

**Univerzita Karlova
Filozofická fakulta
Katedra sociologie**

Bakalářská práce

Anna Bártová

**Pojetí pozice peer konzultanta v kontextu zaměstnávání osob
s duševním onemocněním a analýza jejího využití v České
republice**

**Peer Consultanst in the Czech Republic: an Analysis of the
Concept and Use of Employing People with Mental Health
Issues**

Praha 2019

Vedoucí práce: Mgr. Tomáš Diviák

Děkuji svému vedoucímu Mgr. Tomáši Diviákovi za podporu, cenné rady, náměty a trpělivost při psaní bakalářské práce. Poděkování patří také Centru pro rozvoj péče o duševní zdraví, jmenovitě Mgr. Pavlu Říčanovi a Bc. Barboře Holé, za poskytnutí materiálů a pomoc při sběru dat.

Prohlašuji, že jsem bakalářskou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu

V Praze dne 31.7. 2019

.....

Anna Bártová

Abstrakt

Cílem předkládané práce je zmapovat využití služeb peer konzultantů mezi organizacemi působící v oblasti péče o duševní zdraví. Struktura práce je následující – První kapitola nabízí hlubší uvedení do problematiky duševního onemocnění. Druhá představuje jednotlivé možnosti zaměstnání osob s duševním onemocněním a aspekty bariér vstupu na volný pracovní trh. Ve třetí kapitole je podrobněji představena pozice peer pracovníka, především pak jedna z jeho variant, tedy pozice peer konzultanta, benefity, a negativa této pozice a její srovnání s jinými možnostmi zaměstnání osob s duševním onemocněním na volném trhu práce. Poslední, tedy čtvrtá kapitola, je pak praktickou částí, jež se zabývá využíváním služeb peer konzultantů v České republice v současnosti a srovnáním s předešlými výsledky šetření.

Klíčová slova: duševní onemocnění, osoba s duševním onemocněním, možnosti zaměstnání, volný trh práce, peer pracovník, peer konzultant, Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví

Abstract

The aim of presented work is to map the use of peer consultants' services among organizations working in the field of mental health care. The structure of the work is as follows – The first chapter offers a deeper introduction to the issue of mental illness. The second one presents the individual possibilities of employment of people with mental illness and aspects of barriers to entry into the free labour market. The third chapter presents in more detail the position of the peer worker, especially one of his options, i.e. the position of the peer consultant, the benefits and the negatives of this position and comparison with other possibilities of employment of people with mental illness in the free labour market. The last, fourth chapter is the practical part, which deals with the use of the services of peer consultants in the Czech Republic at present and compares it with the previous results of the survey.

Keywords: mental illness, person with mental illness, employment opportunities, free labour market, peer worker, peer consultant, Centre for Mental Health Care Development

Obsah

1. Úvod.....	8
2. Duševní onemocnění a trh práce	10
3. Cesty k zaměstnávání OZP na volném trhu práce	13
3.1. Pracovní terapie.....	14
3.2. Train and Place přístup - Chráněná a tréninková pracovní místa.....	14
3.3. Place and Train přístup – Podporované zaměstnávání	16
3.4. Zaměstnávání bez asistence	17
3.6. Zhodnocení možností zaměstnávání	19
4. Pozice peer konzultanta.....	21
4.1. Peer podpora v oblasti duševního onemocnění.....	21
4.2. Efektivnost působení peer konzultanta v péči o lidi s duševním onemocněním	22
4.3. Náplň peer pracovníka v oblasti duševního onemocnění	23
4.4. Benefity pozice pro peer konzultanty	25
4.5. Negativní aspekty pozice peer konzultanta	26
4.6. Porovnání pozice peer konzultanta s běžným zaměstnáním na volném trhu práce	28
4.7. Zapojování peer konzultantů do systému péče o duševní zdraví.....	30
4.8. Hodnocení zapojení peer konzultantů do oblasti péče o duševní zdraví	32
5. Praktická část – Analýza současného využívání služeb peer konzultantů	35
5.1. Výzkumné téma a cíle výzkumu	35
5.2. Příprava sběru dat	35
5.3. Výzkumný soubor	37
5.4. Průběh sběru dat.....	38
5.5. Analýza aspektů pozice peer konzultanta	39
5.5.1. Poměr mužů a žen mezi peer konzultanty	39
5.5.2. Oblast působení peer konzultantů	40
5.5.3. Výše úvazku peer konzultantů	42
5.5.4. Zdroje vzdělání pro vykonávání pozice peer konzultanta	43
5.5.5. Doba působení v organizaci	45
5.6. Srovnání aktuální situace z předchozími lety	48
5.6.1. Počet peer pracovníků.....	48
5.7. Shrnutí praktické části	49

6. Závěr	51
6.1. Limity práce	52
6.2. Možnosti dalšího postupu	54
7. Seznam literatury	56
8. Přílohy	63
8.1. Dotazník pro poskytovatele sociálních služeb orientované na osoby s duševním onemocněním.....	63

1. Úvod

Duševní onemocnění je poměrně specifickým zdravotním omezením, jehož projevy mohou jedince výrazně omezit ve vykonávání běžných aktivit, ať už v pracovním či osobním životě. Navíc se jedná o typ onemocnění, o němž většinová populace stále nemá dostatečné povědomí (Janoušková et al., 2016). Na základě toho tak dochází k silné stigmatizaci a v důsledku toho také k častému odepírání různých životních příležitostí, mezi které patří i možnost nalézt uspokojivé zaměstnání (Winkler et al., 2016; Kondrátová, Winkler, 2017). Navzdory omezení si ale většina osob se zdravotním postižením přeje takové zaměstnání nalézt. Cílem je pak většinou pozice na volném trhu práce, tedy mezi lidmi bez zdravotního omezení, s nerutinními podmínkami a pracovními činnostmi, za odpovídající mzdové ohodnocení, jež pokryje potřebné životní náklady. Vykonávání uspokojivé pracovní činnosti je jedním z pilířů, které jsou důležité pro osobnostní rozvoj či samostatný a kvalitní život jedince (Honey, 2004, Secker et al., 2001).

Většina lidí s duševním onemocněním však takové místo nenalézá a může se pak díky tomu ocitnout až na pokraji chudoby a sociálního vyloučení. Mezi příčiny patří silná stigmatizace a negativní postoje ze strany zdravé veřejnosti. Ty pak nejčastěji pramení z nedostatečných nebo zkreslujících informací, vypovídající o povaze duševního onemocnění. Například mediální zobrazení osob s duševním onemocněním je velmi často neodpovídající realitě, jedinci jsou velmi často zobrazováni jako nebezpeční, nezvladatelní či naopak nesvéprávní a neschopní se o sebe postarat (Nawka et al., 2012; Nawková et al., 2012). Od toho se odvíjí nízká motivace ze strany zaměstnavatelů takové osoby zaměstnat, ať už právě kvůli stigmatu nebo vědomí pravděpodobné nižší výkonnosti. Pokud se na takové místo dostanou, je to často za cenu zatajování skutečností o zdravotním stavu.

Lidé s duševním onemocněním pak také stojí před dilematem, zda své zdravotní omezení, ať už na pracovním pohovoru nebo přímo na pracovišti přiznat, jelikož se bojí odmítavých, nepřátelských reakcí ze strany zaměstnavatelů či kolegů na pracovišti (Brohan et al., 2012)

Bariéru představuje do jisté míry také aktuální stav sociální a psychiatrické péče. Ta je v České republice velmi podfinancovaná, což se projevuje na stavu psychiatrických nemocnic, zastaralých postupech při medikaci, nedostatečnému počtu personálu či lůžek, v důsledku čehož je schopna pojmout jen omezenou kapacitu osob s duševním onemocněním (Höschl et al., 2012). Problémem může být také nedostatečně vymezená legislativa, jež osoby s duševním onemocněním zahrnuje do obecné skupiny osob se zdravotním postižením (OZP), ačkoli je samotné duševní onemocnění v řadě věcí poměrně specifické (Janoušková et al., 2016; Kondrátová, 2018; Winkler et al., 2015).

Odpovědí na výše zmíněné bariéry může být pozice peer pracovníka. Jde o koncept zaměstnání na volném trhu práce, jež působí nejčastěji ve službách a organizacích orientujících se na oblast péče o duševní zdraví. Především jde ale o pozici zamýšlenou právě pro osoby s duševním onemocněním, jež operují především se svou jedinečnou zkušeností s nemocí. Jde tedy o pozici, jež nejen výrazně pomáhá ve zlepšování systému péče o duševní zdraví, ale také představuje perspektivní možnost zaměstnání samotných osob s duševním onemocněním. Hlubší uvedení do problematiky a obsáhlejší představení této alternativy zaměstnání nabízí následující kapitoly.

2. Duševní onemocnění a trh práce

Skupina duševních nemocní představuje poměrně široké spektrum diagnóz, které se liší jak v projevech, tak v míře závažnosti či délce trvání, a tedy i tím, jak moc jedince omezují ve vykonávání běžných aktivit. Může jít jak o přechodné poruchy nálad, které jsou způsobeny převážně psychosociálními vlivy a které většinou odezní bez toho, aby jedinec musel vyhledat odbornou pomoc, tak o poruchy, které zapříčiňují především biologické predispozice a které bývají, co do míry zatížení jedince, mnohem závažnější. Projevují se na úrovni kognitivních funkcí a výrazným způsobem ovlivňují vnímání reality. Negativně se projevují v oblasti krátkodobé, střední i dlouhodobé paměti, orientace, schopnosti chápání nebo schopnosti učení se. Mezi nejtypičtější skupiny takto závažných nemocí řadíme těžké depresivní poruchy, maniodepresivní poruchy, obsedantně-kompulzivní poruchy, nejzávažnější jsou pak poruchy z řad schizofrenního okruhu (Ocisková, Praško, 2015). V běžném sociálním jednání mohou být překážkou abnormality, jako je více strnulý výraz ve tváři, neobvyklý postoj, či repetitivní pohyby, například houpání se ze strany na stranu. Výjimkou nebývá ani výrazně pomalé tempo v pohybu či řeči, častá únava, pasivita, nezájem či snaha o úplnou sociální izolaci (Ocisková, Praško, 2015; France, Kramer, 2001).

Ve spojitosti se zaměstnáním to znamená, že člověk s duševním onemocněním může mít problém s konzistentním, zodpovědným a správným vykonáváním jednotlivých činností, stejně tak jako včasným nebo dokonce pravidelným příchodem do práce (Beranová, 2017).

Tyto projevy, spojené ať se vzhledem a chováním nebo s kognitivním deficitem, mají negativní důsledek v podobě předsudečných a stigmatizujících postojů. A to nejen ze strany zaměstnavatelů a zaměstnanců, ale celé veřejnosti.

To dokládá výzkum Winklera a kolegů (2015), kteří zkoumali postoje obyvatel České republiky k lidem s duševním onemocněním s tím, že by většina dotázaných nechtěla člověka s takovým druhem zdravotního omezení zaměstnávat, mít za kolegu, souseda ani blízkého přítele. Také například dle Brohanové et al. (2012) jsou zaměstnavatelé méně ochotní přijmout uchazeče, pokud se svěří, že má duševní onemocnění.

Přitom práce je velmi důležitým prvkem v životě, ať už nemocného či zdravého jedince. Základní elementy zaměstnání, tedy možnost výdělku, kterým může jedinec pokrýt životní náklady, vykonávání konstruktivní činnosti a střetávání se s dalšími lidmi na pracovišti na denní bázi, dává jedinci do života strukturu, smysl, pocit autonomie, zvyšuje sebevědomí a víru ve vlastní schopnosti, dává mu určitou roli v životě, utváří jeho identitu, určuje jeho sociální postavení a dává možnost nových sociálních vazeb (McGurk, 2003; Suzuki et al., 2001; Kondrátová, Winkler, 2017).

Oproti tomu absence zaměstnání se podílí na horším sociálním postavení, ekonomické situaci, a následně také na zhoršení zdravotního stavu. Nezaměstnané osoby s duševním onemocněním mají daleko větší riziko relapsu nemoci, stejně jako daleko větší kognitivní deficit a následně tedy také větší problémy s vykonáváním běžných aktivit, než osoby v zaměstnání (McGurk, 2003; Honey, 2004; Larson et al., 2007).

I přes omezení jsou ale lidé s duševním onemocněním schopni vykonávat pracovní činnost, pokud se jim v některých ohledech vyjde vstříc. To znamená dostatek času a prostoru na nácvik základních úkonů sociálních a pracovních dovedností, možnost dohledu a podpory odborníka, eliminace stresujících faktorů, či pracovní úkoly, které nevyžadují příliš vysokou náročnost či odpovědnost. (Beranová, 2017; Kondrátová et al., 2018, Larson, 2007). Prostředí, ve kterém je zabezpečena existence všech těchto okolností, a které je určeno pro osoby se zdravotním postižením, nazýváme chráněným trhem práce.

S dostatečnými kompetencemi a stabilizovaným zdravotním stavem se jedinec může ucházet o pracovní pozici na volném pracovním trhu.

V tomto prostředí se předpokládají běžné pracovní podmínky, při kterých se jedinec pohybuje mezi lidmi bez zdravotního omezení a vykonává nerutinní pracovní činnost. Oblast volného trhu práce je jakýmsi cílem, o který stojí většina lidí s duševním onemocněním, jelikož se zde předpokládá větší sociální a finanční nezávislost a možnost osobního růstu (Kondrátová et al., 2018, Rinaldi et al. 2008, Honey, 2004). Zde se ale může setkat nejen se situacemi, které se mohou negativně odrazit na jeho zdravotním stavu, ale také s předsudečnými postoji ze strany veřejnosti.

Z důvodu nerovného postavení, které je způsobené převážně zdravotním omezením, je proto nasnadě vyvíjet úsilí pro vytvoření externí podpory, jež by kromě zdravotního stavu brala v potaz také sociálně ekonomický aspekt života jedince. Takový systém, tedy systém péče orientovaný na zotavení, upřednostňuje individuální přístup a razí přesvědčení, že i přes zdravotní omezení jsou lidé s duševním onemocněním schopni vést plnohodnotný život (Anthony, 2000, Davidson, 2007).

Součástí takového systému péče jsou pak, kromě řady odborníků z řad lékařů a sociálních pracovníků, také lidé s duševním onemocněním, tedy peer konzultanti, kteří zde operují svou zkušeností s nemocí, a především pak tím, jak se jim podařilo s tímto omezením sžít. Tato služba pak pomáhá trojím způsobem. Za prvé, přítomnost a perspektiva peer konzultanta výrazně pomáhá ostatním členům v týmu, kteří na rozdíl od něj vychází ze zprostředkované zkušenosti. Peer konzultant tak svým pohledem dotváří kompletní pohled na celou problematiku. Za druhé jde o pomoc lidem s duševním onemocněním. Ti často vidí svou nemoc jako bezvýchodnou situaci a chybí jim potřebná vize a motivace. Peer konzultant je díky své zkušenosti schopen porozumění, poskytuje cenné rady a může být pro ostatní jedince vzorem v tom smyslu, že když se s nemocí naučil žít on, zvládnou to i oni sami. Nakonec nelze opomenout ani význam této činnosti pro samotné peer konzultanty.

Oni sami jsou lidé s duševním onemocněním, kteří tak dostávají možnost operovat na volném trhu práce (Foitová et al., 2016).

V kontextu problematiky zaměstnávání lidí s duševní onemocněním se proto jedná o poměrně jedinečnou pracovní pozici. Vyskytuje se na volném trhu práce, zároveň se zde předpokládají určitá zdravotní omezení a je jim vycházeno vstříc. Peer konzultant svým působením pomáhá ostatním jedincům s duševním onemocněním ke zlepšení jejich zdravotní a sociálněekonomické situace, zároveň pak, recipročně, sám získává sebevědomí, víru ve vlastní schopnosti a pocit autonomie (Rebeiro-Gruhl et al., 2015; Mowbray, 1998). Právě využitím a aspekty práce peer konzultanta, především pak z pohledu samotného pracovníka, se zabývá tato bakalářská práce a jsou podrobněji rozebrány v dalších oddílech.

3. Cesty k zaměstnávání OZP na volném trhu práce

Jak je patrné z první kapitoly, lidé s duševním onemocněním mají značně omezené možnosti, co se týče vykonávání náročnějších pracovních činností. Na vině může být zvýšená citlivost na stresové faktory pracovního prostředí, snížená schopnost vykonávat systematickou činnost nebo nízká úroveň sociability. U některých duševních onemocnění také dochází k poškození mozkových funkcí do té míry, že se jedinec musí učit určitým základním úkonům a dovednostem, ačkoli je před propuknutím nemoci ovládal. Nepříliš ojediněle se také stává, že jedinec nejen, že nemá žádnou zkušenost se zaměstnáním, ale často nemá ani potřebné vzdělání nebo praxi v oboru, a proto nemá intenci se sám o pracovní místo ucházet, případně je při ucházení odmítán (Beranová, 2017). V této nelehké situaci nabízí osobám s duševním onemocněním pomocnou ruku léčebná zařízení a sociální péče. Zpočátku je prioritou stabilizovat jedincův zdravotní stav.

Před nastoupením do odpovídajícího zaměstnávání se tak jedinec s duševním onemocněním setkává s pracovní činností v různých podobách a mírou zátěže. Ty jsou podrobněji rozebrány níže.

3.1. Pracovní terapie

V prvních fázích je práce součástí léčebné terapie, která napomáhá hlavně ke zlepšení zdravotního stavu a psychosociálních dovedností. S touto metodou se jedinec setkává již prostorách psychiatrického zařízení. Nejde ani tak o zaměstnání, ale o to, aby se nemocní jedinci naučili vykonávat systematickou činnost. Taková práce má podobu převážně jednoduchých manuálních prací, jako je práce na zahradě, péče o zvířata nebo vyrábění drobných předmětů. Tato forma pracovní činnosti slouží především k nastolení psychické pohody a lepší koncentraci, případně pak k odstranění některých poruch chování. Jedinec ze sebe také může mít dobrý pocit, jelikož rychle vidí výsledky své práce (Broukalová, 2003 in Beranová, 2017).

3.2. Train and Place přístup - Chráněná a tréninková pracovní místa

V dalších fázích přichází dodává pracovní činnosti podobu podpory v získávání sociálních dovedností, a to v prostorách chráněných tréninkových dílen a podniků. Zde se počítá s tím, že jedinec dlouho nebo dokonce nikdy nepracoval a má pro vykonávání činnosti omezené kompetence. Z toho důvodu je na pracovišti k dispozici asistence terapeuta, sociálního pracovníka a jiných odborníků a jedinec má přizpůsobené pracovní podmínky. Je zde menší odpovědnost za vykonanou práci, dostatek času na provedení činnosti, prostředí je méně stresující (Kondrátová, Winkler; 2017; Beranová, 2017, Corrigan, McCracken, 2005).

Chráněná a tréninková pracovní místa mají nejčastěji podobu dílen, kaváren či jiných restauračních zařízení. Osoby s duševním onemocněním zde mají možnost navyknout si rytmu běžného života.

Příkladem může být práce v tréninkové kavárně. Jedinec musí ráno v danou dobu vstát, reprezentativně se obléct a včas dojít do práce. V podniku se střetává s kolegy, tedy dalšími lidmi s duševním onemocněním, a tím má možnost navazovat sociálních vazby. Zároveň se setkává a komunikuje s množstvím neznámých lidí, tedy zákazníků, z řad veřejnosti. Má určité dané povinnosti a zodpovědnost, jako uklidit nebo přinést objednaný nápoj či pokrm.

Zároveň se zde bere ohled na klientovo zdravotní omezení. Je akceptováno, že provedení těchto úkonů potřebuje více času a když si neví rady, má se na koho obrátit. Důležité také je, že za svou činnost poprvé dostává drobný finanční obnos (Beranová, 2017; Kondrátová, Winkler, 2017, Corrigan, McCracken, 2005).

Mezi chráněná a tréninková pracovní místa patří také zaměstnání, při kterých se má jedinec možnost dostat do prostoru trhu práce, zároveň má ale neustále možnost podpory a bere se v potaz jeho zdravotní omezení. Takové pracovní místo již není vedeno sociálními službami, ale je ukotveno v legislativě, dle § 75/1 zákona o zaměstnanosti. V rámci institutu povinného plnění mají zaměstnavatelé s více než 25 zaměstnanci povinnost zaměstnávat minimálně 4 % osob se zdravotním postižením z celkového počtu zaměstnanců nebo odkupovat výrobky z podniků, kde OZP pracují. Na základě smlouvy s Úřadem práce tak může být vytvořeno pracovní místo v běžných pracovních podmínkách. Osobám se zdravotním postižením je nabídnuta pracovní pozice na volném trhu práce, která je ale přizpůsobena jejich kompetencím a speciálním požadavkům a potřebám. Zaměstnavatel dostává za zaměstnávání OZP příspěvky jak na úpravu pracovního prostředí, tak příspěvky na mzdu (Beranová, 2017).

3.3. Place and Train přístup – Podporované zaměstnávání

Další možností je služba Podporovaného zaměstnávání, případně její více strukturovaná a na určité metodice postavená varianta, IPS (Individual Placement and Support). Ta je většinou realizována pod záštitou sociálních služeb a její intencí je integrovat osoby s duševním onemocněním na volný trh práce. Vychází se z předpokladu, že každá osoba je schopna pracovat a vykonávat určitou činnost, bez ohledu na omezení, pokud se jí k tomu vytvoří odpovídající pracovní podmínky. Sociální služby komunikují se zaměstnavateli, kteří jsou ochotni zaměstnat OZP a mají tak určitou databázi daných pozic, ze kterých je pak jedinci nalezeno místo, které odpovídá jeho požadavkům a kompetencím. Zároveň má neustále dostupnou podporu sociálních a klíčových pracovníků, kteří mu pomáhají se zaškolováním se a s potížemi, se kterými se může na pracovišti potkat. Zatímco u předchozích variant zaměstnávání se pracovalo s tím, že jedinec nejdříve absolvuje určitou přípravu, která mu dodá schopnosti a dovednosti a až poté nastoupí na volný pracovní trh, zde tato příprava probíhá simultánně. Tento model zaměstnávání je obecně hodnocen velmi pozitivně, a to i delším časovém horizontu. Mezi hlavní přínosy se řadí zvýšená kvalita života, vyšší sebevědomí a snížení symptomů nemoci. Díky tomu se jedinec postupně osamostatňuje, je méně závislý na pomoci odborníků i na zdravotnických službách. IPS tak výrazně snižuje pravděpodobnost výskytu relapsu a je významným pomocníkem na cestě k zotavení. Díky tomu může být tento model výrazně efektivní z hlediska nákladů díky menšímu využívání zdravotnické péče (Kondrátová, Winkler, 2017; Beranová, 2017, Larson et al., 2007; Burns, 2007).

Výše uvedené možnosti zaměstnávání zde byly představeny v určité posloupnosti, přičemž hlavním kritériem byla míra autonomie a zdravotní stav jedince (tedy, že v léčebných zařízeních je na tom jedinec, co se týče zdravotního stavu, nejhůře a potřebuje největší míru asistence, zatímco účast práce za pomoci Podporovaného zaměstnávání nebo pozice peer konzultanta, který bude představena v následujících

oddílech, předpokládá stabilizovaný zdravotní stav a menší míru potřeby externí pomoci). Druhým kritériem byla asistence odborníků a sociálních pracovníků.

Mimo tuto tradiční, a především pak doporučovanou cestu, pak stojí alternativa, při které se osoby s duševním onemocněním rozhodnou ucházet se o zaměstnání na volném trhu práce nezávisle, tedy bez odborné pomoci.

3.4. Zaměstnávání bez asistence

Nejvíce riskantní alternativou z cest, kterými se lidé s duševním onemocněním uplatňují na volném trhu práce, je ucházení se o zaměstnání na vlastní pěst, tedy bez pomoci jakéhokoli odborníka. Člověk s duševním onemocněním zde má na výběr ze dvou možností a to, zda svou diagnózu přiznat či nikoli.

Pokud o své diagnóze informuje zaměstnavatele, může se setkat s tím, že tento fakt bude akceptován stejně jako určité výkyvy a situace, kdy bude jedinec z kvůli nemoci méně efektivní, a budou mu upraveny pracovní podmínky, ačkoli tím dává v sázku nárok na sociální podporu, na níž zaniká právo právě nástupem do zaměstnání. Častěji se ale stává, že se jedinec při svěření diagnózy setkává s negativními postoji. Pokud se svěří již při ucházení se o práci, může být rovnou odmítnut. Pokud se tak stane v průběhu zaměstnávání, může být za svou nemoc začít být odsuzován nebo dokonce propuštěn. Přesto existuje ještě riskantnější alternativa, a tou je zatajování diagnózy. Hlavními intencemi je právě snaha vyhnout se předsudečným postojům a nepřijít o sociální podporu. Zde ale jedinec velmi riskuje, jelikož je vystaven stresujícím faktorům, na které nemusí být zcela připraven. Působení v zaměstnání na volném trhu práce za takových podmínek proto může mít velmi negativní vliv na zdravotní stav jedince (Stratton et al., 2018; Brohan et al., 2012; Jones, 2011).

3.5. Pozice peer pracovníka

U této možnosti zaměstnání se nejedná, na rozdíl od předchozích jmenovaných, zdaleka ani tak o metodu zaměstnávání, jako přímo o pracovní pozici. Peer je obecně jedinec, který disponuje určitou charakteristikou, v tomto případě zkušeností s duševním onemocněním, která mu poskytuje jedinečné vědomost a znalosti, jejichž sdílením může následně výrazně pomoci jiným. Peer pracovník v této oblasti je tedy osoba pracující nejčastěji v sociálních službách nebo lékařských zařízeních. Jeho pozornost je orientována na osoby s duševním onemocněním, zároveň však spolupracuje i se zdravou veřejností. Jeho hlavním pracovním nástrojem je vlastní příběh a zkušenost s duševním onemocněním. Peer pracovník je tak zároveň osobou s duševním onemocněním, zároveň odborník a profesionál. Jeho spolupráce s ostatními uživateli psychiatrické péče je založena na vzájemné podpoře a porozumění. Uživatelé psychiatrické péče se s ním mohou cítit komfortněji, a mohou využít jeho podpory a rady vyplývající z peerovy vlastní zkušenosti. Odborníci, se kterými peer pracovník spolupracuje, zase čerpají z jeho znalostí při vyvíjení intervencí a spolupráci s lidmi s duševním onemocněním. Náhled člověka se zkušeností může být v tomto ohledu výrazným obohacením. Sám peer pracovník touto činností získává zaměstnání, jež se vyskytuje na volném trhu práce, zároveň je zde bráno v potaz jeho zdravotní omezení. Tato práce mu také přináší nejen stálý příjem, ale také nové možnosti navazování sociálních vazeb díky práci s klienty a stálému pracovnímu kolektivu. Zároveň dostává příležitost se sám realizovat, dochází k nárůstu sebevědomí, víry ve vlastní schopnosti a autonomie (Repper, Carter, 2011, Foitová et al., 2016). Jelikož je tato pracovní pozice hlavním předmětem této práce, jednotlivé aspekty budou podrobněji rozebrány v následujících kapitolách.

3.6. Zhodnocení možností zaměstnávání

Z výše zmíněných možností zaměstnávání, či lépe příležitosti, při kterých se osoby s duševním onemocněním mají příležitost setkat s určitým druhem pracovní činnosti, se nyní nabízí vytvořit určité zhodnocení. Z důvodu odlišného konceptu byla z hodnocení vynechána Pracovní terapie, která sice patří mezi klíčové prvky pro připravení jedince na život, který není omezován duševní nemocí, podobou se ale řadí spíše mezi léčebné metody redukcující symptomy nemoci, podobně jako vedená terapie či užívání medikace.

Koncept předpracovního tréninku a práce v chráněném prostředí má řadu nedostatků, na které je často upozorňováno. Mezi ty patří například nedostatečné mzdové ohodnocení. Důraz je totiž stále kladen především na nácvik a pracovní rehabilitaci a až druhotně na možnosti přivýdělku. Podle Corrigan a McCrackena (2005) představuje tento model nepotřebný mezistupeň mezi pobytem v léčebném zařízení a volným pracovním trhem, který jen nutí uživatele přizpůsobovat se novému prostředí a kolektivu. Také dodávají, že takto specifické podmínky jedince s duševním onemocněním stejně nemůže připravit na všechny situace a rizika pracovního trhu. A jelikož má poměrně uzavřený charakter, může vést navíc k sociální izolaci. Spolu s Rinaldim et al. (2008) a Kondrátovou s Winklerem (2017) se také shodují na tom, že mohou v lidech s duševním onemocněním vzbuzovat pocit vlastní nedostatečnosti a nepřipravenosti. Klienti se tak stávají závislými na prostředí chráněných zaměstnání a nedochází tak k jejich posunu na volný pracovní trh, ačkoli se jedná o jeden z původních záměrů tohoto typu služby.

Služba podporovaného zaměstnávání je naopak velmi dobře hodnocenou službou (Larson et al., 2007; Larson, 2008; Cook, 2005; Besse et al., 2017). Jedinec má možnost zažít si pracovní prostředí nechráněného pracovního trhu na vlastní kůži, zároveň má ale k dispozici téměř nepřetržitou podporu. Zaměstnání je mu vybíráno tak, aby vyhovovalo jeho potřebám a kompetencím, aby ho určitým způsobem motivovalo a

přispělo k osobnímu růstu a autonomii. Zároveň se jedná o zaměstnání za které, na rozdíl od chráněných a tréninkových míst, dostává odpovídající mzdové ohodnocení, a které tak zlepšuje jeho socioekonomickou situaci. Cook s kolegy (2005) porovnávali efektivnost služby podporovaného zaměstnávání s poradenskými službami. Jedinci operující pod službou podporovaného zaměstnávání byli v práci efektivnější, projevovali větší ochotu pracovat a dříve získávali pocit autonomie. V neposlední řadě generovali také vyšší měsíční příjem. Besse et al. (2017) dodávají, že tato forma podpory signifikantně snižuje hladinu stresu, který mohou uchazeči pociťovat při vstupu na nechráněný pracovní trh.

Spolu s pozicí peer konzultanta představuje metoda Podporovaného zaměstnávání nejefektivnější způsob, jak se osoby s duševním onemocněním integrovat na trh práce. Oba způsoby zaměstnávání jsou pozitivně hodnoceny z hlediska redukce psychiatrických symptomů, prevence hospitalizace, nárůstu sebevědomí a autonomie. Stejně tak obě varianty přináší možnost finančního ohodnocení, jež má ambici pokrýt jejich životní náklady (Bond et al., 2001; Moran et al., 2012; Simpson et al., 2017).

Pro shrnutí této kapitoly je tedy možné vyhodnotit Podporované zaměstnávání, spolu s pozicí peer konzultanta, jako nepříhodnější možnosti zaměstnávání osob s duševním onemocněním na volném trhu práce.

4. Pozice peer konzultanta

Slovo „peer“ nemá v českém jazyce dostatečně vystihující ekvivalent. Jak uvádějí Fojtová et al., 2016, „Nejblíže je „druh“ nebo „osoba stejného stavu“ (p.8). Označujeme jím tedy člověka, který disponuje určitou charakteristikou, pro kterou je spojován s jinou osobou či spíše celými skupinami. Danou charakteristikou je v tomto smyslu míněna zkušenost, ze které vyplývají jedinečné znalosti, které osoba může předávat dál a poskytovat tak užitečné rady a podporu pro druhé.

Mead et al. (2001) dodávají, že významnými složkami je respekt, zodpovědnost, a sdílená zkušenost, která umožňuje, aby byl daný jedinec schopen vžít se do situace druhého nebo druhých. Jde o schopnost propojení a identifikování se s druhými. Jedinec s určitým problémem či disabilitou, kterému je poskytnut tento druh podpory pak postupně přestává sám sebe vnímat na základě svého omezení, chápe, že v tom není sám, přestává být druhými souzen a namísto toho nalézá pochopení. To pak v ideálním případě vede k nabytí dostatečné motivace k tomu, aby sám přebíral iniciativu a postupně začal vést plnohodnotný život. Peer podpora může být využita v mnoha oblastech, například u lidí závislých na alkoholu nebo drogově závislých, pro lidi bez domova nebo také ty s duševním onemocněním.

4.1. Peer podpora v oblasti duševního onemocnění

Peer podpora je nedocenitelná také v oblasti duševního onemocnění. Na duševní onemocnění přestává být nahlíženo jako na stigma a přítěž, kterého se nelze zbavit. Člověk s duševním onemocněním díky peer podpoře přestává být definován a hodnocen jen na základě diagnózy. Jsou zdůrazňovány i jiné atributy a role jedince, fakt, že mohou nemoc překonat, zotavit se a vést plnohodnotný život.

Sdílená zkušenost zde figuruje ve dvou významných rolích. Svým příběhem, od první ataky a hospitalizace, až po zotavení, dokládá peer konzultant lidem s duševním onemocněním, že se lze z nemoci uzdravit. Díky tomu, že si prošel obdobnými etapami a prožil podobné strasti, které se mu povedlo překonat, dodává ostatním naději, že mohou dokázat to samé. Díky zkušenosti je také peer konzultant schopen vžít se do situace ostatních lidí s duševním onemocněním a lépe jim naslouchat. Peer konzultanti pracují také se zdravou populací. Jsou součástí týmu v sociálních službách nebo se účastní přednášek pro veřejnost a poskytují „pohled z druhé strany“, tedy pohled, názory a vizi lidí s duševním onemocněním. Dokládá, že lidé s duševním onemocněním nejsou jen nebezpeční a nesvéprávní, ale mohou žít plnohodnotný život, pokud se jim dá prostor a příležitost (Foitová et al., 2016).

4.2. Efektivnost působení peer konzultanta v péči o lidi s duševním onemocněním

Role, jakou mají peer konzultanti v péči o další osoby s duševním onemocněním, by se dala shrnout do dvou zastřešujících funkcí. Tou první je emocionální podpora, ke které patří porozumění, motivace a figurování jako vzor („když jsem to zvládl já, zvládnete to také“). Druhou je pak poradenství, které vyplývá z osobní zkušenosti s nemocí nebo se službami. Jejich způsob podpory je pak odlišný od té, která je poskytována jinými odborníky, například lékaři či terapeuty.

Zatímco pomoc odborníků je založená na generovaných znalostech a může být rigidní a postrádat individuální přístup, peer podpora je jejími uživateli uznávána pro svou vstřícnost, důvěryhodnost a víru v autonomii jedince. Primárním výstupem této služby je pak to, že osoba s duševním onemocněním získá sílu pro podniknutí dalších kroků, které se týkají jeho osobní cesty za zotavením a schopností žít plnohodnotný život. To zahrnuje větší emocionální pohodu, rezistenci vůči stigmatizujícím postojům okolí, větší sebevědomí, pocit zodpovědnosti a víra ve vlastní schopnosti.

V reálném životě je pak jedinec schopen větší sociability. Více komunikuje, je schopen lepšího vystupování ve společnosti a snadněji navazuje sociální vazby (Forchuk et al., 2005). Je schopen se sám edukovat o své nemoci, díky čemuž snižuje sebestigmatizaci vzniklou na základě diagnózy, a následně také lépe pracovat s příznaky nemoci. Díky tomu předchází zhoršení zdravotního stavu a riziku rehospitalizace (Chinman et al., 2001, Mead et al., 2001). V kontextu zaměstnání to pak znamená, že jedinec vnímá daleko méně překážek, které by mu jinak stály v cestě k dosažení uspokojivého zaměstnání. Má menší sklony tajit zaměstnavateli a spolupracovníkům, že má duševní onemocnění, je více rezistentní vůči stresujícím faktorům, které ho mohou v práci potkat, případné negativní důsledky je schopen brát v potaz a předcházet vniku zhoršení zdravotního stavu včasným vyhledáním odborné pomoci.

4.3. Náplň peer pracovníka v oblasti duševního onemocnění

Dle Foitové et al. (2016) můžeme rozlišit čtyři role a oblasti, ve kterých se může peer pracovník se zkušeností s duševní onemocněním realizovat. Jedná se o role konzultanta, lektora, poradce a výzkumníka. Ačkoli se tato práce bude primárně orientovat pouze pozici na peer konzultanta, zde je pro představu uvedena náplň práce i ostatních pozic:

- Peer lektor – jeho služby jsou využívány při profesní přípravě a dalším vzdělávání budoucích pracovníků pro oblast duševního zdraví.
- Peer poradce – jak už vyplývá z názvu, tento pracovník nachází uplatnění v poradenských službách. V praxi to znamená působení například internetových poradnách.
- Peer výzkumník – vede výzkumnou práci nebo spolupracuje s ostatními výzkumníky.

- Peer konzultant – své místo nachází v multidisciplinárních týmech pro oblast péče o duševní zdraví. Vedle odborníků, jako jsou psychiatři, psychologové či terapeuti, kteří operují především získanými dovednostmi a znalostmi, nabízí peer konzultant individuální zkušenosti a přináší tak jedinečný vhled do této problematiky.

Podle Rebeiro-Gruhlové a kolegů (2015) jsou hlavními pracovními aktivitami peer konzultantů komunikace a spolupráce, ať už přímá nebo po e-mailu a telefonu, vyplňování dokumentace, docházení na týmové porady a účast na skupinových aktivitách.

Obecně se ale přesné vymezení působení peer konzultanta liší v závislost na oblasti, ve které se realizuje. Dle Foitové et al. (2016) se může peer konzultant věnovat individuálně klientovi s duševním onemocněním, a to jak v prostředí léčebného zařízení, tak v klientovo přirozeném prostředí. Nápomocen však může být i rodinným příslušníkům osob s duševním onemocněním. Samotným osobám s duševním onemocněním může poskytnout řadu rad nebo být přítomen jako podpora a asistence při docházení na úřady, návštěvách lékaře či se s ním účastnit kulturních událostí, například výstav, divadelních představení a podobně. V organizacích může být pomocí pro klienty, kteří nechtějí spolupracovat s odborníky, být přítomen nebo přímo sám organizovat skupinové aktivity. Mezi práce pro větší množství lidí patří již zmíněné skupinové aktivity (v organizacích sociálních služeb, léčebných zařízeních nebo v prostředí svépomocných skupin), vystupování na přednáškách pro veřejnost, nebo participace na destigmatizačních aktivitách. Jako člen týmu v organizaci patří mezi jeho povinnosti také vedení dokumentace, účastní se týmových porad, intervizí a supervizí, přizván může být k vytváření plánů a metodik pro práci s klienty.

Peer konzultant tak výrazně pomáhá v propojení osob s duševním onemocněním a personálem zařízení nebo členem týmu sociálních služeb, případně mezi domácím prostředím pacienta a psychiatrickým zařízením nebo střediskem sociálních služeb.

Svou přítomností vytváří prostředí, kde se uživatel služby cítí bezpečně a přívětivě a kde může mluvit s lidmi, se kterými má něco společného.

Svým kolegům pak nabízí jiný pohled na danou problematiku, ze kterého můžou dále čerpat při vytváření dalších plánů a aktivit (Foitová et al., 2016; Janzet et al., 2006 in Rebeiro-Gruhl et al., 2015).

4.4. Benefity pozice pro peer konzultanty

Zastáváním pozice peer konzultanta a vykonáváním s ní spojených činností mohou osoby s duševním onemocněním výrazně pomoci nejen svým klientům a spolupracovníkům, ale také samy sobě. Mezi profity patří zvýšená sebedůvěra a víra ve vlastní schopnosti, které jsou důležité nejen pro jednání v oblasti práci, ale také v každodenním životě. Dochází také k redukci sebestigmatizace, projevů psychiatrických symptomů a tím pádem také snížení rizika rehospitalizace (Repper, 2011, Mowbrow, 1998). Díky absolvovanému vzdělání, potřebnému pro vykonávání tohoto zaměstnání mají také peer konzultanti možnost generovat nové znalosti ohledně duševních nemocí, jež jim mohou výrazně pomoci s vypořádáváním se vlastním onemocněním a dále pracovat na vlastním zotavení. Díky tomu, že pozice sestává především z práce a komunikace s dalšími lidmi, zlepšují peer konzultanti vlastní emoční inteligenci, interpersonální dovednosti nejen v běžné komunikaci a vytváření sociálních vazeb, ale také ve speciálních situacích, jako je komunikace s lidmi, nejčastěji klienty, jež jsou více uzavření a nepřístupní, nebo se projevují více agresivně (Moran et al., 2012; Simpson et al., 2017, Repper, 2013). Výrazný rozdíl oproti jiným zaměstnáváním je terapeutický účinek vyplývající ze sdělování svého příběhu, případně účasti na supervizích (Rebeiro-Gruhl et al., 2015).

Celkově je pak pozice peer konzultanta hodnocena pozitivně z hlediska poskytnutí základních aspektů pracovního místa, jako je jistota příjmu a vykonávání smysluplné aktivity, ale také jako poskytující pokrytí hlubších hodnot, jako je pocit naplnění z pomáhání druhým nebo pocitu ocenění (Moran, 2012; Moran 2013; Repper, Carter, 2013).

4.5. Negativní aspekty pozice peer konzultanta

I přes to, že je tento druh zaměstnání účelně vytvořen pro lidi se zdravotním omezením, a tudíž bere v potaz určité zdravotní omezení a je vyvinuto úsilí k předejití ohrožení zdravotního stavu, skýtá pozice peer pracovníka několik negativních aspektů, s nimiž je osoba s duševním onemocněním, jež se tuto práci chystá vykonávat, nucena vypořádat.

Mezi často zmiňované nevýhody patří nejasné vymezení role peer konzultanta při spolupráci s ostatními členy týmu a při interakci s klienty. Peer pracovník balancuje mezi rolí člena týmu-profesionála a „normální“ osobou s duševním onemocněním. Například lékař je ve vztahu k osobám s duševním onemocněním poměrně jasně nadřizen, drží si od nich určitý profesionální odstup. Díky lékařskému vzdělání, jež ho činí kompetentním vykonávat danou činnost, jsou jeho rozhodnutí důvěryhodná, navíc má pravomoci určitá rozhodnutí a doporučení činit a dané rozmezí, v jakých tak může činit. Podobně je na tom sociální pracovník a další odborníci pracující s lidmi s duševním onemocněním. Naproti tomu peer pracovník nemá takovou roli jasně stanovenou. Díky ze své zkušenosti vyplývajícím znalostem je „odborníkem na vlastní duševní onemocnění“ (Foitová et al., 2016, p. 16). Mezi hlavní požadavky na schopnosti peer konzultanta patří vlastní schopnost sebereflexe (tedy zdrženlivost s ohledem na své zdravotní omezení a toho, co by si ve vztahu ke klientům měl a neměl dovolit), znalost konceptu zotavení a vlastního příběhu; a dále pak vlastnosti a schopnosti sociální jako komunikativnost a přátelský přístup ke klientům.

Neměl by podnikat zásadnější intervence konkurující lékaři, sociálnímu nebo klíčovému pracovníkovi, například radit ohledně užívání medikace (Foitová et al., 2016; Kemp, Henderson, 2012, Rebeiro-Gruhl et al., 2015).

Při spolupráci s ostatními členy týmu mohou být také peer konzultanti pro svůj nedostatek kompetencí podceňování nebo bráni méně vážně (Simpson et al., 2017). Pro peer pracovníky také může být obtížné stanovit si hranice ve vztahu s klienty. S těmi sdílí zkušenost s duševním onemocněním, často s nimi podniká řadu aktivit, oproti ostatním odborníkům v týmu vystupuje v daleko méně formální roli, na druhou stranu by se ale pro klienta neměl stát přítelem. Ve vykonávané činnosti se tak setkává s řadou rozporů. Peer konzultantem je člověk s duševním onemocněním, zároveň odborníkem, ale jen do určité míry. Ve své roli odborníka je daleko méně formální a daleko více přívětivější a přátelštější, ale opět jen do určité míry. Obě tyto hranice jsou obtížně stanovitelné. Pro peer konzultanta tak může být pochopení jeho role v péči o osoby s duševním onemocněním místy matoucí a obtížné (Ahmed et al., 2015; Foitová et al., 2016; Simpson et al., 2017).

Další riziko, se kterým se v osoba s duševním onemocněním může v tomto typu zaměstnání setkat, je větší množství rizikových faktorů. Jak bylo řečeno na začátku této kapitoly, pozice peer konzultanta sestává z množství dílčích aktivit, majoritně pak s prací s lidmi. Peer konzultant se tak množstvím práce může cítit zahlcen, případně si nemusí vždy vědět rady s klienty, kteří nebudou chtít určitým způsobem spolupracovat. Je proto třeba, aby byl peer schopen určité sebereflexe a uměl on, případně někdo z jeho spolupracovníků, tyto faktory rozpoznat a řešit včas s peerovým lékařem a peerovým týmem (Moran et al., 2013; Rebeiro-Gruhl et al., 2015).

4.6. Porovnání pozice peer konzultanta s běžným zaměstnáním na volném trhu práce

Lidé s duševním onemocněním často stojí před otázkou, zda se o pozici na volném pracovním trhu vůbec ucházet (Honey, 2004). Zaměstnání na jednu stranu jedinci poskytuje řadu možností a může být v podstatě vstupenkou do běžného a nezávislého života, na druhou stranu se může negativně odrazit na zdravotním stavu.

Zaměstnání na volném trhu práce předpokládá zvýšenou odpovědnost a samostatnost jedince, méně rutinní a předvídatelnou pracovní činnost nebo také větší potřebu interakce s množstvím různých lidí. Tyto faktory mohou lidem s duševním onemocněním způsobit výraznou zátěž, jež v tom nejhorším možném důsledku znamená relaps, navrácení psychotického stavu nemoci a následnou hospitalizaci.

Larson a kolegové (2007) se zabývali právě výhodami a nevýhodami, které může volný trh práce skýtat pro lidi s duševním onemocněním. Mezi často zmiňované předpokládané výhody patřil vyšší příjem, lepší sebevědomí, osobnostní rozvoj, kontakt s novými lidmi a možnost navazovat nová přátelství, lepší pracovní dovednosti a finanční gramotnost a také možnost přijít na jiné myšlenky než na vlastní duševní onemocnění.

Účastníci si však uvědomovali i rizika daného pracovního uplatnění – například ztrátu sociální podpory či příspěvků na potřebnou medikaci, nutnost zvykat si na nový pracovní režim; případně změnu v rozpisu léků, větší pravděpodobnost výskytu stresových situací a interakce s novými lidmi, zvýšená úzkost z nově nabyté odpovědnosti či předpokladu, že budou na pracovišti čelit stigmatizujícím postojům ze strany některých spolupracovníků.

Roli může hrát i úroveň vzdělání. Propuknutí nemoci v brzkém věku může zapříčinit, že lidé s duševním onemocněním nedosáhnou dostatečné úrovně vzdělání, kvalifikace nebo nemají dostatečné pracovní zkušenosti, díky kterým by mohli dosáhnout

uspokojivého zaměstnání (Beranová, 2017). Často také dochází k tomu, že jsou osoby s duševním onemocněním, ač s dostatečnou úrovní vzdělání, dosazovány na spíše jednoduché, manuální, uklízací či servisní práce, které jsou navíc za minimální mzdové ohodnocení (De Tore et al., 2019).

V zaměstnání také osoby s duševním onemocněním mohou narazit na předsudečné postoje ze strany zaměstnavatelů. Kvůli nedostatečné osvětě zdravé veřejnosti ohledně charakteru duševního onemocnění jsou osoby s duševním onemocněním považovány za nespolehlivé, líné, případně dokonce nesvéprávné či své okolí ohrožující. Dle Winklera et al. (2015) by většina obyvatel nechtěla žít, vyskytovat se poblíž nebo pracovat s osobou s duševním onemocněním. Pokud uchazeč přizná, že má těžké duševní onemocnění, může ho zaměstnavatel odmítnout, předpokládajíc, že by mu potenciální nový zaměstnanec mohl působit potíže.

Jak již bylo řečeno, pozice peer konzultanta je poměrně specifickou možností zaměstnání pro osoby s duševním onemocněním na volném trhu práce. Zatímco ve zvyše zmíněných možnostech pracovního uplatnění figurovaly osoby s duševním onemocněním jako podřízení zaměstnanci, pozice peer konzultanta předpokládá poměrně rovnocenný vztah s ostatními členy pracovní skupiny

Při přijímání peer konzultanta se počítá s tím, že se jedná o člověka, který nemusí mít žádné pracovní zkušenosti nebo dostatečné vzdělání a cení se řada jiných atributů. Uchazeč také před nástupem do zaměstnání, případně dokonce po něm, prochází školením na jeho novou pracovní pozici, případně praxí či dokonce vzděláním v oblasti sociálních služeb, jež ho na vykonávání pracovní činnosti připraví.

Na rozdíl od ostatních zaměstnání, ve kterých osoby s duševním onemocněním převážně operují, a které jsou rutinního a manuálního charakteru, peer konzultant, ač je jeho pozice také určitým způsobem vymezena, má pole působnosti daleko více různorodé a navíc pracuje, a to není pro tento druh zdravotního postižení příliš typické, nejčastěji s lidmi. Z toho můžou vyplývat uvedená negativa v podobě nejasně

vymezené role a stresové zátěže, která by měla být reflektována jak samotným peer konzultantem, tak členy pracovního kolektivu.

4.7. Zapojování peer konzultantů do systému péče o duševní zdraví

Ačkoli byla pozice peer konzultanta součástí služeb orientovaných na oblast péče o duševní zdraví již v roce 2001 ve Spojených státech a ve více standardizované podobě pak v Holandsku o čtyři roky později, do České republiky se tento koncept dostává až s poměrně výrazným zpožděním, a to kolem roku 2013 (Davidson, 2007; Foitová et al., 2016; Říčan, 2016). Hlavním účelem je pak přispět k reformě psychiatrické péče, proto bude v krátkosti představena:

Reforma psychiatrické péče spočívá v přemístění léčby osob s duševním onemocněním z prostor velkých léčeben do Center duševního zdraví. Tento typ služeb pak nabízí flexibilnější možnost péče o lidi s duševním onemocněním a příležitost zotavovat se v jejich přirozeném prostředí. V ústředí této služby je pak multidisciplinární tým. Ten pak představují odborníci z různých oblastí péče osoby s duševním onemocněním, tedy psychiatr, psycholog, terapeut, sociální pracovník a psychiatrické sestra. Součástí tohoto týmu je pak také právě peer konzultant (Raboch, Wenigová, 2012).

Prvním, kdo začal zapojovat peer konzultanty do oblasti péče o duševní zdraví se stalo Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. To realizovalo na přelomu roku 2013-2014 pilotní projekt ve spolupráci s Holandským Centrem duševního zdraví, který spočíval v pětidenní stáži u zahraničního partnera. Té se zúčastnili jak uchazeči o pozici peer konzultanta, tak poskytovatelé sociálních služeb. Poté následovala roční placená stáž u celkem deseti organizací po celé České republice, realizujících se v oblasti péče o duševního zdraví. Díky tomuto projektu bylo umožněno prvním deseti jedincům realizovat se v pozici peer konzultanta.

Většina jedinců zůstala v dané organizaci i po ukončení stáže a sledování projektu. Tyto peer konzultanti se tak stali prvními zaměstnanci organizací, a to na poloviční úvazek (Foitová et al., 2014).

Na základě stáže a kooperace se zahraničními partnery se pak podařilo vytvořit materiály a manuály, které se daly aplikovat na české prostředí. Výsledkem je také pětidenní kurz, který má poskytnout potenciálním peer konzultantům potřebné znalosti a dovednosti pro vykonávání pozice bez toho, aby pro jejich nabytí museli jezdit do Nizozemí jako jejich předchůdci. Svou nezávislost na zahraničních partnerech, stejně jako účinnost kurzu pak Centrum péče o duševní zdraví otestovalo v dubnu 2015, ve spolupráci s dalšími sedmi českými organizacemi, ve kterých mají noví peer konzultanti aplikovat v kurzu nabyté znalosti, a to během půlroční placené stáže.

Zatímco v pilotním projektu se hodnotí přítomnost konzultanta jako celek, po realizaci tohoto projektu se začínají akcentovat jednotlivé prvky spolupráce, například míra asymetrie ve vztahu peer konzultant x pacient, do jaké míry má peer přístup k dokumentům či na jakých činnostech by se měl a neměl podílet. I v tomto případě je spolupráce hodnocena pozitivně a peer konzultanti setrvávají v daných organizacích i po skončení projektu (Paleček, Říčan; 2015).

Během let 2015-2016 pak začíná spolupráce s pražskými organizacemi, a především pak s psychiatrickou nemocnicí Bohnice. Spolupráce spočívala především v „zajištění vzdělávání, metodické podpory, konzultací a supervizí pro peer konzultanty i zúčastněné týmy“ (Foitová et al., 2016, p. 5). Peer konzultanti se v tomto roce poprvé dostávají nejen do organizací sociálních služeb, ale také do prostor psychiatrických nemocnic.

Psychiatrická nemocnice v Bohnicích se díky tomu stává první lékařskou institucí v České republice, která využívá služeb peer pracovníků. Jelikož jde o již třetí projekt realizovaný Centrem pro rozvoj péče o duševní zdraví, integrace peerů a jejich počínající kooperace se zbytkem týmu probíhá poměrně v poklidu. I zde setrvávají peer konzultanti jako zaměstnanci i po skončení projektu (Foitová et al., 2016).

Poslední intervencí zapojující peer konzultanty do oblasti péče o duševní zdraví byl pak projekt realizovaný v letech 2017-2018. Během něj bylo mobilizováno dalších 11 organizací či jejich poboček, které do té doby služeb peer konzultanta nevyužívaly. Jejich spolupráce probíhala na základě roční stáže, s šesti měsíční refundací mzdy, opět na poloviční úvazek, i zde se přítomnost s peer konzultanti jeví jako přínosná a efektivní a peer konzultanti v organizacích setrvávají po skončení projektu (Foitová et al., 2016; Říčan, 2016).

Co se týče uchazečů o pozici peer konzultanta, ve všech případech se jednalo o klienty spolupracujících organizací nebo členy svépomocných skupin jež se o realizování projektu dozvěděli a následně prošli výběrovým řízením a odpovídajícím školením.

4.8. Hodnocení zapojení peer konzultantů do oblasti péče o duševní zdraví

Přítomnost peer konzultanta v oblastech sociálních služeb v rámci výše uvedených projektech se prokázala, i přes pár organizačních problémů, jako velmi účinná, a to na více rovinách. Klienti oceňovali kooperaci na bázi vzájemné důvěry, fakt, že je peer konzultant ochoten podělit se o své zkušenosti s duševním onemocněním, a to včetně velmi nepříjemných a osobních okamžiků. Vívali také nový vhled na nemoc, který jim dodal naději, a pocit, že se s nemocí dá bojovat a že časem může, s přispěním vlastního úsilí, ustoupit.

Co se týče spolupracovníků, ti měli ze začátku především obavy z toho, jak bude spolupráce probíhat, jak se bude dařit zapojení peera do týmu a do jaké míry mohou peer konzultanta zatížit, aby to nemělo neblahý dopad na jeho zdravotní stav. Ve finále byla přítomnost peera hodnocena opět pozitivně. Spolupracovníci uváděli větší empatii a snáze pak komunikovali nejen s ostatními peery, ale také s klienty služeb (Paleček, Říčan; 2015, Zrnečková, Veselský, 2018)

U samotných peer konzultantů v projektech, zásadním nedostatkem byla nejasnost vymezení práce.

Peři často naráželi na fakt, že neví, co do jejich kompetence spadá a co už nikoli, spolupracovníci občas požadovali aktivity, které nespadali do působnosti peer konzultanta. Potíže se také objevovaly při nastavování hranic. A to například při komunikaci s klientem, kde hrála roli míra, do jaké se má klientovi otevřít a být kamarádem a do jaké míry má zachovat profesionální odstup. Problémovou oblastí se také ukázala míra povinností a aktivit, které měl peer konzultant pojmout a vykonávat, tak, aby to nemělo negativní dopad na jeho duševní zdraví. Tyto problémy se ale ukázaly jako odstranitelné, a to především prostřednictvím komunikace se zbytkem týmu, tedy vzájemného vyjasnění, co se týče náplně práce, a jeho možností a schopností co se týče zdravotního stavu. Důležitá byla také podpora peera ze strany spolupracovníků, a to, že se obě strany naučily rozpoznat, kdy už je na peera povinností příliš. Peer konzultanti nicméně po skončení projektu hodnotili spolupráci jako přispívající k osobnímu zotavení, a pociťovali vyšší sebevědomí a víru ve vlastní schopnosti, oceňovali smysluplnost práce a fakt, že mají možnost rozvíjet komunikační dovednosti. Pokud některý z peer konzultantů spolupráci ukončil předčasně, na vině nebyla vyšší míra stresujících faktorů způsobená novým zaměstnáním, ale bylo to především z důvodu nedodržování základních zaměstnaneckých návyků (například v podobě pozdních příchodů, opakované neplnění domluvených záležitostí a podobně), osobnost peer konzultanta, nebo

životní okolnosti které byl nucen peer řešit (Foitová et al., 2014; Foitová et al., 2016; Paleček, Říčan, 2015).

Později se sledoval také vztah mezi průměrným vzděláním a věkem peer konzultanta, a mírou stresu pociťovaného během práci v týmu. Věk se ukázal být faktorem, jen v případě v porovnání s průměrným věkem členů týmu, a to především v situaci, kdy byli kolegové starší než peer konzultant. Jedním z nabízených vysvětlení je nižší míra stigmatizace lidí s duševním onemocněním mladšími kolegy nebo zkrátka fakt, že mladší členové týmu zachovávají vůči peer konzultantům méně striktní profesionální přístup a spolupráce tak probíhá uvolněněji. U vzdělání se pak signifikance vůbec nepotvrdila. Větší míra stresu a případné problémy s kooperací se objevily jak u peerů s vyšším, tak s nižším vzděláním (Zrnečková, Veselský, 2018).

Co se týče uchazečů o pozici peer konzultanta, ve všech případech se jednalo o klienty spolupracujících organizací nebo členy svépomocných skupin, jež se o realizování projektu dozvěděli a následně prošli výběrovým řízením a odpovídajícím školením.

Z výše uvedeného je tak patrné, že pozice peer konzultanta je fenomén, který je pro služby v českém prostředí stále poměrně novinkou. Hlavním aktérem je pak především Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví. Jeho úloha by se tak dala shrnout do tří základních rolí. Za prvé zastává roli inovátora, jež se snaží přispět ke zlepšení péče o duševní zdraví přenosem zajímavého konceptu ze zahraničí. Ve druhém případě nabízí možnost zaměstnávání lidem s duševním onemocněním na volném trhu práce. V posledních letech, kdy se pozice peer konzultanta stále více integruje do péče o duševní zdraví a poptávka organizací po těchto pracovních stoupá, je pak Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví místem, kde se peer konzultanti, tedy jednoduše řečeno, pracovní síla pro tyto organizace, může naučit patřičným dovednostem. Tomu, jakým způsobem je pomoc peer konzultanta využívána v současné době, je věnována pozornost v následující, praktické části.

5. Praktická část – Analýza současného využívání služeb peer konzultantů

5.1. Výzkumné téma a cíle výzkumu

Pro praktickou část bakalářské práce bylo hlavním impulsem získat podrobnější informace o situaci v České republice z hlediska zaměstnávání peer konzultantů a charakteristikách této pozice, tedy jaký je jejich přibližný počet, v jakých oblastech se nejčastěji pohybují a kde berou své vzdělání pro vykonávání pozice. Práce tedy měla do jisté míry více explorativní charakter. Jedním z cílů bylo ale také porovnat výsledky s předcházejícími lety s tím, že, vzhledem k údajům obsaženým v předchozích šetřeních, byly hlavními proměnnými počet peer pracovníků a výše pracovního úvazku.

Nutno podotknout, že hlavní oblast zájmu se formovala postupně, v souvislosti s postupnou orientací v problematice, rešerší literatury a také na základě konzultace s pracovníky v Centru pro rozvoj péče o duševní zdraví, kteří mi poskytli bližší informace a posouzení, co je v tomto ohledu od samotných poskytovatelů služeb možné blíže zjistit a kam až sahá jejich přehled o spolupracujících peer konzultantech.

5.2. Příprava sběru dat

Jak již vyplývá z výše napsaného, rozhodla jsem se pro realizaci praktické části své práce oslovit Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví (CRPDZ), které je hlavním aktérem na poli zaměstnávání peer konzultantů na území České republiky. Jelikož data za tento rok nebyla k dispozici, odpovědí mi bylo, že si je mohu, pod jejich záštitou a s poskytnutými kontakty získat sama.

Samotnému sběru dat pak předcházela konzultace otázek. Jelikož se podobné mapování služeb peer konzultantů realizovalo již v minulosti, bylo nasnadě vycházet z otázek již využívaných – těmi byly základní otázky na aktuální počet peer konzultantů, jak dlouho peeri v organizaci působí, a výše jejich úvazku. Já sama do dotazníku přidala ještě otázku na pohlaví, oblast, ve které peer v organizaci působí a dotaz na způsob, jakým se vzdělával k vykonávání své pozice. Tyto otázky byly kompromisem mezi množstvím získaných informací a zamýšlenou přiměřenou délkou. Důležitým prvkem bylo také to, aby sami poskytovatelé měli o tázaných informacích přehled a eliminovat tak situace, kdy by bylo nutné informace složitě vyhledávat a poptávat, díky čemuž by se snižovala motivace dotazník zodpovídat. Důležitým faktorem bylo také vědomí, že budu, kromě rozesílání dotazníků v elektronické podobě, také doptávat jednotlivé poskytovatele telefonicky. I v souvislosti s tím bylo nutné vybrat takové otázky, na které budou moci respondenti rychle odpovědět, případně aby otázky nevyzněly troufale či respondenty jiným způsobem nezaskočily. Z toho důvodu byly, po konzultaci se zaměstnanci Centra, vynechány otázky na věk, dosažené vzdělání, absolvované dodatečné kurzy či diagnózu. V rámci rešerše literatury se navíc ukázalo, že tyto faktory nehrají v kooperaci s ostatními členy příliš velkou roli.

Bylo také třeba respondentům blíže nadefinovat, na co se vlastně ptáme. Jelikož řada organizací využívá služeb dobrovolníků se zkušeností s duševním onemocněním, kde se ale nejedná o peer konzultanta, byly hned v úvodu, vedle vysvětlení účelu dotazníku, uvedeny standardy peer konzultanta – tedy, že se jedná se o zaměstnance organizace, jenž pro své působení aktivně využívá svou zkušenost s duševním onemocněním, absolvoval vzdělání určené pro tuto činnost a který za svou činnost získává finanční obnos. Peer konzultant není dobrovolník, jenž v organizaci působí občasně a bez patřičných kompetencí.

Výsledný dotazník pak sestával z otázek na název pobočky organizace aktuální počet peer konzultantů, pohlaví peer konzultantů, oblast jejich působení, kde mohlo být vybráno i více odpovědí, výše úvazku, délka působení a způsob, jakým načerpali potřebné vědomosti pro vykonávání pozice.

Pro účely dotazování mi byl poskytnut firemní e-mail, ze kterého jsem pak rozesílala dotazníky, materiály s přehledy z minulých let a kontakty na poskytovatele služeb. Jedinou podmínkou pro spolupráci pak bylo, že jména spolupracujících informací či peer konzultantů nebudou nikde jinde, než pro účely bakalářské práce, dále šířeny.

5.3. Výzkumný soubor

Respondenty pro tento výzkum se stali poskytovatelé sociálních služeb na území České republiky. Hlavními podmínkami pro participaci na tomto výzkumu byla jejich orientace na osoby s duševním onemocněním, využívání služeb peer konzultantů a spolupráce s Centrem pro rozvoj péče o duševní zdraví. Využívání služeb peer konzultantů pak mělo spočívat ne pouze v krátkodobé participaci v jednom z projektů, ale dlouhodobá spolupráce na základě pracovní smlouvy, a tedy přijmutí peer konzultanta jako člena týmu, buď na částečný nebo celý úvazek.

Výzkumný soubor tak ve finále čítal 14 organizací, a dvě psychiatrické nemocnice, přičemž každé ze zmíněných zařízení měla dvě až osm menších poboček, ve kterých byli peer konzultanti zaměstnáni. Dohromady byly tedy získány odpovědi od 43 respondentů, s celkem sedmdesáti peer konzultanty. Jelikož se však v jednom případě jednalo o tzv. peer pečovatele, tedy rodinného příslušníka člověka s duševním onemocněním, a tudíž jiný koncept peer pracovníka, rozhodla jsem se ho do celkového počtu nezahrnout. Jde tedy o všechny organizace a lékařská zařízení, které se zaměřují na pomoc lidem s duševním onemocněním, v současné době zaměstnávají osoby s duševním onemocněním na pozici peer konzultantů a které v tomto ohledu spolupracují s Centrem pro rozvoj péče o duševní zdraví.

5.4. Průběh sběru dat

Sběr data probíhal ve dvou vlnách. Jako první byl dotazník vytvořený prostřednictvím Google Forms, rozesílaný na e-mailové adresy poskytovatelů, primárně pak přímých nadřízených peer konzultantů, tedy vedoucí týmů či vedoucí sociálních služeb. Kontakt na poskytovatele jsem získala buď od pracovníků Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví, častěji pak přes internetové stránky organizace. Součástí e-mailu bylo krátké vysvětlení účelu dotazníku a termín, do kterého měl být dotazník vyplněn.

Druhá vlna sběru dat pak spočívala v telefonickém dotazování. Kontaktovány pak byly ty pobočky, které buď nevyplnily předchozí dotazník, nebo v dotazníku uvedly neúplné informace. Mezi nejčastější chyby patřilo vyplňování informací za celou organizaci, a ne za pobočku organizace, čímž docházelo ke zkreslování informací z hlediska počtu peerů.

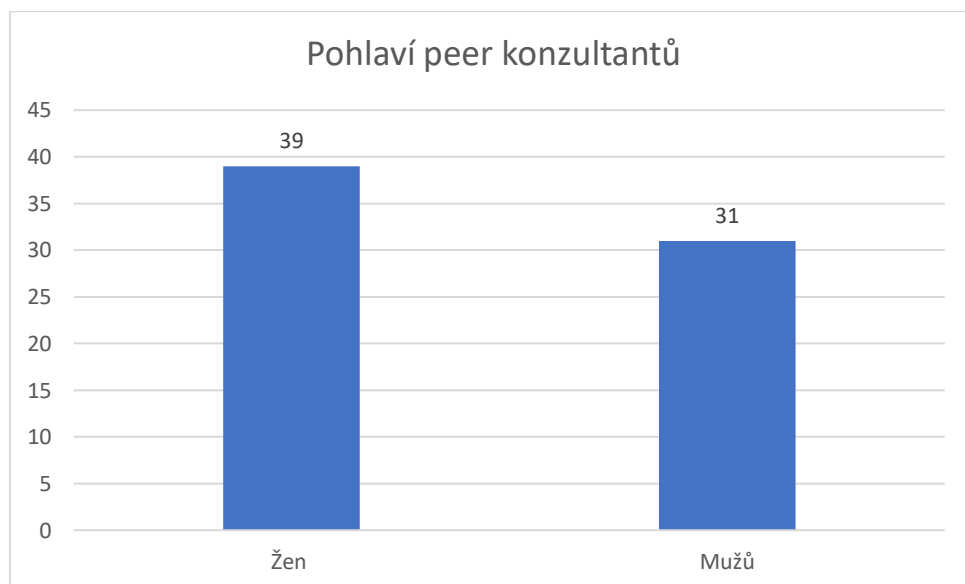
Zde jsem se v poskytovatelům představila jako stážistka Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví, znovu krátce vysvětlila účel projektu a zeptala se, zda chtějí poskytovatelé dotazník vyplnit po telefonu, či zda ho chtějí znovu zaslat na e-mailovou adresu. Jelikož se jednalo o poměrně krátký dotazník, většina poskytovatelů zodpověděla otázky po telefonu a já následně pouze přepsala odpovědi do elektronické podoby.

5.5. Analýza aspektů pozice peer konzultanta

5.5.1. Poměr mužů a žen mezi peer konzultanty

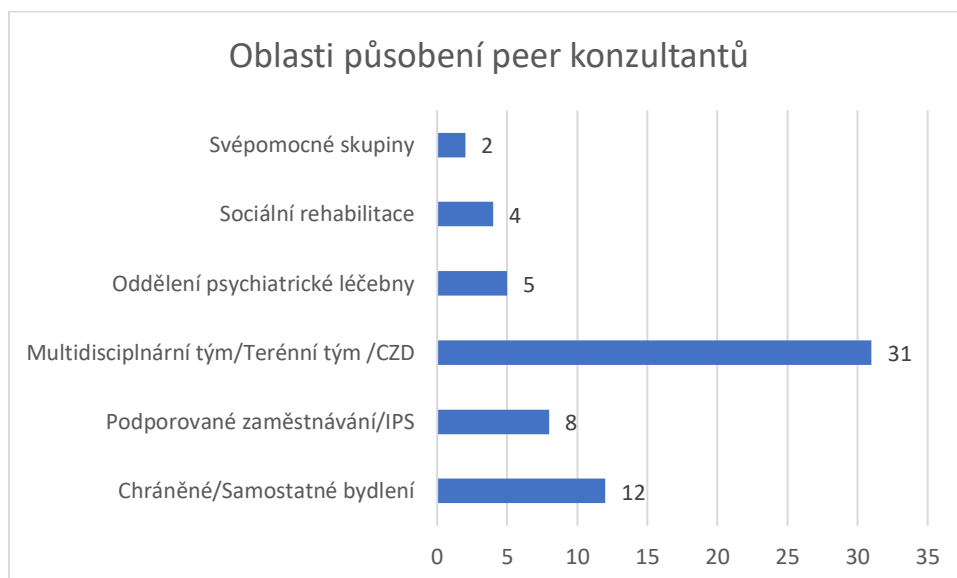
Vzhledem k tomu, že se jednalo o poměrně malý počet pozorování, jsou hodnoty grafu pro lepší představu uvedeny v absolutních číslech. Zde je patrné, že v poměru mužských a ženských peer konzultantů převažují ženy, přičemž se ale nejedná o příliš zásadní rozdíl.

To odpovídá povaze pozice peer konzultanta, která se neprofiluje více maskulinním či více femininním směrem a ve které se mísí potřeba větší emoční inteligence, s ohledem na jednání s klienty a zároveň důraz na určitou rezistenci vůči některým více stresujícím faktorům.



5.1. Poměr mužů a žen mezi peer konzultanty

5.5.2. Oblast působení peer konzultantů



5.2. Oblasti působení peer konzultantů

Mezi službami, ve kterých se peer konzultanti mohou realizovat, jasně převažuje položka Multidisciplinárních a Terénních týmu či CDZ, neboli Center duševního zdraví. Ačkoli se jedná o tři různé termíny, povaha služby je v podstatě stejná. Jak bylo zmíněno u podkapitoly věnující se zapojování peer konzultantů do péče o duševní zdraví, jedná se o službu, ve které, kromě peer konzultanta, působí odborníci z různých oblastí péče o duševní zdraví a která tak pokrývá celou řadu klientových potřeb, primárně pak monitoruje jeho zdravotní stav. Zároveň je mobilní a členové týmu jsou v případě náhlé situace schopni dojet přímo za klientem. Jelikož je zde zásadní individuální přístup ke každému klientovi, jsou tyto týmy ve větším množství rozmístěny v různých městech po celé republice. Tento typ služby má do jisté míry doplňovat psychiatrické nemocnice, které se u nás vyskytují v poměrně malém počtu, převážně v hlavních městech, a díky tomu mají velkou spádovou oblast a tím pádem i menší kapacitu.

V nepříliš těsném závěsu za touto službou je pak služba Chráněného či Samostatného bydlení a následně služba Podporovaného zaměstnávání. Služba Chráněného bydlení

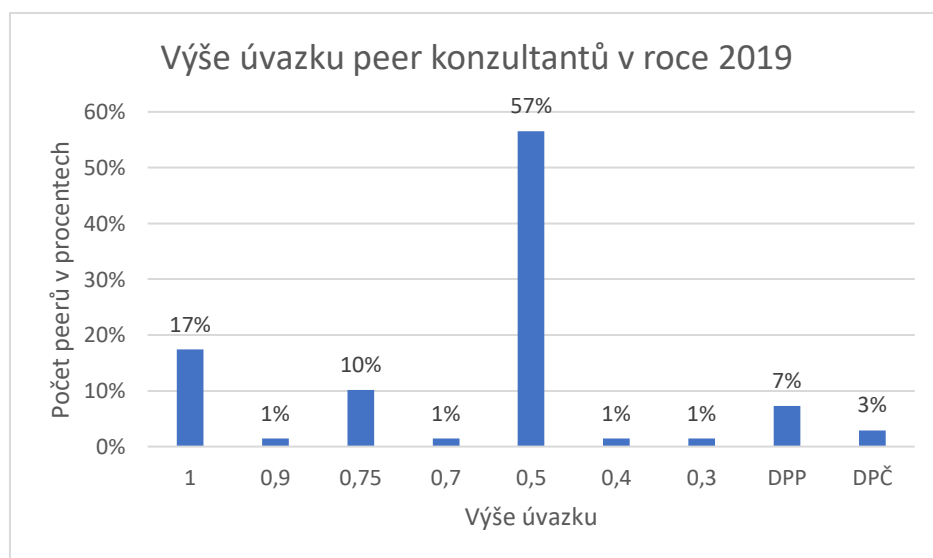
spočívá v poskytnutí ubytování v prostorách, které jsou ve vlastnictví dané sociální služby. Ubytované osoby pak mají téměř nepřetržitou možnost pomoci a podpory od odborníků, v jejichž řadách figuruje právě i peer konzultant, a kteří těmto osobám pomáhají ve vykonávání běžných denních aktivit, jako je udržování domácnosti, hospodaření s penězi nebo komunikace s okolím. Dá se tedy říci, že jde o služby, které hrají výraznou roli ve zlepšení sociální situace osob s duševním onemocněním, určitým způsobem navazuje na péči o zdravotní stav jedince, což vysvětluje to, proč jsou nabízeny ve větší míře.

Jelikož byla pozice na první příčce u Multidisciplinárního týmu odůvodněna péčí o zdravotní stav jedince jakožto prioritou, nabízí se otázka, proč se položka Psychiatrické nemocnice, která se na tuto oblast také orientuje, vyskytuje až na třetím místě. Vysvětlení se dá shrnout do dvou bodů. Tím prvním je jednoduchý fakt, že psychiatrické nemocnice, ač pojmu relativně velké množství pacientů, se vyskytují v menším počtu než Centra duševního zdraví, u nichž je hlavním záměrem zavádění ve větším počtu po celé republice. Tím druhým je odlišný typ služby. V psychiatrických nemocnicích jsou hospitalizováni pacienti v akutním psychotickém stavu. To vyžaduje způsob léčby a přístup, který vyžaduje odborné medicínské znalosti. Peer konzultant, který operuje primárně na bázi komunikace a účastní se různých aktivit s pacienty, tak není klíčovou, ale spíše výrazně doplňkovou podporou pacientů, a proto není tak vysoká motivace peery v této oblasti zaměstnávat.

5.5.3. Výše úvazku peer konzultantů

Výše úvazku	Počet peerů s úvazkem	Počet peerů v procentech
1	12	17%
0,9	1	1%
0,75	7	10%
0,7	1	1%
0,5	39	57%
0,4	1	1%
0,3	1	1%
DPP	5	7%
DPČ	2	3%
celkem	69	100%

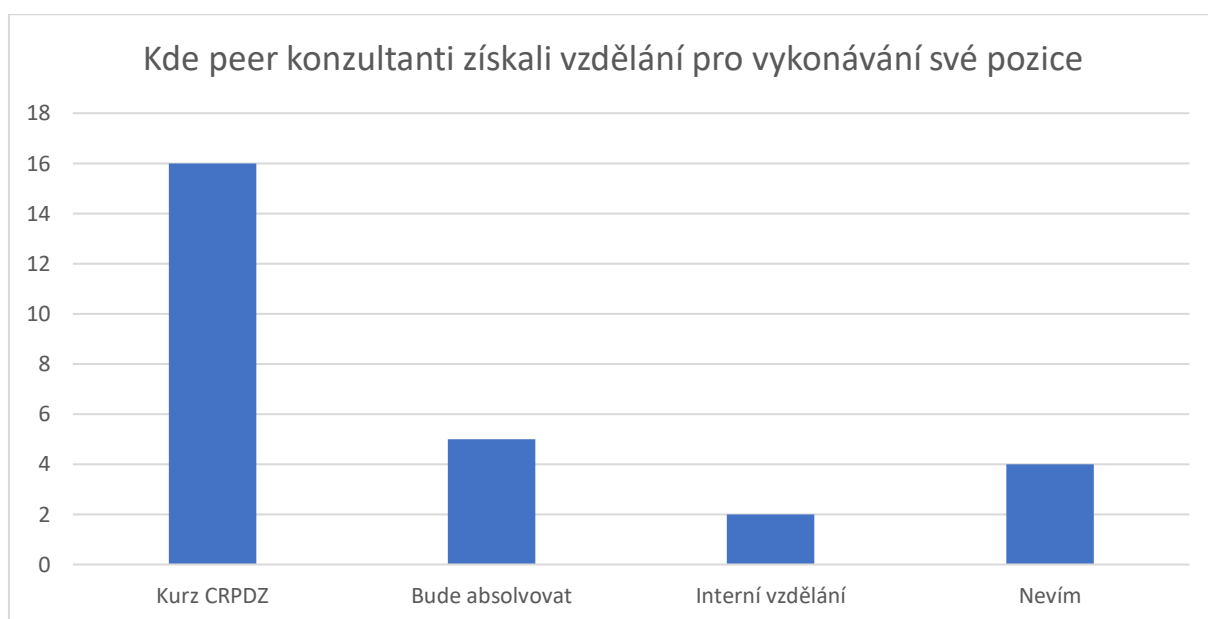
5.1. Přehled výší úvazku mezi peer konzultanty



5.3. Přehled výší úvazku mezi peer konzultanty

Je patrné, že výše úvazku peer konzultantů je poměrně různorodá, jen v minoritních případech pracují peer konzultanti na celý úvazek. Nižší výše úvazku se primárně odvíjí od zdravotního stavu peer konzultanta. Jde tedy o to, aby mu byla poskytnuta určitá volnost, nebyl prací zahlcen a nebyl tak příliš vystaven stresujícím faktorům, které by měly negativní vliv na jeho vlastní duševní zdraví. Poloviční úvazek lze tedy považovat za standardní, přičemž se ale může lišit na základě individuálních potřeb a dohody mezi peer konzultantem a zaměstnavatelem.

5.5.4. Zdroje vzdělání pro vykonávání pozice peer konzultanta



5.4. Zdroje vzdělání peer konzultantů

Tato otázka byla v dotazníku uvedena primárně pro potřeby Centra duševního zdraví, které je, jak již bylo řečeno, hlavním poskytovatelem vzdělávacích kurzů pro zájemce o pozici peer pracovníka (tedy nejen pro peer konzultanty, ale také i pro další tři profese), nicméně nakonec se ukázala být poměrně obohacující.

Nutné je nicméně uvést dvě věci. Tou první je, fakt, že zde chybí velký podíl odpovědí, jelikož doplňkové otázky na způsob, jakým peer konzultanti získali kompetence pro své působení byla stanovena jako dobrovolné. Z telefonické části dotazování také vyplynulo, že někteří nadřízení neměli o vzdělání peerů dostatečné povědomí. To může znamenat dvě věci. Tou první je nedostatečná kooperace a komunikace mezi členy týmu a peer konzultanty. Tou druhou je prosté vysvětlení, že se jedná o informace, o kterých má povědomí spíše například vedení organizace, a ne přímí nadřízení peer konzultanta. Jelikož se jedná o zpravidla vedoucí sociálních služeb, může být informace o absolvovaném školení peera mimo oblast jejich působení. Druhou důležitou informací je pak to, že, jelikož byly otázky ponechány jako otevřené, byly z nich výše uvedené kategorie vytvořeny až dodatečně, a to pro lepší přehlednost.

Ačkoli tedy odpovědi na tuto otázku neposkytují příliš detailní informace, obsahují jeden hlavní výstup. Tím je fakt, že speciální vzdělání není primární podmínkou pro vstup do organizace. Podmínky jsou tedy poměrně benevolentní a je možné kurz absolvovat v průběhu působení v organizaci či se učit od již v organizaci působících peer konzultantů. V návaznosti na tyto výstupy a informace vyplývající z teorie, si ještě troufám dodat tvrzení, že primárně závisí na individuálních schopnostech peer pracovníka, více než na schopnostech získané vzděláním, které může tyto schopnosti a dovednosti již určitým způsobem „tvarovat“ a doplňovat.

5.5.5. Doba působení v organizaci

Počet let v organizaci	Počet peerů	Podíl peerů v procentech
méně než rok	22	32%
1 - 1,5 roku	14	20%
2 - 2,5 roku	19	28%
3 - 4 roky	5	7%
5-6 let	9	13%
celkem	69	100%

5.2. Přehled doby působení v organizaci

Otázka na dobu působení v organizaci byla, primárně pro potřeby Centra duševního zdraví, stanovena jako otevřená a požadovala co nejpřesnější údaj, tedy jak počet let, tak měsíců, díky čemuž následně čítala řadu kategorií. Proto byly, pro potřeby této bakalářské práce, převedeny do kategorií, a to především z důvodu větší přehlednosti. Zde převažuje podíl peerů, kteří v organizaci působí méně než rok. To může být způsobeno zvýšeným zájmem o pozici samotnými lidmi s duševním onemocněním, impuls však může být také od organizací, které postupně rozšiřují své služby, do kterých jsou peeri následně zapojováni.

Na tuto skupinu velmi těsně navazuje skupina působící v organizaci 2-2,5 roku. Zde se pravděpodobně jedná o skupinu peer konzultanty zapojené v rámci posledního projektu realizovaného CRPDZ, kteří v organizacích setrvali i po skončení období placené stáže.

Dále je zde poměrně zajímavý počet peer pracovníků, kteří v organizaci působí kolem 5-6 let, jelikož se pravděpodobně jedná se o ty peer konzultanty, kteří jsou součástí pilotního projektu zapojujícího peer pracovníky do organizací na území

České republiky. Zde je nutné uvést, že v této kategorii se peeri v době působení lišili přibližně o 2-4 měsíce a to proto, že někteří peer konzultanti plnili roli náhradníků, za ty, kteří nastoupili do projektu primárně a kteří spolupráci z různých důvodů ukončili předčasně.

V souvislosti s tím zaujalo, čím by mohla být determinována delší doba působení peer konzultantů v některých organizacích oproti jiným. Tato analýza bude uvedena v následujícím oddílu.

5.5.5.1. Determinanty delšího působení v organizaci

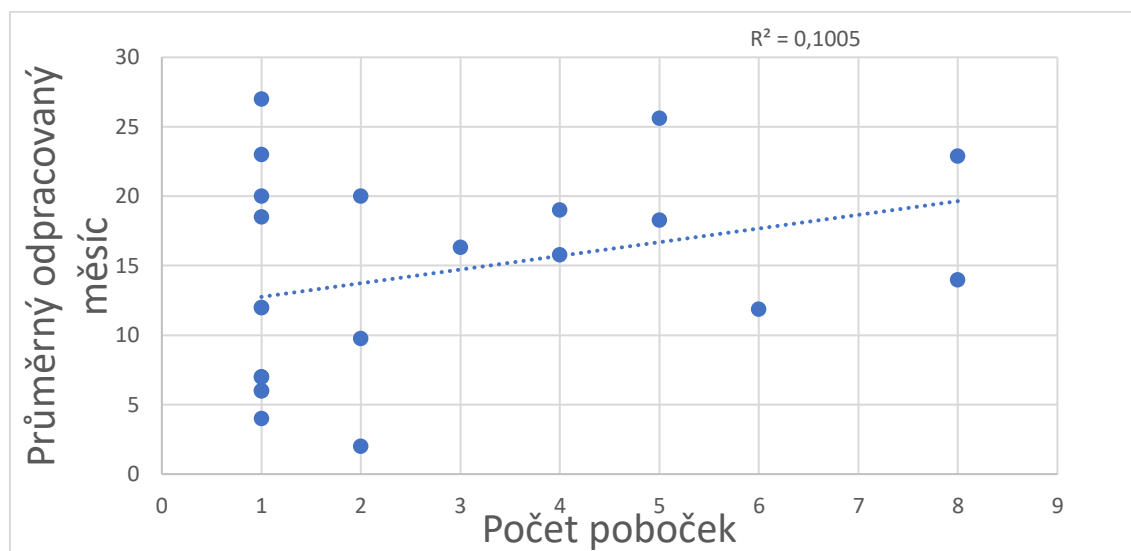
Pro tuto část analýzy byla využita data z předchozího mapování provedeného pracovníky Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví z období 2013-2018. Díky tomu obsahuje jak organizace, které služeb peer konzultantů využívají i v současné době, tak ty, které již spolupráci s peery ukončily. Právě to, proč některé organizace v zaměstnávání peer konzultantů pokračují, zatímco jiné nikoli, se zde stalo hlavním předmětem zkoumání.

Výzkumnou otázkou pro tuto část analýzy tedy bylo, zda může být delší spolupráce s peery determinována velikostí organizace, přičemž velikost byla měřena na počet poboček, které daná organizace měla. Tato proměnná pak byla zvolena ještě z jednoho důvodu. Pobočky organizací mají často podobu právě terénních týmů, a jedná se o týmy o poměrně malém počtu pracovníků. Jelikož je jedním z problémů pozice peer konzultanta nevyjasněnost a hranice vykonávané role, nabízí se otázka, zda právě práce v menších týmech s vymezeným polem působnosti nenapomáhá k vyjasnění role a lepší kooperaci a tím pádem delšího setrvání v organizaci.

Doba zaměstnávání peerů pak byla měřena na počet měsíců strávených v organizaci, přičemž od tohoto počtu byly odečteny měsíce, ve kterých byly peeri v organizaci v rámci projektu CRPDZ. U tohoto počínání jsem vycházela z toho, že teprve nyní se bude jednat o dobu, kdy se spolupráce mezi peery a organizacemi realizuje na základě

vlastní iniciativy. Z tohoto počtu měsíců byl následně vytvořen jednoduchý průměr vyjadřující dobu, kterou v organizaci strávil jeden peer konzultant

Jednoduchou hypotézou pak bylo, že existuje vztah mezi počtem poboček a počtem měsíců, kdy byly peři zaměstnání v organizaci.



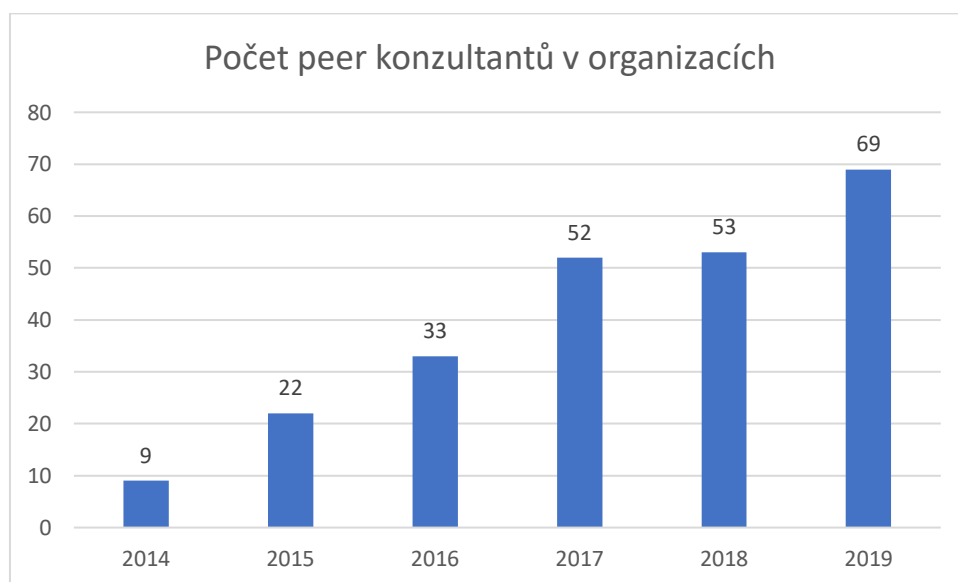
5.5. Vztah mezi dobou zaměstnání v organizaci a počtem poboček organizace

V tomto případě se vztah mezi počtem poboček a dobou strávenou v organizaci neprokázal. To, že peer konzultanti v některých organizacích setrvávají déle, je pravděpodobně podmíněnou řadou jiných proměnných. Po konzultaci těchto výsledků s pracovníky Centra duševního zdraví, vyplynulo, že důvody, proč některé organizace ukončily spolupráci s peery byly především v probíhajících změnách v organizaci nebo na bázi personálních faktorů, roli hrály také finanční dispozice organizace. Tyto proměnné však nebyly v dotazníku zahrnuty, a tudíž nelze zcela prokázat jejich vliv.

5.6. Srovnání aktuální situace z předchozími lety

Aktuální situace pak byla srovnána s předchozími lety, tedy rokem 2014, kdy se do organizací zapojila první desítka peer konzultantů, rokem 2018, ve kterém proběhlo poslední šetření. Účelem bylo získání lepší představy o tom, jakým směrem se aktuálně oblast působení peer konzultantů ubírá. Jelikož se v předešlém šetření sledoval především výše úvazku a počet peerů, rozhodla jsem se sledovat právě tyto dvě proměnné. Je však třeba říct, že rok 2018 končí v měsíci duben. Jedná se tedy o poměrně krátký časový úsek, který nezobrazuje všechny skutečnosti a zobrazovaný výsledek nemusí být spolehlivý.

5.6.1. Počet peer pracovníků



5.6.Srovnání počtu peer konzultantů v organizacích v čase

Z grafu je patrné, že k největšímu nárůstu využívání služeb peer konzultantů došlo mezi lety 2017-2019.

Tomu odpovídá i část zabývající se délkou působení peerů v dané organizaci. Jak již bylo řečeno, tato skutečnost může být ovlivněna tím, že se tento koncept začíná

v organizacích dostatečně ustalovat, a roste zájem o vykonávání této pozice, díky čemuž se hlásí a na jednotlivé pobočky je přijímáno i více peer pracovníků.

Závěr, že iniciativa vychází ze stran peer konzultantů či organizací můžeme vyvozovat i z toho, že mezi lety 2018-2019 se již nerealizovaly žádné projekty, v rámci kterých by byli peer konzultanti „uměle“ zapojováni. Roli může hrát také pokračující reforma psychiatrické péče a budování Center duševního zdraví a jejich variant, u nichž jsou peer pracovníci bráni jako součást a do nichž jsou tím pádem přijímáni.

5.7. Shrnutí praktické části

Analýza využívání služeb peer konzultantů vycházela z dotazníkového šetření, přičemž respondenty byli povětšinou nadřízení samotných peer konzultantů, a to v šestnácti organizacích, které své služby orientují na oblast péče o duševní zdraví. Samotné výstupy dotazníku byly pak rozděleny na dvě hlavní části.

Jelikož byly některé otázky úmyslně zvoleny tak, aby navazovaly na předchozí šetření, byly výsledky použity právě v komparaci s předchozími lety, tedy rozmezím mezi lety 2014, až částí roku 2018. Zde byly hlavními srovnávanými proměnnými počet peer konzultantů a výše úvazku. V tomto poměrně jednoduchém porovnání se ukázalo, že během období 2018–2019 došlo ke zvýšení počtu peer konzultantů, což poukazuje na zájem o tuto pozici, ať už ze strany osob s duševním onemocněním, nebo samotných poskytovatelů služeb.

Otázky, které byly do dotazníku zasazeny bez intence navazovat na předchozí výsledky, pak byly analyzovány zvlášť. Pozornost zde byla věnována poměru pohlaví, oblasti působení, době působení v organizaci a zdroje vzdělání vhodného pro vykonávání této pozice. Tyto otázky náhled na jednotlivé charakteristiky pozice peer konzultanta. Výsledky této části analýzy pak poukázaly na převahu žen v aktuálním rozložení peer konzultantů s tím, že tento rozdíl nebyl nijak výrazný. V oblasti působení měla jasnou převahu služba Multidisciplinárních/Terénních týmu a Center

duševního zdraví, což poukazuje na využití této služby převážně v oblasti péče o samotný zdravotní stav osob s duševním onemocněním. To souvisí v reformou psychiatrické péče, která se snaží zlepšit situaci nedostatečné kapacity psychiatrických léčeben.

Výstupy ze zkoumání výše úvazku značí převahu polovičního úvazku, která je do jisté míry standardem pro tuto pozici. Do určité míry také můžeme říci, že je tato výše nastavena Centrem pro rozvoj péče o duševní zdraví, jelikož s tímto úvazkem vstupovali peer konzultanti do organizací již od prvního projektu. Nižší míra úvazku je pak často stanovena na základě vědomí omezených možností způsobených zdravotním stavem peer pracovníků či, jak bylo zmíněno výše, na základě individuální domluvy.

Otázka na původ vzdělání na pozici peer konzultanta se potýkala s nedostatečným množstvím odpovědí, hlavním výstupem je nicméně určitá benevolentnost v přijímání uchazeče na danou pozici, kdy disponování patřičným vzděláním není nutným požadavkem a je možné ho získat později, či z jiných zdrojů. Výstupy doby působení v organizaci vykazují dvě důležitá zjištění –tím prvním je fakt, že do oblasti péče o duševní zdraví přibývají noví peer pracovníci, ať už v rámci realizovaných projektů, či na základě zvýšeného zájmu o tuto pozici. Zajímavé také je, že je poměrně vysoký podíl peer konzultantů, kteří působí v organizacích od téměř samotného počátku. Na tuto skutečnost, stejně jako na obecnou otázku, proč peer konzultanti setrvávají v některých organizacích déle, navazovala menší analýza. Ta se zabývala vztahem mezi délkou setrvání v organizaci a velikostí organizace, který se však ukázal jako slabý.

Pozice peer konzultanta je tak poměrně variabilní a v jejich zaměstnávání a zapojování do oblasti péče o duševní zdraví hraje roli celá řada faktorů. Těmi jsou systematické změny v oblasti reformy systému psychiatrické péče. Opomenout nelze ani dlouhodobé působení Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví, díky kterému se podařilo dostatečně přizpůsobit koncept pozice peer konzultanta českému prostředí

natolik, že je možné ho bez problému do organizací zapojovat. Díky tomu roste jak zájem samotných osob s duševních onemocnění, tak zaměstnávajících organizací, přičemž evaluace působení peer konzultantů dlouhodobě poukazuje na jeho účinnost, a to v mnoha oblastech.

6. Závěr

Tato práce se zabývala konceptem peer pracovníků, konkrétně pak pozicí peer konzultanta, jakožto alternativy zaměstnání osob s duševním onemocněním na volném trhu práce v České republice. Teoretická část nabízela širší pohled na možnosti zaměstnávání osob s duševním onemocněním. Alternativy zaměstnávání pak mají povahu spíše pracovní a sociální rehabilitace a zaměřují se spíše na zlepšení zdravotního stavu jedince, nebo mohou být, pokud nejsou pod dohledem odborníků, zdravotní stav ohrožující, vzhledem ke zvětšenému výskytu stresových faktorů. Pozice peer konzultanta je pak možností zaměstnávání, jež je vytvořena účelně pro jedince s duševním onemocněním, ve které je jejich hlavním pracovním nástrojem právě vlastní zkušenost s duševní nemocí. Takový pracovník je primárně zaměstnán v sociálních službách nebo v psychiatrických léčebnách, kde spolupracuje s jinými osobami s duševním onemocněním, jejich rodinnými příslušníky, ale také s dalšími odborníky z oblasti péče o duševní zdraví.

Co se týče zaměstnávání na našem území, hlavním aktérem v zapojování peer konzultantů je Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví.

To se snaží tyto jedince integrovat do organizací zainteresovaných v oblasti duševního zdraví především v rámci placených stáží v rámci výzkumných projektů, a reformy psychiatrické péče. Samotná kritéria pro tuto pozici jsou poměrně benevolentní a více než dosažené vzdělání, speciální vzdělání pro tuto pozici jsou ceněny individuální schopnosti jedince a to, jak je schopen se zorientovat v samotné organizaci a jednoduchých konceptech pozice konzultanta, jakými je způsob

vykládání svého příběhu a koncept, jakým je možné vést i přes své onemocnění plnohodnotný život.

Z provedeného výzkumu a následné analýzy pak vyplývá, že mezi hlavní oblasti, ve kterých peer konzultanti působí, pak patří primárně Multidisciplinární týmy nebo Centra duševního zdraví, což vyplývá z potřeby zlepšení systému psychiatrické péče. Mezi další oblasti pak patří participace na službách Chráněného a samostatného bydlení, Podporovaného zaměstnávání, službách sociální rehabilitace či aktivitách svépomocných skupin.

Ačkoli je pak zapojování peer konzultantů realizováno přibližně od poloviny roku 2013, vzrůstá zájem o tuto pozici a její zapojování do systému služeb orientovaných na oblast péče o duševní zdraví je patrné až v posledních letech, což vyplývá primárně z vyššího počtu zapojených peer konzultantů. Pozice peer tak představuje nejen jednu z nejvíce vhodných možností zaměstnávání osob s duševním onemocněním, ale také o perspektivní službu, jenž se stává klíčovou pro oblast péče o duševní zdraví.

6.1. Limity práce

Praktickou část této práce jistě nejde označit za zcela vyčerpávající z hlediska obsažených informací. Ačkoli bylo její součástí dotazníkové šetření, které se nabízelo být hlavním předmětem práce, výstupy jsou výsledkem několika poměrně roztržitých analýz, kombinací více použitých zdrojů a komparace více proměnných. Výsledek tak proto nemusí působit zcela uceleně. U samotné analýzy bylo vycházeno z potřeby návaznosti na výsledky předchozích šetření. Ty byly v CRPDZ vedeny velmi přehledově a mezi proměnné, které se daly s mými výstupy srovnávat, patřily především počty peer konzultantů, doba působení daného peera v organizaci uvedená v měsících, časové rozmezí, kdy peeri působili v organizaci v rámci projektu a o jaký z projektů se jednalo, a výše úvazku, přičemž všechny zmíněné informace jsem se snažila do své analýzy zahrnout.

Nabízí se také vysvětlení jistých omezení samotného dotazníku. U něj byla návaznost na předchozí výsledky šetření součástí a podmínkou spolupráce s Centrem pro rozvoj péče o duševní zdraví. U těch dalších pak byla snaha, aby byly jako celek konzistentní a koncentrace směřovala na jedno, a ne více roztříštěných témat. Ohled na respondenty pak byl brán v několika ohledech. První je délka dotazníku. Lidé, působící v organizacích nabízející sociální služby, jsou poměrně vytížení, proto bylo třeba zvolit takovou délku dotazníku, při které nepřijdou o mnoho času, ať už při vyplňování jeho elektronické podoby či při následném telefonickém dotazování. Dalším důvodem bylo možné omezené povědomí o některých skutečnostech. Při konzultaci některých otázek totiž vyplynulo, že se jedná o témata natolik osobní, že o nich nadřazení peer konzultantů nemusí být informováni.

Nutno také podotknout fakt, že jsou získané informace, díky výše uvedeným omezením, do jisté míry ochuzeny o sociologickou perspektivu. V tomto případě by bylo vhodnější zaměřit se na povahu zaměstnání jako takového – tedy cesty, jakými se peer konzultanti dostali k této pozici. Předchozí pracovní zkušenosti peerů a jejich percepce, jak se tento druh zaměstnání liší od jiných možností zaměstnání na volném pracovním trhu například v organizační struktuře, míře a zdrojích stresových faktorů, finančním zajištění či možnostech kariérního růstu a perspektivě do budoucna. S tím souvisí i otázka na rozdíly mezi oblastmi práce v sociální oblasti a v lékařských zařízeních a tím, jak se zde liší jejich pracovní postavení a vykonávané aktivity. Poměrně zajímavé v tomto kontextu by bylo také sledovat, zda mají peer konzultanti tendence se ve své pozici zdokonalovat, například prostřednictvím dalších vzdělávacích kurzů či v oblasti duševního zdraví a zda to souvisí s delší a efektivní působení v dané organizaci. Jelikož ze šetření vyplývá, že mají peer konzultanti převážně poloviční úvazek, byla by jistě zajímavá také otázka na to, zda mají peer konzultanti při této činnosti i jiné zaměstnání a jaká je tedy oblast jejich realizace.

Zde se nabízí otázka, proč byl dotazník směřován na poskytovatele služeb, a ne na samotné peer konzultanty. Důvodů je opět několik.

Ten první souvisí s množstvím získaných odpovědí. Jelikož se toto šetření realizovalo pod taktovkou Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví, probíhalo již v minulosti a poskytovatelé služeb s ním byli víceméně obeznámeni, nebyl takový problém získat dostatečný počet odpovědí. Nehledě na fakt, že získat odpovědi ode všech poskytovatelů bylo v zájmu CRPDZ.

Pokud bych takové šetření realizovala sama za sebe, to znamená zasílala dotazníky ze své e-mailové adresy, případně dokonce dodatečně samostatně kontaktovala poskytovatele telefonicky, je otázkou, zda bych se setkala s takovou ochotou odpovídat. To samé tedy platí u peer konzultantů, respektive u kvantitativní metody dotazování u této skupiny.

S metodou souvisí také další omezení. Nejsem si jista, zda jsou moje znalosti nejen o této oblasti, a především také co se týče konstruování dotazníků a zvolení správných otázek, na takové úrovni, aby měl výsledný dotazník či jeho výstupy dostatečnou kvalitu a vypovídající hodnotu. Šetření by mohlo probíhat na bázi kvalitativních rozhovorů, nicméně pro použití a analýzu této metody zatím nemám dostatečné povědomí, a proto by mohlo být její použití spíše kontraproduktivní. Jeho realizace se přesto nabízí, pro přehlednost bude podrobněji vysvětleno v následujícím oddíle.

6.2. Možnosti dalšího postupu

Hlavní a původní intencí při psaní práce bylo věnovat se tématu zaměstnávání osob s duševním onemocněním na volném pracovním trhu s větší koncentrací a z perspektivy samotných osob s tímto druhem zdravotního omezení. Z důvodu výše uvedených limitů k realizaci tohoto plánu však nedošlo.

Téma peer konzultanství však přesto jeví jako poměrně bohaté, skýtá řadu dalších aspektů a problematik, a v České republice se tento koncept jeví jako poměrně perspektivní.

V budoucnu bych se proto, jak již bylo zmíněno výše, ráda zaměřila na zkoumání peer konzultanství právě z pohledu samotných pracovníků, a to z více socio-ekonomické

perspektivy, u které si uvědomuji, že zde do jisté míry chyběla. To znamená předchozí pracovní zkušenosti peer konzultantů, a cesty, jakými se následně dostali k této pozici, jak tuto pozici vnímají, a jaká jsou dle nich specifika oproti jiným možnostem zaměstnání, její limity a perspektiva. Jestli, a případně jaké, jsou rozdíly mezi oblastmi, ve kterých peer konzultanti působí, zda a jakým způsobem se liší působení v sociálních službách a lékařských zařízeních například z hlediska kooperace a organizační struktury. Zda mají, případně, při vykonávání této pozice, ještě jiné zaměstnání a o co se nejčastěji jedná.

Samotné kvantitativní šetření, v podobné nebo v rozšířenější podobě, v jaké bylo provedeno v této práci, by mohlo být zrealizováno i v následujících letech, jelikož v delším časovém horizontu a při srovnání s dalšími časovými obdobími poskytuje poměrně dobrý přehled o zapojování peer konzultantů do služeb. Nabízí se proto sledovat, jakým směrem se tato oblast působení bude ubírat v následujících letech a generovat více znalostí, které by napomohlo realizaci tohoto typu výzkumu.

7. Seznam literatury

Ahmed, A. O., Hunter, K. M., Mabe, A. P., Tucker, S. J., & Buckley, P. F. (2015). The Professional Experiences of Peer Specialists in the Georgia Mental Health Consumer Network. *Community Mental Health Journal*, 51(4), 424–436. <https://doi.org/10.1007/s10597-015-9854-8>

Anthony, W. A. (2000). A recovery-oriented service system: Setting some system level standards. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24(2), 159–168. <https://doi.org/10.1037/h0095104>

Beranová, A. (2017). (Ne)možnost pracovního uplatnění, podpora změny paradigmatu péče o duševní zdraví. Praha: Fokus ČR.

Besse, C., Poremski, D., Laliberté, V., & Latimer, E. (2017). Changes in the nature and intensity of stress following employment among people with severe mental illness receiving individual placement and support services: An exploratory qualitative study. *Journal of Mental Health*, 26(4), 312–317. <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1294738>

Bond, G. R., Resnick, S. G., Drake, R. E., Xie, H., McHugo, G. J., & Bebout, R. R. (2001). Does competitive employment improve nonvocational outcomes for people with severe mental illness? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(3), 489–501. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.69.3.489>

Brohan, E., Henderson, C., Wheat, K., Malcolm, E., Clement, S., Barley, E. A., ... Thornicroft, G. (2012). Systematic review of beliefs, behaviours and influencing factors associated with disclosure of a mental health problem in the workplace. *BMC Psychiatry*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-11>

Březinová L. (2013, duben). Zapojení peer konzultantů do péče o duševně nemocné. Příspěvek byl prezentován na Úvodním setkáním poskytovatelů k projektu v Praze.

Dostupné z:

http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/o_projektu.pdf

Burns, T., Catty, J., Becker, T., Drake, R. E., Fioritti, A., Knapp, M., ... Wiersma, D. (2007). The effectiveness of supported employment for people with severe mental illness: A randomised

controlled trial. *The Lancet*, 370(9593), 1146–1152. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61516-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61516-5)

Cook, J. A., Leff, H. S., Blyler, C. R., Gold, P. B., Goldberg, R. W., Mueser, K. T., ... Burke-Miller, J. (2005). Results of a Multisite Randomized Trial of Supported Employment Interventions for Individuals With Severe Mental Illness. *Archives of General Psychiatry*, 62(5), 505. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.5.505>

Davidson, L., Tondora, J., O'Connell, M. J., Kirk, T., Rockholz, P., & Evans, A. C. (2007). Creating a recovery-oriented system of behavioral health care: Moving from concept to reality. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 31(1), 23–31. <https://doi.org/10.2975/31.1.2007.23.31>

DeTore, N. R., Hintz, K., Khare, C., & Mueser, K. T. (2019). Disclosure of mental illness to prospective employers: Clinical, psychosocial, and work correlates in persons receiving supported employment. *Psychiatry Research*, 273, 312–317. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.01.017>

Forchuk, C., Martin, M.-L., Chan, Y. L., & Jensen, E. (2005). Therapeutic relationships: From psychiatric hospital to community. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(5), 556–564. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2005.00873.x>

France J., Kramer (2001), *Communication and Mental Illness, theoretical and practical approaches*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Holá, B. (2016, říjen). Zapojení peer konzultantů proti stigmatizaci. Příspěvek byl prezentován na Úvodním setkání zapojených týmů v Praze. Dostupné z: http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/Projek-PK-A-DESTIGMATIZACE_UVODNI-SETKANI.pdf

Honey, A. (2004). Benefits and Drawbacks of Employment: Perspectives of People with Mental Illness. *Qualitative Health Research*, 14(3), 381–395. <https://doi.org/10.1177/1049732303261867>

Chinman, M. J., Weingarten, R., Stayner, D., & Davidson, L. (b.r.). Chronicity Reconsidered: Improving Person-Environment Fit Through a Consumer-Run Service. *Community Mental Health Journal*, 15.

Jones, A. M. (2011). Disclosure of Mental Illness in the Workplace: A Literature Review. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 14(3), 212–229. <https://doi.org/10.1080/15487768.2011.598101>

Kondrátová, L., & Winkler, P. (2017). Podporované zaměstnávání osob s vážným duševním onemocněním—Zahraniční a česká zkušenost: Narativní syntéza [Online]. *Česká A Slovenská Psychiatrie*, 113(3), 132-139.

Kondrátová, L., Chrtková, D., Mladá, K., Janoušková, M., Štanglová, A., Roboch, Z., et al. (2018). Socioekonomická situace osob s psychotickým onemocněním v České

republice. *Česká A Slovenská Psychiatrie: Časopis České Psychiatrické Společnosti Čls Jep A Psychiatrickej Spoločnosti Sls*, 114(4), 151-158.

Larson, J. e. (2008). User-friendly Motivational Interviewing and Evidence-Based Supported Employment Tools for Practitioners [Online]. *Journal Of Rehabilitation*, 74(4), 18-30.

Larson, J. E., Barr, L. K., Kuwabara, S. A., Boyle, M. G., & Glenn, T. L. (2007). Process and Outcome Analysis of a Supported Employment Program for People with Psychiatric Disabilities. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*, 10(4), 339–353. <https://doi.org/10.1080/15487760701680604>

Larson, J., Barr, Corrigan, P., Kuwabara, Boyle, & Glenn. (2007). Perspectives on benefits and costs of work from individuals with psychiatric disabilities. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 26, 71–77.

McGurk, S. R., & Mueser, K. T. (2003). Cognitive Functioning and Employment in Severe Mental Illness: *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 191(12), 789–798. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000100921.31489.5a>

Mead, S., Hilton, D., & Curtis, L. (2001). Peer support: A theoretical perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 25(2), 134–141. <https://doi.org/10.1037/h0095032>

Moran, G. S., Russinova, Z., Gidugu, V., & Gagne, C. (2013). Challenges Experienced by Paid Peer Providers in Mental Health Recovery: A Qualitative Study. *Community Mental Health Journal*, 49(3), 281–291. <https://doi.org/10.1007/s10597-012-9541-y>

Mowbray, C. T., Moxley, D. P., & Collins, M. E. (1998). Consumers as mental health providers: First-person accounts of benefits and limitations. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 25(4), 397–411. <https://doi.org/10.1007/BF02287510>

Nawka, A., Rukavina, T. V., Nawková, L., Jovanović, N., Brborović, O., & Raboch, J. (2012). Psychiatric disorders and aggression in the printed media: Is there a link? a central European perspective. *BMC Psychiatry*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-19>

Nawková, L., Nawka, A., Adámková, T., Rukavina, T. V., Holcnerová, P., Kuzman, M. R., ... Raboch, J. (2012). The Picture of Mental Health/Illness in the Printed Media in Three Central European Countries. *Journal of Health Communication*, 17(1), 22–40. <https://doi.org/10.1080/10810730.2011.571341>

Ocisková M., Praško J. (2015), *Stigmatizace a sebestigmatizace u psychických poruch*. Praha: Grada

Rebeiro Gruhl, K. L., LaCarte, S., & Calixte, S. (2016). Authentic peer support work: Challenges and opportunities for an evolving occupation. *Journal of Mental Health*, 25(1), 78–86. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1057322>

Repper, J., & Carter, T. (2011). A review of the literature on peer support in mental health services. *Journal of Mental Health*, 20(4), 392–411. <https://doi.org/10.3109/09638237.2011.583947>

Říčan, P. (2015, říjen). Zapojení peerů proti stigmatizaci. Příspěvek byl prezentován na Úvodním setkání zapojených organizací/týmů v Praze. Dostupné z: http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/Vyzkum-v-projektu-PK-a-destigmatizace_Pavel-Rican.pdf

Simpson, A., Oster, C., & Muir-Cochrane, E. (2018). Liminality in the occupational identity of mental health peer support workers: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(2), 662–671. <https://doi.org/10.1111/inm.12351>

Stratton, E., Einboden, R., Ryan, R., Choi, I., Harvey, S. B., & Glozier, N. (2018). Deciding to Disclose a Mental Health Condition in Male Dominated Workplaces; A Focus-Group Study. *Frontiers in Psychiatry*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00684>

Suzuki, M., Amagai, M., Shibata, F., & Tsai, J. (2011). Factors Related to Self-Efficacy for Social Participation of People With Mental Illness. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(5), 359–365. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2011.03.004>

Winkler, P., Csémy, L., Janoušková, M., Mladá, K., Bankovská Motlová, L., & Evans-Lacko, S. (2015). Reported and intended behaviour towards those with mental health problems in the Czech Republic and England. *European Psychiatry*, 30(6), 801–806. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.05.003>

Zapojení peer konzultantů do komunitní a lůžkové péče o duševní zdraví, 2. vydání. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, [online]. SOMA 2016. Dostupné z: http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/manual_WEB_1.pdf

Zapojení peer konzultantů do péče o duševní zdraví. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, [online]. ESF 2012-2014. Dostupné z: http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/Manual_ZPK_web.pdf

Zpráva o přínosu zapojení peer konzultantů. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, [online]. ESF 2015. Dostupné z:

http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Institut/Zprava-o-prinosu-zapojeni-peer-konzultantu_PK-Praha_1.pdf

Zapojení peer konzultantů proti stigmatizaci. Praha: Národní ústav duševního zdraví, [online]. EU, ESF, Operační fond zaměstnanost. Dostupné z: http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/Evaluace_peer-konzultanti-a-destigmatizace_NUDZ.pdf

Zrnečková M., Veselský M. (2018; 28. červen); Zapojení peer konzultantů proti stigmatizaci, evaluace destigmatizačního dopadu projektu. Příspěvek byl prezentován v rámci závěrečného setkání a závěrečného představení výsledků projektu v Praze. Dostupné také z: http://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/EVALUACE-DESTIGMATIZACE_NUDZ.pdf

8. Přílohy

8.1. Dotazník pro poskytovatele sociálních služeb orientované na osoby s duševním onemocněním

Vážená paní, vážený pane,

rádi bychom Vás jménem Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví požádali o vyplnění krátkého dotazníku. Formulář slouží pro mapování a přehled současného využití služeb peer konzultantů v organizacích na území České republiky.

Zároveň si dovolíme, pro zpřesnění získaných dat, vymezit parametry termínu "peer konzultant" - jedná se o zaměstnance organizace, jenž pro své působení aktivně využívá svou zkušenost s duševním onemocněním, absolvoval vzdělání určené pro tuto činnost a který za svou činnost získává finanční obnos. Peer konzultant není dobrovolník, jenž v organizaci působí občasně a bez patřičných kompetencí, tyto pracovníky prosíme do dotazníku nezaznamenávat.

Dotazník prosím vyplňujte jen za Vaši pobočku/středisko, nikoli za celou organizaci.

Děkujeme za Vaši ochotu spolupracovat a za Váš čas.

1) Název pobočky organizace, ve které působíte (například Péče o duševní zdraví - středisko Jičín/Fokus Mladá Boleslav - středisko Sokolov)

2) Kolik peer konzultantů aktuálně zaměstnáváte? _____

3) Z toho žen _____

4) V jaké oblasti je u Vás pomoc peer konzultanta využívána? (můžete zaškrtnout i více odpovědí)

- Chráněné a Samostatné bydlení
- Podporované zaměstnávání a IPS
Multidisciplinární tým/Terénní tým/CDZ
- Oddělení psychiatrické nemocnice/léčebny
- Jiné: _____

5) Jaká je výše úvazku peer konzultantů?

6) Jak dlouho působí současné peer konzultanti ve Vaší organizaci?

7) Absolvovali Vaši peer konzultanti pro vykonávání své činnosti kurz Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví?

a) Ano, všichni

b) Jen někteří

c) Žádný z našich peer konzultantů nemá vzdělávací kurz z CRPDZ

8) Pokud ne, doplňte prosím počet peer konzultantů, kteří kurz Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví nemají

9) Pokud ne, prosím doplňte, kde peer konzultanti kurz absolvovali

10) Pokud chcete, zde je prostor pro poznámky nebo rozvedení Vašich odpovědí

Děkujeme vám za spolupráci!