se zkušeností s duševním onemocněním k jeho zotavení (omezená možnost vybrat si svobodně peer konzultanta, autoritativní peer konzultant, nebo peer konzultant, který má recept na všechno a který nerespektuje jinakost života druhého člověka)
- Přijímání peer konzultantů do poskytovaných služeb pouze na základě prožité zkušenosti s duševním onemocněním bez dalšího potřebného vzdělání.
- Nejistota peer konzultantů v jejich cestě zotavení, která vede k nejistotě jejich klientů.
- Zahlcení klienta vlastním příběhem peer konzultanta; nedostatečné naslouchání klientovi.

- **Udržení osobních a interpersonálních hranic**

Peer konzultanti mají vlastní osobní zkušenost nejen s duševním onemocněním, ale také s poskytovanými službami. Tato zkušenost jim tak umožňuje navazovat s klienty, kteří využívají jejich podporu, osobní vztah. Sami peer konzultanti pak uvádějí, že je velmi důležité udržet si vlastní hranice. Případná změna osobního vztahu na vztah přátelský s sebou nese riziko ovlivnění efektivity peer podpory a vlastních benefitů získaných dobře nastaveným vztahem peer-konzultant – klient (pacient). Někdy se může stát, že vztah peer-konzultant – klient (pacient) může atakovat osobní hranice peer konzultanta v tom směru, že je v konkrétním případě velmi emočně angažován, a může tak dojít k pracovnímu přetížení peer konzultanta. Sami peer konzultanti si uvědomují dvojsečnost udržení si osobních hranic, protože vnímají, že striktní respekt k vlastním hranicím může negativně ovlivnit tvorbu smysluplného vztahu peer-konzultant – klient (pacient).

Ve shodě s diskusí k tématu udržení si vlastních hranic v rámci „Pracovní skupiny k uživatelům péče – peerská problematika“ uvádějí čeští peer konzultanti názor, že hranice peer konzultanta zkoušejí prolamovat téměř všichni klienti (pacienti). Proto jsou velice opatrní v tom, aby se jejich vztah ke konkrétnímu klientovi (pacientovi) přeměnil ve vztah přátelský. Peer konzultanti z této Pracovní skupiny si stojí za svým názorem, že s klienty kamarádi nejsou, protože jedině tak je možno si svoje hranice udržet. Problém udržení si vlastních hranic řeší ve velké míře začínající peer konzultanti. Značnou pomocí, jak si svoje hranice udržet, je mít možnost odpovídající supervize a podporu nadřízeného.



Udržení si vlastních hranic je velmi důležité pro další české peer konzultanty, i když někteří uvádějí, že někdy umožní tyto hranice svým klientům překročit. Stává se to v případě vážného zhoršení psychického stavu klienta. Sami peer konzultanti uvádějí, že jedním ze základů úspěšné práce s klientem je vytvoření vzájemného vztahu, který je na hraně mezi vztahem profesionálním a vztahem přátelským (Balková, M. (2) (2022)). Udržení si vlastních hranic považují někteří peer konzultanti za velmi obtížné.

- **Nepříznivé dopady „sebe-odhalení“**

Peer konzultanti vědí, že jejich práce s klientem je založená z velké míry na jejich „sebe-odhalení“. Přesto si uvědomují, že tento proces může mít nepříznivé dopady na ně samotné i na jejich klienty. Někteří peer-konzultanti pociťují určitou nepohodu, když sdílí zkušenosti s duševním onemocněním, a to v případě, kdy dle nich sdíleli více z jejich zkušenosti, než bylo potřeba. Někteří klienti se cítili poněkud zahlceni, pokud peer-konzultantem sdílená zkušenost nebyla zarámována tak, aby podporovala zotavení klienta (pacienta). Sami peer konzultanti jsou opatrní v „sebe-odhalení“ vlastních úspěchů v zotavení. Jako příčinu této opatrnosti uvádějí obavu z toho, aby se nestali vzorem pro klienta v tom smyslu, aby sami klienti neměli nerealistická očekávání od peer podpory.

Australská práce (Walsh, P. E. et al. (2018)) uvádí další nepříznivé dopady sebe-odhalení, a to dopady ve společenském postavení peer konzultantů. Příčinou je fakt, že pracovat jako peer konzultant explicitně říká, že jsem člověk s duševním onemocněním. To může mít velmi negativní dopad na budoucí zaměstnání každého peer konzultanta v případě, že se rozhodne pracovat na otevřeném trhu práce, mimo sektor peerství. Dle autorů této studie se mohou peer konzultanti setkat i s diskriminací už jen v důsledku zcela ojedinělého názvu této pozice. Ten se tak liší od jiných pracovních pozic v oblasti péče o duševní zdraví a jasně říká, že tento konkrétní zaměstnanec je člověk se zkušeností s duševním onemocněním.

1.6.4 Integrace peer konzultantů do týmu, spolupráce v týmu, tvorba identity a kultura na pracovišti

- **Začlenění peer konzultantů do týmu a týmová spolupráce**

V otázce začlenění peer konzultantů do multidisciplinárního týmu zmiňují někteří peer-konzultanti pocit izolovanosti a pocit nerovnocenného postavení v týmu. Tyto pocity vyvěrají ze skutečnosti, kdy cítí, že nejsou vnímáni ani jako uživatelé služeb a ani jako profesionálové. Hyperprotektivní postoje k peer konzultantům ze strany profesionálů také nepřispívají k jejich rovnocennému postavení v multidisciplinárním týmu.

Překážky, které brání efektivní spolupráci, často souvisí s tím, že peerská role není zcela jasně definována. Tento fakt způsobuje různé konflikty v týmu a vede k pocitu nepřiměřené odpovědnosti peer konzultantů.

Peer konzultanti také zmiňují problémy v komunikaci v rámci setkávání multidisciplinárního týmu. Mezi tyto problémy zcela zjevně patří „boj o moc“ s profesionály, nepříjemné pocity peer konzultantů při veřejných projevech během setkání týmu a nesrozumitelná lékařská a jiná odborná terminologie.



Ke správnému zapojení peer konzultanta do multidisciplinárního týmu velmi pomáhá příprava týmu na příchod peer konzultanta (Balková, M., (1) (2022)). Tuto přípravu v českém prostředí úspěšně provádí tým Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví (CRPDZ). Tento proces je popsán v Manuálu zapojení peer konzultantů do komunitní a lůžkové péče o duševní zdraví (Foitová, Z. et al., (2016), 2. edition (vydaného Centrem pro rozvoj péče o duševní zdraví).

Janoušková et al. (2022) identifikovali ve svém kvalitativním výzkumu založeném na semistrukturovaných rozhovorech s celkem 15 českými peer konzultanty 4 role, které peer konzultanti v různých typech služeb hrají. Tyto role jsou: přítel, profesionál, člen týmu a expert-by-experience (profesionál s žitou zkušeností). Z výzkumu dále plyne, že mezi rolemi přítel a profesionál nastává konflikt, podobně jako mezi rolemi člen týmu a expert-by-experience. Pro skutečně efektivní zapojení peer konzultanta do týmu je nutné si tyto konflikty uvědomovat. Autoři článku navrhuji pro překonání těchto konfliktů účinné nástroje: supervizi pro peer konzultanty, která se bude zabývat právě těmito konflikty, destigmatizaci lidí se zkušeností s duševním onemocněním, a to s důrazem na destigmatizaci lidí se zkušeností s duševním onemocněním v lůžkových zařízeních.

- **Konfliktní pocit identity**

Rozpor v pocitu identity pramení z přechodu peer konzultanta z role uživatele služeb do role poskytovatele služeb (Balková, M. (1) (2022)). Tento rozpor zažívají hlavně ti peer konzultanti, kteří mají stejné úkoly a povinnosti jako ostatní profesionálové v multidisciplinárním týmu. Vnímají tak na sobě tlak, že mají fungovat a působit jednak jako profesionálové a jednak si mají uchovat svou vlastní identitu a autenticitu, která je tak důležitá pro podporu klientů (Voronka, J. (2019)). Tento problém se pak vyskytuje častěji v organizacích, které jsou vybudovány na hierarchii a na rutinním školení spíše než na práci s vlastní žitou zkušeností. Peer konzultanti tak narážejí na malou autonomii poskytovanou jim těmi profesionály, kteří rozhodují o tom, jak roli peer konzultanta začlenit do týmu a jak ji ustavit. Někteří peer konzultanti se necítí příjemně, pokud jsou označováni za profesionály, jiní vyjadřují obavy z konstruování identity peer konzultant. Proto považují za jedinou možnou cestu hledání identity stav, kdy peer konzultanti sami svoji identitu definují a spolu s tím definují i svoje kompetence (Vandewalle, J. et al. (2016)). Problémům v této oblasti nahrává samozřejmě i společenské stigma, které tím, že je zde snaha o vytvoření identity peer konzultanta, způsobuje velké obtíže při snaze peer konzultantů uplatnit se na otevřeném trhu práce mimo oblast duševního zdraví.

- **Služby orientované na zotavení**

Peer konzultanti pracující v tradičních službách pro lidi s duševním onemocněním pociťují malé zaměření těchto služeb na zotavení lidí s duševním onemocněním. Svoji roli pak popisují spíše jako krizovou intervenci bez zapojení člověka s duševním onemocněním do jeho léčby. Tento nedostatek v důrazu na zotavení člověka s duševním onemocněním je možno sledovat spíše v psychiatrických nemocnicích nebo na psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic. Lépe jsou na tom v této oblasti komunitní služby včetně peer-led organizací.

1.6.5 Vzdělávání, supervize, pracovní podmínky, pracovní úkoly, organizační opatření



- **Nedostatečné vzdělávání**

Peer konzultanti v zahraničí zmiňují potřebu základního, specifického a pokračujícího vzdělávání, které by je vybavilo potřebnými dovednostmi a znalostmi pro výkon práce peer konzultanta. Peer konzultanti uvádějí, že narážejí ve vzdělávání na problém, kdy poskytované vzdělávání dostatečně nereflektuje specifika peer podpory (Ibrahim, N. et al. (2019)). Peer konzultanti jsou také často nuceni absolvovat povinné vzdělávání stejné jako ostatní členové multidisciplinárního týmu a vzdělávání potřebné pro jejich práci je až nadstavbou nad tímto povinným vzděláním (Gillard, S., & Holley, J. (2014)). Proto si peer konzultanti uvědomují, že i přes vzdělávání pociťují nedostatečné vzdělání v komunikačních dovednostech, v používání jejich žité zkušenosti s duševním onemocněním, v práci se zahlcujícími emocemi a také zmiňují, že je vzdělávání dostatečně nepřipravuje na administrativní úkoly plynoucí z jejich práce jako peer konzultanta. Dále by uvítali přípravu na „sebe-odhalení“, na práci s rodinou klientů, na povahu vztahů peer konzultantů s klienty a přípravu na jejich fungování v multidisciplinárním týmu. Nicméně existuje v oblasti vzdělávání i obava některých peer konzultantů ze vrůstající standardizace vzdělávacích kurzů a z toho, že se jejich role stane neflexibilní (Vandewalle, J. et al. (2016)).

V České republice zatím neexistuje předepsané vzdělání pro peer konzultanty, nicméně sami peer konzultanti si nutnost vzdělávání uvědomují (Balková, M., (2021)). V současnosti se vzdělávání peer konzultantů v ČR věnuje Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví a organizace Zahrada 2000.

- **Nedostatečná supervize**

Peer konzultanti považují supervizi jako velmi důležitou a nedílnou součást jejich rozvoje. Přesto mnohdy považují svou supervizi jako nedostatečnou, a to hlavně na začátku jejich zaměstnání jako peer konzultant. Nedostatky v supervizi vidí v tom, že supervize je často zaměřená spíše na způsob práce než na emoční nejistotu, otázku hranic nebo osobní rozvoj. Nedostatečná supervize pak může mít negativní dopady na jejich pohodu. Pro skutečně účinnou supervizi je potřeba, aby příslušný supervizor plně rozuměl pracovní pozici peer konzultant a roli peer konzultanta v multidisciplinárním týmu (Balková, M. (2021, březen)).

Peer konzultanti potřebují kvalitní supervizi proto, aby byl ošetřen emoční náboj daný podstatou peerské práce (Watson, E. (2019). *Peer Support in Mental Health* (pp.193 - 195). London: Red Globe Press). Určité situace, které během peer podpory klienta vystanou, mohou totiž velmi hluboce zasahovat do emoční stability peer konzultanta. Mohou otvírat jeho hluboká traumata a hrozí tak nebezpečí, že se objeví spouštěče duševního onemocnění. Supervize tak zajišťuje ošetření těchto situací a chrání tak peer konzultanta před zhoršením jeho psychické pohody.

- **Finanční a materiální podpora peerské práce**

Nízké finanční ohodnocení peerské práce a nedostatečná materiální podpora peer konzultantů (nedostatečné prostory pro peer podporu, někde nedostupnost IT vybavení a nemožnost přístupu peer konzultanta do dokumentace klientů) velmi ztěžují jejich práci a jsou odrazem jejich ne zcela



rovnocenného postavení v týmu, a to i v oblasti finančního odměňování jejich práce (Balková, M. (1) (2022)). Někteří peer konzultanti považují tyto problémy jako odraz jejich postavení v celé organizaci. Mnohdy organizace neposkytují jasnou podporu a jasný směr práce peer konzultantů do budoucna, což peer konzultanti považují za překážku v rozvoji peerské role.

Na druhou stranu kvalitativní výzkum australských vědců zaměřený na problematiku placené peerské práce ukazuje, že fakt, že peer konzultant je za svou práci placen může narušit rovnocenný vztah klient (člověk se zkušeností s duševním onemocněním) – peer konzultant (Walsh, P. E. et al. (2018)). Tento fakt přináší určitou silovou nerovnováhu ve vztahu klient – peer konzultant a je potřeba tento jev ze strany peer konzultanta ošetřit. Je totiž potřeba, aby si klient uvědomil, že peer konzultant je placen za to, že mu věnuje určitý čas, že doba, kterou spolu tráví není určena pro peer konzultanta, ale pro klienta, pro jeho podporu v cestě zotavení a zplnomocnění.

- **Organizační struktura**

V některých organizacích, kde je striktní rigidní hierarchická struktura a velmi formální politika jejich fungování, peer konzultanti uvádějí, že tato rigidita a formálnost velmi narušují hodnoty peerské podpory. Na úrovni středního managementu můžeme z důvodu malého povědomí o specifiku peerské práce vidět nedostatečnou podporu peerské práce ze strany vedení organizace, a to na všech úrovních řízení organizace (Gillard, S. et al. (2) (2015)).

Na druhou stranu peer konzultanti působící v méně rigidních organizacích, jako jsou peer run organizace, jsou někdy nejistí v rozhodování a v otázce vlastní odpovědnosti. V otázce úkolů definovaných pro peer konzultanty tito často postrádají jasné výstupy a dobře definované cíle jejich práce. I přes to pociťují peer konzultanti velké pracovní zatížení obzvláště administrativními úkoly, což vede dokonce i v peer run organizacích k tomu, že tyto administrativní úkoly brání v poskytování autentické peer podpory.

Je potřeba se zmínit i o takovém uspořádání působení peer konzultantů, kdy peer konzultanti jsou najímáni nemocnicí či jiným zařízením na základě smlouvy mezi nemocnicí a peerskou organizací. Na základě tohoto způsobu zaměstnávání peer konzultantů se ukázalo, že v tomto případě je role peer konzultanta výrazně odlišná od situace, kdy je peer konzultant přímo zaměstnancem nemocnice. Kmenoví zaměstnanci nemocnice si v případě najímání peer konzultantů snáze definují roli peer konzultanta, kdy chápou, že podstatou osobité práce konzultanta je nejdříve vytvořit vztah s klientem na základě sdílení zkušeností s duševním onemocněním a zotavením a teprve poté tento vztah užívat k podpoře klienta. Osobitost peer podpory je pak zaměstnanci nemocnice vysoce ceněna. Nicméně i v tomto způsobu zaměstnávání peer konzultantů najdeme významné bariéry, jako jsou: odpor zaměstnanců nemocnice k roli peer konzultanta, neuznávání role peer konzultanta jako té správné profese. Nicméně vedoucí pracovníci v nemocnici se snaží řešit konflikt různých organizačních kultur (nemocniční hierarchické a medicínské pojetí organizační struktury a osobitost peerské role) tak, aby osobitost peerské práce nebyla ztracena (Gillard, S. et al. (2) (2015)).

1.6.6 Překážky dané pravidly financování a zastřešujícími politikami

- **Nespokojenost s nábořem a uzavíráním smluv**



V oblasti náboru jsou peer konzultanti nespokojeni s tím, že v oblasti peer podpory je velká míra nezaměstnanosti peer konzultantů, jejich pracovní smlouvy jsou mnohdy dočasné, což způsobuje velkou nejistotu ve vývoji jejich příjmů.

Mnozí peer konzultanti pracují za velmi nízké nebo žádné finanční ohodnocení a tento fakt dávají do souvislosti s nízkou důvěryhodností role peer konzultanta. Peer konzultanti jsou tak často nespokojeni s vyšší finančního ohodnocení jejich práce a s jejich socio-ekonomickým statutem, plynoucím z tohoto jevu.

Tyto překážky označují peer konzultanti jako ty, které velmi brání změnám systému péče o duševní zdraví.

- **Certifikace a financování**

Nedostatečně uznávaná certifikace role peer konzultanta brání akceptaci peer konzultantů a jejich masivnějšímu zapojení do systému péče o duševní zdraví. Velkým problémem je hojně rozšířená praxe zaměstnávání peer konzultantů na dočasné pracovní smlouvy. Tato praxe totiž způsobuje velkou nejistotu peer konzultantů ohledně jejich pracovní budoucnosti a jejím důsledkem je i jejich všudypřítomná obava ze ztráty zaměstnání při skončení projektů, v jejichž rámci byli zaměstnáni.

- **Narušení práce v důsledku uplatňování předpisů sociálního zabezpečení**

Velká část peer konzultantů uvádí, že jejich pracovní smlouvy nenabízejí žádné zaměstnanecké benefity, jako je zdravotní pojištění nebo placená dovolená. Navíc se může stát, že v okamžiku, kdy nastoupí jako peer konzultanti do zaměstnání, mohou být vyloučeni z benefitů daných jejich statutem jako osoby se zdravotním postižením a z přístupu ke zdravotní péči.

Pokud se vyskytují v týmu některé z těchto bariér, může se stát, že peer konzultant nemůže plně naplňovat svoji roli a zůstává tak v týmu spíše nezapojen. Jeho potenciál není využit tak, jak by bylo potřeba.

1.7 Závěr

Peer podpora se postupně stává pro lidi se zkušeností s duševním onemocněním dostupnou v poskytovaných službách. Ačkoliv, jak vidíme z výše uvedených bariér, se peer konzultanti setkávají s problémy v oblasti jejich vlastního začlenění do týmu, jejich finančního ohodnocení, jejich postavení v multidisciplinárním týmu, ačkoliv vidí, že některé služby velmi málo reflektují principy zotavení, přesto jsou si vědomi velkých benefitů, které lidem se zkušeností s duševním onemocněním peer podpora přináší. Současně i peer konzultanti z peer podpory, kterou dávají lidem se zkušeností s duševním onemocněním, sami profitují. Práce peer konzultanta je zcela jistě smysluplná a obohacující.

Přestože si hodnocení efektivity peer podpory žádá ještě hlubší výzkum, již dnes můžeme vidět přínosy peer podpory pro lidi se zkušeností s duševním onemocněním, jako jsou: snížení délky hospitalizace,



snížení počtu hospitalizací a delší doba mezi jednotlivými hospitalizacemi, kdy člověk se zkušeností může žít a fungovat v komunitě místo toho, aby pobýval v instituci.

O peer podpoře se tak uvažuje jako o efektivní intervenci, proto je zařazena i do doporučení britského National Institute for Health and Care Excellence (NICE (2016)) k dalšímu výzkumu a důkladnější evidenci, např. v otázce nákladové efektivity.

Ačkoliv se na jedné straně volá po velkém zapojení peer konzultantů a jejich práce do služeb poskytovaných v oblasti duševního zdraví, sílí na straně peer konzultantů obava z negativních důsledků profesionalizace této pracovní pozice. Peer konzultanti se tak obávají, že mohou přijít o svou identitu, autenticitu a další hodnoty, na nichž je peer podpora vybudována. Je proto velmi potřeba přistupovat k profesionalizaci této pozice s jistou mírou citlivosti a opatrnosti, právě proto, abychom se vyhnuli těmto obavám.

2. Situace ve Spojených státech amerických

2.1 Úvod

Peerská podpora (One to one peer support) člověka s duševním onemocněním je v USA rychle rostoucí segment ve službách (zdravotních i sociálních) poskytovaných lidem s problémy v oblasti závislostí, duševního zdraví a lidem s duálními diagnózami. Počátky rozvoje peerské podpory sahají v USA do šedesátých let 20. století. I když je snaha o jednotné vzdělávání a certifikaci peerské pozice na celostátní úrovni, převládá stále regionální přístup, kdy každá země USA má svůj vlastní systém vzdělávání a certifikace peer konzultantů. V USA se tak setkáme s následujícími pozicemi: Certified Peer Specialist, Certified Recovery Specialist, Certified Peer Support Specialist, Certified Recovery Support Specialist, Certified Intentional Peer Support Specialist, aj. (Kaufman, L. et al. (2016)). I když se názvy pozic různí, vždy se jedná o profesionála v oblasti duševního zdraví, který na základě vlastní zkušenosti se zotavením podporuje klienty dané služby v jejich zotavení. V České republice se pro tuto pozici vžilo označení peer konzultant.

Přestože má peerská podpora v USA velkou tradici, narážejí peer konzultanti na podobné bariéry jako tito pracovníci v jiných zemích. Cronise, R. et al. (Cronise, R. et al. (2016)) uvádějí ve své publikaci založení na celonárodní studii v oblasti peerství, které se účastnilo celkem 607 respondentů – peer konzultantů, jako nejzávažnější bariéru přetrvávání nejasnosti v definici peerské role, peerské úlohy a náplně vzdělávání. Přestože peer konzultanti v USA pociťují velké uspokojení ze své práce, stále pociťují nedostatek uznání pro svoji práci.

Jednou z důležitých institucí v USA je celonárodní organizace „Mental Health America“ (<https://www.mhanational.org/about>). Tato organizace byla založena již v roce 1909 a působí celkem v 50 státech Unie. Vedle peerské podpory (<https://www.mhanational.org/center-peer-support>) se zabývá i advokací lidí se zkušeností s duševním onemocněním, poskytuje služby v oblasti péče o duševní zdraví.



V roce 1992 vznikla v rámci ministerstva zdraví a sociálních služeb USA Agentura SAMHSA (The Substance Abuse and Mental Health Services Administration; <https://www.samhsa.gov/>) jejímž cílem je zmírnit dopady závislosti a duševního onemocnění na život lidí, kteří si těmito problémy procházejí. Prostředkem pro toto je zvýšení dostupnosti služeb působících v oblasti závislostí a v oblasti péče o duševní zdraví. Tato agentura prosazuje praxi v oblasti duševního zdraví a závislostí založenou na důkazech. Mezi tuto praxi řadí v oblasti péče o duševní zdraví také zapojování lidí se zkušeností s duševním onemocněním do poskytování péče. Konkrétně se jedná o zapojení služeb vedených uživateli („Consumer – led services“) do systému péče o duševní zdraví. Tato Agentura vytváří návody (KITs, Knowledge Informing Transformation), jak tuto praxi založenou na důkazech implementovat do oblasti péče o duševní zdraví. Takový návod existuje i pro zapojování služeb vedených uživateli do systému péče o duševní zdraví (dostupné na: <https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma11-4633-gettingstarted-cosp.pdf>, <https://store.samhsa.gov/product/Consumer-Operated-Services-Evidence-Based-Practices-EBP-KIT/SMA11-4633>). Samotná existence této organizace ukazuje na to, že si vláda USA uvědomuje důležitost oblasti péče o duševní zdraví, a to včetně zapojování lidí se zkušeností do rozhodování a poskytování služeb.

2.2 Předpoklady pro práci jako peer konzultant (Kaufman, L. et al. (2016))

Člověk se zkušeností s duševním onemocněním musí být nejčastěji starší 18ti let (výjimka 21+ a 16+), musí mít nejnižší dosažené vzdělání středoškolské, nebo úspěšně složil zkoušky v rámci GED (General Educational Development). Úspěšné zakončení GED je uznáváno v USA jako dosažené středoškolské vzdělání.

Člověk se zkušeností s duševním onemocněním, který se chce stát peer pracovníkem, musí doložit (prohlásit), že je skutečně člověkem s duševním onemocněním, nebo člověkem trpícím závislostí na návykových látkách, že využívá/al služby v oblasti duševního zdraví a že vykazuje známky souvislého zotavení, a to po dobu 6 až 12 měsíců během určené doby (různé v každém státě unie).

Člověk se zkušeností s duševním onemocněním musí prokázat, že pracoval na placené pozici nebo na dobrovolnické bázi určitý počet hodin v přímé podpoře zotavení lidí se zkušeností s duševním onemocněním, a to ve zdravotních nebo komunitních službách.

Současně člověk se zkušeností s duševním onemocněním musí prokázat absolvování určitého počtu hodin supervize.

2.3 Certifikace peer konzultantů v USA

Člověk se zkušeností s duševním onemocněním, který chce pracovat jako peer konzultant, musí projít certifikačním procesem, který obnáší absolvování vzdělávacího kurzu (různý počet hodin vzdělávání v různých státech unie), složení závěrečné zkoušky (často musí splnit 80 % správných odpovědí v daném testu) a mnohdy musí vykázat množství odpracovaných hodin jako peer konzultant v zdravotních nebo komunitních službách (např. stát Illinois požaduje prokázání 2000 hodin práce jako peer konzultant, což představuje 1 rok práce na plný úvazek). Zároveň musí budoucí certifikovaní peer konzultanti prokázat absolvování určitého počtu hodin supervize.



Po určité době musí peer konzultanti v různých státech unie projít recertifikací, která většinou obsahuje prokázání absolvování určitého počtu hodin následného vzdělávání v oblastech pro peerskou práci důležitých jako je např. etika peerské práce, přímá podpora klienta.

Za zmínku určitě stojí certifikace NCPS - „National Certified Peer Specialist“, která peerům umožňuje prokázat profesní způsobilost a zkušenost nad běžný rámec potřebné certifikace toho určitého státu. Sice nenahrazuje potřebnou specifickou certifikaci jednotlivých států, kterou peer specialista má mít, ale jde o jakýsi pokus unifikovat certifikaci peer specialisty v USA.

2.4 Vzdělávání peer konzultantů v USA

V USA má téměř každý stát unie vlastní systém vzdělávání budoucích peer konzultantů. Vzdělávací programy přitom tvoří v každém státě unie uznávaná autorita (Kaufman, L. et al. (2016)). Rozsah vzdělávání je různý, jeho obsahem jsou témata jako: specifika peer podpory, profesionální etika a zodpovědnost, základy peer podpory, komunikace a motivační rozhovory, kulturní dovednosti, chronická onemocnění a propojení mysli a těla, duševní zdraví a porozumění diagnózám, závislosti, zotavení, advokační činnost. V mnohých státech USA jsou vzdělávací programy hrazeny samotnými budoucími peer konzultanty. Cronise se svými spolupracovníky (Cronise, R. et al., (2016)) zjišťovali v rámci jejich celonárodního šetření, kterého se zúčastnilo celkem 608 respondentů (peer konzultantů) a které se zabývalo právě peerskou problematikou také náplň vzdělávání peer konzultantů, které tito absolvovali. Nejčastějšími tématy vzdělávání dle této studie byla témata: peerské vztahy, přímá peerská podpora, politiky, legislativa, advokační činnost a ochrana lidských práv, zotavení, tradiční služby v oblasti duševního zdraví, administrativa a supervize, alternativní léčení a wellness a podpora v období před krizí a v krizi.

2.5 Zaměstnávání peer konzultantů v USA

Ve Spojených státech mají dlouhodobou historii peerské podpory. Peer konzultanti pracují v různých oborech i různých typech zařízení - ve zdravotnictví, komunitních službách, u policie, ve školách, ve sportu, existují zde peři-váleční veteráni nebo peer-rodice dětí se specifickým zdravotním postižením, atd.

Peerská práce je v USA uznávaná jako prokázaná a efektivní metoda práce v péči o duševní zdraví. V USA působí akreditovaní/certifikovaní peer specialisté. Certifikovaní peer konzultanti působí velmi často v ACT týmech (Assertive Community Treatment), v podporovaném bydlení, v psychiatrických nemocnicích, v peer-run organizacích, zařízeních jako jsou Club Houses, v různých svépomocných zařízeních, v Centrech duševního zdraví, v krizových centrech, pracují s lidmi bez domova, kteří mají duševní onemocnění. Peer konzultanti podporují také lidi s nařízenou ochranou léčbou. Peer specialisté pracují v centrech pro lidi se závislostní problematikou, různých centrech zabývajících se advokační činností lidí s duševním onemocněním (Cronise, R. et al., (2016)). Peer podpora je pevnou součástí programů psychosociální podpory pro lidi s duševním onemocněním. Mnozí peer specialisté pracují v centrech pro veterány. Peer konzultanti, kteří prošli certifikační procedurou, mohou vstupovat na otevřený trh práce a podávat žádosti o zaměstnání k různým poskytovatelům služeb. V některých státech USA je certifikace peer konzultanta jeho vstupenkou na tabuli práce („Job board“). Job board je webová stránka, kde zaměstnavatelé inzerují nabízené pracovní pozice zájemcům o hledané zaměstnání. Potencionální zaměstnanci mohou využívat job board jako zdroj pro hledání



zaměstnání. (Například v New Jersey organizátoři certifikačního programu pořádají dvakrát ročně pracovní trh (Job Fair) pro absolventy certifikačního programu. Na tento trh jsou pozváni zaměstnavatelé v oblasti péče o duševní zdraví z celého státu). V jiných státech je certifikace pouze jedním z požadavků k tomu, být zaměstnán jako peer konzultant. Vedle úspěšné certifikace musí mnohdy peer konzultanti splnit i podmínky dané procesem najímání zaměstnanců různými poskytovateli služeb. Někde úspěšné zakončení vzdělávacího programu a následná certifikace nepřináší žádnou automatickou výhodu pro uplatnění na trhu práce.

2.6 Etický kodex peer konzultanta

Ve většině států Unie existuje Etický kodex peer konzultanta, který z hlediska etiky upravuje působení peer konzultantů v daném státě. Etický kodex je často velmi obsáhlý a obsahuje jak etické principy práce s klientem, tak i etické principy týmové spolupráce. V některých státech Unie obsahuje etický kodex peer konzultanta i popis případného kriminálního chování peer konzultanta ve vztahu ke klientovi, které je z etického hlediska zakázáno. Etický kodex peer konzultanta velmi často obsahuje bod, který říká, že veškerá podpora klienta peer konzultantem je směřována na podporu zotavení a zplnomocnění klienta včetně podpory při naplňování klientových potřeb a přání. Etický kodex upravuje i vztah peer konzultanta ke klientovi v tom směru, že vyjmenovává některé případy nevhodného chování peer konzultanta ke klientovi. Mezi tyto body patří například chování, kdy by peer konzultant přesvědčoval klienta o jedině, a to svojí, správné cestě zotavení, nebo navázal hlubší sexuální vztah s klientem. Etický kodex je potřebný jak pro klienty, tak pro samotné peer konzultanty, protože dává etický rámec jejich činnosti.

2.7 Hrazení peer podpory z veřejného zdravotního pojištění

V mnoha státech USA je peer podpora hrazena z veřejného zdravotního pojištění Medicaid (zdravotní pojištění pro osoby s nízkými příjmy).

3. Situace ve Velké Británii

3.1 Úvod (Watson, E. & Meddings, S. eds. (2019). *Peer Support in Mental Health* (pp.23-34). London: Red Globe Press.)

V posledních dvaceti letech se ve Velké Británii začíná prosazovat taková péče o lidi se zkušeností, která je založena striktně na principech zotavení. Tyto principy se v poslední době dostávají z periferie zájmu různých politiků více do jejich středu pozornosti. V roce 2001 vydalo ministerstvo zdravotnictví Velké Británie jasné politické vyjádření, které se týkalo celého konceptu zotavení. V tomto prohlášení tak zazněla potřeba vytvoření optimistického a nadějeplného systému péče pro lidi se zkušeností s duševním onemocněním (Watson, E. (2019). *Peer Support in Mental Health* (p. 28). London: Red Globe Press.) založeném na principech zotavení. Tento systém péče má vést k tomu, že lidé se zkušeností budou tímto systémem podporováni ve svých vlastních volbách a že budou mít stejný přístup ke zdrojům v komunitě jako jsou bydlení, vzdělávání, zaměstnání, přátelské vztahy a vůbec ke všemu dalšímu, co považují za důležité z hlediska možnosti jejich zotavení.



V Anglii a Walesu v roce 2016 nezávislá pracovní skupina poznamenala, že změna systému služeb pro lidi s duševním onemocněním nebyla dosud příliš úspěšná a doporučila ve své zprávě výhled na budoucích pět let, ve kterém se mluví i o nutnosti peer podpory a její dostupnosti lidem se zkušeností s duševním onemocněním. Tato zpráva vznikla za účasti lidí se zkušeností s duševním onemocněním a za účasti poskytovatelů služeb.

Peer podpora ve Skotsku byla zahrnuta do strategie pro duševní zdraví („mental health strategy“) pro období 2012 až 2015, což je materiál skotské vlády. Přestože, byl peer support do tohoto materiálu zahrnut, nebyl na něj kladen dostatečný důraz. To vedlo k požadavku mnohem většího zapojení peer konzultantů do poskytovaných služeb ve Skotsku.

3.2 Vzdělávání a certifikace peer konzultantů v UK

Ve Spojeném království neexistuje jiný národní certifikát pro peer konzultanty, než je pouze celonárodní certifikát „Care Certificate“. Získat tento certifikát je podmínkou k samostatného výkonu pozice „Care Support Worker“ ve zdravotnictví nebo sociálních službách. Tento certifikát je souborem 15 standardů schválených na národní úrovni. Cílem vzdělávání Care Support Worker je získání tohoto certifikátu a vybavení těchto pracovníků znalostmi a dovednostmi, které využijí při své podpoře lidí s různým hendikepem.

Nicméně ve Spojeném království mají Instrukce pro zaměstnávání peer konzultantů, které nabízejí postupy, jak peer konzultanta zaměstnat v dané zdravotní nebo sociální službě, a které přinášejí dovednosti a nabízejí obsah vzdělávání, které peer konzultanti při své práci využijí. Ve Spojeném království neexistuje jasná a celostátně daná definice pracovní pozice peer konzultant. Vzdělávání peer konzultantů tak není jednotné a je dané většinou potřebami organizací působících na lokální úrovni a mezinárodními zkušenostmi. Školení peer konzultantů probíhá buď v rámci lokální organizace působící v oblasti duševního zdraví nebo ho zajišťují externí vzdělávací instituce. Zkušení peer konzultanti by měli být přinejmenším spolu-školení.

Některé organizace zaměstnávající peer konzultanty jim doporučují, aby před absolvováním kurzu pro peer konzultanty prošli vzděláváním ve Škole zotavení (Recovery College). Ve Spojeném království existují i kurzy pro sdílení příběhů, které mohou také peer konzultanti absolvovat proto, aby mohli sdílet střípky, malé detaily svého příběhu vlastními slovy při jejich podpoře lidí se zkušeností s duševním onemocněním. Zde je ovšem potřeba si uvědomit, že peerská podpora není výlučně o sdílení celého příběhu. Zralý peer konzultant používá při podpoře klientů sdílení těchto detailů ze svého příběhu jako případné dokreslení různých situací, které s klientem řeší.

Některé organizace umožňují budoucím peer konzultantům příležitost práce na zkušenou (stáž), což může adeptům velmi pomoci v rozhodnutí, zda je pro ně práce peer konzultanta vhodná a zda ji budou chtít dále vykonávat, nebo zda budou raději plnit roli peer školitele nebo peer výzkumníka.

Po základním kurzu pro peer konzultanty mohou tito studovat dále v různých kurzech, v jejichž rámci se některé oblasti duševního zdraví probírají do větší hloubky (např. prevence sebevražd, advokační činnost, facilitace skupin, atd.).



Jako benefit umožňují zaměstnavatelé peer konzultantům sebe-rozvojové kurzy (Community and Practice), které jsou organizovány v rámci dané organizace nebo externě, mimo ni. Peer konzultanti tak mají možnost za přispění těchto kurzů se osobnostně rozvíjet.

Ve studii provedené Burke, E. M. a spolupracovníky (Burke, E. M. et al. (2018)) její účastníci uváděli, že většinou absolvovali kurz pro peer konzultanty, který trval 6 dní a více, většina absolventů byla s obsahem kurzu spokojena a cítila se díky kurzu ve své roli peer konzultanta podpořena. Supervize byla častější u peer konzultantů pracujících v NHS trustech.

3.3 Zaměstnávání peer konzultantů v UK

Ve Spojeném království jsou peer konzultanti zaměstnáváni v organizacích poskytujících služby v oblasti duševního zdraví, a to jak v organizacích vedených lidmi se zkušeností s duševním onemocněním (peer-run-organisations), tak v organizacích vedených klasickým způsobem (non-peer run organisations); služby v oblasti duševního zdraví zahrnuté např. do NHS Trustů). Mohou tak pracovat v psychiatrických nemocnicích, v centrech duševního zdraví, mohou v rámci své práce navštěvovat klienty v jejich domovech. Mnozí pracují v charitativních organizacích. Peer konzultanti jsou zaměstnáváni na placených pozicích nebo jako dobrovolníci. Peer konzultanti pracující v rámci NHS trustů jsou častěji zaměstnáváni na placených pozicích než peer konzultanti pracující v jiných organizacích (Burke, E. M. et al. (2018)), mají delší vzdělávání, častější supervize, mají méně kolegů – peer konzultantů, jsou častěji členy multidisciplinárních týmů, pracují na vyšší pracovní úroveň, jsou méně spokojeni se svým finančním ohodnocením a jsou méně spokojeni s příležitostmi pro svůj profesní růst.

Přestože být zaměstnán je pro člověka s duševním onemocněním velmi přínosné a důležité, setkávají se lidé se zkušeností s duševním onemocněním s velkými komplikacemi v rámci procedur probíhajících při náboru zaměstnanců. Tyto komplikace vycházejí ze zakořeněné stigmatizace, diskriminace a přesvědčení zaměstnavatelů o tom, že člověk s duševním onemocněním nebude schopen podávat požadovaný výkon. Mnohdy byli lidé se zkušeností, působící nyní na placených pozicích, odrazováni samotnými poskytovateli služeb (profesionály) od toho být zaměstnán, a to na základě nízkého očekávání od lidí se zkušeností s duševním a podhodnocování jejich dovedností.

Každý peer konzultant musí projít klasickou procedurou náboru. Přestože je snaha o to, aby přijímací procedura v případě přijímání peer konzultanta byla co nejpříjemnější, existují v této oblasti dvě základní bariéry dané nutností získat pracovní lékařský posudek a prokázat trestní bezúhonnost. To znamená, že je kontrolována případná trestní minulost žadatele o zaměstnání. Ve Spojeném království zaměstnavatelé využívají v této oblasti služby speciální instituce (Disclosure and Barring Services). Mnozí zaměstnavatelé požadují po žadatelích o práci trestní bezúhonnost a mohou mít obavy z toho, zaměstnat člověka se záznamem v rejstříku trestů. Přesto můžeme vidět snahu některých zaměstnavatelů v případě, že má žadatel záznam v rejstříku trestů, zjišťovat prostřednictvím rozhovoru v bezpečném prostředí příčiny a okolnosti jeho kriminálního jednání. Někdy je totiž záznam v rejstříku trestů svým způsobem zároveň kvalifikací k výkonu povolání peer konzultanta, např. v případě záznamu z důvodu opilství, či užívání jiných psychoaktivních látek.



Získání lékařského posudku potřebného pro zaměstnání je také součástí běžné praxe v přijímání nových zaměstnanců ve větších organizacích. Smyslem této části přijímací procedury je poznat zdravotní stav uchazeče a jeho potřeby spojené s tímto stavem, případně vydat doporučení k tomu, jak tyto potřeby naplňovat. Bohužel v případě uchazečů o práci peer konzultanta ve velké organizaci (např. v NHS trustu) není tato praxe mnohdy užitečná a může se jevit jako stigmatizující. To nastává v případech, kdy posuzující odborník nezná principy práce peer konzultantů a hodnoty jejich práce. V menších organizacích, které jsou mnohdy vedeny lidmi se zkušeností s duševním onemocněním je situace pro uchazeče zásadně vstřícnější.

Důležitost tématu zaměstnávání lidí se zkušeností s duševním onemocněním si je vědomo i Ministerstvo práce a sociálního zabezpečení (Department of Work and Pensions) vlády Spojeného království, které vydalo v roce 2017 Směrnici týkající se zaměstnávání lidí se zkušeností s duševním onemocněním. V této směrnici najdeme doporučení jako klást důraz na flexibilitu pracovních podmínek (člověk se zkušeností s duševním onemocněním má tak právo zvolit si začátek a konec své pracovní doby a čas svých přestávek), na úpravu pracovního prostředí, na možnost opustit pracoviště z důvodu návštěvy odborníka v oblasti duševního zdraví a na vypracování pracovního plánu spolu se zaměstnavatelem, který naplní potřeby člověka se zkušeností s duševním onemocněním. I přes tuto směrnici jsou lidé se zkušeností s duševním onemocněním mnohdy zaměstnáváni pouze jako peer konzultanti, a to i v případě, že jsou ve svém původním oboru vysoce vzdělaní a zkušení.

Většina peer konzultantů pracuje na zkrácený úvazek, často na dočasnou smlouvu (např. v NHS Trust), která ovšem nezahrnuje placenou nemocenskou nebo placenou dovolenou. Tento fakt tak zvyšuje nejistotu peer konzultantů, protože např. v případě, že onemocní, nemají žádný pravidelný příjem. Zdálo by se tedy, že ze strany peer konzultantů bude tlak na běžné pracovní smlouvy. I toto řešení však má svoje úskalí. Další nejistotou je totiž skutečnost, že v případě, kdy jsou řádnými pracovníky, mohou přijít o podporu ze strany státu, která jim je vyplácena z důvodu postižení, protože nesplní podmínky pro její přidělení.

Finanční jistotu nepřináší ani zaměstnání v neziskovém sektoru. Tyto organizace jsou stejně jako v ČR financovány z projektů, které ve Spojeném království jsou většinou maximálně na 3 roky. Peer konzultanti pracují tak v těchto organizacích na krátkodobé smlouvy a nemají jistotu, že po skončení projektu budou dále zaměstnáni jako peer konzultanti. Je to z prostého důvodu, že žádná nezisková organizace nemá jistotu v pokračujícím financování.

4. Situace v Austrálii

4.1 Úvod

Australská vláda vydala Národní plán pro duševní zdraví 2003 až 2008 (The National Mental Health Plan), jehož cílem bylo reformovat služby poskytované v oblasti duševního zdraví tak, aby díky péči těchto služeb bylo snazší naplňovat potřeby lidí se zkušeností s duševním onemocněním. Smyslem reformy bylo mimo jiné upevnění role lidí se zkušeností s duševním onemocněním pracujících ve službách péče o duševní zdraví (Carmen C. D. Franke, et al. (2010)) a větší zapojení lidí s duševním onemocněním a neformálních pečovatелů do procesů rozhodování, advokační činnosti a poskytování služeb.



V roce 2017 pak byl vydán Pátý národní akční plán pro duševní zdraví a prevenci sebevražd (the Fifth National Mental Health and Suicide Prevention Action Plan). V rámci naplňování tohoto plánu vznikl dokument Národní směrnice rozvoje zaměstnanců majících Žitou Zkušenost (peer pracovníků) (National Lived Experience (Peer) Workforce Development Guidelines) (Byrne, L. et al. (2021), National Mental Health Commission.; Ke stažení: https://www.mentalhealthcommission.gov.au/getmedia/a33cce2a-e7fa-4f90-964d-85dbf1514b6b/NMHC_Lived-Experience-Workforce-Development-Guidelines). Tento dokument byl vytvořen Národním úřadem pro duševní zdraví (National Mental Health Commission) a je založen na důkladné diskuzi tohoto materiálu všemi stakeholdery. Tyto směrnice reprezentují postoj australské vlády i vlád jednotlivých států Austrálie k začleňování peerské role do služeb v oblasti duševního zdraví, ale nejen do nich. Tento dokument reflektuje, že peerských rolí je několik: peer to peer podpora, zapojování lidí se zkušeností s duševním onemocněním do rozhodování, advokacie a hodnocení i vedení jednotlivých služeb. Proto se zabývá všemi těmito kategoriemi. To je také jeden z důvodů, proč se v Austrálii přestává používat označení peer konzultant (peer worker). Mnozí lidé se zkušeností s duševním onemocněním, kteří se účastnili diskusí o terminologii pro tento dokument, se shodli na tom, že termín “peer konzultant” je často nedobře chápán a je redukován na roli peer to peer podpory. Místo toho, vědomi si velké rozdíly rolí lidí se zkušeností s duševním onemocněním v celé společnosti, autoři tohoto dokumentu zvolili po důkladné diskuzi všech stakeholderů termín zaměstnanci s Žitou Zkušeností (Lived Experience Workforce). Velká písmena v názvu odlišují lidi se zkušeností s duševním onemocněním pracujících v různých službách, rozhodovacích tělesech, hodnotících jednotlivé služby od lidí, kteří s touto zkušeností žijí, ale svoji zkušenost nevyužívají pro své zaměstnání.

Pro účely tohoto analytického materiálu bude používáno minulé označení peer konzultant, protože plně reflektuje skupinu lidí se zkušeností s duševním onemocněním, kteří poskytují peerskou podporu v jednotlivých službách systému péče o duševní zdraví. Peer konzultanti jsou primární cílovou skupinou tohoto materiálu.

Australská vláda si také uvědomuje, že pro efektivní peerskou práci je potřeba příprava týmu ostatních profesionálů na příchod peer konzultanta tak, aby ostatní profesionálové pochopili podstatu peerské podpory. Proto vznikl výše uvedený materiál Byrne, L. et al. (2021), National Mental Health Commission.; Ke stažení:

https://www.mentalhealthcommission.gov.au/getmedia/a33cce2a-e7fa-4f90-964d-85dbf1514b6b/NMHC_Lived-Experience-Workforce-Development-Guidelines,

který se zabývá mimo jiné implementací peerské role do nejrůznějších týmů složených z peer konzultantů a ostatních profesionálů.

„Úspěšní peer konzultanti jsou nezbytnou součástí kvalitních, na zotavení orientovaných služeb v oblasti duševního zdraví.“ Toto je hlavní princip obsažený ve všech plánech a politikách týkajících se duševního zdraví v Austrálii.

Australská vláda také podporuje monitorování kvality poskytovaných služeb a dbá na to, aby v tomto procesu velkou měrou participovali lidé se zkušeností s duševním onemocněním a neformální pečovatelé. Příkladem monitorovacího procesu je studie Your Experience of Service (YES) survey



(spuštěna v roce 2015; více na: <https://www.amhcn.org/your-experience-service-surveys>), která se zabývá zkušenostmi lidí se zkušeností s duševním onemocněním a neformálních pečovateli se systémem péče o duševní zdraví. Každý člověk se zkušeností s duševním onemocněním nebo neformální pečovatel, který má bezprostřední zkušenost se systémem péče o duševní zdraví se může této studii zúčastnit. Smyslem studie je poskytnout data tak, aby systém péče o duševní zdraví byl efektivní, aby odpovídal principu patient-centered péče a aby v rámci tohoto systému byly skutečně naplňovány potřeby lidí se zkušeností s duševním onemocněním a neformálních pečovateli. Výsledky studie pak mají pomoci vybudovat lepší systém péče o duševní zdraví.

4.2 Vzdělávání peer konzultantů

Vzdělávání peer konzultantů je vedle bezpečného prostředí a nutnosti podpory peer konzultantů na pracovišti třetí nezbytnou podmínkou pro úspěch peer konzultanta v jeho peerském povolání. Proto je v rámci implementace peerské podpory potřeba ze strany poskytovatelů služeb a finančních podporovatelů vyčlenit v rámci plánu na implementaci peerské role do konkrétní služby potřebný finanční obnos na vzdělávání peer konzultantů. A vedle toho samozřejmě zajistit dostupnost tohoto vzdělávání pro peer konzultanty (Byrne, L. et al. (2021), National Mental Health Commission).

Zájemce o práci peer konzultanta musí absolvovat zhruba jednoroční akreditovaný kurz „Certificate IV in Mental Health Peer Work“. Tento kurz je myšlen pro kohokoli, kdo chce v budoucnu poskytovat přímou peer podporu lidem s problémy v oblasti duševního zdraví, tedy pro budoucí peer konzultanty a peer pečovatele. Tento kurz mohou zájemci absolvovat na univerzitě nebo i v jiných vzdělávacích institucích (např. Mental Health Coordinating Council (MHCC; webové stránky:

<https://www.mhcc.org.au/course/certificate-iv-in-mental-health-peer-work/>).

Akreditovaný kurz trvá zhruba jeden rok (2 semestry). V rámci tohoto akreditovaného kurzu jsou budoucí peer konzultanti vzděláváni v následujících oblastech:

- bezpečné sdílení svého příběhu a svojí zkušenosti s duševní nemocí
- zotavení a péče, která zná problematiku traumatu
- problematika sebevražd
- praxe peerské práce
- provádění systémem péče o duševní zdraví
- práce s různými lidmi
- podpora sebe-obhajoby
- práce se zasaženou rodinou
- orientace v poskytovaných službách lidem se zkušeností s duševní nemocí
- terapeutická komunikace a koučingové dovednosti využívané v podpoře a pomoci jiným dosáhnout jejich cílů
- krizová intervence a řízení rizik
- ne-klinické hodnocení a podpora wellbeingu
- podpora v případě spoluexistujících problémů jako znaužívání alkoholu nebo jiných drog

Absolvování tohoto kurzu a získání příslušného certifikátu opravňuje peer konzultanty pracovat na této pozici ve službách v oblasti duševního zdraví kdekoli v Austrálii. Úspěšné absolvování kurzu dává absolventům kvalifikaci k výkonu povolání peer konzultanta/peer pečovatele respektovanou na národní úrovni (v celé Austrálii).



Předpoklady pro studium

Každý žadatel o zařazení do kurzu Certificate IV in Mental Health Peer Work musí splnit několik předpokladů. Tyto předpoklady se mohou lišit v závislosti na vzdělávací instituci.

Budoucí studenti musí prokázat, že dosáhli 18 let věku před podáním přihlášky, že jsou osobami s duševním onemocněním nebo neformálními pečovateli. Musí prokázat absolvování základního povinného 12 letého vzdělání (Year 12) nebo Certificate III nebo uznatelnou pracovní zkušenost. Musí prokázat, že absolvovali před zápisem do kurzu nebo absolvují do skončení kurzu určitý počet hodin přímé práce s klienty jako peer konzultanti, musí prokázat určitý počet hodin supervize. Někde vyžadují výpis z rejstříku trestů či doklad WWCC (Working with Children Check), který opravňuje k práci s dětskou populací a nově i doklad o prodělaném očkování proti onemocnění COVID 19.

Kurzy jsou placené, studenti mají možnost žádat o stipendium. Školné může zaplatit také zaměstnavatel, jak je doporučováno Národním úřadem pro duševní zdraví v jeho směrnících týkajících se implementace peerské podpory do služeb v oblasti duševního zdraví (Byrne, L. et al. (2021), National Mental Health Commission).

4.3 Zaměstnávání peer konzultantů

Poskytovatelé služeb v oblasti péče o duševní zdraví se velmi různí. Můžeme zde najít státní sektor vedený australskou vládou nebo teritoriálními vládami. Na druhou stranu zde existují i soukromí poskytovatelé služeb v oblasti péče o duševní zdraví. Všechny služby jsou vedeny v rámci Systému australských služeb péče o duševní zdraví (Mental health services in Australia (MHSA)).

Specializovaná psychiatrická péče v Austrálii (<https://www.aihw.gov.au/reports/mental-health-services/mental-health-services-in-australia/report-contents/specialised-facilities>) je poskytována ve veřejných i soukromých psychiatrických nemocnicích, na psychiatrických jednotkách a odděleních všeobecných nemocnic, ve vládních i nevládních rezidenčních psychiatrických službách a v komunitních Centrech duševního zdraví. Poskytovateli péče v oblasti duševního zdraví jsou i nevládní neziskové organizace (více na <https://www.aihw.gov.au/reports/mental-health-services/mental-health-services-in-australia/report-contents/summary-of-mental-health-services-in-australia/overview-of-mental-health-services-in-australia>).

Je možné konstatovat, že peer konzultanti pracují ve všech typech zařízení současně za rozdílného nastavení pracovních podmínek. Přestože je na vládní úrovni velká snaha o zapojení peer konzultantů a jimi poskytovaných služeb do všech typů služeb poskytujících péči lidem se zkušeností s duševním onemocněním, je v současnosti jejich zaměstnávání velmi limitováno v počtu pracovních nabídek (Byrne, L. et al. (2021)). Pracovní podmínky peer konzultantů se liší ve své kvalitě i vhodnosti podle toho, v jakém zařízení pracují. Velká rozdílnost v zaměstnávání peer konzultantů je daná i tím, ve kterém státě, teritoriu nebo regionu peer konzultanti působí. Stejně tak je zaměstnávání peer konzultantů závislé na podmínkách práce v konkrétním zařízení poskytujícím služby v oblasti duševního zdraví.

Proto je australskou vládou podporován proces plánování zaměstnávání peer konzultantů v jednotlivých zařízeních. Je nutno umožnit růst počtu pracovních příležitostí pro peer konzultanty a zajištění různosti v práci peer konzultantů.



V Austrálii se také velmi vážně zamýšlejí nad nutností profesionalizace peerské podpory. Slibují si o ní větší počet pracovních příležitostí, konzistentnost v peerské roli nehledě na tom, kde a v jakém zařízení peer konzultant pracuje, konzistenci v oblasti platové úrovně peer konzultantů, v pracovních podmínkách a v podpoře každého peer konzultanta na pracovišti. Současně s touto profesionalizací je spojováno jasné a zřetelné objasnění peerské pozice v týmu a zvýšení odpovědnosti organizací zaměstnávajících peer konzultanty v pracovně právní rovině. Je proto potřeba, aby politici a orgány financující zdravotní péči společně podporovali rozvíjející se oblast peerství v Austrálii a rozšířili i možnost vzdělávání lidí se zkušeností s duševním onemocněním se zájmem pracovat jako peer konzultant a neformálních pečovatelů (peer pečovatelů).

Důležitou roli hrají i organizace poskytující služby v oblasti duševního zdraví, které zaměstnávají, budou zaměstnávat nebo chtějí zaměstnávat peer konzultanty. Jsou to tyto organizace, které mohou tvořit pracovní příležitosti, podporovat každého jednoho peer konzultanta a demonstrovat efektivitu peer podpory. V Austrálii jsou totiž všechna zařízení poskytující služby v oblasti duševního zdraví často hodnocena a lidé se zkušeností s duševním onemocněním a neformální pečovatelé jsou velmi důležitou skupinou expertů, která se těchto hodnocení účastní.

5. Situace v Kanadě

5.1 Úvod

V Kanadě existuje Úřad pro duševní zdraví Kanada (Mental Health Commission Canada), který byl vytvořen kanadskou vládou v roce 2007 jako nezávislý úřad pro oblast péče o duševní zdraví. Tento úřad vytvořil mimo jiné velmi důležitý strategický materiál „Změna směrů, změna životů: Strategie duševního zdraví pro Kanadu“ (Changing directions, changing lives: The mental health strategy for Canada) (Mental Health Commission of Canada, (2012)) (dále jen Strategie). Tato Strategie vznikala ve dvou fázích. První fáze byla zakončena v roce 2009 vydáním rámcového materiálu „Toward Recovery and Well-Being: A Framework for a Mental Health Strategy for Canada“ (Směrem k zotavení a pohodě: Rámec pro Strategii pro duševní zdraví v Kanadě) (Mental Health Commission of Canada. (2009). Toward recovery & well-being: A framework for a mental health strategy for Canada. Retrieved from <http://www.mentalhealthcommission.ca>). Druhá fáze pak byla zakončena v roce 2012 vydáním výše uvedené Strategie.

Tato Strategie vznikla na základě spolupráce lidí se zkušeností s duševním onemocněním, neformálních pečovatelů, poskytovatelů péče, místních vlád a profesionálů působících v oblasti duševního zdraví. Při tvorbě Strategie se ukázalo, že v Kanadě se každý pátý Kanadčan potýká s problémy v oblasti duševního zdraví, přitom ale z tohoto počtu pouze 1 ze 3 Kanadčanů vyhledá a dostane nějakou formu podpory. Důvodem této mezery v oblasti poskytování péče je stigmatizace lidí se zkušeností s duševním onemocněním v kanadské společnosti a strach z toho, být označen za člověka s duševním onemocněním. Dalším důvodem, proč lidé nevyhledávají potřebnou pomoc, je nedostatek znalostí o problematice duševního zdraví, takže Kanadčané mnohdy nevědí, že tím, čím procházejí, je duševní onemocnění.

Rámcový materiál „Směrem k zotavení a pohodě: Rámec pro Strategii pro duševní zdraví v Kanadě“ přinesl vizi a cíle budoucího rozvoje systému péče o duševní zdraví. Ukázalo se, že Kanada potřebuje živý a pestrý systém služeb pro lidi se zkušeností s duševním onemocněním. Celkem bylo v rámcovém



materiálu definováno 7 cílů, které se staly vodítkem pro rozvoj kanadského systému péče o duševní zdraví. Jsou to:

1. Lidé všech věkových kategorií, kteří žijí s problémy v oblasti duševního zdraví, jsou aktivně zapojováni a podporováni v jejich cestě zotavení a pohody.
2. Duševní zdraví je podporováno a problémům v oblasti duševního zdraví je předcházeno, všude, kde je to možné.
3. Systém péče o duševní zdraví zohledňuje různorodé potřeby všech obyvatel Kanady.
4. Role rodiny v podpoře a v poskytování péče je uznávána a její potřeby jsou podporovány.
5. Lidé mají spravedlivý a včasný přístup k odpovídajícím a účinným programům, k odpovídající a účinné léčbě, ke službám a k podpoře. Kdy všechny tyto intervence jsou souvisle propojeny s cílem naplnění potřeb lidí se zkušeností s duševním onemocněním.
6. Jednotlivé intervence jsou založeny na nejlepší možné evidenci, která vychází z mnoha zdrojů poznání, na měřených výsledcích a na nejnovějším výzkumu.
7. Lidé se zkušeností s duševním onemocněním jsou jako její plnohodnotní členové zcela začleněni do kanadské společnosti.

Na těchto principech tvořících vizi rozvoje systému péče o duševní zdraví v Kanadě pak byla vypracována kanadská Strategie pro duševní zdraví (Changing directions, changing lives: The mental health strategy for Canada) (Mental Health Commission of Canada, (2012)). Tato Strategie přináší celkem 6 směrů, kterými je potřeba se vydat s cílem vybudování systému péče o duševní zdraví, který je pestrý, lidský a živý. Tyto směry jsou:

1. Podpora duševního zdraví během celého života, a to v domácím prostředí, ve školách a na pracovišti. Prevence výskytu duševního onemocnění a prevence sebevražd všude tam, kde je to možné.
2. Podpora zotavení a pohody lidí všech věkových kategorií žijících s problémy v oblasti duševního zdraví a posazování jejich práv.
3. Přístup ke správné kombinaci služeb, léčby a podpory a to, v čase a v místě, kdy a kde ji potřebují.
4. Snížení nepoměru mezi rizikovými faktory a přístupem ke službám v oblasti duševního zdraví. Posílení odezvy na potřeby lidí z různorodých komunit a lidí ze severu Kanady.
5. Práce s původními národy, Inuity a Métisy tak, aby jejich duševní zdraví souznělo s jejich potřebami a aby byly uznány jejich odlišné životní podmínky, byla uznána jejich práva a jejich kultura.
6. Mobilizace vedení (změn lidmi s duševním onemocněním a jejich rodinami), zlepšení znalostí a podpora spolupráce na všech úrovních.

Mimo definici směrů, najdeme v této Strategii i volání po mnohem větším zapojení lidí se zkušeností a neformálních pečovatelů do plánování, organizace, do poskytování služeb v oblasti duševního zdraví. Samozřejmostí je v tomto dokumentu důraz na účinné a udržitelné zapojení lidí se zkušeností s duševním onemocněním a neformálních pečovatelů do hodnocení poskytovaných služeb. Autoři Strategie si uvědomují, že efektivní hodnocení služeb stojí na správně zvolených indikátorech a výstupech, stejně jako na hodnocení dopadů změn v systému péče o duševní zdraví do životů lidí se zkušeností s duševním onemocněním a neformálních pečovatelů.



Je zřejmé, že sebelepší plán či strategie nepřinesou změnu samu o sobě. Pro skutečnou změnu systému je zapotřebí také efektivní a vyšší finanční podpora celému sektoru zabývajícího se duševním zdravím. Proto je v této Strategii uvedeno potřebné zvýšení finanční podpory, a to jak ve zdravotní části systému péče o duševní zdraví, tak i v části sociální.

Pro změnu kanadského systému péče o duševní zdraví je potřebné významné snížení stigmatizace a diskriminace lidí se zkušeností s duševním onemocněním kanadskou společností. K tomu je ovšem potřeba silné hnutí lidí se zkušeností s duševním onemocněním. Je zcela jasné že bez zapojení lidí se zkušeností s duševním onemocněním a bez jejich silného hnutí nebude možno Strategii naplnit.

Velmi důležitou oblastí, kde je nezbytné zapojení lidí se zkušeností s duševním onemocněním, je oblast poskytování péče. Je zde proto také důraz na zapojení peer konzultantů do systému péče o duševní zdraví. Proto kanadský Úřad pro duševní zdraví vytvořil a vydal dva významné materiály, které se přímo týkají poskytování peer podpory. Prvním materiálem je „Argumenty pro peer podporu: Zpráva k projektu Projekt peerské podpory“ („Making the Case for Peer Support: Report to the Peer Support Project) (Cyr, C. et al. (2010 first edition / 2016 second edition)). Druhým materiálem, který navazuje na 1. vydání Argumentů jsou Směrnice pro praxi a školení peerské podpory“ (Guidelines for the Practice and Training of Peer Support (Sunderland, Kim, Mishkin, Wendy, Peer Leadership Group, Mental Health Commission of Canada. (2013)) (dále jen Směrnice). Tyto Směrnice vycházejí ze strategického materiálu „Změna směrů, změna životů: Strategie duševního zdraví pro Kanadu“.

Smyslem „Argumentů“ je poskytnout popis peerské práce v Kanadě a jiných zemích, dále pak přinést argumenty pro rozvoj peerské podpory v Kanadě a nakonec Argumenty přinášejí doporučení pro Úřad pro duševní zdraví Kanada (MHCC), jaký směrem a jakým způsobem rozvíjet peerskou podporu v Kanadě (Cyr, C. et al. (2010 first edition/2016 second edition), p. 8).

Peerská podpora v Kanadě vychází stejně jako v jiných zemích z hnutí lidí se zkušeností s duševním onemocněním. Základem peerské podpory v Kanadě jsou nejrozličnější svépomocné skupiny vedené většinou dobrovolníky. Z počátku rozvoje svépomocných skupin (před rokem 2000) byly tyto svépomocné skupiny rozděleny na základě ideologických postojů jejich aktérů, a to na: striktně anti-psychiatrické, umírněné (spolupracující se systémem péče o duševní zdraví na kritické bázi) a na svépomocné skupiny založené na partnerství (úzce spolupracující s profesionály v oblasti péče o duševní zdraví). Dnes je toto ideologické dělení víceméně překonané a svépomocné skupiny, které původně vznikaly jako alternativa k oficiálnímu systému péče o duševní zdraví, se posunuly k úzké spolupráci s profesionály v oblasti péče o duševní zdraví.

Peerská podpora v oblasti péče o duševní zdraví v Kanadě má mnoho podob, které je možno seskupit do 3 hlavních skupin:

1. Svépomocné skupiny, v rámci kterých si jejich členové dávají vzájemnou podporu. Je to spolu s individuální peerskou podporou (one to one peer support) nejrozšířenější typ peerské podpory v Kanadě a je ve valné většině postavena na dobrovolnické bázi. Tyto skupiny se scházejí pravidelně a striktně bez účasti jakýchkoli profesionálů z oblasti péče o duševní zdraví.
2. Individuální peerská podpora (one to one peer support), která se hojně zaměřuje na poradenství, mentoring, spřátelení se a podporu.



3. Služby peerské podpory, které jsou často více specializované. Jsou velmi často poskytovány mainstreamovými poskytovateli. Tyto služby jsou často zaměřeny na podporu v bydlení, zaměstnávání, na podporu v krizi, na zotavení, na poradenství, atd., ale také na tradiční léčitelské, a to převážně v oblastech, kde žijí původní obyvatelé Kanady.

Služby všech výše zmíněných typů peerské podpory v Kanadě jsou mnohdy různé podle toho, jakou cílovou skupinu mají definovanou. Existují zde svépomocné skupiny pro lidi se zkušeností s duševní nemocí, kteří zároveň patří mezi LGBT+ komunitu, jsou zde služby peerské podpory třeba pouze pro ženy se zkušeností s duševní nemocí, pro veterány. Existují zde služby peerské podpory pro lidi se zkušeností se stejnou diagnózou (např. služby pro lidi s diagnózou deprese, nebo schizofrenie nebo bipolární afektivní poruchy), atd.

Financování služeb peerské podpory je mnohdy velice rozmanité, což odpovídá existenci mnoha typů služeb peerské podpory. Svépomocné skupiny a aktivity tak mohou být finančně podpořeny samotnými členy těchto skupin nebo mohou obdržet malý filantropický grant. Tím budou i financovány a své zaměstnance – peer konzultanty budou „pronajímat“ i mainstreamovým službám v oblasti péče o duševní zdraví. Peer konzultanti, kteří jsou zaměstnanci poskytovatelů služeb v oblasti duševního zdraví, jsou placeni stejně, jako kterýkoliv jiný zaměstnanec – člen týmu, vlastním zaměstnavatelem.

Poskytování peerské podpory naráží samozřejmě i v Kanadě na různé překážky. Jednou z nich je nízká dostupnost peerské one to one podpory. Dalším problémem je malá znalost možnosti využívat peerskou podporu mezi lidmi s duševní nemocí. V otázce dostupnosti peerské podpory hraje svou roli i nízká úroveň znalostí principů peerské podpory některými profesionály v oblasti péče o duševní zdraví. Ti pak z tohoto důvodu své klienty/pacienty o peerské podpoře neinformují a ani je na ni neodkazují. Problematické je i financování peerské podpory. Jednou z příčin nedostatečného financování peerské podpory je neexistence jasné definice a standardů peer one to one podpory a malá znalost principů peerské podpory ze strany plátců zdravotní péče. Někdy je nedostatečné financování peerské podpory zdůvodňováno tím, že je nízká evidence o její účinnosti. Přitom ovšem nelze podpořit evidenci o efektivitě peerské podpory bez jejího dostatečného financování. Nedostatečné financování peerské podpory vede k tomu, že mnozí peer konzultanti poskytují tuto intervenci jako dobrovolníci, jindy jsou zaměstnáváni za minimální mzdu. (Cyr, C. et al. (2010 first edition/2016 second edition), pp. 71-72).

5.2 Vzdělávání

Hlavním principem vzdělávání v peerské práci v Kanadě je to, aby vzdělávání peer konzultantů podporovalo základní principy peerské práce, kterými jsou: naděje, zotavení, empatie, sebeurčení, nezávislost. K naplnění jednotlivých principů pak peer konzultanti potřebují rozvinout základní dovednosti: interpersonální komunikaci, kritické myšlení a podporu změny a osobního růstu (Sunderland, K. & Mishkin, W., (2013)).

Vzdělávání by mělo být vybudováno tak, aby vycházelo z vlastní zkušenosti s duševní nemocí. To znamená, že zkušenost každého účastníka vzdělávání je považována za obohacení samotného vzdělávání a je jeho pevnou součástí. Samotné vzdělávání má za cíl zvýšit vlastní povědomí jeho účastníků o své cestě zotavení, o silných stránkách ale i o oblastech v jejich životech, kterým je ještě



potřeba věnovat pozornost. Smyslem vzdělávání je tak posílení vlastního sebepoznání a vlastního povědomí a sobě samém.

Nabyté vědomosti ovšem nelze v praxi peerské podpory plně využít bez znalosti principů interpersonální komunikace, tak aby tato komunikace byla podporující. Je proto zapotřebí budoucí peer konzultanty upozornit na případná skrytá nebezpečí v komunikaci a seznámit je se strategiemi, jak ji rozvíjet v závislosti na silných stránkách každého peer konzultanta.

Z výše uvedených důvodů je velmi potřebné, aby lektorem vzdělávání byl vedle zkušeného facilitátora i člověk (zkušený peer konzultant) se zkušeností s duševním onemocněním.

Každé vzdělávání peer konzultantů by mělo obsahovat tři základní okruhy:

1. **Základní principy peerské podpory:** dar osobní zkušenosti s duševním onemocněním, naděje a principy zotavení. Tento okruh je velmi důležitý pro uvědomění si podstaty peerské podpory budoucími peer konzultanty. Půjdeme-li do konkrétních bodů vzdělávání v této oblasti, zjistíme, že je potřeba vzdělávat budoucí peer konzultanty v následujících doporučených bodech:
 - a. Žitá vlastní zkušenost s duševním onemocněním, naděje a zotavení
 - b. Sebeurčení a jak ho pěstovat. Sebeurčení je osobní právo na rozhodování o svém vlastním osudu, a to i v oblastech jako jsou: léčba a podpora.
 - c. Hodnoty peerství, etické hodnoty a principy praxe peerské podpory
 - d. Praxe založená na znalosti traumatu. Znalost principů traumatu je důležitá pro peer konzultanty z toho důvodu, aby uměli s traumatem svým, ale i klientovým zacházet s cílem minimalizovat negativní efekty re-traumatizace a na druhé straně podpořit léčivý proces peer podpory.
 - e. Aplikování peer podpory v rozmanitých podmínkách a prostředích

2. **Společenský a historický kontext peer podpory:** peer podpora je založená na sdílení zkušeností nejen s duševním onemocněním, ale také na sdílení zkušeností se stigmatizací, diskriminací, společenským vyloučením, chudobou, traumaty atd.. Znalost společenských a historických kontextů peer podpory a zároveň znalosti zkušeností klientů s výše jmenovanými jevy pomáhá peer konzultantům být lépe připraven na poskytnutí efektivní peer podpory. V tomto okruhu by měli být budoucí peer konzultanti vzdělávání v následujících bodech:
 - a. Historický kontext peer podpory, kdy víme, že peer podpora vyházela ze společenské nespravedlnosti vůči lidem se zkušeností s duševním onemocněním. Pochopení těchto souvislostí pomáhá peer konzultantům pochopit situace, kterými jejich klienti procházejí.
 - b. Předsudky, diskriminace a stigma. Tyto jevy jsou největší překážkou zotavení lidí se zkušeností s duševním onemocněním. Jejich znalost a uvědomění si jich v životě klienta velmi pomáhá peer konzultantovi v jeho efektivní podpoře klienta zotavení.
 - c. Rozmanitost a sociální izolace. Sociální izolace lidí se zkušeností s duševním onemocněním je jednou z překážek jejich zotavení. Významnou zbraní proti ní je zapojení lidí se zkušeností s duševním onemocněním do života komunity, které je založeno na respektu k rozmanitosti našich životních zkušeností.
 - d. Klíčové sociální faktory zdraví. Je známo, že mezi tyto faktory se řadí mimo jiných sociálních faktorů i příjem a bydlení. Pro účinnou podporu klienta, musí peer



konzultant znát jeho situaci v těchto, pro svobodný život tak důležitých oblastech. Peerská podpora by však měla být postavena také na holistickém (celostním) přístupu k člověku se zkušeností s duševním onemocněním, protože duševní onemocnění může být příčinou somatických zdravotních problémů a zcela jistě zasahuje do sociální, psychologické a spirituální oblasti života člověka se zkušeností s duševním onemocněním.

3. **Koncepty a metody (dovednosti) podporující efektivitu peer podpory:** peerská podpora člověka se zkušeností s duševním onemocněním stojí na interpersonální komunikaci, která je základem pro vytváření podporujícího vztahu. Přestože je podpora druhého člověka peer konzultantům vlastní, je potřeba vybavit je pro jejich peerskou práci různými dovednostmi, včetně interpersonální komunikace a dovednostmi, které podpoří psychickou odolnost peer konzultantů, naučí je sebepěči a přispějí tak k jejich duševní pohodě. Sdílení zkušeností i v této oblasti v rámci vzdělávání peer konzultantů pomůže tyto dovednosti rozvíjet. Doporučené dovednosti, o kterých by měli peer konzultanti vědět a umět je, jsou:
- a. Interpersonální komunikace, její principy a metody
 - b. Vytváření podporujícího vztahu
 - c. Proces zotavení a proces změny
 - d. Vytváření odolnosti peer konzultanta skrze sebepěči a „wellness“ plánu
 - e. Limity a hranice peerské podpory
 - f. Krizové situace a strategie jejich řešení
 - g. Znalost zdrojů podpory člověka se zkušeností s duševním onemocněním v komunitě
 - h. Znalost symptomů duševního onemocnění a vedlejších účinků medikace

Další dovedností, kterou si mají budoucí peer konzultanti osvojit je vedení svépomocných skupin. Je důležité, aby peer konzultanti byli vzděláni i v principech zplnomocnění. Vedle zotavení jsou právě principy zplnomocnění důležité pro svobodný a zodpovědný život budoucích klientů peer konzultanta (Cyr, C. et al. (2010 first edition/2016 second edition), p.75).

V Kanadě registrují samozřejmě i určité bariéry, které brání vzdělávání peer konzultantů. Mezi ně patří nedostatečné financování vzdělávání a selhávání organizací v tvorbě jejich rozpočtu, kdy není vytvořen dostatečný rozpočet pro rozvoj zaměstnanců organizace. Peer konzultanti mnohdy musí absolvovat vzdělávání jako jiní zaměstnanci péče o duševní zdraví. V rámci takových kurzů se peer konzultanti cítí nekomfortně a mají pocit jakéhosi vyloučení. Další bariérou je nedostatek vzdělávacích kurzů pro peer konzultanty, jejichž mateřským jazykem není angličtina. To se týká i frankofonních peer konzultantů žijících mimo Quebec.

Certifikace peer konzultantů

V Kanadě existuje peer-run organizace „Peer Support Canada“ (<https://peersupportcanada.ca>), která certifikuje peer konzultanty, kteří prošli příslušným vzděláváním. Certifikační proces peer konzultanta má tři fáze. Každá fáze je finančně hrazena uchazečem o certifikaci. Certifikační proces je založen na „Standardech praxe pro peer konzultanty“ („Standards of Practice for Peer Supporters“). Na tvorbě



těchto standardů se ve velké míře podíleli kanadští peer konzultanti (PSACC National Certification Handbook – Version 3.(2016); dostupné na:

https://peersupportcanada.ca/wp-content/uploads/2019/06/Certification_Handbook_v3-ENG.pdf)

5.3 Zaměstnávání

Pokud se budeme bavit o placených pracovních pozicích peer konzultantů v Kanadě, mluvíme hlavně o dvou typech zaměstnavatelů. Prvním typem jsou nezávislé peer run organizace/iniciativy. Tyto iniciativy zaměstnávají na smluvní vztah jednotlivé peer konzultanty a samy poskytují peerskou podporu svým klientům. Tyto organizace také mohou poskytovat svoje programy peerské podpory mainstreamovým službám v oblasti duševního zdraví a nebo jim pronajímat jednotlivé peer konzultanty. V obou případech jsou peer konzultanti zaměstnanci konkrétní nezávislé peer run organizace/iniciativy.

Druhým typem zaměstnavatelů jsou klasické mainstreamové služby v oblasti péče o duševní zdraví. V Kanadě fungují jak komunitní služby, tak služby akutní, které jsou poskytovány na urgentních odděleních a na psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic nebo v psychiatrických nemocnicích (Canadian Institute for Health Information. Health System Resources for Mental Health and Addictions Care in Canada, July 2019. Ottawa, ON: CIHI; 2019; p. 7; dostupné na: <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/mental-health-chartbook-report-2019-en-web.pdf>).

Tato zařízení fungují s cílem stabilizovat u klientů akutní projevy duševního onemocnění. Jsou využívány i tam kde nejsou jiné typy služeb k dispozici. Komunitní služby mají stejně jako v České republice zásadní přesah i do oblasti sociálních služeb, jako jsou služby v oblasti bydlení a zaměstnávání, a do oblasti spravedlnosti, jako jsou služby poskytované skrze systém soudnictví. Dále pak v rámci sociálních služeb fungují služby pro děti a služby pro rodiny.

Ať už jsou peer konzultanti zaměstnáni v peer-run organizaci nebo v zařízení poskytujícím mainstreamový typ služeb, neodpovídá mnohdy finanční ohodnocení jejich potřebám. Finanční ohodnocení v případě zaměstnání v peer-run organizaci je často nejisté, protože tyto organizace jsou závislé na finančních zdrojích, jejichž výše může být každý rok jiná a není zde jistota, že tyto peer-run organizace budou příští rok financovány.

Situace v mainstreamových službách je z pohledu stability o trochu lepší, nicméně finanční ohodnocení peer konzultantů je mnohdy velmi nízké. Je to dáno často neznalostí a nepochopením hodnot peerské práce.

V Kanadě také probíhá diskuse o tom, zda není peerským hodnotám blíže zaměstnávání peer konzultantů na bázi dobrovolnictví (tedy bez finančního ohodnocení). Je to totiž otázka síly ve vztahu peer konzultant – klient. Někteří peer konzultanti si uvědomují, že v případě finančního ohodnocení za jejich práci mají větší sílu v tomto vztahu. Na druhou stranu dobrovolnictví v peerské práci způsobuje, že role peer konzultantů je ostatními profesionály v oblasti péče o duševní zdraví vnímána jako méně hodnotná.



6. Situace v Nizozemí

6.1 Úvod

V Holandsku probíhá od roku 2006, kdy byl schválen Zákon o zdravotním pojištění (Health Insurance Act; HIA) reforma celého systému zdravotní péče. Její podstatou bylo zavést do systému zdravotnictví principy soutěže mezi poskytovateli. To má za cíl poskytování dobré a lepší zdravotní péče za přijatelné množství peněz. V roce 2006 nebyla do tohoto zákona vůbec zahrnuta oblast duševního zdraví. Ta byla legislativně stále ukotvena v Zákoně o mimořádných léčebných výdajích (Exceptional Medical Expenses Act; EMEA). Teprve v roce 2008 se podařilo převést velkou část péče v oblasti o duševní zdraví do Zákona o zdravotním pojištění. Výjimkou byly dlouhodobé služby (služby poskytované lidem se zkušeností s duševním onemocněním déle než rok) a služby pro lidi se zkušeností s duševním onemocněním s forenzní problematikou. Tyto sektory péče o duševní zdraví zůstaly stále pod Zákonem o mimořádných léčebných výdajích (Westra, D. et al. (2016)). V roce 2015 byly pod Zákon o zdravotním pojištění zařazeny i dlouhodobé služby, ovšem pouze ty, které lidé se zkušeností s duševním onemocněním využívají maximálně 3 roky.

Výsledkem tohoto převodu části péče o duševní zdraví pod Zákon o zdravotním pojištění byla skutečnost, kdy se zdravotní pojišťovny staly zodpovědné za nasmlouvání příslušných služeb pro lidi se zkušeností s duševním onemocněním. Od roku 2008 je tak oblast péče o duševní zdraví ve stavu stále probíhající reformy.

V letech 2010, 2012 a 2013 byly mnohé služby pro lidi se zkušeností s duševním onemocněním vyňaty ze základního zdravotního pojištění a byla zavedena spoluúčast pacientů na jejich financování, a ta se během let každoročně zvyšovala. Tato spoluúčast byla v roce 2013 a 2014 opět odstraněna.

Holandský systém péče o duševní zdraví sestává z primární a sekundární úrovně. Primární úroveň představují např. psychologové, praktičtí lékaři podporovaní asistenty psychiatrů. Poskytovateli těchto služeb jsou obce a tyto služby jsou určeny hlavně lidem s mírnými problémy v oblasti duševního zdraví.

Pokud je odborníky v primární úrovni zjištěno, že člověk se potýká se středně závažnými problémy v oblasti duševního zdraví, odešlou ho do segmentu „základního duševního zdraví“. Tento segment se již řadí do sekundární úrovně. Péči v tomto segmentu poskytují převážně všeobecní psychiatři.

Sekundární úroveň je tvořena vedle psychiatrů specializovanými službami poskytované institucemi jako jsou např. psychiatrické nemocnice. Ty poskytují péči lidem s chronickým duševním onemocněním, lidem v seniorském věku s problémy v oblasti duševního zdraví, lidem s forenzní problematikou. Ačkoliv do segmentu sekundární (specializované) péče o duševní zdraví je odesíláno ročně méně než 10 % všech lidí se zkušeností s duševním onemocněním (a to nejméně na 1 noc), spotřebovává tento segment okolo 92 % veškerých výdajů na oblast péče o duševní zdraví. V roce 2012 bylo odhadnuto, že v Nizozemí působí cca 6000 poskytovatelů služeb primární péče, 262 organizací poskytujících sekundární péči v oblasti duševního zdraví a 3000 nezávislých poskytovatelů sekundární péče v oblasti péče o duševní zdraví. Přes tato poměrně velká čísla bylo zjištěno, že více než 50 % všech výdajů na oblast sekundární péče o duševní zdraví jde na vrub celkem pouze 37 poskytovatelů.

Přestože smyslem reformy systému péče o duševní zdraví bylo zavedení soutěže mezi poskytovateli péče s cílem snižovat finanční prostředky za udržení či zlepšení kvality péče v oblasti duševního zdraví, ukazuje se, že finanční prostředky jdoucí do systému péče o duševní zdraví se spíše zvyšují. Kvalita



péče přitom stále zůstává nedostatečně definovaná, neporovnatelná a v některých případech stále neměřená (Westra, D. et al. (2016)).

Peerská podpora v Nizozemí

Peerská podpora v Nizozemí se označuje výrazem „*Ervaringsdeskundigheid*“, který by se dal volně přeložit do češtiny jako „zkušenostní odbornost“, peer konzultanti jsou považováni za „zkušenostní odborníky/znalce“ („*Ervaringsdeskundigen*“). Principy peerské podpory jsou podporovány holandskou vládou a peer specialisté, jak jsou peer konzultanti v Holandsku označováni, postupně pronikají do všech typů služeb pro lidi se zkušeností s duševním onemocněním.

Opěrnou myšlenkou peerské pozice v nizozemském systému péče o duševní zdraví je ta skutečnost, že odborníkem se člověk stává nejen studiem, ale samozřejmě i praxí, tzn. zkušeností v oboru. Pro nizozemské peer pracovníky tato zkušenost zahrnuje jejich osobní zkušenost např. s duševním onemocněním, se související léčbou, s čerpanými službami a zároveň i pracovní zkušenost na pozici peer konzultanta.

Většina peer konzultantů jsou členy VvEd („*Vereniging van Ervaringsdeskundigen*“, www.VvEd.org), což je sdružení/unie lidí se zkušeností s různými diagnózami. Tito lidé se zkušeností s různými diagnózami pracují mj. v systému zdravotní péče, včetně péče o duševní zdraví. Tato unie se dá přirovnat k odborové organizaci – bojuje za práva, integritu a důstojné finanční ohodnocení svých členů, peer konzultantů v různých zdravotnických, pomáhajících nebo jiných státních institucích (mezi členy patří např.: i peer konzultanti u policejního sboru, kdy zkušenější členové pomáhají novým členům v jejich začlenění do policejních týmů, nebo zkušenější studenti pomáhající studentům z prvních ročníků, nebo peer pečovatelé, aj.), společně formulují univerzální a oficiální standardy peerské práce, registrace a pracovní postupy peer pracovníků.

(Zlomovým momentem peerského hnutí v Nizozemí je návrh novely zákona zahrnující financování práce peer konzultantů z veřejného zdravotního pojištění (návrh z r. 2020), který se nyní nachází v legislativním procesu projednávání.)

6.2 Vzdělávání peer konzultantů v Nizozemí

Odbornost peer konzultanta není dle nizozemského pojetí určena tím, co se naučil tradičním vzděláváním/studiem. Jeho praktická zkušenost v roli klienta/pacienta je rozhodujícím a primárním elementem. Studium a školením ve svém oboru nizozemští peer konzultanti prohlubují svou odbornost, nikoliv ji získávají. Jejich odbornost je jejich individuální zkušenost s duševním onemocněním, dovzdělávání jim napomáhá správně aplikovat tuto „zkušenostní odbornost“ v profesionálním kontextu.

Vzdělávání peer konzultantů v péči o duševní zdraví v Nizozemí je velmi široké a různorodé, zahrnuje rozličné stupně a typy vzdělávání, od jednotlivých krátkodobých akreditovaných kurzů, školení a výcviků až po dlouhodobé studium na střední („*MBO*“) a vyšší odborné škole („*HBO*“) (Saks, M. (Ed.). (2020)).



Absolventi tohoto dlouhodobého studia získávají formální titul „peer support worker“. Většina peer konzultantů pracujících v Nizozemí v oblasti duševního zdraví (v různých institucích) absolvovala právě toto dlouhodobé studium. Do budoucna se rýsuje i magisterský studijní obor se zaměřením na zkušenostní odbornost v oblasti duševního zdraví.

Dosavadní vzdělávání poskytují v Nizozemí různé instituce, organizace (včetně patientských) a školy, unie organizací poskytujících služby péče o duševní zdraví. Kurzy a školení jsou na škále od všeobecných, základních po hodně specifické, zaměřené na určitý způsob přímé práce s klientem (Saks, M. (Ed.). (2020)).

Náplň vzdělávání je velmi široká. Budoucí peer konzultanti jsou vzděláváni v nejrůznějších tématech, která zahrnují teoretickou část věnovanou všem aspektům zotavení i část praktickou, kde budoucí peer konzultanti získávají praktické dovednosti, jako např. komunikační dovednosti. Vedle zotavení se budoucí konzultanti vzdělávají např. v problematice duševních onemocnění a učí se porozumět dynamice v týmu.

6.3 Zaměstnávání peer konzultantů v Nizozemí

V nizozemském systému péče o duševní zdraví působí podle hrubých odhadů několik stovek peer konzultantů na placených pozicích, a to ve zdravotních i sociálních službách a institucích, mnozí z nich jsou členy FACT týmů (Flexible Assertive Community Treatment). V souladu s personálními standardy pro FACT tým je stanoven celkový počet úvazků peer konzultantů ve výši 1,2 plného úvazku na 200 klientů každého jednotlivého FACT týmu.

Nicméně toto číslo není v mnoha FACT týmech naplněno, většinou je dosaženo zaměstnání jednoho peer konzultanta na jeden poloviční úvazek na 180 – 200 klientů. Existují i FACT týmy, které nezaměstnávají žádné peer konzultanty (Saks, M. (Ed.). (2020)).

Protože v Nizozemí pracuje 300 FACT týmů a peer konzultanti pracují i v jiných institucích a za jiného uspořádání, zdá se, že hrubý odhad není daleko od skutečnosti. V porovnání s počtem jiných profesionálů působících v holandském systému péče o duševní zdraví, se jedná o stále velmi malé číslo.

Vedle FACT týmů jsou peer konzultanti zaměstnáváni i v lůžkových psychiatrických zařízeních, i když mnohem méně častěji. Dalšími zaměstnavateli peer konzultantů v Holandsku jsou Recovery Colleges (Školy zotavení) nebo speciální služby např.: peerské skupiny zotavení.

Snaha o profesionalizaci peerské pozice

Z důvodů bariér identifikovaných peer konzultanty v Nizozemí, jež jsou velmi podobné bariérám identifikovaných v jiných státech, se holandští peer konzultanti snaží o jasnou profesionalizaci této pozice v holandském systému péče o duševní zdraví. Cesty k profesionalizaci jsou v podstatě tři.

První vede přes zavedení jednotného vzdělávání peer konzultantů v celém Nizozemí. Ve spolupráci psychiatrických institucí, vysokých škol a dalších vzdělávacích institucí byly vyvinuty iniciativy k posílení uznávání jednotlivých kurzů a k posílení jejich jednotnosti, ať již se jedná o jednotu jednotlivých vzdělávacích kurikul nebo o podobné nabyté znalosti a dovednosti.

Druhá cesta vede k oficiálnímu uznání peerské pracovní pozice a ke vzniku oficiálního profesionálního registru peer konzultantů. Tento registr by jasně zveřejňoval peer konzultanty oprávněné poskytovat



peerskou podporu. Je to cesta, kterou podporuje celostátní peerská organizace VvEd („*Vereniging van Ervaringsdeskundigen*“, www.VvEd.org). Tato organizace se pokusila za spolupráce s mnoha stakeholdery takový profesionální registr vytvořit, zatím ale byly identifikovány některé problémy a dilemata, plynoucí z existence takového registru. Jedním z problémů je např.: možné rozdělení celého, do současnosti poměrně jednotného, peerského společenství. Tyto problémy a dilemata bude nutné vyřešit a zohlednit při tvorbě takového profesionálního registru.

Třetí cestu k profesionalizaci představuje zajištění uznaného financování peerské práce. Do roku 2019 bylo totiž toto financování nedefinované, z důvodu, že Zákon o zdravotním pojištění neznal pracovní pozici peer konzultant. Práce peer konzultantů tak byla v systému péče oduševní zdraví „nevýúčtovatelná“. Proto se v některých organizacích zaměstnávající peer konzultanty dělo to, že peer konzultanti absolvovali vzdělávání v jiných profesích a následně byli na těchto jiných pozicích zaměstnáváni. Tím se obešla skutečnost, že Zákon o zdravotním pojištění nezná pozici peer konzultant. Jiné organizace, které tuto cestu nevyužívaly, financovaly peerskou pozici včetně platu peer konzultanta z vlastních zdrojů, mimo zdravotní pojištění. Výsledkem tohoto postupu ale bylo, že finanční ohodnocení peerské práce zůstávalo pod hodnotou průměrné mzdy.

Velký průlom v této věci nastal v roce 2019, kdy bylo do dokumentu „Obecná dohoda o péči o duševní zdraví 2019“ (General Agreement Mental Health Care 2019) vtěleno zkušební financování peerské pozice a následně ukotvení systémového (strukturálního) financování peerské práce. Tento dokument podepsala nizozemská vláda spolu s oborovými a profesními asociacemi. Od roku 2020 je tak práce peer konzultantů „výúčtovatelná“ (Saks, M. (Ed.). (2020)). Podpis nizozemské vlády ukazuje, že práce peer konzultantů je uznávána na nejvyšší možné politické úrovni.

I přes politickou vládní podporu zůstává peerská podpora v Nizozemí stále velice citlivou a spornou. Teprve budoucnost ukáže, zda formální profesionalizace peerské pozice s sebou nese, rovnoprávné postavení peer konzultantů v týmu a nebo zda je tato pozice marginalizovaná ze strany ostatních profesionálů. Profesionálové v týmu (psychiatři, psychologové, zdravotní sestry), kteří uznávají vědecky podpořené metody práce s lidmi s duševním onemocněním a striktní profesionální práci, mohou mít s uznáním a respektováním práce peer konzultanta problém. Postavení peer konzultanta v takovém týmu není vůbec snadné, plnění jeho úlohy může narážet na nepochopení dalších členů týmu.

7. Situace v Německu (Hegedüs, A. et al. (2021))

7.1 Úvod

Německý systém péče o duševní zdraví je řízen jednotlivými spolkovými vládami. Z historických důvodů je velká část psychiatrické péče poskytována v psychiatrických nemocnicích. V posledních letech se rozvíjí i komunitní systém péče o duševní zdraví, nicméně v Německu stále existuje velká mezera mezi institucionální péčí a péčí komunitní a ambulantní (Salize, H. J. et al. (2007)). Systém péče o duševní zdraví je tvořen v jednotlivých spolkových zemích psychiatrickými nemocnicemi, psychiatrickými odděleními všeobecných nemocnic, denními klinikami, ambulantními psychiatry a komunitními službami. Nicméně v Německu můžeme vidět velkou různost systémů péče o duševní zdraví v závislosti na konkrétním regionu. V současnosti se psychiatrické nemocnice a psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic podílejí na poskytování lůžkové péče v poměru 1:1. Reforma péče o duševní zdraví započala v Německu v 70. letech 20. století a jejím hlavním cílem byl přechod od institucionální



péče v psychiatrických nemocnicích ke komunitnímu systému péče o duševní zdraví. Tento reformní proces byl velmi ovlivněn procesem sjednocení Německa, kdy v bývalé Německé demokratické republice v době sjednocení stále dominoval institucionální systém péče o lidi se zkušeností s duševním onemocněním založený na psychiatrických nemocnicích. Přesto, že i ve východních spolkových zemích byl započat reformní proces, stále zde přetrvávají rozdíly mezi systémem péče o duševní zdraví v západních a východních spolkových zemích.

7.2 Vzdělávání peer konzultantů v Německu

V Německu jako v dalších německy mluvících zemích (Švýcarsko, Rakousko) mají vzdělávací program pro peer konzultanty (peer support workers) EX-IN (Experience and Involvement). Tento vzdělávací program byl vytvořen z důvodu nutnosti vzdělávání peer konzultantů, jejichž služby nabývají i v těchto zemích na důležitosti. Smyslem tohoto vzdělávacího programu je připravit peer konzultanty na jejich zaměstnání a vybavit je k tomu i potřebnými dovednostmi. Tento vzdělávací program byl vytvořen za spolupráce lidí se zkušeností s duševním onemocněním a profesionálů v oblasti duševního zdraví v rámci projektu Leonardo da Vinci. EX-IN je vzdělávání trvajícím 1,5 roku a obsahuje jak teoretickou část, tak část praktickou.

Teoretická část se skládá z jednoho úvodního dne a poté následují každý měsíc 3 studijní dny, celkem tedy budoucí peer konzultanti absolvuji 30 tematických studijních dnů (celkem 200 hodin), v nichž jsou školení v následujících oblastech:

- Podpora zdraví a pohody (well-being)
- Trialog mezi člověkem se zkušeností s duševním onemocněním, pečujícím a profesionály
- Zplnomocnění v teorii a praxi
- Zkušenost a participace
- Perspektivy zotavení a zkušenosti se zotavením
- Nezávislá peerská advokacie
- Sebezkoumání
- Na zotavení založené hodnocení a plánování pro lidi v krizi
- Peerská podpora
- Učení

Praktická část je složena ze dvou částí a čítá 40 a 150 hodin (v Německu 80 hodin) a probíhá v terénu. Toto vzdělávání bylo evaluováno a ukázalo se, že kromě důkladné přípravy na povolání peer konzultanta má toto vzdělávání i terapeutický rozměr. V rámci evaluace tohoto vzdělávacího programu bylo zjištěno, že tento program zvyšuje signifikantně odolnost vůči stigmatu, introspekci a zotavení jeho absolventů. Ukázalo se také, že absolventi, kteří měli čerstvější zkušenost s hospitalizací, vykazují stejné zlepšení, jako absolventi, kteří byli hospitalizováni delší dobu před začátkem vzdělávání. Proto je tento vzdělávací program doporučován jednak jako program pro přípravu peer konzultantů, a jednak i jako terapeutická intervence pro lidi se zkušeností s duševním onemocněním.

7.3 Zaměstnávání peer konzultantů v Německu



Peer konzultanti jsou v Německu zaměstnáváni převážně v psychiatrických nemocnicích. Ukazuje se, že např. peerská podpora je zde velmi účinná, protože přináší lidem s duševním onemocněním mnohé benefity (Otte, I. et al. (2020a)) jako např.: méně oficiální a paternalistický vztah člověka s duševním onemocněním a peer konzultanta, více času, který člověku se zkušeností s duševním onemocněním peer konzultant ve srovnání s ostatními profesionály věnuje a samozřejmě naděje na zotavení, kterou peer konzultant představuje.

Peer konzultanti v německých psychiatrických nemocnicích samozřejmě narážejí na podobné bariéry jako peer konzultanti v jiných zemích (Otte, I. et al. (2020b)). Mezi nejčastější bariéry tak v Německu patří skutečnost, že současní peer konzultanti jsou průkopníky peer podpory a cítí velký tlak na to, uspět. Dalšími bariérami jsou postavení v týmu (je peer konzultant kolegou, rivalem nebo stále pacientem?), udržení si hranic, sdílení informací o pacientech/klientech a nástrahy profesionalizace peerské role.

Zajímavým se jeví zjištění (Nossek, A. et al. (2021)) týkající se definice peerské pozice v prostředí německých psychiatrických nemocnic. Nejasná definice peerské pozice se na jednu stranu jeví jako problém, kdy samotní peer konzultanti se díky tomu na začátku své peerské kariéry cítí nejistí. Na druhou stranu někteří peer konzultanti vidí v nejasnosti definice velkou příležitost v tom, že si sami mohou svou definici peerské pozice upravit tak, jak potřebují, a to přesto, že i oni na začátku svého působení jako peer konzultanti cítili nejistotu plynoucí z nejasné definice.

Autorům tohoto materiálu se nepodařilo v odborné literatuře dohledat, jakým způsobem jsou peer konzultanti zaměstnáváni v německých komunitních službách, pokud jsou zde vůbec zaměstnáváni.

8. Situace v Norsku

8.1 Úvod

Systém péče o lidi s problémy v oblasti duševního zdraví prochází v Norsku v posledních desetiletích velkými změnami, které se vyznačují hlavně přechodem od institucionální péče k péči v komunitě, tj. ve vlastním sociálním prostředí člověka, u kterého se tyto problémy vyskytly. Během těchto změn se podařilo dramaticky snížit počet lidí se zkušeností s duševním onemocněním pobývajících v psychiatrických institucích. Většina lidí se zkušeností s duševním onemocněním nyní žije mimo tyto instituce (Publikace č. I-1105-E; dostupné na: <http://odin.dep.no/hod/engelsk>).

Změna systému péče o duševní zdraví narážela v Norsku na mnoho problémů, jako byl nedostatek služeb v oblasti péče o duševní zdraví na všech úrovních jejich poskytování, preventivní opatření byla nedostatečná, služeb poskytovaných obcemi bylo příliš málo, dostupnost speciálních služeb v oblasti péče o duševní zdraví byla zcela neadekvátní, délka hospitalizace byla často krátká a lidé se zkušeností s duševním onemocněním byli propouštěni bez svého vlastního individuálního plánu, tolik potřebné koordinace služeb a bez jakéhokoliv monitorování jejich využívání. S těmito nedostatky byl v roce 1997 seznámen norský parlament, který jako reakci na tento stav služeb v oblasti péče o duševní zdraví v roce 1998 vydal Národní program pro duševní zdraví. V tomto programu zaznělo mimo jiné volání i po zásadním navýšení finanční podpory systému péče o duševní zdraví, stejně jako volání po



reorganizaci služeb tohoto systému. Implementace tohoto programu proběhla v letech 1999 až 2008. Tento Národní program pro duševní zdraví měl za cíl naplnění následujících bodů:

- Posílení pozice uživatelů služeb v oblasti duševního zdraví
- Zvýšení obecného povědomí o problematice duševního zdraví
- Posílení komunitních služeb poskytovaných místními obcemi
- Rozšíření a reorganizace speciálních služeb pro dospělé v oblasti duševního zdraví
- Rozšíření specializovaných služeb pro děti a dospívající
- Zlepšení služeb zaměstnávání
- Podpora v oblasti ubytování a bydlení
- Podpora vzdělávání a výzkumu v oblasti duševního zdraví.

8.1.1 Posílení pozice uživatelů služeb v oblasti duševního zdraví

Tento bod byl pro Národní program pro duševní zdraví zcela zásadní z důvodu velké potřeby reflexe, pohledu a perspektivy lidí se zkušeností s duševním onemocněním a jejich neformálních pečovatелů na služby, které využívají. Zapojení lidí se zkušeností a jejich neformálních pečovatелů do rozhodování na všech úrovních přináší samozřejmě zásadní benefit pro ně samé, a to v oblasti zplnomocnění a ve schopnosti řídit svůj vlastní život, což je ústřední vizí a hodnotou celého Národního programu pro duševní zdraví.

V Norsku je tak kladen velký důraz na zapojování uživatelů a neformálních pečovatелů do rozhodování na všech úrovních, a to s cílem mimo jiné vytváření takových služeb, které budou reflektovat jejich zkušenost s léčbou a systémem péče o duševní zdraví, tak, jak jím procházejí. Národní stejně jako lokální autority by tak měli velmi úzce spolupracovat s organizacemi lidí se zkušeností s duševním onemocněním a s organizacemi neformálních pečovatелů.

Na individuální úrovni člověka se zkušeností s duševním onemocněním tento program přináší jeho právo participovat na vedení služeb.

Pro dosažení tohoto cíle Norsko učinilo několik zásadních kroků, které by mohly být velkou inspirací i pro Českou republiku. Ministerstvo zdravotnictví a pečovatelských služeb (Ministry of Health and Care Services) například ustavilo poradní skupinu uživatelů, kteří reprezentují jednotlivé uživatelské organizace. Na půdě této skupiny jsou diskutovány důležité otázky týkající se systému péče o duševní zdraví. Dalším důležitým opatřením, které přímo podporuje uživatelské organizace a jejich rozvoj, je vyčlenění vládních fondů právě na posílení role uživatelských organizací. V právní oblasti pak byly přijaty zákony, které zajišťují dodržování práv lidí se zkušeností s duševním onemocněním, včetně práva na účast při tvorbě individuálního plánu léčby, práva na vlastní koordinaci služeb, jež využívám a práva na rozhodnutí, kde tuto léčbu obdržím.

8.1.2 Systém péče o duševní zdraví

Od roku 2002 je za poskytování specializované zdravotní péče (i specializovaná péče o duševní zdraví) odpovědná centrální vláda. Ta vytvořila celkem 5 Regionálních zdravotních úřadů (Regional Health Authorities; RHA), kdy každý tento úřad zodpovídá za poskytování specializované zdravotní péče pro lidi žijící v oblasti, kterou RHA spravuje. Tyto úřady jsou oddělené právní entity a jsou vlastněny ústřední vládou skrze Ministerstvo zdravotnictví a pečovatelských služeb.



RHA mohou buď samy poskytovat služby (skrze nemocniční trusty, které vlastní) nebo mohou uzavírat kontrakty se soukromými poskytovateli služeb. V oblasti duševního zdraví jsou specializované služby většinou vlastněny a poskytovány právě příslušným RHA, a to za respektování principů stejných jako principy, na kterých stojí ostatní zdravotní péče. Specializovaná péče v oblasti duševního zdraví, jak je popsáno v Národním programu pro duševní zdraví, stojí na třech pilířích:

- Akutní oddělení, oddělení poskytující specializovanou péči v oblasti duševního zdraví (terciární úroveň péče o duševní zdraví). Počet lůžek na 100 tis. obyvatel klesl mezi roky 1998 a 2017 o 53% (ze 176 lůžek na 86 lůžek) (Ruud T, Friis S. (2021)). Akutní lůžková péče je poskytována na psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic nebo na odděleních, která najdeme v budovách bývalých psychiatrických nemocnic. Tato oddělení je možno rozdělit na oddělení poskytující akutní péči, specializovaná oddělení pro péči o lidi s diagnózou psychotického onemocnění, oddělení pro péči o lidi s nařízenou ochranou léčbou a oddělení pro seniory. V současnosti v Norsku neexistují forenzní nemocnice.
- Komunitní centra duševního zdraví (Community Mental Health Centres, CMHCs; v Norsku mnohdy nazývaná Okresní psychiatrická centra (District Psychiatric Centres, DPCs)), poskytují decentralizovanou péči o lidi problémy v oblasti duševního zdraví. CMHCs mají poskytovat péči v následujících službách:
 - Ambulantní kliniky a služby
 - Denní služby
 - Krátkodobá hospitalizace
 - Dlouhodobá léčba a rehabilitace
 - Konzultace, supervize a podpora pro zaměstnance v primární péči o duševní zdraví (obecní úroveň)
 - Akutní služby, je-li specializované oddělení/nemocnice mimo dosah z důvodu velké vzdálenosti.

Počet lůžek na 100 tis. obyvatel v CMHCs klesl z počtu 81 roce 1998 na 36 v roce 2017 (Ruud T, Friis S. (2021)). Komunitní centra duševního zdraví (Community Mental Health Centres, CMHCs) představují sekundární úroveň péče o duševní zdraví. V současnosti je v Norsku 66 CMHCs. CMHCs spolupracují jak s praktickými lékaři (a jinými službami v oblasti primární péče), stejně jako s akutními psychiatrickými odděleními. Smyslem této spolupráce je potřeba udržení kontinuity péče o lidi se zkušeností s duševním onemocněním.

- Ambulantní psychiatři a psychologové v soukromých ordinacích spolupracující s ostatními službami v oblasti duševního zdraví
- Mimo oblast specializované péče o duševní zdraví, je kladen zvyšující se důraz na využívání služeb v komunitě. Primární péče v oblasti duševního zdraví (zdravotní stejně jako sociální služby) spadá do gesce obcí, těch je v Norsku 434. Služby v oblasti duševního zdraví tak mají být poskytovány za dodržování stejných principů, jako péče v jiných oborech medicíny a služby poskytované obcemi jsou tak stěžejním článkem systému péče o duševní zdraví. V 90. letech byl v Norsku velký nedostatek služeb v oblasti duševního zdraví právě na úrovni obcí, proto norská vláda masivně finančně podpořila formou grantů rozvoj těchto komunitních služeb.

8.1.3 Služby pro lidi s vážným duševním onemocněním



Lidé s vážným duševním onemocněním potřebují často koordinované služby po delší čas. Proto se stalo povinnou součástí poskytovaných služeb individuální plánování, které zahrnuje jejich koordinaci. Individuální plánování je zákonným právem každého člověka se zkušeností s vážným duševním onemocněním. Úspěšná péče o lidi s vážným duševním onemocněním vedoucí k zotavení je založena velkou částí na kvalitním vztahu člověka s vážným duševním onemocněním s profesionálem. Tento vztah je založen na důvěře pacienta v profesionála. Tlak na zvyšování účinnosti léčby a tím tlak na její zkrácení by mohl vážně ohrozit právě kvalitu terapeutického vztahu člověka s vážným duševním onemocněním a profesionála. Dlouhodobý kvalitní vztah je přitom extrémně důležitý pro lidi s vážným duševním onemocněním, protože jejich proces zotavení je dlouhý a mnohdy trvá roky (Ruud T, Friis S. (2021)).

8.1.4 Situace peer konzultantů v Norsku

Peer podpora je v Norsku novým druhem intervencí pro lidi se zkušeností s duševní onemocněním, což s sebou nese podobné problémy, se kterými se setkávali a setkávají peer konzultanti v jiných zemích, včetně těch, kde je peer podpora již ověřenou a zavedenou intervencí. Norští peer konzultanti tak čelí problémům, které plynou z nedostatečné, a ne zcela jasné definice této pozice v norském systému péče o duševní zdraví. Nejasná definice ztěžuje jejich fungování v týmu, což je příčinou stresu peer konzultantů na pracovišti. Nejasná definice je také příčinou nejednotnosti v platových podmínkách a ve velkém pracovním zatížení peer konzultantů.

Norští peer konzultanti dále uvádějí, že se mohou na kohokoliv v týmu obrátit, pokud by měli nějaké problémy, jejich práce je naplňuje a práce peer konzultanta jim umožňuje velké pokroky ve vlastní cestě zotavení.

8.2 Vzdělávání peer konzultantů v Norsku

Vzdělávání a příprava peer konzultantů v Norsku neměly do roku 2019 žádnou formální podobu, což bylo velkou výzvou do budoucna.

Na podzim roku 2019 pak dosáhlo Kompetenční centrum pro žitou zkušenost a rozvoj služeb (Competence center for lived experience and service development; dále jen KBT) akreditace odborného školního vzdělávání pro peer konzultanty. Akreditaci tomuto vzdělávání udělila Norská agentura pro zajištění kvality ve vzdělávání (Norwegian Agency for Quality Assurance in Education). Absolventi tohoto vzdělávání získávají certifikát a současně dostatečný počet kreditů. Certifikát i získané kredity pak umožňují přijetí k vysokoškolskému vzdělání.

Odborná škola pro peer konzultanty v oblasti duševního zdraví a v oblasti adiktologické je vzdělávací program, který poskytuje jak teoretické znalosti tak umožňuje získání praktických dovedností založených na práci s vlastní osobní zkušeností, na podpoře a na zplnomocňování lidí se zkušeností s duševním onemocněním. Pro studium tohoto programu nejsou potřeba žádná přijímací kritéria, pouze vlastní zkušenost s čerpáním zdravotních a sociálních služeb v oblasti duševního zdraví a v problematice závislostí.



Úspěšné absolvování této odborné školy kvalifikuje její absolventy k využívání vlastní zkušenosti v práci a podpoře jiných lidí se zkušeností s duševním onemocněním, kteří využívají služby systému péče o duševní zdraví. Úspěšné zakončení studia umožňuje studentům pracovat ve službách v oblasti duševního zdraví v obcích nebo speciálních zdravotních službách.

Program představuje 1 rok plného studia, nebo 2 roky dálkového studia. Vzdělávání je poskytováno on-line formou a obsahuje 3 teoretické kurzy a 2 školení zaměřená na praktické dovednosti. Praxe pod vedením představuje 50 % studia. Studentům, kteří již mají relevantní pracovní zkušenost, může být tato zkušenost uznána jako praktická část studia.

KBT je co do počtu malá organizace. Zaměstnává celkem 11 lidí. Hlavním cílem této organizace je zajistit zahrnutí pohledu lidí se zkušeností s duševním onemocněním do rozvoje služeb, vzdělávání a výzkumu. KBT sídlí v Trondheimu. Snahou KBT je hrát vedoucí úlohu v projektech, kde zkušenost lidí s duševním onemocněním je znalostní základnou. KBT se tak snaží o vliv lidí se zkušeností s duševním onemocněním na rozvoj služeb v oblasti péče o duševní zdraví, zároveň poskytuje dovednosti zástupcům lidí se zkušeností s duševním onemocněním v rozhodovacích uskupeních, dále prosazuje účast lidí se zkušeností s duševním onemocněním ve výzkumu, hodnocení služeb a ve vzdělávání, školí lidi se zkušeností s duševním onemocněním tak, aby byly posíleny jejich dovednosti uplatňovat svůj vliv.

8.3 Zaměstnávání peer konzultantů v Norsku

Peer konzultanti jsou v Norsku zaměstnáváni v různých službách, na různých úrovních a jejich úloha je různá podle toho, kde jsou zaměstnáváni (Karlsdottir, E. E. (2021)). Ukazuje se, že fakt, že role peer konzultantů není ještě formalizovaná a definice této pozice tak není zcela zřejmá, s sebou nese možná nedorozumění na pracovišti a velkou pracovní zátěž. Velká pracovní zátěž je zcela zjevná tam, kde nejsou úplně jasné pracovní podmínky, jako je práce na částečný úvazek, a nebo zaměstnání na projektové bázi. Tato pracovní zátěž je také dána velkou poptávkou po podpoře poskytované peer konzultanty.

Ve mzdové oblasti panuje velká různorodost daná hlavně různým přístupem k této roli v různých regionech. Je tak otázkou, jaká pozice je v dané službě peer konzultantovi přiznána a co všechno je do jeho mzdy započítáváno. Nejistota ve mzdové oblasti působí jako stresor pro jednotlivé peer konzultanty. I tento problém pramení z nejasné definice této pozice v norském systému péče o duševní zdraví a z faktu, že tato pozice není dostatečně formalizována.

9. Situace v České republice

9.1 Úvod

Peerská podpora lidí se zkušeností s duševním onemocněním se začala v České republice rozvíjet v roce 2012, kdy začal projekt Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví zaměřený na zapojení peer konzultantů do systému péče o duševní zdraví (Peer Consultants Involvement in Mental Health Care). V roce 2013 pak v ČR pracovalo celkem 10 peer konzultantů, a to většinou na zkrácený úvazek. Do roku 2021 prošlo



vzděláváním pro peer konzultanty celkem **197** peer konzultantů (Štefl, J., Císař, Z., Říčan, P., Soldánová, S. (2021)), z nichž tuto práci vykonává 137 peer konzultantů.

V současnosti peer konzultanti působí v komunitních službách, v Centrech duševního zdraví, v některých psychiatrických nemocnicích. Velmi málo peer konzultantů pracuje na psychiatrických odděleních fakultních/všeobecných nemocnic. Příčinou nedostatečného počtu peer konzultantů působících ve zdravotních lůžkových službách je neexistence oficiální pracovní pozice peer konzultant v ČR. Poněkud lepší je situace v zaměstnávání peer konzultantů v komunitních službách, kde je větší tradice multidisciplinárního přístupu. I v komunitních službách ale nalezneme problém, který souvisí s nedostatečnou definicí pracovní pozice peer konzultant. Tímto problémem je postavení peer konzultanta v multidisciplinárním týmu. Proto bylo do Národního akčního plánu pro duševní zdraví 2030 začleněno **Opatření 4.4.2 Zakotvit peer konzultanty v systému péče o duševní zdraví včetně úpravy legislativy a zajištění financování** (Národní akční plán pro duševní zdraví 2020 – 2030 (2020).

Přesto že se peerská podpora v ČR rozvíjí, existuje zde velmi málo odborné vědecké literatury publikované v mezinárodních vědeckých časopisech, týkající se problematiky peerské podpory v ČR. Autoři této analýzy tak vycházejí ze 2 odborných publikací (Balková, M. (2) (2022), Janoušková et al. (2022)), z výsledků práce Pracovní skupiny k uživatelům péče – peerská problematika, jejímiž členy byli také zkušení peer konzultanti, a z informací, získaných v rámci celorepublikových setkání peer konzultantů. Tyto zdroje dat ukazují, že práce peer konzultantů v ČR je založena na stejných principech a hodnotách jako peer podpora v zahraničí a že peer konzultanti v ČR narážejí na podobné bariéry a úskalí, které definují i peer konzultanti v zahraničí (Balková, M. (2) (2022), Janoušková et al. (2022)).

V ČR navíc existuje vyhláška č. 271/2012 Sb. Vyhláška o stanovení seznamu nemocí, stavů nebo vad, které vylučují nebo omezují zdravotní způsobilost k výkonu povolání lékaře, zubního lékaře, farmaceuta, nelékařského zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka, obsahu lékařských prohlídek a náležitostech lékařského posudku (vyhláška o zdravotní způsobilosti zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka), která velmi komplikuje zaměstnávání peer konzultantů ve zdravotnictví a je potřeba její revize tak, aby bylo možno peer konzultanty ve zdravotnictví zaměstnávat.

9.2 Peer konzultanti v lůžkových zdravotnických zařízeních

V současnosti jsou peer konzultanti zaměstnáváni v některých psychiatrických nemocnicích. Zaměstnávání peer konzultanta na psychiatrickém oddělení všeobecných nemocnic je spíše výjimkou. Peer konzultanti v psychiatrických nemocnicích jsou zaměstnáváni v rámci pracovní smlouvy nebo dohodu o pracovní činnosti nebo na dohodu o provedení práce, kdy část peer konzultantů sama nechce pracovat na pracovní smlouvu, protože se obává možnosti odebrání invalidního důchodu, nebo jeho snížení.

Protože ze zahraniční literatury víme, že peerská podpora je efektivní intervencí (viz úvodní část), je potřeba tuto podporu poskytovat i člověku se zkušeností s duševním onemocněním, který je hospitalizován. V psychiatrické nemocnici nebo na psychiatrickém oddělení všeobecné nemocnice může peer podpora pomoci vzbudit v konkrétním člověku se zkušeností s duševním onemocněním naději, že hospitalizace není definitivní stav, může pomoci v pochopení toho, proč se člověk se



zkušeností s duševním onemocněním v lůžkovém zařízení ocitl, může pomoci osvětlit to, co se v rámci hospitalizace děje a může pomoci připravit člověka se zkušeností s duševním onemocněním na proces propouštění z lůžkového zdravotnického zařízení. Zároveň má být peer konzultant členem multidisciplinárního týmu, který o konkrétního člověka se zkušeností s duševním onemocněním pečuje. Pozice peer konzultanta v multidisciplinárním týmu je klíčová pro jeho pozici obhájce člověka se zkušeností s duševním onemocněním, pro jeho pohled na adherenci člověka se zkušeností s duševním onemocněním k léčbě. Tyto úlohy mají být v rámci multidisciplinárního týmu zohledněny.

9.2.1 Potřebné vzdělání:

Peer konzultanti zaměstnávaní v lůžkových zdravotnických zařízeních absolvují základní kurz pro peer konzultanty, který poskytuje Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví (<https://www.cmhcd.cz/vzdelavaci-institut/vzdelavaci-kurzy/kurzy/zakladni-kurz-pro-peer-konzultanty-v-peci-o-dusevni/>). V rámci kurzu se budoucí peer konzultanti vzdělávají v konceptu zotavení (základní pojmy, význam konceptu v současné péči o duševní zdraví), v prezentaci duševního onemocnění z pohledu zotavení, v metodách práce s klientem, které koncept zotavení využívají, v propojení konceptu zotavení a prezentace osobního příběhu. Dále se budoucí peer konzultanti v kurzu učí pracovat s osobním příběhem, jak ho prezentovat, aby byl pro klienta přínosem, dozívají se o potřebě udržovat ve vztahu klient – peer konzultant svoje hranice, o zásadách komunikace s klientem, trénují a nacvičují komunikaci s klientem a jeho rodinou v různých situacích. Obsahem vzdělávání je i podstata práce v multidisciplinárním týmu, principy vyjednávání s ostatními členy týmu, výhody týmové práce a výhody podpory peer konzultanta týmem. Vzdělávání neopomíjí ani rizika v týmu a případný konflikt v něm.

Dalším vzdělavatelem je nezisková organizace Zahrada 2000 (<https://www.zahrada2000.cz/vzdelavani/25-akreditovany-kurz-pro-peer-pracovniky.html>). Obsahem tohoto kurzu je základní přehled o problematice duševního onemocnění, o systému péče o duševní zdraví.

Budoucí peer konzultanti se vzdělávají v principech zotavení, v práci v týmu a jsou připravováni na budoucí povolání peer konzultanta v komunitních službách, v CDZ, v lůžkových psychiatrických zařízeních.

Někteří peer konzultanti absolvovali i akreditované kurzy pro peer konzultanty II. Tyto kurzy poskytuje rovněž Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. V některých lůžkových zařízeních je vyžadováno, aby peer konzultant měl i zdravotnické vzdělání, např. aby absolvoval akreditovaný kvalifikační kurz k získání odborné způsobilosti k výkonu povolání sanitář.

Všechny tyto kurzy jsou hrazené budoucími peer konzultanty, což může být někdy výraznou překážkou, pokud nelze, aby některý z potřebných kurzů hradil budoucímu peer konzultantovi jeho zaměstnavatel.

9.2.2 Výhled do budoucna:

V současnosti se ukazuje, že peer konzultanti jsou v lůžkových zařízeních zaměstnávaní různým způsobem, kdy záleží na pochopení a následném vytvoření peerské pracovní pozice ze strany vedení



těchto zařízení. Neexistuje jednotný způsob zaměstnávání a finančního ohodnocení peer konzultantů v jednotlivých lůžkových zařízeních. Aby se tato praxe změnila a peer konzultanti byli i dobře finančně ohodnoceni, je potřeba naplnit Opatření 4.4.2 Národního akčního plánu pro duševní zdraví 2020 - 2030 (dále jen NAPDZ) a to v souladu s postupem daným Implementační kartou k tomuto Opatření.

Protože je situace v zaměstnávání peer konzultantů v lůžkových zdravotnických zařízeních kritická (v některých není zaměstnán žádný peer konzultant, někde je na celé zařízení pouze jeden), řeší se nejdříve v rámci naplňování NAPDZ situace v těchto zdravotnických zařízeních. V současnosti se v rámci projektu Deinstitutionalizace služeb pro duševně nemocné setkávají peer konzultanti z celé ČR, a to prostřednictvím on-line setkávání. V rámci těchto setkávání byly diskutovány možné pracovní pozice peer konzultanta ve zdravotnickém zařízení:

1. Peer konzultant jako jiný odborný pracovník ve zdravotnictví
2. Peer konzultant jako pracovní terapeut – peer konzultant
3. Peer konzultant jako pracovník v sociálních službách

Aby bylo možné rozhodnout, která pozice je nejvýhodnější, je potřeba znát samozřejmě i názor zaměstnavatelů, tj. psychiatrických nemocnic a psychiatrických oddělení všeobecných nemocnic, na to, která z pozic je pro ně administrativně akceptovatelná. Proto byl vytvořen dotazník, který byl distribuován do jednotlivých psychiatrických nemocnic a na jednotlivá psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic. Cílem tohoto dotazníkového šetření je získání dostatečného množství informací, které přispějí k finálnímu rozhodnutí.

Dalšími důležitými kroky jsou:

1. Definování vybrané pozice peer konzultant a následně její zařazení do Národní soustavy povolání, Národní soustavy kvalifikací a do Katalogu prací ve veřejných službách a správě.
2. Vytvoření nadstavbového vzdělávacího modulu pro peer konzultanty.

9.3 Peer konzultanti v Centrech duševního zdraví a v komunitních službách

Peer konzultanti jsou v České republice v komunitních službách a v Centrech duševního zdraví zaměstnávání téměř výhradně na pozici pracovníka v sociálních službách. V Centrech duševního zdraví mají peer konzultanti vyhrazen celý jeden úvazek pracovníka v sociálních službách, což umožňuje zaměstnat jednoho až dva peer konzultanty (Standard služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví (CDZ) pro osoby se závažným chronickým duševním onemocněním (SMI), Věstník MZ 8/2021) na jedno CDZ.

9.3.1 Potřebné vzdělání:

Nejnižší dosažené vzdělání je vzdělání základní. Každý peer konzultant musí absolvovat akreditovaný kurz Pracovník v sociálních službách a Základní akreditovaný kurz pro peer konzultanty (Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví <https://www.cmhcd.cz/vzdelavaci-institut/vzdelavaci-kurzy/kurzy/zakladni-kurz-pro-peer-konzultanty-v-peci-o-dusevni/>). Obsah kurzu je uveden výše v tomto dokumentu.



nebo Zahrada 2000 (<https://www.zahrada2000.cz/vzdelavani/25-akreditovany-kurz-pro-peer-pracovniky.html>). Obsah kurzu je uveden výše v tomto dokumentu.

V některých komunitních službách není absolvování základního akreditovaného kurzu pro peer konzultanty vyžadováno.

Někteří peer konzultanti absolvovali i akreditované kurzy pro peer konzultanty II v Centru pro rozvoj péče o duševní zdraví.

9.3.2 Výhled do budoucna:

V rámci Opatření 4.4.2 NAPDZ je počítáno s vytvořením samostatné pozice Pracovník v sociálních službách – peer konzultant. K tomuto kroku bude nutné změnit zákon č. 108/2006 Sb. Zákon o sociálních službách a v něm tuto pracovní pozici ukotvit.

Je potřeba tuto pozici stejně jako ve zdravotnictví zakotvit v Národní soustavě povolání, Národní soustavě kvalifikací a v Katalogu prací ve veřejných službách a správě.

Závěr

Je zřejmé, že v zahraničí se peerská podpora velmi rychle rozvíjí. V některých státech je peerská problematika dokonce vládní politikou. Tam, kde vlády podporují zapojování lidí se zkušeností do rozhodování, do přímé péče, do edukace o tématech peerství, do spoluvytváření služeb a následně do jejich hodnocení, je peerská podpora mnohem více etablována než v České republice. Přesto i v zahraničí peer konzultanti narážejí na mnohé překážky, které brání využít potenciál peerství v plném rozsahu. Není proto divu, že v oblasti peer podpory a jejího zakotvení v systému jsme v České republice spíše na začátku. Jak plyne z odborných zdrojů, je zakotvení peerské podpory v systému péče o duševní zdraví nevyhnutelné. Toto zakotvení totiž přináší postupné zrovnoprávnění této pozice s jinými profesemi, podílejícími se na péči o lidi se zkušeností s duševní nemocí. Zároveň je potřeba si uvědomit, že zakotvení pozice peer konzultanta v systému péče o duševní zdraví umožní spravedlivější finanční ohodnocení peerské práce. Všechny tyto aspekty vedou k tomu, že snaha českých zástupců lidí se zkušeností s duševní nemocí a českých peer konzultantů o ukotvení pozice peer konzultant je principiální, legitimní, a i praktickou záležitostí.



Literatura

1. Åkerblom, K. B. (2021). When peer support workers engage in co-creating mental health services: An unexplored resource in mental health service transformation. *Academic Quarter| Akademisk kvarter*, (23), 49-63.
2. Balková, M. (1) (2022). Engaging peer consultants in mental health services: Narrative research. *International Journal of Social Psychiatry*, 68(2), 411-419.
3. Balková, M. (2) (2022). A Qualitative Study of the Experience of Peer Workers in the Czech Republic. *Community Mental Health Journal*, 58(3), 429-436.
4. Beales, A., & Wilson, J. (2015). Peer support—the what, why, who, how and now. *The Journal of Mental Health Training, Education and Practice*, 314-324.
5. Burke, E. M., Pyle, M., Machin, K., & Morrison, A. P. (2018). Providing mental health peer support 1: a Delphi study to develop consensus on the essential components, costs, benefits, barriers and facilitators. *International Journal of Social Psychiatry*, 64(8), 799-812.
6. Byrne, L., Wang, L., Roennfeldt, H., Chapman, M., Darwin, L., Castles, C., Craze, L., Saunders, M. *National Lived Experience Workforce Guidelines*. 2021, National Mental Health Commission.
7. Canadian Institute for Health Information. Health System Resources for Mental Health and Addictions Care in Canada, July 2019. Ottawa, ON: CIHI; 2019.
8. Clarke, G., Herinckx, H., Kinney, R., Paulson, R., Cutler, D., & Oxman, E. (2000) 'Psychiatric hospitalizations, arrests, emergency room visits, and homelessness of clients with serious and persistent mental illness: Findings from a randomised trial of two ACT programs vs. usual care'. *Mental Health Services Research*, Vol 2, 155-164.
9. Corrigan, P.W. (2006). Impact of consumer-operated services on empowerment and recovery of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services*, 57(10), 1493–1496.
10. Cronise, R., Teixeira, C., Rogers, E. S., & Harrington, S. (2016). The peer support workforce: Results of a national survey. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(3), 211. <https://doi.org/10.1037/prj0000222>
11. Cyr, C., McKee, H., O'Hagan, M. and Priest, R., for the Mental Health Commission of Canada (2010 first edition / 2016 second edition). *Making the Case for Peer Support: Report to the Peer Support Project Committee of the Mental Health Commission of Canada*. Retrieved from: <http://www.mentalhealthcommission.ca>.
12. Davidson, L., & Guy, K. (2012). Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World psychiatry*, 11(2), 123-128.
13. Ehrlich, C., Slattey, M., Vilic, G., Chester, P., & Crompton, D. (2019). What happens when peer support workers are introduced as members of community-based clinical mental health service delivery teams: a qualitative study. *Journal of Interprofessional Care*.
14. Foitová, Z., Heřt, Z., Pinkasová, V., Rolenc, V., Růžičková, M., Soldánová, S., Stuchlík, J., Štefl, J., Štochlová, M., Šupa, J., & Zajíčková, A. (2016). Manuál zapojení peer konzultantů do komunitní a lůžkové péče o duševní zdraví, 16-26. Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví ed. (dostupná: https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/manual_WEB_1.pdf)



15. Franke, C. C., Paton, B. C., & Gassner, L. A. J. (2010). Implementing mental health peer support: a South Australian experience. *Australian journal of primary health, 16*(2), 179-186.
16. Gidugu, V., Rogers, E. S., Harrington, S., Maru, M., Johnson, G., Cohee, J., & Hinkel, J. (2015). Individual peer support: A qualitative study of mechanisms of its effectiveness. *Community mental health journal, 51*(4), 445-452.
17. Gillard, S., & Holley, J. (2014). Peer workers in mental health services: literature overview. *Advances in psychiatric treatment, 20*(4), 286-292.
18. Gillard, S., Edwards, C., Gibson, S., Holley, J., & Owen, K. (2014). Health services and delivery research. In *New Ways of Working in Mental Health Services: A Qualitative, Comparative Case Study Assessing and Informing the Emergence of New Peer Worker Roles in Mental Health Services in England*. NIHR Journals Library, Southampton (UK).
19. Gillard, S., Gibson, S. L., Holley, J., & Lucock, M.(1) (2015). Developing a change model for peer worker interventions in mental health services: a qualitative research study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 24*(5), 435-445.
20. Gillard, S., Holley, J., Gibson, S., Larsen, J., Lucock, M., Oborn, E., ... & Stamou, E. (2) (2015). Introducing new peer worker roles into mental health services in England: comparative case study research across a range of organisational contexts. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 42*(6), 682-694.
21. Hegedüs, A., Burr, C., Pfluger, V., Sieg, D., Nienaber, A., & Schulz, M. (2021). Peer support worker training: Results of the evaluation of the Experienced Involvement training programme in Switzerland and Germany. *International Journal of Mental Health Nursing, 30*(2), 451-460.
22. Ibrahim, N., Thompson, D., Nixdorf, R., Kalha, J., Mpango, R., Moran, G., ... & Slade, M. (2019). A systematic review of influences on implementation of peer support work for adults with mental health problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 55*(3), 285-293. **(Bariéry peerství)**
23. Jacobson, N., Trojanowski, L., & Dewa, C. S. (2012). What do peer support workers do? A job description. *BMC health services research, 12*(1), 1-11.
24. Karlsdottir, E. E. (2021). *The experience of working as a peer supporter in Norway* (Master's thesis, uis).
25. Janoušková M, Vlčková K, Harcuba V, Klučková T, Motlová J, Bankovská Motlová L. The Challenges of Inter-Role Conflicts for Peer Support Workers. *Psychiatr Serv.* 2022 May 11:apips202100566. doi: 10.1176/appi.ps.202100566. Epub ahead of print. PMID: 35538749.
26. Kaufman, L., Kuhn, W., & Stevens Manser, S. 2016. Peer Specialist Training and Certification Programs: A National Overview. Texas Institute for Excellence in Mental Health, School of Social Work, University of Texas at Austin.
27. Mahlke, C. I., Priebe, S., Heumann, K., Daubmann, A., Wegscheider, K., & Bock, T. (2017). Effectiveness of one-to-one peer support for patients with severe mental illness—a randomised controlled trial. *European Psychiatry, 42*, 103-110.
28. Mental Health Commission of Canada, (2012)). *Changing directions, changing lives: The mental health strategy for Canada*. Calgary, AB: Author
29. Národní akční plán pro duševní zdraví 2020 – 2030, Ministerstvo zdravotnictví (2020), p. 53
30. Nossek, A., Werning, A., Otte, I., Vollmann, J., Juckel, G., & Gather, J. (2021). Evolvement of peer support workers' roles in psychiatric hospitals: a longitudinal qualitative observation study. *Community Mental Health Journal, 57*(3), 589-597.
31. Ochocka, J., Nelson, G., Janzen, R., & Trainor, J. (2006). A longitudinal study of mental health consumer/survivor initiatives: Part 3 – A qualitative study of impacts of participation on new members. *Journal of Community Psychology, 34*(3), 273–283.
32. Ogundipe, E., Borg, M., Sjøfjell, T. L., Bjørlykhaug, K. I., & Karlsson, B. E. (2019). Service users' challenges in developing helpful relationships with peer support workers.
33. Otte, I., Werning, A., Nossek, A., Vollmann, J., Juckel, G., & Gather, J. (2020a). Beneficial effects of peer support in psychiatric hospitals. A critical reflection on the results of a qualitative interview and focus group study. *Journal of mental health*.



34. Otte, I., Werning, A., Nossek, A., Vollmann, J., Juckel, G., & Gather, J. (2020b). Challenges faced by peer support workers during the integration into hospital-based mental health-care teams: Results from a qualitative interview study. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(3), 263-269.
35. Publikace č. I-1105-E; dostupné na: Internet: <http://odin.dep.no/hod/engelsk>
36. Repper, J., Aldridge, B., Gilfoyle, S., Gillard, S., Perkins, R., & Rennison, J. (2013). *Peer support workers: Theory and practice*. London: Centre for Mental Health, dostupné na: www.imroc.org.
37. Repper, J. & Carter, T. (2011) A review of the literature on peer support in mental health services, *J Ment Health* 20(4): 392 – 411
38. Ruud T, Friis S. Community-based mental health services in Norway. *Consortium Psychiatricum*. 2021;2(1):47-54. doi:10.17816/CP43
39. Saks, M. (Ed.). (2020). *Support Workers and the Health Professions in International Perspective: The Invisible Providers of Health Care*. Policy Press: 145–161.
40. Salize, H. J., Rössler, W., & Becker, T. (2007). Mental health care in Germany. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257(2), 92-103.
41. Sells, D., Borg, M., Marin, I., Mezzina, R., Topor, A., & Davidson, L. (2006). Arenas of recovery for persons with severe mental illness. *Archives of Andrology*, 9(1), 3-16.
42. Stratford, A. C., Halpin, M., Phillips, K., Skerritt, F., Beales, A., Cheng, V., Hammond, M., O'Hagan, M., Loreto, C., Tientom, K., Kobe, B., Harrington, S., Fisher, D. & Davidson, L. (2017): The growth of peer support: an international charter, *Journal of Mental Health*, DOI: 10.1080/09638237.2017.1340593
43. Sunderland, Kim, Mishkin, Wendy, Peer Leadership Group, Mental Health Commission of Canada. (2013). *Guidelines for the Practice and Training of Peer Support*. Calgary, AB: Mental Health Commission of Canada. | Retrieved from: <http://www.mentalhealthcommission.ca>
44. Štefl, J., Císař, Z., Řičan, P., Soldánová, S. (2021). Peer konzultanti v systému péče o duševní zdraví. *Prezentace na Konferenci sociální psychiatrie 2021*, dostupné na <https://ksp2021.cz>.
45. Vandewalle, J., Debyser, B., Beeckman, D., Vandecasteele, T., Van Hecke, A., & Verhaeghe, S. (2016). Peer workers' perceptions and experiences of barriers to implementation of peer worker roles in mental health services: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 60, 234-250.
46. Voronka, J. (2019). The mental health peer worker as informant: Performing authenticity and the paradoxes of passing. *Disability & Society*, 34(4), 564-582.
47. Walsh, P.E., McMillan, S.S., Stewart, V. & Wheeler, A. J., (2018) Understanding paid peer support in mental health, *Disability & Society*, 33:4, 579-597, DOI:10.1080/09687599.2018.1441705
48. Watson, E., & Meddings, S. (Eds.). (2019) . *Peer support in mental health*. Macmillan International Higher Education.
49. Westra, D., Wilbers, G., & Angeli, F. (2016). Stuck in the middle?: a perspective on ongoing pro-competitive reforms in Dutch mental health care. *Health Policy*, 120(4), 345-349.
50. Yanos, P. T., Primavera, L. H., & Knight, E. L. (2001). Consumer-run service participation, recovery of social functioning, and the mediating role of psychological factors. *Psychiatric Services*, 52(4), 493-500.



Evropská unie
Evropský sociální fond
Operační program Zaměstnanost



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY