

UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Katedra veřejné a sociální politiky

Diplomová práce

2023

Tereza Hekšová

UNIVERZITA KARLOVA

FAKULTA SOCIÁLNÍCH VĚD

Institut sociologických studií

Katedra veřejné a sociální politiky

**Zapojení peer konzultantů do péče o duševně nemocné v
kontextu reformy psychiatrické péče v České republice**

Diplomová práce

Autor práce: Bc. Tereza Hekšová

Studijní program: Veřejná a sociální politika

Vedoucí práce: PhDr. Karolína Dobiášová, Ph.D.

Rok obhajoby: 2023

Prohlášení

1. Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita k získání jiného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne 1. 5. 2023

Tereza Hekšová

Bibliografický záznam

HEKŠOVÁ, Tereza. *Zapojení peer konzultantů do péče o duševně nemocné v kontextu reformy psychiatrické péče v České republice*. Praha, 2023. 133 s. Diplomová práce (Mgr.) Univerzita Karlova, Fakulta sociálních věd, Institut sociologických studií. Katedra veřejné a sociální politiky. Vedoucí diplomové práce PhDr. Karolína Dobiášová, Ph.D.

Rozsah práce: 164 374 znaků včetně mezer

Abstrakt

Diplomová práce se zabývá problematikou současného zapojování peer konzultantů do péče o duševně nemocné v kontextu identifikace jejich specifických potřeb. Cílem práce je zjistit, jaké benefity ze zaměstnávání peer konzultantů plynou pro ně samotné a pro sociální a zdravotní systém psychiatrické péče. Zároveň si práce klade za cíl identifikovat možné překážky či výzvy, které se při vykonávání práce peer konzultanta, ale také při jejich zaměstnávání, objevují. K teoretickému a konceptuálnímu ukotvení práce autorka využívá koncept zotavení a teorii implementace. Optikou expertů pohybujících se v dané oblasti a peer konzultantů poskytuje práce zmapování přínosů role peer konzultantů a přehled jejich specifických potřeb. Autorka zároveň v současném nastavení systému zapojování peer konzultantů identifikuje výskyt značných bariér, které způsobuje především legislativní neukotvení jejich pozice. Na závěr autorka předkládá doporučení pro budoucí vývoj zapojování peer konzultantů.

Klíčová slova

peer konzultant, peer podpora, duševní zdraví, psychiatrická péče, reforma služeb péče o duševní zdraví

Název práce

Zapojení peer konzultantů do péče o duševně nemocné v kontextu reformy psychiatrické péče v České republice

Abstract

The thesis deals with the issue of the current involvement of peer consultants in the care of mentally ill people in the context of identifying their specific needs. The aim of the thesis is to identify the benefits of employing peer consultants for themselves and for the social and health care system of mental health care. At the same time, the thesis aims to identify possible barriers or challenges that arise in the practice of peer consultant work, as well as in their employment. The author uses the concept of recovery and implementation theory to theoretically and conceptually anchor the thesis. Through the perspective of experts working in the field and peer consultants, the thesis provides a mapping of the benefits of the peer consultant role and an overview of their specific needs. At the same time, the author identifies the existence of significant barriers in the current set-up of the system of peer consultant involvement, which are mainly caused by the legislative non-anchoring of their position. The author concludes with recommendations for the future development of peer consultant involvement.

Keywords

peer consultant, peer support, mental health, psychiatric care, reform of mental health services

Title

Engaging Peer Consultants in the Mental Health Care in the Context of Psychiatric Care Reform in the Czech Republic

Poděkování

Děkuji paní PhDr. Karolíně Dobiášové, Ph.D. za vedení mé práce a cenné rady, které mi v průběhu psaní poskytla. Dála bych chtěla poděkovat všem respondentům, kteří si našli čas a souhlasili s uskutečněním rozhovorů. Na závěr chci vyjádřit vděčnost své rodině a přátelům, kteří mě během celého studia podporovali.

Obsah

Úvod	4
1. Cíle a výzkumné otázky	6
2. Vhled do zkoumané problematiky	8
3. Teoretické a konceptuální ukotvení	10
3.1. Model zotavení dle Dr. Raginse.....	10
3.2. Teorie implementace.....	14
3.2.1. Implementační deficit	15
4. Pečeři v oblasti péče o duševní zdraví	18
4.1.1. Charakteristika pojmů peer konzultant a peer podpora	18
4.1.2. Od svépomoci k peerství aneb historie zapojování peerů	19
4.1.3. Práce peer konzultanta a její vliv na příjemce služeb.....	21
5. Reforma psychiatrické péče v ČR.....	24
5.1. Transformace péče o duševní zdraví v kontextu reformy.....	24
6. Metodologický výzkumný rámec.....	28
6.1. Výzkumná strategie	28
6.2. Metody sběru dat	28
6.2.1. Sekundární data	29
6.2.2. Primární data	29
6.3. Analýza primárních dat.....	35
6.4. Etické aspekty a limity výzkumu.....	36
7. Výsledky empirického šetření.....	38
7.1. Vstup do role peer konzultanta	38
7.1.1. Motivace	38
7.1.2. Požadavky na vykonávání pozice.....	40
7.1.3. Přijetí peer konzultanta kolegy a týmem	41

7.1.4.	Obavy z nové role a výzvy pohledem peerů.....	43
7.2.	Náplň práce peer konzultantů a její význam.....	49
7.2.1.	Role peer konzultanta a její přínosy ve službách péče o duševně nemocné..	49
7.2.2.	Přínosy peerské práce pro samotné peery.....	54
8.	Specifická problematika peer konzultantů	57
8.1.	Neukotvená pozice.....	57
8.2.	Obavy ze zapojování.....	61
8.3.	Nedostatečné finanční ohodnocení	62
9.	Potřeby peerů z hlediska sociální a zdravotní politiky.....	64
10.	Diskuze ve vztahu k teoretickým konceptům.....	74
10.1.	Využití konceptu zotavení.....	74
10.2.	Implementace cílů reformy psychiatrické péče v kontextu současného systému zapojování peer konzultantů do péče o duševně nemocné	76
	Závěr.....	80
	Summary.....	83
	Použitá literatura.....	86
	Teze diplomové práce.....	109
	Seznam tabulek.....	121
	Seznam schémat	121
	Seznam příloh.....	121
	Přílohy	122

Seznam použitých zkratk

ACT – asertivní komunitní léčba

CDZ – Centrum duševního zdraví

CRPDZ – Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví

ČR – Česká republika

DO – duševní onemocnění

DZ – duševní zdraví

ESF – Evropský sociální fond

EU – Evropská unie

MMR – Ministerstvo pro místní rozvoj

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MZ ČR – Ministerstvo zdravotnictví ČR

MV – Ministerstvo vnitra

NAPDZ – Národní akční plán pro duševní zdraví

SRPP – Strategie reformy psychiatrické péče

USA – Spojené státy americké

VB – Velká Británie

OECD – Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj

Úvod

V roce 2021 bylo v České republice (dále ČR) 756 000 osob s duševním onemocněním (dále DO). V současnosti je tímto onemocněním zasaženo zhruba 10 % z české populace (NZIP, 2023). Dle Organizace pro hospodářskou spolupráci a rozvoj (dále OECD) došlo v rámci všech evropských zemí k výraznému nárůstu výskytů depresí a úzkostí (OECD, 2022). Systémy péče o DZ čelí problémům s uspokojením současných potřeb osob s DO a s neustále se zvyšující poptávkou po službách (OECD, Evropská komise, 2022).

Od roku 2013 v ČR probíhá reforma péče o duševní zdraví (dále DZ). Jedním z hlavních cílů této reformy je zlepšování kvality života duševně nemocných prostřednictvím transformace systému služeb psychiatrické péče. Postupně dochází k systémovým změnám, díky kterým by měly být zdravotní a sociální služby více provázané a dostupné svým klientům/pacientům¹. Současné nastavení péče má především reflektovat skutečná přání a potřeby klientů/pacientů a naplno respektovat jejich práva. V tomto ohledu se stává velmi významný koncept zotavení, který je klíčovým paradigmatem práce peer konzultantů. Jedná se o osoby, které mají zkušenost s duševním onemocněním (dále DO) a s jejím zotavením.

Diplomová práce se konkrétně zabývá tématem zapojování peer konzultantů do péče o duševně nemocné v kontextu reformy psychiatrické péče. Domnívám se, že se jedná o aktuální téma, jelikož peer konzultanti se v ČR stále častěji stávají členy týmů profesionálů poskytujících péči lidem s DO. Potřeba jejich právního ukotvení je navíc zmíněna v současném strategickém dokumentu reformy psychiatrické péče, tj. *Národní akční plán pro duševní zdraví 2020-2030* (dále NAPDZ) (MZ ČR, Úřad vlády ČR, 2022). Dle autorů Chrtková, Rain a Součková (2022) je v současnosti stále nedostatek vědeckých materiálů, které by se problematice zaměstnávání peer konzultantů v ČR dostatečně věnovaly. Věřím tedy, že tato diplomová práce může být podkladem pro další zkoumání v této oblasti, které je dle mého názoru velmi potřebné.

¹ V práci volně využívám několik označení osob s DO tj. klient, pacient, uživatel péče a příjemce péče. V případě sociálních služeb preferuji pojem „klient“ a v případě zdravotních „pacient“.

V úvodní části práce představuji cíle a výzkumné otázky, na které navazuje přehledné uvedení do kontextu problematiky. Poté vymezuji vybrané teorie a koncepty. V následujících částech práce popisuji pojem peer konzultant a vliv jeho práce na příjemce péče. Dále uvádím stručný přehled věnující se vývoji transformace služeb psychiatrické péče v ČR. Na základě kvalitativního dotazování expertů pohybujících se ve zkoumané problematice a peer konzultantů předkládám přehled o specifických potřebách peerů a zaměřuji se také na benefity, které plynou pro sociální a zdravotní systém a pro ně samotné. Následně poukazuji na současné bariéry a výzvy, jež se s jejich zaměstnáváním pojí. Získané informace jsou propojeny v diskuzi s teoretickými koncepty a výsledky jsou shrnuty v závěru práce.

1. Cíle a výzkumné otázky

Cílem diplomové práce je explorace současné politiky zapojování peer konzultantů do systému péče o DZ v ČR v kontextu identifikace jejich specifických potřeb. Dále se zaměřuji na přínos peer konzultantů pro klienty s DO, ale také benefity, které ze statusu peer konzultanta plynou jak pro ně samotné, tak pro celý sociálně zdravotní systém v ČR. Práce si klade za cíl pohledem expertů zjistit v souvislosti s probíhající reformou péče o DZ, zda současná implementace zapojování peer konzultantů v praxi skutečně funguje a jaké se objevují případné překážky.

Tabulka č. 1: Výzkumné cíle a otázky

Výzkumné cíle	Výzkumné otázky
Identifikovat specifické potřeby peer konzultantů v kontextu služeb péče o DZ a zjistit, zda jsou tyto potřeby pokryty současnými nástroji politik.	<ul style="list-style-type: none">● Jaké jsou potřeby peer konzultantů působících v oblasti DZ a do jaké míry jsou tyto potřeby pokryty nástroji zdravotní a sociální politiky?
Zjistit, jaké benefity při zaměstnávání peer konzultantů v oblasti DZ plynou pro sociální a zdravotní systém a pro samotné peery.	<ul style="list-style-type: none">● Jaké hlavní přínosy plynou pro zdravotní a sociální systém ze zapojování peer konzultantů do služeb péče o DZ?● Přináší náplň práce peer konzultantů pro ně nějaké benefity?
Zjistit, jaké jsou výzvy a možné bariéry, jak při samotném zaměstnávání peer konzultantů, tak při jejich práci.	<ul style="list-style-type: none">● S jakými bariérami a výzvami se peer konzultanti setkávají při poskytování služeb péče o DZ?● Jaké překážky brání plynulému zapojení peer konzultantů do služeb péče o DZ?

Identifikovat, zdali vzniká implementační deficit při procesu jejich zapojování v kontextu reformy psychiatrické péče.	<ul style="list-style-type: none">● Existuje implementační deficit při zapojování peer konzultantů do služeb péče o DZ?
--	---

Zdroj: Vlastní zpracování

2. Vhled do zkoumané problematiky

Ze statistik OECD a Evropské komise (2020) vyplývá, že v roce 2018 zhruba každý devátý člověk v zemích Evropské unie (dále EU) trpěl určitými psychickými obtížemi. Zhoršující se psychický stav je ovlivněn několika faktory: dostupností odborných služeb, výskytem a mírou vlivu stigmatizace na osoby s DO a nedostatečnou informovaností společnosti o dané problematice. V souvislosti s pandemií Covid-19, kdy došlo v rámci celosvětové populace k výraznému zhoršení DZ, se téma prevence a důsledné péče o psychické zdraví stalo vyšší prioritou v oblasti veřejných politik mnoha zemí (Holingue et al., 2020). Od roku 2022 v kontextu počátku pandemie lze zaznamenat nárůst DO také u české dospělé populace. Výskyt se navýšil zhruba z 20 % na 30 % a vysoké využívání krizových linek a online služeb potvrdilo fakt, že situace související s pandemií výrazně ovlivnila mentální zdraví českých občanů (Höschl, 2022; Winkler et al., 2021). Nejvíce došlo k nárůstu projevů depresí a úzkostí (Bartoš et al., 2020). Negativní dopad na psychické zdraví Čechů měla také válka na Ukrajině a s tím související řada nově vzniklých problémů. V roce 2022 využívalo zdravotních psychiatrických služeb až 700 tisíc uživatelů (Národní rada pro duševní zdraví, 2022). Z databáze Ústavu zdravotnictví a statistiky ČR lze ovšem sledovat narůstající trend diagnostikování výskytu DO již od roku 2010 (Melicharová et al., 2021, s. 6).

V současné době je zřejmé, že kapacity odborníků jsou mnohdy nedostatečné a určité procento Čechů těžko nalézá u psychiatrických a psychologických profesionálů potřebnou pomoc (Česko v datech, 2022). Systém psychiatrické péče ČR neodpovídá potřebám osob s DO. Hlavní těžiště služeb je v lůžkové psychiatrické péči poskytované ve velkých zařízeních, což je na rozdíl od komunitních služeb značně neefektivní (Winkler et al., 2017). Výdaje na léčbu DO jsou obrovské a v současnosti je toto onemocnění jednou z nejčastějších příčin žádostí o invalidního důchod a příspěvek na péči. Invalidní důchod je pro více než 90 % osob s DO vysoce důležitým příjmem (Kondrátová et al., 2018).

Bartoš et al. (2020) a Winkler et al. (2021) poukazují na to, že v návaznosti na tyto okolnosti je klíčová dostupnost specializovaných služeb, která zajistí rychlou a potřebnou podporu v přirozeném prostředí klienta. Reforma psychiatrické péče, která započala v ČR v roce 2013, cílila na velkou změnu v systému dosavadního poskytování péče o DZ a reagovala na potřebnost rozvinout akutní a komunitní síť služeb. Jedním z prostředků, jak toho docílit, bylo vytvoření Center duševního zdraví (dále CDZ), která v rámci svých

multidisciplinárních týmů začala zaměstnávat peer konzultanty. Plnění stanovených cílů a realizace záměrů reformy psychiatrické péče je stále velmi aktuální téma. V současné chvíli dochází primárně k implementaci NAPDZ (MZ ČR, Úřad vlády ČR, 2020) (Národní rada pro duševní zdraví, 2022).

3. Teoretické a konceptuální ukotvení

V následujících částech se věnuji teoretickým a konceptuálním východiskům. Nejdříve popisuji model zotavení dle Dr. Raginse a jeho základní principy. Ve své práci využívám také teorii implementace, jejíž optikou analyzuji zapojování peer konzultantů do systému služeb péče o DZ v ČR.

3.1. Model zotavení dle Dr. Raginse

Koncept recovery neboli zotavení představuje ojedinělý přístup v oblasti péče o DZ. Jedná se o model věnující se osobám s DO a jejich cestě v zotavení. Tento přístup či model se stává vodítkem pro osoby, jež si procházejí DO a také pro personál, který se o klienty s tímto onemocněním stará. Léčba DO zaměřená na cestu zotavení se v medicíně rozvíjela paralelně s rozvojem přístupu péče orientovaného na pacienty – „person centered oriented care“ (Williams et al., 2012). Model zotavení byl naprosto odlišný přístup v oblasti DZ. Věřil, že lidé se mohou ze svého onemocnění plně zotavit. Zpochybňoval tedy stanovisko, že některá DO mají progresivně zhoršující se vliv na kvalitu života člověka (Lukoff, J. Miller, 2012). Příkladem je definice schizofrenie od autora Kraepelin (1906), který toto onemocnění popisoval jako chronicky nepolevující stav. Výzkumy však ukazují, že lidé s diagnostikovanou schizofrenií se dokáží při správně nastavené léčbě vrátit zpět do běžného života (Williams et al., 2012; Harrow, Jobe, 2007; Abdel-Baki et al., 2011). Přes diagnostiky vážných DO, jsou lidé schopni stát se znovu plnohodnotnými členy společnosti a žít podle svých přání (Lukoff et al., 1986). Jak u samotných klientů, kteří si DO procházejí, tak u personálu, je velmi důležité, aby v možnost zotavení věřili.

Zakladatelem a hlavním protagonistou modelu je americký psychiatr a ředitel komunitního centra MHALA Village (Mental Health America of Los Angeles) Mark Ragins. Model poprvé představil v roce 1994 a zotavení definuje jako *„hluboce osobní a jedinečný proces změny postojů, hodnot, pocitů, cílů, dovedností a rolí. Je to způsob života, který je uspokojující, nadějný, přínosný, a to dokonce i s omezeními, která nemoc přináší. Uzdravení zahrnuje rozvoj nového smyslu a účelu v životě, jak se člověk vymaňuje z katastrofických dopadů duševní nemoci“* (Ragins, 2013, cit. podle MZ ČR, 2021, s. 11). Dle psychiatra Fishera (2017), který si také prošel DO, je víra v to, že se člověk může uzdravit, naprosto klíčová. Takovýto přístup dodává člověku s DO respekt k sobě samému a napomáhá mu také ke změně hodnot v jeho životě.

Hlavní cílem zotavení není nutně plné vyléčení člověka s DO, neboť to je mnohdy velmi obtížné. U některých těžších DO je navíc téměř nemožné hovořit o plném uzdravení z toho důvodu, že některé stavy mohou i v lehčí podobě přetrvávat po celý život. Dle filozofie Raginse je podstatné, aby péče a léčba směřovala na člověka samotného, a ne pouze na jeho nemoc (Ragins, 2002).

Důraz je kladen na zpětné získání co nejvíce plnohodnotného života a návrat k běžným každodenním činnostem. To je důležité i v kontrastu s tím, že proces léčby DO je na delší časové období a výskyt symptomů se v klientově životě objevuje mnohdy periodicky (Tuček, 2022). Pokud je však postup léčby a samotné vnímání klientů s DO nastaveno správně, kvalita života a následná rekonvalescence se výrazně zlepšuje. Mnohdy je proces zotavení také popisován jako tzv. adaptační proces. Klient zpracovává své vlastní problémy či traumata a učí se s nimi pracovat. Celý přístup zotavení vyzdvihuje roli klienta, u kterého je posilována role sebedůvěry v sebe sama a přijetí odpovědnosti za svůj zdravotní stav (Ragins, 2018).

Cestu k zotavení a zplnomocnění člověka s DO lze rozdělit do několika fází (Ragins, 2018, s. 37-39):

1. Naděje

Pro prvotní fázi je dle Raginse (2018) velmi důležitá naděje. Jedná se o základní stavební kámen, na kterém se dá budovat pozitivní přístup člověka s DO. Je klíčové najít především motivaci pro zotavení a opětovné zapojení do běžného života. Ve vyléčení by měl věřit také odborný personál, který se o klienty s DO stará a plánuje specifickou péči. V případě, kdy nemá víru v zotavení klienta samotný personál, je velmi těžké něčeho takového dosáhnout u nemocných klientů. Člověku s DO by měla být poskytnuta konkrétní vize toho, jak dosáhnout života bez velkých obtíží i s občasnými symptomy DO. Díky tomu si dokáže lépe představit budoucnost, která ho v celém procesu motivuje. Tyto skutečnosti potvrzuje studie McAdamse et al. (2001).

2. Zplnomocnění

Druhou fází je zplnomocnění, které souvisí s klientovou sebedůvěrou a pocitem, že má proces léčby pod kontrolou. Dle Raginse je podstatné vzbuzovat v klientech důvěru v celý systém, který mu se zvládáním DO napomáhá. Toho lze docílit především osobním přístupem ke klientům. Pokud se klient necítí jako jeden ze stovky případů, je posílána jeho

důvěra v sebe sama a v celý proces zotavení. Zplnomocnění je posilováno i tím, když lékař a personál konzultuje s klientem plán léčby a provází ho vším. Důležitým prvkem je dle autora také možnost volby. Konkrétně, když se klient může rozhodnout mezi tím, jaké léky či možnosti léčby s ohledem na vedlejší účinky preferuje. Lékař a personál by měl plnit roli poradenskou, kdy poskytuje klientovi své znalosti a doporučení.

V souvislosti s tímto bodem existuje pět kroků, jak v procesu zplnomocnění klientům pomoci (Ragins, 2018, s. 37-39):

a) Spolupráce mezi klientem a personálem

Klientovi jsou nastíněny možnosti léčby. Ten se následně může rozhodnout jakou variantu zvolí. Ragins to popisuje tak, že se z lékařů a personálu stávají spíše poradci, kteří svým klientům jednotlivé možnosti léčby nastíní a seznámí je s nimi.

b) Podporovat samostatnost klienta

U klientů se hledají způsoby, jak si dokáží pomoci také sami. Spíše se jedná o doplněk k léčbě, který posiluje sebedůvěru a odpovědnost.

c) Preference přirozeného prostředí pro klienta

Tento bod se vztahuje k možnostem zajištění péče a léčby i v přirozeném prostředí klientů, které pro ně může být pocitově bezpečnější.

d) Peer podpora

Sám Ragins ve svém modelu vyzdvihuje peery, tedy osoby, které mají zkušenosti s psychickým onemocněním a mohou poskytovat poradenství těm, kteří si ním procházejí.

Je důležité říci, že všechny tyto body mohou být aplikovány v praxi tehdy, když je klient skutečně stabilizován.

3. Odpovědnost za sebe sama a za svoji situaci

V této fázi je klíčové, aby byl klient veden k tomu, že za svůj život přebírá odpovědnost a není pouze v roli pacienta, o kterého se někdo stará. I v tomto případě je důležité, aby lékař a personál věřil ve schopnosti klienta. Období, kdy se klient vrací do běžného života a zapojuje se do každodenních činností, bývá náročné. Setkává se stereotypy a stigmatizací, které jeho zpětnou integraci do společnosti mohou znesnadnit.

4. Nalezení nové životní role

Skutečné zotavení a nastartování nové životní cesty začíná tím, když klient nachází nové životní role, které nejsou spojovány s onemocněním. Veškeré předchozí charakteristiky, které jsou u klienta budovány, musejí být přetvořeny a aplikovány na novou roli, jež umožňuje klientovi žít nový život. Jedná se např. o role syna/dcery, manžela/manželky, zaměstnance atd. (Ragins, 2002).

3.2. Teorie implementace

Teorie implementace napomáhá uchopit politické rozhodování a efektivitu veřejných programů. V práci ji využívám z toho důvodu, že mi napomáhá lépe porozumět tomu, jakým způsobem byla a je v současnosti politika DZ ve vztahu k zapojování peer konzultantů nastavena a zdali v tomto procesu vznikají nějaké implementační deficity.

Fáze implementace je ovlivněna institucionálním nastavením, chováním zapojených aktérů a dalšími vnějšími faktory (Winkler, 2002). Pro úspěšnost tohoto procesu je klíčové, aby k dané problematice byly jasně formulovány cíle politiky, které definují stav, kdy je splněné implementace dosaženo. Výstupy a výsledky politik může ovlivňovat celá řada faktorů včetně rozdílnosti zájmu jednotlivých aktérů. S pomocí této teorie lze lépe uchopit možné bariéry, které při implementaci veřejných programů vznikají.

Existují dvě teoretická pojetí pojmu implementace (Winkler, 2002):

1. Implementace je vnímána jako **stav**, kdy dochází k naplňování cílů politik. Na naplnění cílů mají zpočátku nejvíce vliv tvůrci politiky.

Jedná se například o definici autora Lane (1987, s. 297), který tento pojem definoval jako „něco, co je uskutečněného pomocí výstupů, výsledků, které jsou kongruentní s původními záměry“.

2. Implementace je vnímána také jako **proces**, kdy je daná politika realizována. To zahrnuje širokou škálu aktérů a interakcí mezi nimi, což ovlivňuje výsledné naplnění cílů. Autoři při svých definicích v tomto směru odkazují více také na samotný proces tvorby politik (Veselý, Nekola, 2007).

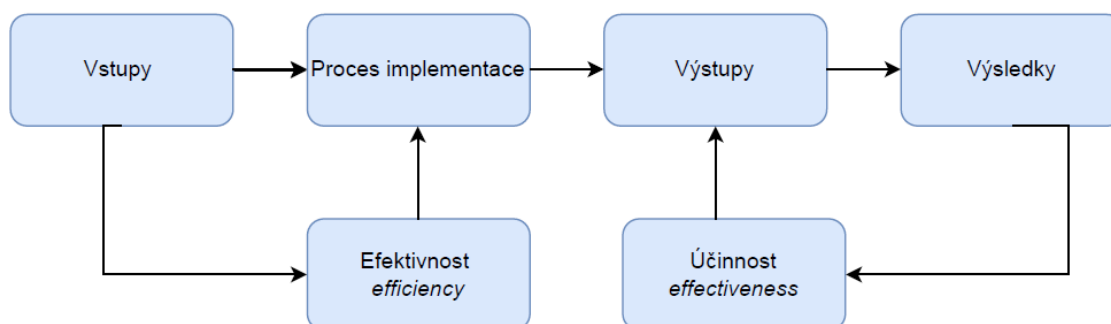
Do tohoto pojetí bychom mohli zařadit vymezení Potůčka et al. (2010, s. 43), kteří si pod pojmem implementace představují „vše, co nějakým způsobem souvisí s realizací cílů, které byly zformulovány ve fázi koncipování dané politiky, a to včetně výběru způsobů, prostředků, resp. nástrojů jejich realizace“.

Při analýze procesů implementace je vhodné soustředit se na to, jakým způsobem byly dosaženy stanovené politické cíle. Podrobnější analýza se poté zaměřuje také na další faktory, které výsledný proces ovlivňují. Jedná se například o zapojené aktéry, jejich strategie, záměry a utvářené koalice (Lane, 1987). Dle autorů Hilla a Hupa (2002) implementace zahrnuje širokou škálu aktivit směřujících k naplňování cílů veřejných politik,

a proto jsou sledovány také okolnosti, za kterých k naplňování konkrétní veřejné politiky dochází.

Důležité je věnovat se rovněž oblasti efektivnosti implementace. Ta může být zkoumána ve vztahu k výstupům – outputs či výsledkům – outcomes. Na efektivnost tohoto procesu se pojí dva anglické výrazy a to „efficiency“, což znamená efektivnost a pojem účinnost, anglicky „effectiveness“. Vztah mezi těmito pojmy zobrazuje schéma č.1.

Schéma č. 1: Teorie implementace – vztah mezi efficiency a effectiveness



Zdroj: Vlastní zpracování autorky na základě Mathesona (2001) a Pavlíka et al. (s. 62, 2014)

Při realizaci politiky může dojít k tomu, že cíle jsou špatně stanoveny, což vede k nepožadovaným výsledkům politik. Úspěšná implementace nastává tehdy, kdy jsou z větší části hlavní cíle naplněny. I přesto může dojít k působení vedlejších efektů, které určité procesy učiní neefektivní. V praxi se však velmi málo stává, že by došlo k dokonalé implementaci, kde by žádné vedlejší faktory neexistovaly (Potůček et al., 2015, s. 120).

Neúspěšná implementace se nazývá **implementačním deficitem**, kdy nejsou, ať už z části nebo celkově, naplněné stanovené cíle a plány (Winkler, 2014).

3.2.1. Implementační deficit

V této kapitole se podrobněji zaměřuji na implementační deficit, jelikož mě zajímá, zda v procesu zapojování peerů do služeb péče o DZ nastavená politika v nějakém ohledu selhává.

Při zkoumání procesu implementace se stále více analyzuje, proč některé z politik mají tendence nesplnit své vymezené cíle. To, jestli daná politika bude úspěšná, mnohdy závisí právě na průběhu implementace. Politické souvislosti mohou být velmi rozsáhlé a složité.

Z toho důvodu je zkoumání doplňováno komplexnějším pohledem, který počítá s určitou nepředvídatelností a nepřizpůsobivostí (Braithwaite et al., 2018).

Dle autorů Lindera a Petersa (1987) nastává selhání politiky ve třech situacích. Jedná se o 1) selhání již při formulování politiky, 2) selhání implementace a za 3) selhání s ohledem na stanovené cíle, kdy dochází k jejich nenaplnění nebo k jejich dosažení za cenu vzniku dalších negativních účinků.

Je možné definovat čtyři důvody, proč k selhávání politik dochází (Hudson, Hunter, Peckham, 2019):

1. Příliš velká očekávání v naplnění cílů

Tento problém může nastat z mnoha důvodů, ať už se jedná o nedostatečnou práci s objektivními informacemi týkající se nákladů či náročnosti celé politiky, nebo také působení různých zainteresovaných aktérů, kteří směřují k naplnění svých vlastních cílů. Velká míra optimismu, že cíle dané politiky budou naplněny, mnohdy panuje u takových problematik, které dlouhodobě rezonují ve společnosti a jsou jí také uznány. Dochází pak častěji k tomu, že časová náročnost programů, uvážení daných rizik pro realizování a odhadnutí nákladů, je vágní (National Audit Office, 2013).

2. Rozčleněná státní správa

Tento faktor poukazuje na to, že politiky, které jsou utvářeny na vyšších úrovních, mohou být těžko implementovány na těch nižších. O to problematičtější to je tehdy, kdy politiky formulované na nižších úrovních než ty národní, jsou řízeny svojí vlastní politickou autoritou (Norris et al., 2014). Je důležité, aby programy a plány byly vytvářeny i s ohledem na lokální podmínky (Sausman, Oborn, Barrett, 2016). Může se stát, že představy těch, kteří působí na vyšších úrovních správy, nejsou totožné s vnímáním ostatních (Davies, Nutley, Walter, 2008).

3. Nedostatečná spolupráce na tvorbě veřejných politik

Nízká míra spolupráce a propojenost jednotlivých aktérů, kteří vzájemně spolupracují na řešení veřejných politik, je jedním z hlavních důvodů, kvůli kterému je následná implementace obtížně proveditelná (Gazley, 2017). Dle Hudsona, Huntera a Peckhama (2019) je neustálá kooperace všech zapojených stakeholderů na různých úrovních řízení naprosto klíčová. Ideální je nastavit politiku již od počátku tak, že zúčastnění aktéři jsou

propojení na horizontální i vertikální úrovni, jednotlivé kroky na sebe navazují a jsou sjednoceny (Ansell, Sørensen, Torfing, 2017). Nedostatečná spolupráce vede k tomu, že politika je opakovaně definována, legitimizována a jednotlivé kroky implementace probíhají odděleně (Williams, 2012).

4. *Problematika kroků politického cyklu*

Hledání řešení veřejných politik a problematik může být v některých případech zdlouhavé a náročné. Tvůrci politik mohou mít tendence přiklánět se k přijetí krátkodobějších řešení, která ovšem přinášejí také krátkodobé výsledky. Řešení, která v praxi skutečně fungují, vyžadují i překonání obtížné implementace (Norris, McCrae, 2013). Dle Illott et al. (2016) je důležité dodržet tyto kroky, aby definování problematiky a procesu implementace mohlo být úspěšné:

- V první fázi je problém uznán a definován. Zároveň je formulováno, jak by mělo vypadat jeho vyřešení.
- V druhé fázi jsou na základě podpory jednotlivých politiků, ministerstev a s pomocí úředníků realizovány politiky, programy a instituce, které cílí na řešení dané problematiky. V této fázi by měla být nalezena pro dané řešení politiky co největší podpora, která bude dlouhodobá.
- V poslední fázi je důležité pokračovat v předešlých stanovených krocích a již evaluovat a ukázat určitá pozitiva/negativa nastaveného řešení.

4. Peeři v oblasti péče o duševní zdraví

4.1.1. Charakteristika pojmů peer konzultant a peer podpora

Peer konzultanti jsou lidé, kteří pracují se svojí vlastní zkušeností s prožitím DO. Důležité je nespojovat potřebnost osobní zkušenosti s nutným vyléčením z nemoci, jelikož to není pro roli peerů podstatné. Klíčové je to, zdali peer dokáže se svým příběhem pracovat a stát se hodnotnou součástí fungujícího týmu profesionálů při péči o klienty, kteří si nemocí právě prochází (Foitová et al., 2016).

Peeři v oblasti služeb péče o DZ mohou zastávat několik pozic, přičemž mnozí z nich je kombinují. Jedná se o peer konzultanta, výzkumníka, poradce, lektora, hodnotitele, advokáta a pečovatele. V této práci se věnují pouze peer konzultantům, z toho důvodu, že oblast pracovní realizace vztahující se k dané pracovní roli, souvisí s odlišnými potřebami a výzvami². Pro lepší orientaci a vymezení toho, čemu se věnují právě peer konzultanti, si dovoluji definovat i zbylé role: 1) **peer výzkumníci**, kteří se zabývají zkoumáním problematiky související s DZ a zpracováním výsledků připravovaných analýz, 2) **peer poradci**, kteří dovednosti se zpracováním své vlastní zkušenosti ze zotavení využívají ve službách zaměřených na poradenství, 3) **peer lektoři** se věnují oblasti lektorování a vzdělávání profesionálních týmů v oblasti DZ (zdravotní sestry, psychologové, psychiatrii, lékaři, pracovníci v soc. službách...), 4) **peer hodnotitelé** zkoumají nastavený systém z hlediska kvality a její následné efektivity, 5) **peer advokáti** se zabývají otázkou práv osob s DO nebo jejich zastupováním a 6) **peer pečovatelé**, kteří se věnují pečujícím o člověka s DO a jeho blízkému okolí (Řičan, 2016; Chrtková, Rain, Součková, 2022; Foitová et al., 2016).

Definování peer podpory a konkrétní náplně práce peer konzultanta je poměrně složité. Mnohdy se odvíjí i od toho, zda je peer součástí zdravotních či sociálních služeb. Obecně Mead a Macneil (2004) tvrdí, že práce peer konzultanta je založena na principu vzájemného porozumění, empatie a autenticitě. Oboustrannou sociální a emocionální podporu, jako klíčovou součást vztahu peer konzultanta a příjemců péče, zdůrazňuje více autorů (Mead, 2003; Mead, Hilton, Curtis, 2001; Davidson et al., 2006; Ratzlaff et al., 2006).

² Peer konzultanty v diplomové práci dále také označuji pro zjednodušení pouze pojmem „peer“.

4.1.2. Od svépomoci k peerství aneb historie zapojování peerů

Velká Británie

Peer podpora a její principy mají dlouhodobou tradici ve Velké Británii (dále VB). V 60. – 70. letech 20. století, kdy započala deinstitucionalizace nejen služeb pro duševně nemocné a rozvíjel se přístup péče orientovaný na příjemce péče PPC – „person-centered care“, byla pomoc od peer konzultantů vyhledávána stále více intenzivněji (McClimans, Dunn, Slowther, 2011). Ve VB především mezi lety 1980-1990 můžeme zaznamenat rozvoj komunitní péče³, která poskytovala své služby na principu skupinového setkávání. Začal být kladen důraz na to, aby pacient/klient celému průběhu svého léčení dostatečně porozuměl a byl do péče zapojen (Wallcraft, Read, Sweeney, 2003). V souvislosti s deinstitucionalizací služeb docházelo ke zmíněnému rozvoji komunitních služeb a ke snížení frekvence hospitalizace osob s DO v nemocničních zařízeních. I z tohoto důvodu mnoho pacientů/klientů začalo hledat podporu i v jiném prostředí (Fournier, Baynton, 2017). Díky samotné iniciativě osob, které si navzájem neformálně poskytovaly pomoc v různorodých oblastech, byla podpořena myšlenka a princip fungování dnešních peer konzultantů. Se vznikem svépomocných skupin, asociací, organizací (např. MDF The Bipolar Organization, Survivors Speak Out) a kampaní věnujících se pacientům s DO našli peeri možnost uplatnit své zkušenosti (Fournier, Baynton, 2017; Faulkner, Basset, 2012; Wallcraft, Read, Sweeney, 2003). Ti se ve své práci následně orientovali a rozvíjeli koncept recovery neboli zotavení. Tradiční služby v oblasti péče o DZ do té doby pracovaly především s „illness modelem“ či „medicínským modelem“ (Mead, McNeil, 2004). Modely podtrhovaly spíše to, co je na příjemci péče „špatně“ a jaké jsou jeho slabé stránky. Od 50. let se rozvíjí „rehabilitační model“ (Carling, 1995 citovaný Weeghelem, 2002), prostřednictvím kterého je k pacientovi více přistupováno jako ke klientovi (Stickley, Bonney, 2008). V současnosti jsou peeri ve VB profesionální a přínosná součást týmů v oblasti služeb péče o DZ. Peeri se využívají nejen při lektorování zdravotnických a sociálních pracovníků, ale také při přímém kontaktu s klienty (Basset et al., 2010).

³ Komunitní péče označuje pojem, který definuje přístup péče a pomoci, kdy jsou služby směřovány především vně velkých institucí či nemocnic. Jedná se o takový typ péče, který se zaměřuje na komplexní, efektivní a kontinuální postup, který vyzdvihuje autonomii klienta. Služby jsou dle potřeb klienta koordinované, dostupné a v oblasti DZ pomáhají osobám i s vážným DO (Říčan, 2007).

USA

Také ve Spojených státech amerických (dále USA) docházelo k nárůstu významu peerství od 60. let minulého století, kdy tamější systém psychiatrické péče procházel velkou transformací vstříc k rozvoji komunitní péče. V té době vznikala celá řada služeb založených na komunitním setkávání včetně svépomocných organizací nebo sociálních a rehabilitačních programů (Mowbray, Freddolino, 1986). Prvotně byli peer pracovníci najímáni v rámci poskytování asertivní komunitní léčby (dále ACT), jejíž úkolem bylo zahrnout do týmů právě člověka s vlastní zkušeností s DO (Říčan, 2007). Takováto léčba je založena na týmovém přístupu, kdy jsou informace a péče o klienta sdíleny a zprostředkovány celému týmu (Novák, Ukropová, 2018).

Peer konzultanti v dané zemi procházejí uceleným systémem vzdělávání, i speciálním výcvikem, na základě kterého mohou obdržet certifikaci. Od zaměstnávajících organizací jsou vyžadována a dodržována pravidla při jejich zapojování (Daniels et al., 2010). Konkrétní podoba vzdělávání a podmínek pro zaměstnávání se však v jednotlivých státech liší (Chrtková, Rain, Součková, 2022).

Holandsko

Zapojení peer pracovníků v této zemi se stalo příkladem pro implementaci využívání peerů i v našem systému služeb péče o DZ. První a druhá vlna nově fungujících peer konzultantů v ČR měla možnost absolvovat stáže právě v Holandsku⁴. Dle Foitové et al. (2014) je v této zemi způsob a systém jejich zapojování a vzdělávání více rozvinutý.

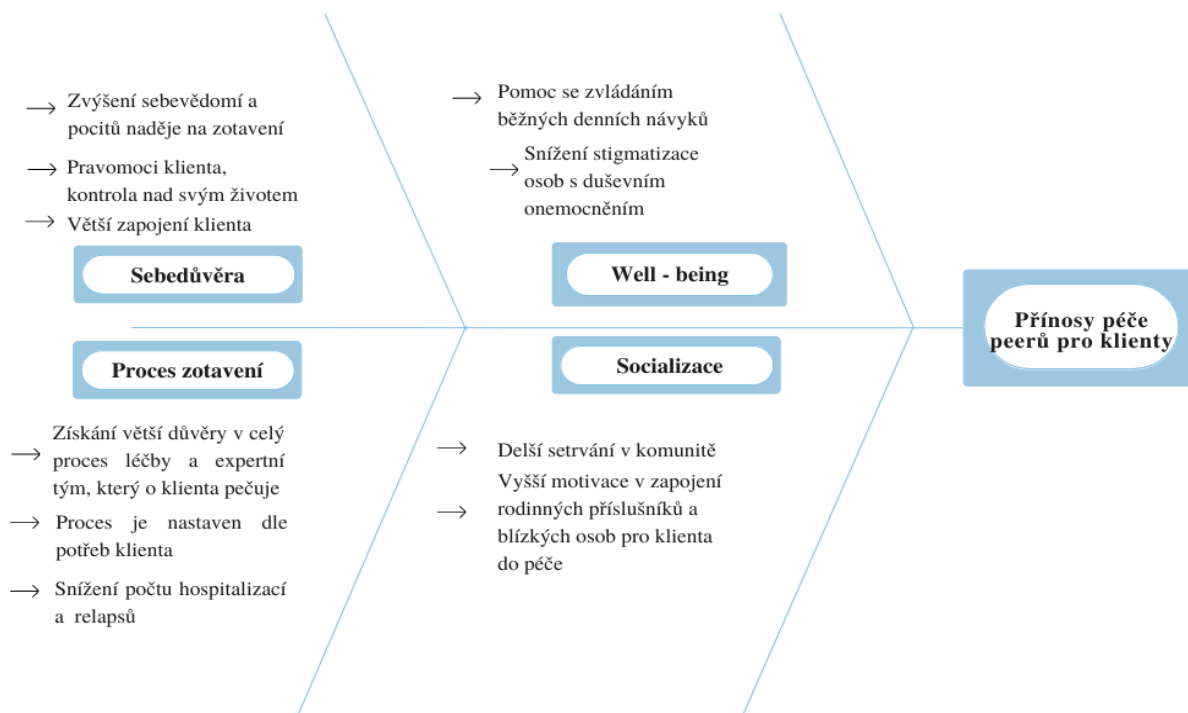
Základem péče v Holandsku jsou multidisciplinární týmy využívající principy modelu FACT (flexibilní asertivní léčba), který vychází z ACT. Součástí těchto týmů jsou včetně psychiatrů, psychologů, zdravotnického personálu a sociální pracovníků i peer konzultanti. Týmy poskytují péči klientům v akutních fázích, ale také jim napomáhají při běžném režimu, tedy v pokračující cestě k zotavení. Na pravidelné bázi jsou v tomto systému také týmové porady, kde se konzultují případy klientů a jejich individuální potřeby (Foitová et al., 2014). Tento přístup stál i u zrodu vzniku CDZ v ČR a mnoho služeb v oblasti DZ u nás se jím nechalo inspirovat.

⁴ Jednalo se o operační program Lidské zdroje a zaměstnanost.

4.1.3. Práce peer konzultanta a její vliv na příjemce služeb

Peer konzultanti při práci s pacienty/klienty využívají svých vlastních zkušeností a získaných vědomostí ze života s DO. Sociální a zdravotní služby, které peery zaměstnávají, předpokládají, že pacienti/klienti mohou z kontaktu s peery profitovat. Peer konzultanti se stávají čím dál tím více součástí služeb péče o DZ (Goldstrom et al., 2006; Ahmed et al., 2012). V této kapitole se zaměřuji na to, jakou roli mají peři v oblasti služeb péče o DZ pro klienty a jaké konkrétní benefity jim dle výzkumů jejich péče přináší (viz schéma č. 2).

Schéma č. 2: Přínosy péče peerů pro příjemce péče



Zdroj: Vlastní zpracování autorky

Zplnomocnění klienta – empowerment

Jeden z hlavních přínosů je spojen s termínem “*empowerment*”, což lze přeložit jako sebedůvěra či zplnomocnění klienta. Jedná se o multidimenzionální přístup ke klientovi, který klade důraz na jeho roli a význam v procesu zotavení (GAMIAN Europe, 2018). Klient by měl být motivován k tomu, aby za sebe dokázal převzít odpovědnost a samostatně se rozhodovat. Díky takovému nastavení služeb klient nabývá na důvěře ve své vlastní

schopnosti a naději v zotavení (Evropské patientské fórum, 2015). Je velmi důležité, aby dostatečně porozuměl všem okolnostem souvisejícím s jeho onemocněním a následnou léčbou či péčí. Pokud je klient s DO veden tímto směrem, má větší šanci ve své léčbě uspět, nežli ten, který jednotlivým postupům a procesům léčby nerozumí a je od své nemoci odosobněný (Aggarwal, 2016). Tento pojem bývá dle Evropského patientského fóra spojován také s termínem “involvement”, který charakterizuje situaci, kdy je klient aktivním účastníkem v léčbě. Ochocka et al. (2006) spatřují v peer podpoře pozitivní změnu právě v tomto hledisku, kdy se z klientů stávají aktivní příjemci péče, kteří si prostřednictvím peer služeb pomáhají také navzájem. Mnoho autorů poukazuje také na to, že klienti se díky rozhovorům, ve kterých se peeri zaměřují na jejich pozitivní vlastnosti a schopnosti (po vzoru tzv. strength based modelu), cítí více odhodlaně a sebejistě (Davidson et al. 1999; Dumont, Jones, 2002; Resnick, Rosenheck, 2008). Perspektivou osobní zkušenosti získávají klienti od peerů specifický způsob podpory a porozumění. Ve výsledku může být proces zotavení klienta díky zapojení peera také časově méně náročný (Salzer, 2002). Autoři Deegan (1992) a Chamberlin (1978) zmiňují navíc přínosy peerů v oblasti tvorby politik, kdy jsou podporovány osoby s DO ke kolektivní akci a k zapojování se do politického rozhodování.

Well-being – zvládnutí běžných denních návyků, snížení působení (sebe)stigmatizace

Dalším velmi často zmiňovaným benefitem je snížení míry stigmatizace a sebestigmatizace u klientů s DO. Peer konzultanti, nejenže pomáhají osobám, které si procházejí DO, ale zároveň šíří osvětu ohledně DO. Svou zkušeností poukazují na to, že s tímto onemocněním lze pokračovat v mnoha aktivitách a být i nadále aktivní na trhu práce (Mowbray, Moxley, Collins, 1998). Stigmatizace pacientů s DO se nemusí dopustit jenom okolí klienta, ale v některých případech také pečující personál. Dle autorů Bologna a Pulice (2011) je možné prostřednictvím zaměstnávání peerů takovému vlivu zamezit a proti jeho výskytu úspěšně bojovat. Stigmatizace v oblasti služeb péče o DZ je velké téma, jelikož výrazně negativně ovlivňuje kvalitu života osob s DO (Janoušková et al., 2019). Právě spokojenost s přístupem peerů a jejich pozitivní dopad na životy klientů i v souvislosti s touto problematikou potvrzuje hned několik výzkumů (Bologna, Pulice, 2011; Herman, 2005; Rogers et al., 2007; Greenfield, 2008).

Proces zotavení

Jak už jsem zmiňovala v předchozích odstavcích, přístup peerů ke klientům je ojedinělý svým „laickým věděním“ a tím, že na rozdíl od formálních poskytovatelů služeb je neformální a nepředpojatý. Tím, že peeri mají vlastní zkušenost s DO a s využíváním konkrétních služeb, dokáží klienta nasměrovat při hledání odpovídající péče. Klienti oceňují, že od peerů získávají informace, kterými lze řešit jejich různorodé potřeby (Armitage, Lyons, Moon, 2010). Velkým plusem je i to, že peeri nechávají svým klientům jakousi volnost. Klient se rozhoduje sám, zda chce doporučených služeb a kontaktů využít. Peer konzultanti pomáhají nejen se základními potřebami klientů,

tzn. s nákupem či vyřízením různorodých záležitostí, ale také předjednávají schůzky s poskytovateli služeb péče o DZ. Svým klientům pomáhají zjednodušit běžné žití (Demetrius, Salvador, Davis, 2010). Prostřednictvím otevřených rozhovorů mohou peeri lépe odhadnout potřeby svých klientů, které následně komunikují s dalšími členy týmu. Tímto způsobem poté dochází k individuálně proklientsky nastavenému fungování služeb (Gilmer et al., 2022; Davidson et al., 2012).

Některá psychická recidivující onemocnění vyžadují také opakovanou hospitalizaci. Ta může být způsobena buď charakterem onemocnění nebo obtížným návratem klienta do běžného života. Výzkumy však ukazují, že peer podpora v oblasti péče o DZ snižuje recidivu, potřebnou dobu, kterou pacient tráví v nemocnici, a tím i zátěž na zdravotní a sociální systém (Davidson et al., 2012, Eboreime et al., 2022; Lawn, Smith, Hunter, 2008).

Socializace

Další významné benefity lze zařadit do kategorie socializace, která souvisí s působením vztahu peera a klienta na jeho sociální fungování. Starší (Davidson, 1999), ale i novější studie (Gilmer et al., 2022; Ochocka et al., 2006) poukazují na to, že prostřednictvím peerů se klienti s DO lépe integrují zpět do společnosti. Svépomocné skupiny, které jsou často peer konzultanty vedeny, napomáhají u klientů k nabytí pocitů, že někam skutečně patří. Prostřednictvím kontaktů s peery je do péče častěji zapojena také rodina a blízké okolí.

5. Reforma psychiatrické péče v ČR

5.1. Transformace péče o duševní zdraví v kontextu reformy

Reforma psychiatrické péče v ČR začala mezi lety 2012-2013 oficiálním schválením dokumentu *Strategie reformy psychiatrické péče* (MZ ČR, 2013) (dále SRPP), který vznikl pod záštitou Ministerstva zdravotnictví (dále MZ ČR). Dokument byl vytvořen v návaznosti na potřebné změny v nastavení tehdejšího systému psychiatrické péče v ČR, který dlouhou dobu neprošel potřebnými transformacemi, díky čemuž byl také výrazně podfinancován. Jedním z obecných a hlavních cílů strategie bylo zlepšení kvality života osob s DO, díky čemuž by byla také lépe dodržována a naplňována jejich lidská práva (MZ ČR, 2013). Zmiňována byla i potřebná meziresortní spolupráce aktérů, kteří se problematice poskytování péče o DZ zabývají, a to konkrétně kooperace MZ ČR včetně jejich organizací, Ministerstva práce a sociálních věcí (dále MPSV), Ministerstva financí, Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy, Ministerstva obrany, Ministerstva pro místní rozvoj (dále MMR), Ministerstva vnitra (dále MV) a územních krajských a obecních samospráv (Viereckl, Šupa, 2017; Duškov, 2019; Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017). Reforma odstartovala mnoho změn v nastavení, ale také v přístupu zmíněných zapojených aktérů (Viereckl, Šupa, 2017). První etapa reformy byla financována prostřednictvím strukturálních a investičních fondů EU (MZ ČR, Úřad vlády ČR, 2020).

Konkrétnější cíle SRPP byly definovány takto: (MZ ČR, 2013):

- 1) Nastavit takový systém a organizaci péče, ve které budou sociální a zdravotní služby vzájemně provázány a bude zajištěna i návazná péče o klienta.
- 2) Snížit míru stigmatizace osob s DO a oblast péče o DZ.
- 3) Zaměřit se na přání samotných klientů a na základě toho přizpůsobit danou péči.
- 4) Posílit kvalitu poskytování psychiatrické péče.
- 5) Podpořit inkluzi duševně nemocných do společnosti.
- 6) Humanizovat psychiatrickou péči.
- 7) Posílit efektivitu služeb včetně brzkého odhalení psychického onemocnění u pacientů/klientů.

K naplnění alespoň některých z těchto cílů se predikovalo období zhruba 15 až 20 let. Praktická realizace jednotlivých kroků probíhala od roku 2017. Jednou z klíčových změn

bylo také vybudování specializovaných CDZ, jejichž účelem je podpora vzniku multidisciplinárních týmů a poskytování sociálních a zdravotních služeb v prostředí bližším klientům především prostřednictvím terénní práce (Goldmanová et al., 2012). Prvních pět CDZ bylo otevřeno v roce 2019 pod záštitou projektu „Podpora vzniku Center duševního zdraví“ financovaným Evropským sociálním fondem (dále ESF) v Jihomoravském, Olomouckém, Ústeckém kraji, Praze a také v kraji Vysočina. Záměrem center bylo snížit dlouhodobou hospitalizaci pacientů v psychiatrických nemocnicích.

U klientů CDZ je posilována samostatnost včetně nácviku péče o sebe sama a domácnost, schopnost se socializovat a jsou podporováni ve snaze najít si zaměstnání a setrvat v něm. Ze zdravotního hlediska funguje prostřednictvím zdravotnického personálu také pravidelné sledování psychického i fyzického zdraví klientů. Důležitou součástí vzniklých týmů se mimo pracovníků sociálních služeb, psychologických či psychiatrických profesionálů a sester stávají také peer konzultanti (Viereckl, Šupa, 2017). Cílem těchto center je nejen podpora klientů v jejich zotavení, ale zároveň brzké zachycení DO.

Z dosavadních evaluací jednotlivých etap zavádění služeb těchto center se ukázalo, že mají pozitivní vliv na kvalitu života klientů (Říčan et al., 2021; Krupčík et al., 2022; Krupčík, Říčan, Soukupová, 2022). Byla zjištěna snížená doba hospitalizace a zlepšení zdravotních obtíží. Pokud klient navštěvoval centrum po více než jeden rok, docházelo také k vyššímu sociálnímu začlenění a uplatnění na trhu práce (Říčan et al., 2021 Evaluation Advisory CE, 2021). Do roku 2023 bylo vybudováno celkem 33 CDZ včetně tří, která se orientují pouze na děti a adolescenty. Vznik CDZ a s tím vytvoření multidisciplinárních týmů se však potýká s mnoha problémy, které mohou bránit v úspěšné implementaci výše zmíněných cílů. Jedná se především o nedostatek pracovníků v žádaných profesích, problematika z hlediska vykazování práce a její následné financování (zdravotní vs. sociální část), spolupráce mezi jednotlivými resorty a také zanesení CDZ do zákona o sociálních a zdravotních službách, které bude platné až od roku 2025. Služby CDZ by měly být poskytovány do roku 2030 v celkem 100 zařízeních (MZ ČR, Sociofactor, 2022).

V roce 2019 byla oblast péče o DZ vzata jako jedna z priorit tehdejší vlády a byla zanesena jako specifický cíl 2.1. „Implementace modelu integrované péče, integrace zdravotní a sociální péče, reforma o duševní zdraví“ (MZ ČR, 2019, s. 36) do strategického rámce dokumentu **Zdraví 2030** (MZ ČR, 2019). Dle tohoto dokumentu došlo do té doby k výraznému zlepšení poskytování služeb, avšak počet osob s DO, a tudíž i zatížení

nemocnic, se stále zvyšovalo. Záměrem bylo mimo jiné zdůraznit závažnost celé situace a důležitost probíhající reformy psychiatrické péče v souvislosti s rozvojem komunitní péče. Ta je v této oblasti vnímána především jako péče v přirozeném prostředí klientů zahrnující terénní péči poskytnutou multidisciplinárními týmy, ambulantními psychiatry a psychologů, ambulantními sociálními službami atd. (MZ ČR a Úřad vlády ČR, 2020).

V stejném roce byla také založena Národní rada vlády pro duševní zdraví. Ta se soustředila na úspěšnou implementaci dokumentu *NAPDZ 2020-2030* (MZ ČR, Úřad vlády ČR, 2020), který byl schválen vládou ČR v roce 2020. Dokument rozvíjel cíle stanovené v dokumentech SRPP (MZ ČR, 2013), Zdraví 2030 (MZ ČR, 2019) a Strategický rámec Česká republika 2030 (Úřad vlády ČR, 2017). NAPDZ akcentoval potřebu rozšířit cíle SRPP na celou populaci včetně potřebné prevence před rozvojem duševních chorob. Zároveň se také ukázalo, že odpovědnost za naplňování cílů nemůže být pouze na MZ ČR, ale musí jít o usilovné zapojení dalších ministerstev.

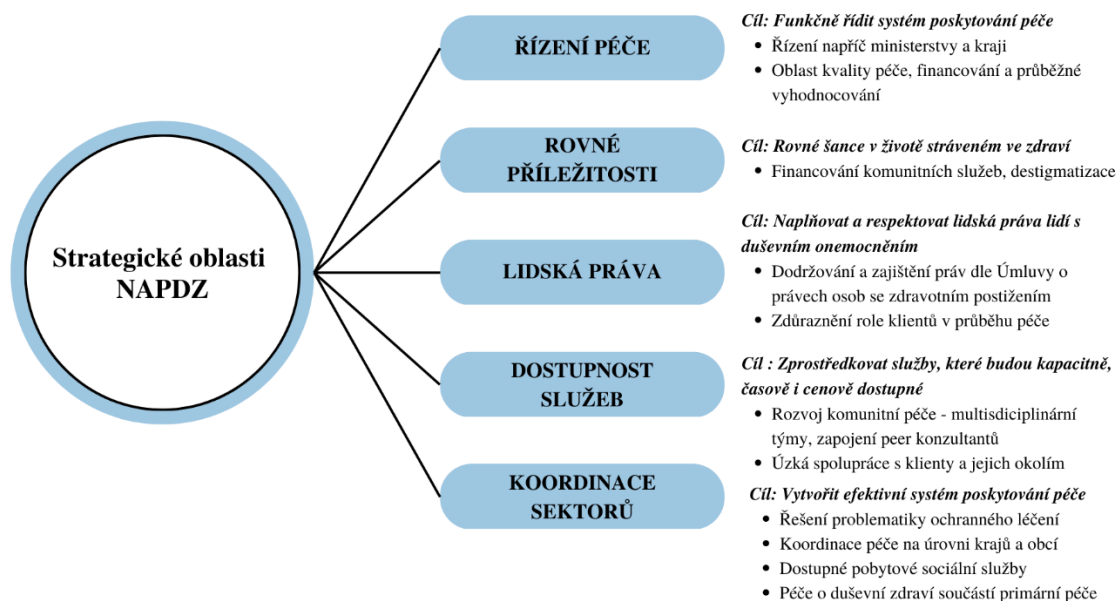
Primární cíle, které jsou naplňovány i doposud, jsou (MZ ČR, Úřad vlády ČR, 2020):

- Posílit budování CDZ, kterých do roku 2022 mělo být vybudováno celkem 30. S tím souvisí i potřeba zaměřit se na terénní týmy, které zajišťují sociální i zdravotní péči.
- Spolupráce MZ ČR, MPSV a MMR na vytvoření sítě komunitního bydlení pro osoby, které si prošli DO.
- Rozdělit kompetence poskytování a financování sociálních zdravotních služeb a implementačních změn reformy psychiatrické péče mezi MZ ČR a MPSV.
- Nastavit, jakým způsobem budou regiony zajišťující sociální služby koordinovány a využívány v celém chodu.
- Směřovat pacienty, kteří jsou již dlouhodobě hospitalizováni směrem ke komunitním službám. Snížit náklady a počet pacientů u následné lůžkové péče⁵.

Akční plán si stanovil i své strategické oblasti, jejichž přehledné zpracování je ve schématu č. 3. Jedná se celkem o pět oblastí: řízení péče, rovné příležitosti pro osoby s DO, naplňování jejich práv dle plnění závazků vůči Úmluvě o právech lidí s DO, dostupnost služeb a její efektivní koordinace.

⁵ V případě lůžek následné péče v oblasti psychiatrie je pacient již natolik stabilizován, že mu je poskytován spíše ošetrovatelský typ péče (Možný, 2020).

Schéma č. 3: Strategické oblasti NAPDZ



Zdroj: Vlastní zpracování na základě autorů MZ ČR, Úřadu vlády (2020) a Papežové (2021)

6. Metodologický výzkumný rámec

6.1. Výzkumná strategie

Ve svém výzkumu jsem zvolila kvalitativní výzkumnou strategii. Ta mi napomohla uchopit sociální realitu, vysvětlit institucionální a kulturní vztahy mezi zainteresovanými skupinami či jednotlivci a přinést další poznatky o zkoumaném tématu (Geertz, 1973). Metody a přístupy zkoumání kvalitativního výzkumu jsou velmi široké a díky své rozmanitosti nejen v metodologických přístupech, ale také v hodnotově praktickém zaměření, jsou pro zkoumané téma příhodné (Leavy et al., 2014). Na komplexnost kvalitativního výzkumu upozorňují také různorodé definice jednotlivých autorů. Dle Denzina (2012, s. 6) se kvalitativní zkoumání skládá z několika interpretačních metod, kterými pozorovatelé zviditelňují svět a věci ve svém přirozeném prostředí. Patton (1985, s.1) vyzdvihuje na tomto výzkumném přístupu, jakým způsobem může jít analýza do hloubky, díky čemuž je zdůrazněna jedinečnost a povaha analyzovaného prostředí. To následně přináší data bohatě popisující zkoumané téma (Merriam, Tisdell, 2016). I v mém badání mi kvalitativní přístup umožnil se zaměřit na samotný proces porozumění toho, jak především peeri a experti interpretují své zkušenosti a znalosti, což mi následně napomohlo porozumět jejich způsobu prožívání a vnímání reality vztahující se k probíranému tématu.

S ohledem na to, že mezi mé cíle patří porozumění role peerů v systému péče o DZ a způsob jejich zapojování do těchto služeb, stává se ze mě jako výzkumníka vhodný nástroj pro získání a následnou analýzu dat. Dle Merriem a Tisdell (2016) kvalitativní výzkum umožňuje téměř ihned analyzovat získané informace včetně ověření jejich správného uchopení a interpretace u respondentů. Výzkumník se může v průběhu svého badání výzkumu individuálně přizpůsobit, reagovat na získané informace a čerpat nejen z verbální, ale také neverbální komunikace s respondenty.

6.2. Metody sběru dat

Výzkumné metody byly vybrány tak, aby korespondovaly s výzkumnými otázkami a cíli zkoumání. Ve výzkumu analyzuji a pracuji se sekundárními i primárními daty.

V práci byla využita také data, která jsem získala prostřednictvím pomocné výzkumné činnosti pod vedením PhDr. Karolíny Dobiášové, Ph.D., kdy jsme se věnovaly tématům

implementace reformy psychiatrické péče v ČR a zapojování peerů do zdravotní péče na tzv. mezoúrovni zdravotnického systému (Carman et al., 2013)

6.2.1. Sekundární data

Sekundární data představují pro můj výzkum vstupní data, prostřednictvím kterých jsem mohla poznat dosavadní stav poznání zkoumané problematiky. Dle Buriánka (1988, s. 78) představuje sekundární analýza jakousi „tvůrčí činnost“ výzkumníka, který pracuje s podklady, které již byly v minulosti někým využity a zpracovány. Zdrojem pro mě byly jednotlivé odborné studie, vládní dokumenty, ale také výzkumné zprávy týkající se reformy psychiatrické péče v ČR. Při analýze sekundárních dat jsem postupovala dle Hendla (2005). V první fázi jsem si nejdříve stanovila, co je cílem mé práce s dokumenty. Po nalezení relevantních zdrojů jsem podklady vyhledávala dle předem stanovených klíčových slov: peer, peer v oblasti DZ, peer konzultant, reforma psychiatrické péče, multidisciplinární tým DZ, péče o duševně nemocné. Zdroje pro tuto část výzkumu představovaly materiály získané prostřednictvím elektronických databází akademických knih, periodik a časopisů PubMed, Medvik, Taylor & Francis, APA PsychNET, PsychINFO, centrálního vyhledávače Univerzity Karlovy a katalogů knihoven.

Jednotlivé materiály jsem podrobila kritické analýze, kdy jsem se zaměřila nejen na použité výzkumné metody, ale i na okolnosti vzniku materiálu (Moore, 2006). Díky tomu jsem měla možnost zajistit určitou validitu a reliabilitu zkoumajících materiálů. Provedená analýza sekundárních dat mi napomohla se zorientovat v dané problematice. Porozuměla jsem více předchozím datům a výzkumům provedených na stejné či podobné téma, objevila jsem širší souvislosti, a především našla informace, kterými se rozvinul kontext pro interpretaci dat primárních. Po důkladné rešerši sekundárních materiálů jsem mohla vstoupit do analýzy jako aktivní výzkumník a sbírat data primární.

6.2.2. Primární data

Primární data jsem získala prostřednictvím hloubkových polostrukturovaných rozhovorů s dvěma typy respondentů⁶. Jednalo se o osoby, které mají zkušenosti s prací peer konzultanta ve službách péče o DZ a o experty zabývající se danou problematikou. Kvalitativní rozhovory vytvářejí prostor pro takovou interakci mezi tazatelem a respondentem, kdy dochází ke konstruování informací týkajících se společné problematiky

⁶ Přepis rozhovorů je k dispozici na vyžádání u autorky.

(Kvale, Brinkmann, 2009). Díky rozhovorům jsem získala od respondentů cenné znalosti a seznámila jsem se s jejich zkušenostmi a pocity ke zkoumanému tématu.

Při dotazování jsem využívala předpřipravenou osnovu otázek, ale v průběhu rozhovorů jsem přizpůsobovala podobu otázek také výpovědím respondentů (Galletta, 2013). Před vytvořením scénářů rozhovorů jsem uskutečnila podrobný desk research, který mi napomohl právě při jejich sestavování. Scénáře, které jsou dostupné v závěru práce v příloze č. 1. a 2., následně z velké části obsahovaly otevřené otázky, které se přizpůsobují výpovědím respondentů. Polostrukturovaný rozhovor má výhody především v tom, že si tazatel může ověřit, zda správně interpretoval a pochopil získané informace (Hendl, 2005). V mém případě jsem se snažila respondentů dotazovat tak, aby cítili určitou volnost v možnosti projevit svá osobitá přesvědčení. Pokud se respondent příliš vzdaloval od tématu, pokusila jsem se rozhovor mírně korigovat. Každému respondentovi jsem při rozhovoru dala najevo, že jeho pohled je pro mě cenný.

Také je důležité, zda se výzkumník pokouší zahrnout hledisko více zainteresovaných skupin a jedinců. Z tohoto důvodu jsem mezi své respondenty zařadila nejen osoby s vlastní zkušeností s DO zabývající se rolí peer konzultanta, ale také experty, kteří na problematiku zaměstnávání peerů hledí z různých stran.

Většina rozhovorů proběhla v online prostředí, což přineslo řadu výhod vzhledem k danému tématu. Možnému omezení, které tento typ dotazování přináší, se věnuji v následujících kapitolách. Online rozhovory vždy probíhaly prostřednictvím platformy, která umožňovala spustit také web kameru, což se dle autorů Merriam a Tisdell (2016) více podobá „face to face“ rozhovoru. Jednou z hlavních výhod takového rozhovoru bylo také to, že jsem nebyla geograficky omezena a mohla jsem oslovit širší škálu respondentů (Sweet, 2002). Respondentům jsem nabídla možnost osobního setkání, ale většina z nich preferovala spojit se online, ať už z časového důvodu nebo kvůli zachování určité anonymity. U rozhovorů s peery jsem vnímala jako velké pozitivum, že dotazování mohlo probíhat v jejich prostředí, které jsem svou přítomností nijak nenarušovala. Věřím, že pro řadu respondentů, především peerů, bylo příjemnější uskutečnit rozhovor online právě z hlediska zachování jejich soukromí.

Před jednotlivými rozhovory jsem uskutečnila se zástupci z obou skupin respondentů pilotní rozhovory. Díky nim jsem mohla následně poupravit obsah scénářů a pořadí či formulaci

jednotlivých otázek. Hlavní přínos pilotáže je určitá retrospektiva, která vede k odstranění problematických oblastí a k zamezení možných složitostí a nepřesností pro komunikaci s respondentem (Merriam, Tisdell, 2016; Seidman, 2013).

6.2.2.1. Rozhovory s peery

Pro účely této diplomové práce jsem oslovila osoby pracující již delší dobu v roli peer konzultantů. Základní soubor tvoří respondenti, kteří pracují se svou zkušeností s DO v sociálních či zdravotních službách a předávají svůj osobní příběh zotavení svým pacientům/klientům, multidisciplinárním týmům, odborníkům či dalším zapojeným osobám. Vzhledem k velmi intimním tématům probíraných v rozhovorech jsem byla vděčná za každého respondenta, který mi ho byl ochoten poskytnout a vnímala jsem ho jako důležitou součást mého zkoumání (Hesse-Biber, Leavy, 2011). Při hledání a kontaktování respondentů jsem volila kombinaci výběru úsudkem a metodu nabalování tzv. snowball sampling. Dotázané respondenty jsem požádala o kontakt na další vhodné organizace, které peery zaměstnávají nebo na konkrétní osoby (Baum et al., 2014). Kontakty na peery jsem hledala také prostřednictvím institucí, které s peery pracují.

Výběr respondentů

Jednotlivé respondenty jsem nejdříve oslovila emailovou žádostí, ve které jsem je seznámila se záměrem svého výzkumu, podobou rozhovoru a dalšími důležitými okolnostmi. Z oslovených peerů se mi podařilo od všech získat pozitivní zpětnou vazbu. S respondenty byly provedeny polostrukturované hloubkové rozhovory týkající se témat dle předpřipraveného scénáře.

Celkem proběhlo šest rozhovorů. Podrobnější charakteristika je popsána v tabulce č. 2. Jednoho z respondentů jsem se rozhodla do svého zkoumání nezařadit, protože z rozhovoru vyplynulo, že se věnuje spíše roli peer pečovatele, která má vlastní specifika. Většina rozhovorů proběhla na základě preferencí respondentů v online prostředí. S jedním peer konzultantem jsem se osobně setkala v rámci jeho pracoviště. Z důvodu požadavku peerů o zachování anonymity neuvádím jména či názvy konkrétních institucí, ve kterých peery působí.

Tabulka č. 2: Seznam realizovaných rozhovorů s peer konzultanty

Označení respondenta v textu	Instituce, ve které respondent působí	Datum uskutečněního rozhovoru a jeho podoba
Peer_1 (P1)	Zdravotnicko-výzkumné zařízení a obecně prospěšná společnost poskytují psychorehabilitační služby lidem s DO	25.11. 2021, 65 minut, Google Meet
Peer_2 (P2)	Organizace sociálních služeb, která pomáhá lidem s DO zvýšit kvalitu života	25.11. 2021, 43 minut, Google Meet
Peer_3 (P3)	Organizace sociálních služeb, která pomáhá lidem s DO zvýšit kvalitu života	29. 11, 2021, 21 minut, Google Meet
Peer_4 (P4)	CDZ a nezisková organizace zaměřující se na osoby s DO	13.1. 2023, 44 minut, osobně v CDZ
Peer_5 (P5)	CDZ	18.1. 2023, 28 minut, Google Meet

Zdroj: Vlastní zpracování

6.2.2.2. Rozhovory s experty

Oslovila jsem celkem devět expertů. S jedním expertem z důvodu jeho časového vytížení proběhlo dotazování prostřednictvím emailu – zasláním osnovy jednotlivých otázek. S ostatními jsem provedla expertní šetření formou polostrukturovaného rozhovoru. To je dle Bognera, Litiiga a Menze (2009) velice efektivní nástroj, který umožňuje výzkumníkovi proniknout do studovaného tématu a získat tak informace, které by byly jinak obtížně zjistitelné. V průběhu svého dotazování jsem provedla dva typy expertních rozhovorů. V prvotní fázi výzkumů a dotazování čtyř expertů jsem použila tzv. explorativní expertní rozhovor, který se soustředil na větší množství aspektů zkoumané problematiky. Tyto rozhovory mi napomohly utvořit si základní představu o dané problematice. Ujasnila jsem si témata, která jsou v rámci mého zkoumání důležitá, a na která se chci v dalších rozhovorech zaměřit. V rámci těchto rozhovorů jsem byla otevřená k získávání nových informací, na základě kterých jsem následně finalizovala svoji osnovu otázek. Ve zbylých rozhovorech jsem již využila metodu expertního rozhovoru tzv. theory generating, kdy jsem se soustředila na konkrétnější okruhy a otázky v rámci svého dotazování (Bogner, Littig, Menz, 2009, s. 46-48.). Z důvodu důvěrného charakteru získaných informací jsme se rozhodla anonymizovat také jména expertů.

Výběr respondentů

Výběr a hledání expertů bylo záměrné na základě několika kritérií. Experty jsem identifikovala podle jejich praxe a zkušeností v oblasti péče o DZ, podle pole působnosti

v institucích, které se zkoumanou problematikou zabývají a uznanou expertní autoritou, kterou jsem odvodila z jejich pracovní pozice. Při stanovování těchto kritérií jsem vycházela z definice Bognera, Littiga a Menze (2009), kteří expertní znalost vymezují právě mírou autority v profesním prostředí, což souvisí s možností podílet se na strukturování podmínek pro ostatní aktéry. Svým výběrem expertů jsem se snažila pokrýt širokou škálu zúčastněných aktérů a zmapovat několik různorodých perspektiv.

Experty jsem kontaktovala průvodním dopisem zaslaným prostřednictvím emailu, ve kterém jsem je nejprve seznámila se záměrem a cílem výzkumu a předpokládanou délkou rozhovoru. Některým respondentům jsem na základě jejich vyžádání také zaslala před rozhovorem předběžný seznam otázek.

Oslovení experti se aktivně věnují oblasti DZ a tématu zaměstnávání peerů. Respondenty jsem volila napříč různými organizacemi, které s peer konzultanty pracují. Několik vybraných expertů působí v CDZ, což byla jedna z prvních institucí, kde se peerři od počátku reformy objevovali. Ostatními experty jsem se snažila pokrýt širokou škálu míst, ve kterých se odborníci zabývající se tímto tématem pohybují: MZ ČR, vzdělávací institut poskytující kurzy pro peery, spolky hájící zájmy osob s DO, neziskové organizace poskytující komunitní péči osobám s psychickým onemocněním, výzkumné instituce poskytující zdravotní a sociální služby a dále psychiatrické nemocnice. Poslední skupinový rozhovor proběhl ve spolupráci s PhDr. Karolínou Dobiášovou, Ph.D., kdy byl dotazován člen Rady vlády pro duševní zdraví společně s již jednou dotazovanými experty E3 a E4.

V získaných rozhovorech jsem se dotkla témat zaměstnávání peerů, jejich fungování v multidisciplinárních týmech, problematikou jejich financování a konfliktů rolí, vzdělávání peerů a transformace psychiatrické péče.

Tabulka č. 3: Seznam realizovaných rozhovorů s experty

Označení respondenta v textu	Instituce, ve které respondent působí	Stručná charakteristika	Datum uskutečnění rozhovoru a jeho podoba
Expert 1 (E1)	CDZ	Expert působící v CDZ, lektor vzdělávacích kurzů v oblasti DZ	21.10. 2021, 38 minut, Google Meet
Expert 2 (E2)	Nestátní nezisková org. věnující se destigmatizaci DO a podílející se na reformě a dále nezisková organizace poskytující komunitní péči osobám s DO a podílející se na reformě	Ambulantní psychiatr a psychoterapeut, odborný konzultant, lektor vzdělávacích kurzů pro peer konzultanty	22.10. 2021, 22 minut, Google Meet
Expert 3 (E3)	Zdravotnicko-výzkumné zařízení, MZ ČR, spolek osob s DO	Specialista projektů související s destigmatizací DO	26.11. 2021, 57 minut, Skype
Expert 4 (E4)	Spolek osob s DO	Člen Odborné rady pro odbornou garanci Strategie reformy psychiatrické péče a její implementace	26.11. 2021, 57 minut, Skype
Expert 5 (E5)	Nezisková org. poskytující komunitní péči osobám s DO a podílející se na reformě	Psychiatr působící v jedné z poboček neziskové org.	1.11. 2021, 51 minut, Google Meet
Expert 6 (E6)	Nestátní nezisková org. věnující se destigmatizaci DO a podílející se na reformě	Externí spolupracovník v neziskové org. a člen Odborné rady pro odbornou garanci strategie reformy psychiatrické péče	15.10. 2022, emailové dotazování

Expert 7 (E7)	MZ ČR, nestátní nezisková org. věnující se destigmatizaci DO a podílející se na reformě	Psychiatr, psychoterapeut, supervizor a účastník projektů věnující se implementaci CDZ, expert na transformaci ústavní péče	6.4. 2022, 41 minut, Google Meet
Expert 8 (E8)	Spolek sdružující osoby s DO	Člen spolku a patientské rady MZ ČR (2021-2025)	9.5. 2022, 26 minut, Google Meet
Expert 9 (E9) + expert 3 a expert 4	MZ ČR	Člen Rady vlády pro duševní zdraví	22. 6. 2022, 62 minut, osobně v budově MZ ČR

Zdroj: Vlastní zpracování

6.3. Analýza primárních dat

K analýze primárních dat jsem ve své práci využila tematickou analýzu, která je dle autorů Harpera a Thompsona (2012) vhodná pro zkoumání mnoha témat v oblasti služeb péče o DZ. Tento typ analýzy jsem zvolila z toho důvodu, že napomáhá výzkumníkovi identifikovat a následně zkoumat klíčové vzorce a témata v souboru dat (Braun, Clarke, 2006). Tematická analýza mi napomohla zkoumat symbolické významy, myšlenky a pocity respondentů ke zkoumané problematice.

V textu jsem hledala konkrétní kódy, které jsem dle určitých vzorů kategorizovala do hlavních a vedlejších témat. Ve svém výzkumu jsem postupovala dle autorů Brauna a Clarke (2006):

1. Nejdříve jsem pracovala s přepsanými rozhovory. Se získanými daty jsem se podrobně seznámila a několikrát je pročetla.
2. Následně jsem s ohledem na své výzkumné otázky začala data segmentovat a vytvářet otevřené kódy.
3. Prostřednictvím vytvořených kódů jsem hledala klíčová témata, která se týkala více respondentů. Ta jsem následně mohla sloučit do hlavních a vedlejších témat.

4. V této fázi jsem si znovu a kriticky pročítala jednotlivá témata a vracela jsem se k předchozím krokům zkoumání. Na paměti jsem měla, že některá témata by byla vhodná vynechat či naopak spojit. Pokud tomu tak bylo, učinila jsem to.
5. V poslední fázi jsem finální témata po důkladné analýze pojmenovala a následně interpretovala výsledná zjištění.

6.4. Etické aspekty a limity výzkumu

Problematika týkající se DO je pro respondenty velmi intimní a v mnoha ohledech obtížné téma. Tuto část tedy věnuji etice a možným limitům této práce. K analýze jsme se snažila přistupovat co nejvíce citlivě a komplexně.

V případě, kdy nechceme respondenty nějakým způsobem poškodit či zneužít, je důležité dodržovat určitá pravidla a se získanými informacemi pracovat citlivě. Ve všech fázích výzkumu a především při dotazování respondentů by mělo být zajištěno jejich soukromí a autonomie (Leavy et al., 2014). S ohledem na provádění rozhovorů přicházejí určité limity, které spočívají v tom, že respondenti nechtějí nějaké informace s výzkumníkem sdílet. Je tedy důležité tento fakt respektovat a budovat si u respondentů důvěru. V praxi to znamená, že respondent má právo se rozhodnout kdykoli rozhovor ukončit a jeho účast ve výzkumu musí být zcela dobrovolná. S těmito informacemi jsem respondenty seznámila s předstihem v rámci naší emailové komunikace. Současně jim byl zaslán také informovaný souhlas. Jeho podoba je k nahlédnutí v závěru práce v příloze č. 3. Podepsáním souhlasili účastníci výzkumu s podmínkami rozhovoru a jeho nahráváním.

Respondenti, se kterými jsem v rámci své práce komunikovala a provedla rozhovor, byli znovu na začátku informováni o cílech výzkumu a o tom, jakým způsobem bude rozhovor zhruba probíhat. Zároveň jsem je požádala o ústní souhlas s nahráváním rozhovorů, aby mohlo dotazování oficiálně započít. Seznámila jsem je s tím, že mají plné právo kdykoliv rozhovor ukončit a dále se ho neúčastnit. To stejné platilo i v případě položených otázek. Pokud by některá z nich byla respondentovi nepříjemná, mohl mi to sdělit a otázku jsme vynechali. V průběhu jednotlivých rozhovorů k tomu však nedošlo a byla jsem velmi překvapená, s jakou otevřeností a vřelostí mi respondenti své zkušenosti, příběhy a názory sdíleli.

Určitou nevýhodou může být dle Douglase (1976) to, že tazatel nemusí znát přesný význam a kontext výrazů, kterými respondent popisuje své zkušenosti a znalosti. I pro respondenta může obtížné se v některých případech přesně vyjádřit. Pokud jsem něčemu nerozuměla, respondenta jsem se doptala a poskytla mu dostatečný prostor pro dovysvětlení.

Limitem může být také online prostředí, ve kterém většina z uskutečněných rozhovorů probíhala. Dle některých autorů mohou online rozhovory ztížit práci výzkumníka, který nemůže do kontextu získaných dat doplnit významy neverbálních gest a hůře rozumí emocím respondentů (Balushi, 2016; Lichtman, 2009). V momentě, kdy se jedná o citlivá a tabuizovaná témata, která jsou pro respondenty velmi osobní, mohou být online rozhovory však vhodnou alternativou (Doody, Noonan, 2013; Carr, Worth, 2001). V provedených rozhovorech s respondenty jsem měla vždy zapnutou kameru, čímž jsem s nimi navázala bližší kontakt a dokázala jsem lépe porozumět jejich emocím. Mnohdy jsme řešili velmi důvěrné zkušenosti s DO. Díky tomu, že respondenti odpovídali v jejich bezpečném prostředí, posílilo to dle mého názoru míru rozsahu jejich sdílení.

V rámci své práce jsem veškerá jména respondentů anonymizovala, což jsem učinila především z důvodu charakteru sdělovaných informací a respektování přání respondentů. Dle DiCicco-Bloom a Crabtree (2006) je v rozhovorech, ve kterých respondenti velmi otevřeně sdělují své názory, přínosné zachovat jejich anonymitu. Také Knott et al. (2022) zmiňují, že především u citlivějších problematik může být anonymizace nástrojem, jak zmírnit co nejvíce možných negativních vlivů na respondenty.

V průběhu zkoumání je důležité mít na paměti také určitou reflexivitu, kdy se zamýšlíme i nad tím, jak naše hodnoty a možné předsudky mohou ovlivňovat zkoumání. Dle Madisona (2005) bychom na toto neměli zapomínat v žádné fázi analýzy. Jako výzkumník jsem se snažila co nejvíce zabránit vlivům, které by mohly výsledná data ovlivnit. Moje perspektiva jako výzkumníka byla tzv. emická, což znamená, že jsem se snažila hledět na získaná data z pohledu respondentů. Díky tomu jsem měla možnost se více přiblížit a porozumět skutečnému významu jejich sdělení (Merriam, Tisdell, 2016).

Klíčová je i práce s daty, kdy by měl výzkumník věnovat pozornost interpretaci dat a jejich vyobrazení s ohledem na praktičnost výzkumu. Výzkumník se stává součástí zkoumání a je proto důležité si uvědomit, že rekonstrukce a následná interpretace výpovědí od respondentů může být ovlivněna interakcí mezi oběma stranami během rozhovoru (Patton, 1985).

7. Výsledky empirického šetření

V této části práce se již věnuji výsledkům z provedené analýzy rozhovorů s dvěma skupinami respondentů a odpovídám na stanovené výzkumné otázky.

Rozhovory s peer konzultanty byly zaměřeny na: adaptační proces peer konzultanta (možné bariéry, motivace), přínosy peerské práce, problematické oblasti (změna rolí, autorita, financování...) a možné změny do budoucna pro úspěšné zapojování peerů.

Expertní dotazování se zabývalo těmito okruhy: současný stav reformy péče o DZ a bariéry bránící v úspěšné transformaci péče, legislativní (ne)ukotvení role peerů a jejich náplň práce, financování, vzdělávání, zhodnocení systému zapojování peer konzultantů ve službách péče o DZ a spolupráce mezi jednotlivými aktéry v kontextu implementace současné reformy.

7.1. Vstup do role peer konzultanta

V této části práce se nejprve věnuji motivům peerů. Zabývám se také jejich vlastní zkušeností s tím, jaké požadavky byly kladeny na jejich pozici a jakým způsobem došlo k přijetí celým týmem a kolegy. V následujících částech této kapitoly navazuji tím, s jakými prvotními obavami a možnými komplikacemi se v nové roli peři potýkali.

7.1.1. Motivace

Pro roli peer konzultanta je potřebné, aby měl člověk s vlastní zkušeností s DO zpracované své motivy k vykonávání této práce. Budoucí peři by měli mít také vymezena svá předběžná očekávání od dané pozice. V rámci přijímacího řízení je častým požadavkem budoucího zaměstnavatele mít připravený, kromě životopisu, také motivační dopis (Soldánová, 2022a). Peři mohou mít k přihlášení se do přijímacího řízení mnoho důvodů. Jejich motivace k vykonávání této role se jistě v průběhu života a také prostřednictvím získávání nových zkušeností mění. Během rozhovorů jsem se tedy s peery vrátila do jejich minulosti, do doby jejich začátků, kdy prožívali emoce a pocity spojené s působením v úplně nové roli.

V rámci dotazování se ukázalo, že mnoho peerů cítilo potřebu pomáhat druhým a opětovat péči a starost, která jim byla v průběhu jejich vlastního zotavování dávána (P1, P2, P3, P5).

„Po druhé hospitalizaci mi hodně pomohli vrátit se zpátky do normálního světa, i když to nebylo ideální. A já jsem měl prostě pocit, že bych to někomu chtěl vrátet...“ (P2)

„Já jsem do toho šla s tím, že mám velké štěstí, že jsem se se svou nemocí a diagnózou, i když to nerada říkám, nějak naučila žít a na té cestě mi pomohlo hrozně moc lidí. Měla jsem opravdu štěstí, ať už na psychiatra nebo terapeuta, skupiny, edukační programy, rodinu, přátele. Přišlo mi, že mi hodně dali a já bych teď chtěla trošku aspoň vrátit to, co se povedlo těm ostatním.“ (P3)

U peera P5 dokonce vznikla natolik velká vzájemná spokojenost, že i přesto, že byl bývalým klientem organizace, do které pravidelně docházel, byla mu po úspěšném zotavení nabídnuta v té stejné organizaci práce právě peer konzultanta.

„Rozhodla jsem se proto, že s organizací jsem hrozně dlouho spolupracovala jako klient a líbilo se mi to, jak oni pracují a to, že mi řekli, že by třeba bylo fajn se ucházet o tuto pozici. Bylo to už vlastně takové, že já jsem už byla na té cestě, kdy jsme mohla a chtěla ty zkušenosti předávat.“ (P5)

Stejný aspekt peer podpory se potvrdil i u výzkumu Lammerse et al. (2022), kde většina peerů začala vykonávat tuto roli v reakci na narůstající význam altruistických hodnot v jejich životě. Ty souvisely právě s pocity snahy o reciprocitu podpory, kterou získávali při zotavování se z jejich onemocnění.

Jak se ukázalo, několik peerů (P1, P2, P3) chtělo změnit svoji dosavadní práci, která pro ně byla do budoucna dále nerealizovatelná. Pro mnoho osob, které mají zkušenosti s DO je důležité, aby pracovní místa byla uzpůsobena jejich specifickým potřebám. Týká se to především úpravy pracovní doby (Beranová, 2017). Dlouhodobé DO v závislosti na aktuálním stavu může zapříčinit problémy s vykonáváním práce, např. snížená schopnost udržet pozornost, problémy s pamětí a emoční zranitelnost (Praško et al., 2005). To následně vede k problematickému uplatnění na trhu práce a obtížnému nalezení vhodného zaměstnání. Pro peera P4 bylo důležité si po zotavení najít práci, která ho nebude natolik zatěžovat s ohledem na jeho psychické onemocnění.

„Já jsem dříve dělala účetní, ale pak jsem zjistila, že už nechci zpátky do toho zmatku. Jsem ten typ lidí, kteří pracují celý život a pak jsem padla a skončila jsem v důchodu. Zaplatit pánbůh, že jsem nemusela jít do přímo otevřeného trhu práce.“ (P4)

V podobné situaci byl také peer P1, který před prací peer pracovníka působil na pozici terénního sociálního pracovníka. Jeho motivací stát se peer konzultantem byla i snaha najít si práci, která bude respektovat jeho potřeby a naplňovat ho.

„Já jsem čtyři roky opravdu dělal tu nejtěžší práci, kdy jsem nosil, utíral, krmil postižené klienty a dělal jsem jim hygienu, všechno... Byla to fyzicky náročná práce a moje rodina to takto nevnímala. Nevnímali to tak, že u toho mám jazyk na vestě a že už nemůžu. Je to strašně zodpovědná práce a žádný kredit mi to nepřineslo.“ (P1)

Najít si nové zaměstnání bylo obtížné pro peera P2, který po opuštění sociální firmy zažíval pocity jakéhosi „bezčasí“, kdy den neměl svoji náplň a strukturu. Motivace pro práci v pozici peer konzultanta byla pro něj pomoc klientům s DO, kteří by si díky poradenství nemuseli procházet stejnými obtížemi a negativní pocity spojenými s onemocněním. Zároveň peerovi dodala tato role nový impulz do života. Práce v pozici peer konzultanta poskytuje člověku režim v průběhu dne, možnost se úspěšně integrovat do společnosti a lépe se socializovat, což bylo potvrzeno také u peer dobrovolníku ve studii Lammersena et al. (2022).

„Znám ten čas, kdy člověk nemá strukturu dne a nemá cíle, za kterými by šel. Jako bylo to dost hrozné, upřímně řečeno bylo to asi nejhorší období, co si vybavuji v mém životě. Jako peer konzultant jsem měl pocit, že se právě budu moct spoluúčastnit na tom, aby se to klientům nestávalo.“ (P2)

7.1.2. Požadavky na vykonávání pozice

V ČR neexistuje jednotný systém kritérií pro zaměstnávání peer konzultantů. Peři se mohou setkávat s různorodými požadavky pro přijetí. Situace se také může lišit podle toho, zda nastupují na pozici ve zdravotních či v sociálních službách. Odlišná kritéria mohou být také v případě CDZ, která poskytují sociálně zdravotní služby. Péče a služby poskytované v CDZ jsou regulovány zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Definovaný standard poskytování služeb je následně vymezen ve Věstníku MZ ČR (MZ ČR, 2016).

Všichni dotazovaní peři jsou v současnosti zaměstnání na částečné úvazky v komunitně-sociálních či sociálně-zdravotních službách. Pouze peer P1 má zkušenosti též s prací v nemocničním prostředí. Po přijetí na pozici peer konzultanta byl jeden z prvních požadavků, se kterými se respondenti setkali, absolvovat kurz pro peer pracovníky či konzultanty. Ve všech případech tento kurz hradil zaměstnavatel a absolvovali jej krátce po jejich nástupu. Ani u jednoho z peerů nebylo absolvování kurzu podmínkou pro přijetí. Tato skutečnost však není pravidlem a u některých zaměstnavatelů si kandidáti na pozici peera musí zaplatit kurz z vlastních financí před přihlášením se do výběrového řízení, o čemž vypovídá také

zkušenost peera P5. To může být pro řadu budoucích kandidátů na pozici peera problematické. „*Ale třeba na tom kurzu, co jsem byla, tak mě překvapilo, že tam byla spousta lidí, co by chtěli tu spolupráci a naráželi na to, že dokud nebudou mít kurz a nějaké vzdělání a zaměření k tomu peerovi, tak nemají možnost tu práci ani nikde získat.*“ (P5)

Další požadavek kladený na peer konzultanty je potřeba mít zpracovaný svůj osobní příběh. Takovýto postup je doporučený i v rámci metodiky *Jak se stát peer konzultantem* (Soldánová, 2022a). Z toho vyplývá také potřebná úroveň zotavení budoucího peer konzultanta, která je pro práci s klienty s DO nezbytná.

V rámci zaměstnávání peerů v sociálních službách a CDZ je v případě nástupu na pozici pracovníka v soc. službách nutné projít kvalifikačním kurzem pracovníka v sociálních službách. Při vykonávání pozice sociálního pracovníka je požadavkem mít splněné odpovídající vzdělání. Odborné způsobilosti obou pozic jsou definovány zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách (konkrétní požadavky jsou dále popsány v kap. 8.1.). Peři P1 a P4 absolvovali studijní obor sociální práce a nastoupili tedy na pozici sociálního pracovníka. Ostatní peři měli jako povinné kritérium pro přijetí na danou pozici již dokončený kurz pracovníka v soc. službách na rozdíl od kurzu peer pracovníka, který si mohli dodělat po nástupu na danou pozici.

Jak se však ukazuje, mnohá kritéria pro vstup do pracovního poměru si většina zaměstnavatelů peerů určuje sama, což může přinášet jistá úskalí, která více rozvádím v kapitole č. 8.1.

7.1.3. Přijetí peer konzultanta kolegy a týmem

Všichni dotazovaní peři se stali součástí multidisciplinárního týmu. Z rozhovorů vyplynulo, že se peři setkali s pozitivním přijetím a cítili podporu ve vykonávání jejich práce.

„Přijetí bylo velmi vřelé.“ (P1)

„(...) dostal jsem maximální podporu. To, co prožívám v (jméno org. anonymizováno) je takové přijetí se vším všudy.“ (P2)

„Bylo to fajn a co se týče kolegů nebo celkově v té organizaci mě ba naopak hrozně překvapila ta nápomocnost. Byli za začátku hodně opatrní a bylo tam vidět takové to pochopení z jejich strany.“ (P5)

Nicméně dva z peerů měli zkušenost s tím, že zejména ve zdravotnickém prostředí bylo potřebné svojí roli vůči ostatním kolegům více obhajovat. V literatuře věnující se zapojování peerů do multidisciplinárních týmů služeb péče o DZ bývá často zmiňována stigmatizace, která se vyznačuje nerespektováním jejich role či nedůvěrou v peerskou práci. Určitým projevem předsudků a stigmatizace však může být i přespříliš ochránářská role, kdy je k peerovi přistupováno s nadměrou opatrností. Tuto skutečnost zmiňují i autoři Chrtková, Rain a Součková (2022), kteří tvrdí, že riziko tohoto přístupu se zvyšuje tehdy, kdy se peerem stává člověk, který byl v organizaci dříve klientem. To se potvrdilo i v rámci mého dotazování, kdy zkušenosti s určitými náznaky příliš ochránářského přístupu měl peer P5, který to však neoznačoval natolik negativně.

„(...) všichni byli takový v rukavičkách a měli strach. Ptali se mě: ‚tohle tě nerozhodí nebo zvládáš to?‘. A já na ně, že můžou být v klidu, že se nemusí bát. Byli za začátku hodně opatrní a bylo tam vidět takové to pochopení z jejich strany. Spíš byli zbytečně moc starostliví.“ (P5)

Velkým přínosem pro peery bylo, pokud pozice peer konzultanta byla včas představena nejen zaměstnancům organizace, ale také klientům. Konkrétně peeri P2 a P3 připravovali speciální seznamovací workshop, který se věnoval několika klíčovým tématům – historii peerství, roli peer konzultanta, poskytovaným službám a nastaveným pravidlům mezi peerem a klientem. Z toho setkání se také podařilo peerům navázat prvotní vztahy s klienty dané organizace.

„Na tom začátku jsme připravili takovej workshop, kde jsme se představovali, co ten peer dělá a jaká je jeho náplň práce a co je jeho rolí, co v tom týmu může dělat. Sžívali jsme se, jak s týmem, tak i na ten workshop jsme pozvali klienty a klientky, které by to mohlo zajímat.“ (P3)

Problémy v této oblasti vyvstávaly spíše tehdy, kdy byl peer součástí zdravotních služeb. Ukazuje se, že obtížnější integrace peerů nastává v nemocničních zařízeních. Peeri P1 a P4 vyzorovali také to, že kolegové peery nepřijímali a bránili se tomu, aby to byli jejich rovnocenní kolegové. Peer P4 to nezažil z vlastní zkušenosti, ale z pozorování a výpovědí jeho kolegů peerů zaměstnaných ve zdravotních službách, kde se jedná o častější fenomén.

„Doktoři a psychiatři obecně peery moc neuznávají. Mimo ty CDZ to problém je.“ (P4)

„V nemocnicích jsem taky pozoroval, že byla určitá oddělení, kde neuměli s těmi peery pracovat nebo se na něj dívali skrz prsty, některý personál. Vždycky v každém týmu se našel aspoň jeden, který mu to dával sežrat.“ (P1)

Přetrvávání paternalistického přístupu v systému služeb péče o DZ zmiňuje několik autorů (Dobiášová, Kotrusová, Wolfová, 2021; Sobotka, 2022; Honová, Numerato, Kondrátová, 2019). Dle studie Dobiášové, Kotrusové a Wolfové (2021) takovéto převládající paradigma znemožňuje osobám s DO plynule se zapojit do procesů reformy psychiatrické péče a komunikovat s profesionály na partnerské úrovni. K dosažení vyšší úrovně zapojení uživatelů dochází v ČR po vzoru zahraničí, kde je tento posun viditelný v západních zemích již od 80. let (Whiteford, Bucking, Manderscheid, 2002; Honová, Numerato, Kondrátová, 2019). Sobotka (2022) v tomto kontextu zmiňuje riziko „zapouzdření“ probíhající reformy, kdy se řízení a plánování reformy uzavírá do stále menšího okruhu především zdravotních profesionálů.

7.1.4. Obavy z nové role a výzvy pohledem peerů

Strach ze zhoršení zdravotního stavu

Při vstupu do nové pracovní pozice a role peer konzultanta vyvstávaly mezi jednotlivými peery obavy a výzvy, se kterými se v počátcích potýkali. Peeri P1 a P4 měli strach z toho, že při kontaktu s klienty, kteří si aktuálně procházejí psychickým onemocněním, může dojít ke zhoršení i jejich zdravotního stavu. Problematické mohlo být také sdělování vlastního příběhu a navracení se k negativním prožitkům a vzpomínkám spojeným s jejich prožíváním DO.

„Já jsem sám za sebe měl velké obavy, že se mi bude dělat špatně, když budu sdělovat svůj příběh. Ted' tedy mluvím i za další peery. My jsme se báli, že když budeme mluvit o našem příběhu, že nám to zhorší stav.“ (P1)

„(...) takže potom třeba, když jsem měla schůzku s klientem, který byl bipolární, tak jsem se snažila to hrozně pojmout, ale pak jsem byla hrozně unavená... I když to člověk všechno zvládne, tak v podvědomí to prostě zakoření a pak to třeba zhorší tu nemoc.“ (P4)

Velmi často zmiňovaným fenoménem i u jiných studií je právě strach peerů z možného relapsu jejich onemocnění a neschopnosti zvládat starosti a problémy, se kterými se ně klienti/pacienti obrací. Mimo jiné je v literatuře v souvislosti se zaměstnáváním peerů

v službách péče o DZ zmiňován také syndrom vyhoření, kdy se peeri často obávají pracovního přetížení (Hurley et al., 2018; Vandewalle et al., 2016; Mowbray, Moxley, Collins, 1998; Otte et al., 2020). Peer P1 tvrdil, že v případě, kdy v týmu funguje vzájemná komunikace a respekt, tak k působení negativních vlivů na zdravotní stav peerů nemusí docházet a jedná se o „zbytečný“ strach. Avšak zkušenost peera P4 byla odlišná, kdy v souvislosti i s dalšími problémy, které se v určitém období jeho života vyskytly, pociťoval při vykonávání peerské práce pocity přetížení a přehlcení.

„Když jsem měla třeba mluvit s více lidma, tak už ten mozek byl takový unavený. Vzhledem k mojí nemoci, když na mě promluvil více lidí najednou, tak už jsem byla víc unavitelná.“
(P4)

Nejistota související s náplní práce peera

U dotazujících peerů (P3, P4) se také ukázalo, že mnozí z nich si v začátcích nebyli úplně jistí, co všechno bude jejich pracovní náplň obnášet a co je vlastně čeká.

„V tý (svépomocné) skupině jsem se cítila dlouho nejistě, nevěděla jsem, kdy mám promluvit nebo jestli se mám těch lidí doptávat a úplně jsem si nebyla jistá tou svojí rolí.“ (P3)

Tuto problematiku zmiňuje řada výzkumů, ve kterých se ukazuje, že obtížnější role pro peery nastává tehdy, kdy se jedná o prvního peera v dané organizaci (Chinman et al., 2008; Ibrahim et al., 2019; Otte et al., 2020). Zkušenost s touto situací měl peer P4, který se stal členem komunitního týmu v neziskové organizaci v době, kdy zaměstnávání peerů ve službách psychiatrické péče ČR bylo teprve na začátku.

„(...) byla jsem v té skupině komunitního týmu jako první peer, kde se ještě moc nevědělo, co všechno peer může dělat, co dokáže dělat. Ptali se mě, jestli jsem v pohodě a není mi něco. Nevěděli, co všechno... i teď se děje, že vznikne tým, který nemá zkušenosti s peerama, tak oni nevědí přesně, co to od toho mohou čekat.“ (P4)

Na druhou stranu někteří autoři (Nossek et al, 2020; Asad, Chreim, 2016) zmiňují, že zcela nevyjasněná role může mít i pozitivní vliv. Peerů mají možnost si přizpůsobit svoji pracovní náplň dle vlastních představ a získávají tím větší volnost. U výše zmíněných peerů se jednalo o dočasný problém a v průběhu času si dotazovaní peeri již byli náplní práce a svojí rolí jistější.

Kontakt s klienty

Někteří peeri měli také obavy, které byly spojené s přímým kontaktem s klienty. U peerů P1 a P4 se objevoval problém s nastavením hranic, kdy se příliš moc vžili do příběhů a prožívání svých klientů. Peer P1 v začátcích například věnoval některým svým klientům příliš mnoho času, což ho vyčerpávalo a bylo pro něj náročné danou situaci vyřešit. S některými klienty navazoval až moc blízký přátelský vztah.

„Můj problém byl hlídat si hranice. Já jsem se zpočátku někdy s tím klientem objal. Musel jsem se to odnaučit a myslet na to, že nejsem nějaký jejich kamarád. Potom třeba jsem měl zatěžující pacienty, staršího pána, který mi říkal samé těžkosti z jeho života a já jsem z toho až pak špatně spal a vlastně si mě přivlastňoval a nedával mi možnost, abych byl s ostatními. Neuměl jsem si to vymezit a říct mu, že to nejde a trochu jsem se toho bál.“ (P1)

Peer konzultanti se svými klienty navazují velmi osobní vztah, avšak je velice důležité, aby si dokázali udržovat své hranice. Tento aspekt byl potvrzen také autory Chrtková, Rain a Součková (2022), kteří ve své analýze zahrnuli stanoviska peerů z „*pracovní skupiny k uživatelům péče: peerská problematika*“. Změna vztahu peera a klienta na příliš přátelský může snižovat efektivitu společného setkávání. Dle Balkové (2022) je v tomto vztahu sice klíčová vzájemná důvěra, ta by ale měla být na pomezí formálního a přívětivého přátelského vztahu.

Komplikace peerů (P1, P4) při kontaktu s klienty nastaly také tehdy, kdy se v jejich životě objevily vlastní osobní problémy. V tu chvíli pro ně bylo těžké k tomu zvládat navíc konzultace se svými klienty.

„Pak jsme měli obavy, tím že ten člověk řeší nějaký problém a já se do něho moc vžiju, tak taky se to zhorší, že ten jeho problém se sejde s tím mým.“ (P1)

Peer P4 k tomu projektoval těžkosti ze svého osobního života do příběhů svých klientů.

„Ve chvíli v těžkém období, když mi manžel odešel na leukémii...Pro mě ty problémy byly ty, že když se stalo totéž s klientem, tak jsem si to projektovala a bylo to pro mě více bolavé. S postupem času, a to má každý člověk, ty hranice dokáže dělat. Sice můžu plakat nad těmi lidmi, ale musím fungovat, abych zachránila i další.“ (P4)

Příliš velké zapojení peerů do příběhů svých klientů a jejich vzájemné sdělování zkušeností může mít někdy i negativní vliv na osobní prožívání peerů (Otte et al., 2020). Nicméně

ukázalo se, že prostřednictvím supervizí a pravidelných konzultací ostatních členů týmu s peery se daří tyto prvotní problémy s nevyjasněnými hranicemi s klienty odstraňovat.

Další obava, která byla společná pro tři peery (P2, P3, P4), souvisela s jejich přijetím klienty. Peer konzultant při své práci s klienty využívá svých osobních zkušeností a příběhu, který souvisí s jeho DO. Zkušenosti jsou však u každého člověka odlišné a každý peer má rozdílné vnímání prožitých překážek a těžkostí, se kterými se v průběhu svého onemocnění vyrovnával. V souvislosti s tím může nastat obava z toho, zda klienti přijmou zrovna ten jeho příběh a zdali pro ně bude relevantní a nápomocný. Peři P2 a P4 si na začátcích kladli otázku, zda vystupují před klienty dostatečně autenticky, a jestli jejich příběh bude pro klienty přínosný. V procesu přijímání nových klientů se také může stát, že někteří z nich se rozhodnou po několika setkáních služeb peer konzultanta dále nevyužívat. To pro ně může být náročné, jelikož při práci s klienty peři sdílejí svou osobní i intimní zkušenost a v případě, kdy je klient odmítne, mají pocit, že ve své roli nejsou dostatečně dobří nebo že jejich příběh není natolik zajímavý.

„Vy pracujete se svým příběhem a říkáte si, jestli ten příběh ti klienti vůbec přijmou. Zda ho budou moct přijmout a vzít za své nebo jim to bude připadat cizí a řeknou: ‚no to já mám jinak‘ nebo ‚hm to je hezké, ale to mě nějak neoslovuje, já nevím, proč mi to říkáte, já vám taky neříkám všechny problémy, které mám‘. Hodně jsem bojoval s tím, jestli budu dost autentický... Už se mi stalo, že jsem takhle odvykládal vše a klient to odmítl.“ (P2)

„Ze začátku, jsem příběh měla, ale neměla jsem představu, že přijdu za někým, kdo mě nezná a vybleju to na něj.“ (P4)

Peři na sebe mohou klást velmi vysoké nároky, a tak v případě, kdy je klient odmítne nebo o něj nemá zájem, projevují se u nich pocity zbytečnosti. Takovýto tlak byl potvrzen i u peerů ve studii Otteho et al. (2020).

Peer P4 ze své vlastní zkušenosti zmiňuje, že je důležité si uvědomit, že je i na celém týmu, který by měl posoudit, zda je klient na peera připravený. Může nastat situace, kdy klient ještě není dostatečně kompenzovaný.

„Když se setkávám s peery, tak toto je neustálé téma, když by peři někde začínali. I já jsem svého času byla nešťastná, že mám málo práce a říkala jsem si, aby mě ke klientům pustili a měla jsem nějaké první kontakty. Vidím, když se na supervizích setkáváme s peery, tak ty

začínající mají pocit, že mají málo práce, že nemají co vykazovat. Jednak, aby tam k něčemu byli a aby dělali to, co mají.“ (P4)

Výzkum Otte et al. (2020) také poukázal na to, že pro peery může být problematické pracovat s klientem, který má DO, se kterým peer nemá zkušenosti. Tento jev nebyl přímo zmíněn ani jedním z peerů v mém výzkumu, nicméně několik z nich se setkalo s pocity nejistoty ohledně správné komunikace s klienty. U peerů P1, P2 a P3 se projevila obava z toho, zda jsou dostatečně kompetentní k tomu, aby dokázali klientovi odpovědět na všechny jeho dotazy, správně s ním interagovat a skutečně mu pomoci na jeho cestě v zotavení. Strach peerů z dotazů věnujících se něčemu, s čímž samotný peer nemá zkušenost, potvrdil i výzkum Ibrahim et al. (2019).

„Potom se to povedlo, prolomilo se to a cítila jsem se tam dobře, ale trvalo to třeba 2 až 3 měsíce, kdy jsem jako by měla pocit, že moc mlčím nebo že nevím, co říct a tak.“ (P3)

„Také vlastně jsem měl obavy, že lidé na to (jeho vlastní příběh zotavení) nějak dobře reagovat nebudou a budou se ptát na věci, které já nemám zpracované.“ (P1)

S tímto souvisí také míra sdílení osobního příběhu zotavení peera klientovi. Dle Soldánové (2022b) je velmi důležité, aby každý peer konzultant měl možnost přizpůsobit si svoji práci a míru sdílení svého příběhu dle svých pocitů a potřeb. Peeri nejen ve svých začátcích mají strach z toho, aby klienta svým příběhem a sdílenými zkušenostmi spíše nezahltili. V praxi se také můžeme setkat s tím, že klienti mají po setkávání s peery nereálné představy o zotavení se z DO, což nemusí být nutně chybou peerů. Spíše se jedná o to, že očekávání klientů, která si vytvoří po vyslechnutí příběhu peerů, mohou být až nereálná (Chrtková, Rain a Součková, 2022).

Peer P4 zmiňuje, že *„je hrozně důležité, kdy to (vlastní příběh) tomu člověku můžu říct a kdy ne. Protože moje zkušenosti mohou být úplně jiné – jiná diagnóza, věk, pohled na svět. Já to ne vždycky použiju a někdy by to mohlo být i kontraproduktivní, že to, co jsem si zažila já nemusí cítit i oni.“*

Stejnou perspektivu má také peer P2. *„Vím o těch hranicích, které peer konzultant má a měl by se jich držet. Je tady jedna velká bolest, že peer konzultant by taky mohl ublížit. I když možná se to nezdá, tak si myslím, že nějakými neuváženými radami může tomu klientovi ve finále přitížit.“*

Jedna z rolí peer konzultantů, kterým se podrobněji věnuji v další části této práce (kap. č. 7.2.1.), je rovněž tlumočnická, kdy peer vysvětluje ostatním členům multidisciplinárního týmu obtíže a představy klienta týkající se jeho péče a léčby. V této souvislosti však mnohdy dochází k určitému dilematu peerů, kteří mohou mít obtíže s výběrem informací, které sdílí se svým klientem a ostatními kolegy. Peři v rozhovorech zmiňovali například téma medikace, kdy klienti chtěli poradit s negativními účinky psychofarmak, jejich užíváním a možným vysazením. Toto téma bývá častým dilematem peerů, kdy si nemusí být jisti, zda získané informace od klientů mají komunikovat i ostatními členy týmu a tím tak podstoupit riziko, že ztratí důvěru svých klientů (Wall et al., 2022).

„Nebo se mě lidé často ptají, že si myslí něco, co si někde načtou o svojí nemoci a ptají se mě poté na léky, jak to funguje a tak. Já každému říkám, že to je opravdu různé. S jednou diagnózou mohou fungovat na každého úplně jiné léky a každý může fungovat jinak.“ (P4)

„(...) klient přijde s tím, že se chce radit ohledně toho jaké bere léky a co s nimi má dělat, že po nich je ospalý a nechce se mu je brát. Já se vždy omlouvám a říkám, že do medikace zasahovat nemohu.“ (P2)

Pokud je řešení těchto situací peerů s klienty vhodně nastaveno, může být role peer konzultantů skutečně přínosná. V případě, kdy peer komunikuje tyto skutečnosti s ostatními členy ve svém týmu, léčba a péče o klienta může být upravena a nastavena skutečně tak, jak si ji klient přeje nebo alespoň blíže jeho představám (Chrtková, Rain a Součková, 2022).

V této kapitole jsem nastínila problémy a výzvy, se kterými se peři potýkali především v začátcích vykonávání peerské práce. Lze říci, že u dotazovaných peerů došlo k tomu, že v průběhu času se prvotní nesrovnalosti odstranily a vyjasnily. Tento pozitivní vývoj ovlivnilo mnoho faktorů, které zmiňuji v následujících kapitolách. Peer konzultanti zaměstnaní v sociálních či sociálně-zdravotních službách se nesetkali s výrazným nepřijetím či stigmatizací, avšak ve zdravotních službách byla situace mírně odlišná. V tomto prostředí, kde přetrvává tradiční nastavení psychiatrických služeb, museli více obhajovat svoji roli ostatním členům v týmu. Zahraniční studie navíc zmiňují i častější působení stigmatizujících vlivů kolegů či pacientů na peer konzultanty působící ve zdravotních službách (Otte et al., 2020; Wall et al., 2022; Ehrlich et al., 2020). Ve studii Walkera a Bryanta (2013) se peer konzultanti setkávali s tím, že je ostatní kolegové stále vnímali jako pacienta nežli jako sobě rovného kolegu. To může souviset se zakořeněným paternalistickým východiskem, které

předpokládá, že lékařský zdravotní personál disponuje „expertním věděním a porozuměním“ na rozdíl od pacienta. Toto přesvědčení bylo po dlouhou dobu zakořeněno v rámci tradičních psychiatrických služeb i v samotných pacientech (Bentall, 2009). Ti měli ve svém zájmu následovat rady a pokyny lékařů či zdravotního personálu a nijak výrazně do procesu léčby nezasahovat (Jacob, 2015). V tomto ohledu peer konzultanti rozvíjejí ve službách odlišný přístup, který naopak roli pacienta a jeho maximální zapojení v rozhodování o průběhu léčby maximálně podporuje. Pozice peera, která vychází z „laického věděním“, tradiční podobu vztahu experta a pacienta nabourává (Chrtková et al., 2021). Dle Cyr et al. (2016) peer konzultanti z těchto důvodů v konzervativně nastavených službách péče o DZ, kde přetrvává institucionální paternalistické nastavení, čelí větším výzvám.

7.2. Náplň práce peer konzultantů a její význam

7.2.1. Role peer konzultanta a její přínosy ve službách péče o duševně nemocné

Jak již v práci bylo zmíněno, peer konzultanti pracují s lidmi s DO, kterým poskytují podporu prostřednictvím nástrojů orientovaných na jejich zotavení a zlepšování kvality života. Definování role peer konzultantů je velmi důležité pro jasné vymezení jejich pracovní náplně a kompetencí. Dle několika autorů je však v současnosti stále málo výzkumů, které by se tímto tématem zabývaly (Watson, 2019; Chinman, 2017; Lloyd-Evans et al., 2014)

Z rozhovorů vyplynulo, že peer konzultanti tráví většinu svého času v přímé interakci s klienty. S těmi se často setkávají i v terénu, kde podnikají celou řadu aktivit. Pokud tomu tak není, část svého času věnují také administrativním činnostem, koordinaci a organizaci aktivit, které mají na starosti (společné setkávání klientů v peer klubech, podpůrných či svépomocných skupinách atd.), vzdělávání a v neposlední řadě také důležité komunikaci s ostatními členy týmu. Ta zahrnuje diskuze ohledně stavu klienta, ale také supervize související s jejich pracovním výkonem. Pro své klienty zároveň spoluvytváří plány zotavení a mohou se podílet na přípravách metodických materiálů (Foitová et al, 2014).

Ve své práci rozlišují několik peerských rolí, které dotazovaní peerů ve své pozici zastupují:

Aktivizační role

První definovaná role peer konzultantů je aktivizační. Tato role představuje činnost peerů, která vede k úspěšné socializaci klientů a k jejich aktivnímu využívání volného času. Sociální izolace je jedno z častých rizik souvisejících s DO (Ďurech, 2014). I samotní peerů

zmiňovali, že v rámci jejich onemocnění zažívali pocity samoty a pokles sociálních interakcí. Tento fakt může být způsoben samotnou nemocí, ale také dlouhodobým pobýváním v nemocnici nebo z důvodu nedostatku financí, což je často pro sociální rozvoj limitující. V případě, kdy je pacient propuštěn z psychiatrického oddělení, nastává mnohdy kritické období, kdy se obtížně dostává zpět do běžného chodu života. Zapojování peer konzultantů je právě tím nástrojem, který napomáhá klientům s úspěšným adaptováním se do života mimo nemocnici. Peřeři podporují klienty v nácviku komunikace s ostatními lidmi, navazování nových vztahů a ve smysluplném trávení volného času. Mnoho peerů v rámci vykonávání své práce, což byl také případ peera P3 a P4, vede svépomocné či podpůrné skupiny, kde klienti mají jedinečnou možnost setkat se s dalšími uživateli péče. Vytváří se jedinečný prostor pro sdílení vlastních zkušeností, ale také pro plánování různorodých činností s klienty (sport, společné výlety) či navazování nových vztahů. Takovýto projekt⁷ financovaný ESF vznikl například ve Spolku Dobré místo, kde jsou pacienti z psychiatrické nemocnice Bohnice prostřednictvím činností vedených peer konzultanty a komunitním týmem opět začleňováni do života mimo nemocnici. Jednalo se o projekt, který měl podpořit pacienty/klienty, jak v průběhu pobytu v nemocnici, tak také po jeho ukončení (Gabriel, 2021).

„Mám hroznou radost, že ten člověk, který je zavřený doma vyleze, obleče se, namaluje a jde někam na výstavu a pak zpátky. Sám by tam nedošel, takže to je podle mě velký bonus té aktivizace.“ (P4)

„Já se snažím s těmi klienty pracovat na tom, aby oni změnili přístup ke svému volnému času, tak jak jim to jejich možnosti dovolí. Jsou to takové věci, které by je měli aktivizovat v té volnočasové sféře.“ (P2)

Podpůrná role

Peer konzultanti předávají svým klientům naději v zotavení. Podporují také jejich potenciál a směřují je k tomu, aby za svoji nemoc převzali odpovědnost a dokázali se rozhodovat sami za sebe. V rámci konzultací peřeři ukazují svým klientům, že jsou tu vždy pro ně a vyslechnou si jejich obtíže. Jsou tedy jejich oporou i v náročných situacích a dodávají jim pozitivní perspektivu stabilizovaného zotaveného člověka. Do této role zařazují i to, že peřeři udržují

⁷ Konkrétně se jednalo o operační program Zaměstnanost s názvem „Svépomocná skupina lidí s duševním onemocněním“ probíhající v období od roku 2018 do roku 2021 (ESF, 2022).

(ve spolupráci s celým týmem) své klienty ve stavu, kdy dochází ke zmírnění symptomů jejich DO. To především prostřednictvím směřování klientů k pravidelnému užívání medikace, docházení na setkání se sociálními a zdravotnickými profesionály atd. Tato doporučení mohou předávat na základě své jedinečné zkušenosti, díky které dobře vědí, že je přínosné určité léčebné postupy směrem k zotavení skutečně dodržovat. S významem a důležitostí této role se ztotožnili všichni dotazovaní peeri. Také expert E4 zmiňuje, že především v komunitních službách, kde je již klient více stabilizovaný, mohou peeri vést své klienty k vyšší samostatnosti a odpovědnosti za své onemocnění.

„Peeri v těch komunitních službách by měli zaměřovat tu svoji práci samozřejmě taky na naději, ale hodně na to, aby ti lidé získali samostatnost a aby byli schopní si řídit svůj život – na ten empowerment.“ (E4)

V podpůrné roli a dodání naděje klientů nachází smysl také peeri.

„Pro mě to, co jim mám předat je ‚vydržte a za půl roku a rok se otočte a podívejte se, jak vám bylo předtím‘.“ (P4)

„Za mě je to hodně ta podpora v tom, že nejsou sami. (...) Udržet je v tom, že ten stav je na nic, ale stojí za to v tom setrvat, protože pak budou lepší chvíle.“ (P5)

„Já doufám a přepokládám, že moji klienti vidí, že tím, že musejí docházet k psychiatrovi a brát léky, že nekončí život a ty možnosti jsou jiné, než byly před hospitalizací nebo odborným vyšetřením. Jsou to zároveň oni, kdo s tím něco musí udělat a nikdo to za ně nevyřeší. Budou to muset řešit s ohledem na to, co jim bylo řečeno, co mají za diagnózu, a navíc musejí přijmout ta omezení a dokázat se s tím sžít.“ (P2)

Pro klienty s psychickým onemocněním je obtížné si přiznat, že jejich onemocnění není něco krátkodobého. Odmítají přijmout, že dané situaci budou muset přizpůsobit určitá životní nastavení (Křivohlavý, 2002). Peeri napomáhají klientům „otevřít oči“, přijmout svoji diagnózu, ale zároveň ukázat, že i s onemocněním je možné nadále žít kvalitní život. Zaměřit se na dodávání naděje je dle experta E4 důležité především při práci s pacienty v nemocnicích, kde může dojít ke zhoršení psychických stavů.

„V podstatě já si myslím, že v té nemocnici by měl být hlavní důraz té práce peerů na naději. To, že ten člověk půjde z té nemocnice a nebude mít pocit, že je jediný vadný na světě, a že prostě ho můžou nasměrovat a dát mu tu naději, že ten život s tou nemocí je možný a je hezký.“

Je stejný jako s jakoukoliv jinou nemocí a taky i jako život normálních. Na to by se měli peři zaměřit v těch nemocnicích, na tu naději.“ (E4)

Většina expertů (E1, E2, E4 a E5) se shoduje na tom, že hlavním přínosem zaměstnávání peer konzultantů je právě v jejich schopnosti motivovat klienty. Dle nich dokáží peři skutečně porozumět jejich prožívání. Ze zkušenosti experta E1 klienti k ostatním pracovníkům mnohdy přistupují s tím, že: „*vy nevíte, jaký to bylo, protože i když nám rozumíte, tak tohle jste nikdy nezažili.*“ Prostřednictvím peerů se také ostatní zaměstnanci dokáží více přiblížit svým klientům a pochopit jejich perspektivu, což potvrzuje i studie Walla (2022).

Tlumočnická role

Peři díky svému postavení mohou plnit i tlumočnickou roli, kdy zastupují klienty na setkáních se svým týmem. Svým kolegům předávají informace týkající se skutečných požadavků a také obav klientů. Ty mohou být spojeny například s léky a jejich negativním vlivem na jejich prožívání. Ostatní členové týmu mohou projednávané věci přehodnotit a najít jiné možnosti.

„Dost často se stává, že nerozumí (zbytek týmu) tomu, proč ten pacient nechce spolupracovat nebo proč je chronický. Peera napadne, proč je tomu tak, protože se s ním o tom bavil a z pohledu té nemoci tomu víc rozumí, co prožívá. My jsme tam ta jednotka a síla, která dbá na to, aby byly zachovány ty práva a individualita.“ (P1)

Díky tomuto postupu je péče a přístup ke klientovi mnohem více orientovaný na jeho potřeby a přání. Peer konzultanti tak využívají upřímného a neformálního vztahu se svými klienty k nastavení léčby, která pro ně bude přínosná z vícero perspektiv. Jakýsi advokační přínos role, kdy peři zastupují své klienty a jsou jejich „spojencem“, potvrzují i dotazování experti.

„Peer nemá funkci jenom podpory lidí s duševním onemocněním, on má i advokační funkci u toho týmu těch lidí.“ (E3)

Doprovázející role

Do této role zařazují situace, kdy peři doprovází svého klienta při zařizování a provádění běžných denních činností. Může se jednat o vyřízení věcí na úřadech, nákupy v obchodech, ale také péče o domácnost. Jak zmiňují Chrtková, Rain a Součková (2022), je důležité tuto roli peer konzultantů nepodceňovat, protože pro člověka s DO mohou být náročné i zdánlivě

jednoduché úkony. Peeři dodávají klientům důvěru v sebe samotné a zbavují je prvotních strachů a obtíží. Posílení sebedůvěry je u osob s DO velmi významné.

„Když klienty doprovázím na úřad nebo k doktorovi, tak vím, jaké to je, když v tom autobuse je hromada lidí a vám není dobře. Já s nimi jdu bokem a oni vědí, že kdyby něco jsem tam.“
(P4)

Zároveň sem lze zařadit i doprovázení klientů v průběhu jejich onemocnění. Peer konzultanti se svými klienty projednávají budoucí plány a cíle v jejich zotavení. Na základě těchto plánů si klienti také více uvědomují své silné a slabé stránky, které následně rozvíjí. Jak vyplynulo z rozhovorů, peeři vnímají své klienty jako osoby s potenciálem a nezaměřují se nutně pouze na jejich diagnózy. Ke svým klientům přistupují otevřeně a nesoudí je.

„Říkám si, že diagnóza je jedna věc, ale osobně, když přistupuji ke klientům, tak k nim přistupuji z hlediska jejich možností, a ne vzhledem k jejich nemožnostem.“ (P2)

„Může se stát to, že se to tak úplně nestalo nebo je to nesmysl, je to přitažený za vlasy (to, co klient sdílí s peerem), ale my to nesoudíme a ani mu to nevymlouváme. My spíše se snažíme přijít na to, proč se takhle cítí a proč to takhle vnímá. On si na tu věc musí přijít sám a jsme takoví průvodci v tom.“ (P1)

To, že peeři se podílejí na zotavení svých klientů potvrzují také informace a výzkumy zmíněné v kapitole č. 4.1.3.

Přínosy pro systém péče o duševní zdraví

Zmiňované role ukázaly, že práce peer konzultantů přináší mnoho pozitiv. Podstatná je však otázka, zda je zaměstnávání peer konzultantů v systému služeb péče o DZ efektivní také z ekonomického hlediska. Jak se ukázalo v zahraničí, zapojování peerů přináší finanční zisky, které převyšují náklady související s jejich zaměstnáváním. Dle některých výzkumů se jedná o účinný nástroj pro poskytování služeb v systémech, které nefungují natolik finančně výhodně (Burke et al. 2019; Trachtenberg, 2013; Solomon, 2004).

Přínos peerů z hlediska jejich ekonomické efektivity je však stále málo probádané téma (Trachtenberg et al. 2013). V ČR doposud neexistují studie, které by přímo přínosy peer konzultantů v této oblasti podrobně zkoumaly. Důvodem může být také to, jakým způsobem jsou v ČR peeři evidováni a zaměstnáváni. V zahraniční literatuře je nejčastěji sledována efektivita zaměstnaných peerů ve vztahu k úbytku uživatelů využívajících nemocničních

lůžek, což tedy ve výsledku znamená snížení potřeby hospitalizace u osob, které byly v péči peer konzultantů.

V současnosti se peři v ČR nejčastěji stávají součástí týmů komunitních služeb. Jedním z cílů reformy psychiatrické péče je také to, aby došlo ke snížení využívání opakovaných a dlouhodobých hospitalizací, které jsou pro zdravotnický systém vysoce nákladné. Žádaná transformace poskytování psychiatrické péče by měla probíhat v podobě přesunu klientů z lůžkové psychiatrické péče směrem k ambulantním komunitním službám. Jedná se především o uživatele následné lůžkové péče, kteří jsou již více stabilizovaní a jejich přesun je tedy možný. Zaměstnávání peerů napomáhá rozvoji služeb komunitního typu a ve výsledku tedy přispívá k transformaci psychiatrické péče. Jak vyplývá z expertního dotazování, uživatelé, kteří se následně setkávají s peer konzultanty, získávají podporu v opětovném začleňování do společnosti a v pokračující cestě zotavení z DO. Práce peerů se pak podílí na snižování potřebných opětovných hospitalizací či relapsů u ošetřovaných klientů (Eboime et al., 2022; Davidson, 2012; Lawn, Smith, Hunter, 2008). Dle expertů E3 a E4 je na zapojování peer konzultantů do péče klíčové především to, že jsou jakýmsi nástrojem, který napomáhá k transformaci psychiatrické péče směrem ke skutečné orientaci na potřeby klientů, k její dostupnosti a poskytování v přirozeném prostředí. S tím souvisí i to, že podle experta E3 peři mohou odlehčit práci ostatním pracovníkům v psychiatrických službách, kterých je nedostatek. Přetížení psychiatrů a dalších odborníků v oblasti péče o DZ, včetně vysoké poptávky ambulantních psychiatrických službách naznačuje, že tato péče je žádaná a její kapacity jsou stále nedostatečné (MZ ČR, 2022; Koubová, 2023).

„Co se ukazuje v reformě a vůbec ve zdravotnictví, tak je nedostatek psychiatrů, psychiatrických sester a dalších profesí. Tato pozice peera, ono se to nezdá, může velice tomu systému ulevit. Peer může být velice nápomocen v řešení mnoha věcí, i kde teď figuruje jenom psychiatr a nefunguje tam efektivně.“ (E3)

7.2.2. Přínosy peerské práce pro samotné peery

Získání sebedůvěry v sebe samotného a ve své schopnosti

Jedním z často zmiňovaných přínosů práce pro peer konzultanty bylo získání sebedůvěry. Díky této práci si peři vytvořili lepší vztah sami k sobě a nabyli pocitu užitečnosti. Získané sebevědomí jim umožnilo také lépe čelit stigmatizaci ze strany společnosti a nebát se mluvit o svém DO.

„Beru jako obrovský benefit, že můžu dělat peera a že k něčemu jsem.“ (P4)

Nová životní náplň a uznání

Možnost pracovat jako peer konzultant dodala mnoha peerům příležitost najít si zaměstnání, které respektuje jejich potřeby a zároveň je naplňuje. Tato práce napomohla peerům získat uznání od svého okolí. Příležitost pracovat jako peer je motivovala k aktivnímu fungování ve společnosti a k jistému finančnímu zajištění.

„Přináší mi to také hlavně peníze, kterýma živím svoje tři děti.“ (P1)

„Ještě bych dodala, že jsem v téhle práci hodně sama za sebe. Nemusím řešit to, že bych musela v práci říct, že mám nějaké problémy. Jsem tam opravdu sama za sebe i s těma klady a zápory, které mám. Cítím, že mě respektují.“ (P3)

Pokračování v osobním zotavení

S předchozím bodem souvisí i pokračování peerů na cestě v zotavení. Z rozhovorů vyplynulo, že peeři mají možnost rozvíjet své schopnosti a dovednosti. Práce peer konzultanta jim poskytuje možnost se učit novým věcem a denně na sobě pracovat (Bálková, 2022; Bailie, Tickle, 2015; Burke et al., 2019).

„Určitě se zotavuji sám, protože pracuji s tisíci příběhy lidí, tak ono to rezonuje s mým příběhem a já si dokážu lépe poradit se svými traumaty.“ (P1)

„Myslím si, že i pro mě je to částečně ozdravné, protože ta role mě nutí na sobě neustále pracovat.“ (P5)

Sebereflexe a získání pokory

Poslední ze zmiňovaných přínosů pro peery bylo získání pokory ve svém životě. Díky tomu, že si peeři zpracovali svůj vlastní příběh a zkušenosti, získali větší nadhled na svou nemocí, ale zároveň se poučili z věcí, které v rámci svého zotavování z DO udělali špatně. Z rozhovorů šlo vycítit, že jsou velmi vděční za podporu a možnost práce, která jim byla poskytnuta.

„Občas si říkám, že jsem šťastný člověk, že mohu pracovat na půl úvazek, zatím mi ho nesebrali a dělám práci, která mě baví.“ (P4)

Výsledky mého výzkumu se shodují se závěry z jiných výzkumných šetření v tom, že peerská práce přináší mnoho benefitů i pro samotné peery (Bailie, Tickle, 2015; Corrigan et al., 2016; Shepardson et al., 2019; Burke et al., 2019). Ti díky této pozici získávají vyšší sebevědomí, jsou motivováni pokračovat ve svém zotavení a mají novou životní náplň.

8. Specifická problematika peer konzultantů

8.1. Neukotvená pozice

V současném systému zaměstnávání peer konzultantů ve službách péče o DZ je velice problematická jejich legislativně neukotvená pozice a neurčité vymezení jejich pracovní náplně. Jak se ukázalo, samotní peeri pociťovali jisté komplikace způsobené nejasnou definicí své vlastní role. Nástup do nové práce se u nich často neobešel bez pocitů nejistoty a pochybností. Na potřebnost ukotvení jejich pozice související s jasným definováním podmínek zaměstnávání a požadavků na vykonávání práce upozorňuje nejen několik dotazovaných expertů (E1, E3, E4, E7, E8), ale také řada zahraničních (Wall et al., 2022; Otte et al., 2020; Mutschler et al., 2022) i českých zdrojů (Chrtková, Součková, Rain, 2022; Chrtková et al, 2021; Gabriel, 2020)

Jednou z prvních bariér pro kontinuální zaměstnávání peerů je dle expertů legislativně neukotvená pozice peer konzultanta v Národní soustavě povolání a v Národní soustavě kvalifikací. To znamená, že v současnosti neexistuje oficiální pozice peer pracovníka. Způsob jejich zaměstnávání a registrování v systému zdravotně sociální péče se liší dle místa, ve kterém peeri působí. Peer konzultanti jsou zaměstnáváni jak ve zdravotnických zařízeních (psychiatrické nemocnice nebo psychiatrická oddělení všeobecných nemocnic), tak u poskytovatelů sociálních služeb. Mimo to jsou peeri také důležitou součástí CDZ poskytujících sociálně zdravotní typ služeb. V rámci sociálních služeb a CDZ jsou peer konzultanti zaměstnáváni jako pracovníci v soc. službách nebo jako sociální pracovníci dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. To není dle experta E1 vůbec šťastné, protože *„on vlastně na tu pozici pracovníka v sociálních službách a ani na pozici sociálního pracovníka nemá být, ale my nejsme schopni ho jinak dostat do systému – respektive nejsme schopni na něj jinak sehnat peníze“*.

V případě, kdy jsou peer konzultanti registrováni v rámci poskytování soc. služeb, musejí absolvovat odpovídající vzdělání. U pracovníka v soc. službách se jedná o získání odborné způsobilosti prostřednictvím absolvování akreditovaného kvalifikačního kurzu a dokončeného základního nebo středního vzdělání, středního vzdělání s výučním listem či zakončeného maturitní zkouškou a vyššího odborného vzdělání dle zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách § 116, odst. 5. U sociálního pracovníka je předpokladem pro výkon povolání a získání odborné způsobilosti dle zákona o sociálních službách § 110, odst. 4.,

absolvování studia na vysoké škole se studijním programem věnující se „sociální práci, sociální politice, sociální pedagogice, sociální péči, sociální patologii, právu nebo speciální pedagogice, akreditovaného podle zvláštního předpisu“ či na vyšší odborné škole v programu specializovaném na „sociální práci a sociální pedagogiku, sociální pedagogiku, sociální a humanitární práci, sociální práci, sociálně právní činnost, charitní a sociální činnost“.

V souvislosti s povinným absolvováním akreditovaného kvalifikačního kurzu na pozici pracovníka v soc. službách dle experta E2 situace „není ideální, protože ten kurz připravuje na jinou práci, než by peeři měli dělat“. S tím souhlasí i expert E5, který dodává, že „co se v rámci toho kvalifikačního kurzu peer dozvídá je z nějakých 80 % pro něj nepříliš potřebné, a pro to co by se měl dozvědět, pro tu práci peera, musí stejně absolvovat nějaký jiný typ tréninku nebo vzdělávání“. Peeři tak mnohdy procházejí nejen specifickými kurzy pro pozici peer konzultantů, ale primárně musejí splnit požadavky k vykonávání sociální práce, což není klíčová náplň jejich pozice. Doporučení absolvovat kurz pro pracovníky v sociálních službách je zmíněno i v *Manuálu zapojení peer konzultantů do péče o duševní zdraví* (Foitová et al., 2014), přestože peeři tyto znalosti ve své práci primárně využívat nemají. Je to z toho důvodu, aby organizace mohly peery nějakým způsobem ukotvit.

Situace se mírně liší v CDZ, kde jsou peer konzultanti sice také zaměstnávání a registrování obdobně jako peeři v sociálních službách, ale jejich zapojení je přímo definované v metodikách či standardech. Jak jsem již zmiňovala v předchozích kapitolách prvotním dokumentem definující podmínky poskytování služeb a péče v CDZ byl *Standard péče v CDZ* (MZ ČR, 2016), který vycházel z projektu „Podpora vzniku CDZ I.“. V tomto dokumentu je pod čarou popsána pozice peer konzultantů a způsob jejich systémového vymezení v CDZ: „Jeden až dva z pracovníků (jedná se o personál poskytující sociální služby) splňuje kvalifikační kritéria dle zákona o sociálních službách a pracuje nejméně na 0,5 úvazku v roli peer konzultanta. To vyžaduje vlastní zkušenost pracovníka s onemocněním z okruhu SMI, stabilizovaný zdravotní stav a zachování jedinečnosti jeho role (nemůže vykonávat jinou roli v multidisciplinárním týmu)“ (MZ ČR, 2016, s. 12). Expert E4 tento krok vnímá jako výrazný posun, protože „se podařilo prosadit, že je jeden celý úvazek pro práci peer konzultanta, což znamená, že většinou pracují na zkrácené úvazky, jeden až dva peer konzultanti na jednom CDZ“. Na základě tohoto dokumentu následovala publikace materiálu *CDZ a jeho role v systému péče* (Pfeiffer et al., 2022) v rámci projektu *Podpora*

vzniku CDZ II. Nejaktuálnější materiál, který sjednocuje získané informace z předcházejících projektů CDZ, se nazývá *Doporučené postupy pro vznik nových CDZ* (Kolitsch et al., 2022).

Další překážky spočívají v nejasných požadavcích na práci peer konzultantů a jejich vzdělávání. Expert E2 zmiňuje, že je velmi problematické, když v současnosti „nemáme žádné oficiální požadavky, jako na lékaře, psychologa nebo sociálního pracovníka, kde je to přesně popsáno, co musí mít za vzdělání, jaké zkoušky musí absolvovat. U těch peer konzultantů to není a dělá to v praxi trochu potíže“.

Složitá situace nastává ve zdravotních službách, kde mohou být peři zaměstnávání na různých pozicích, přičemž splnění právních náležitostí může být bariérou pro zaměstnání některých peerů. Dle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování musí každý poskytovatel zdravotních služeb splňovat požadavky na personální zabezpečení poskytování zdravotních služeb (Těšinová, Žďárek, Polícar, 2011). Obdobně jako v sociálních službách, není ani ve zdravotnictví jasně nastaveno, jaké kurzy by měl peer konzultant pracující ve zdravotních službách absolvovat, tudíž se stává, že každá nemocnice má své vlastní požadavky a přístup k jejich zaměstnávání. Peer konzultanti jsou v praxi často zaměstnávání jako sanitáři a jejich povinností je tedy nutné dle zákona č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče, splnění kvalifikačního kurzu pro vykonávání pozice sanitáře. Tedy ani v této oblasti poskytování služeb péče o DZ není pozice peerů ukotvena.

Jednou z dalších možností, jak registrovat peery ve zdravotnické oblasti, by byla eventualita zaměstnat je jako ošetřovatele, což je pozice svou náplní bližší práci peerů. Experti se však shodují, že problém nastává v existenci vyhlášky č. 271/2012 Sb., o zdravotní způsobilosti zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka. Tato vyhláška dle experta E4 víceméně říká, „že lidé s vážným duševním onemocněním, chronickým a recidivujícím duševním onemocněním nemohou pracovat ve zdravotnictví“. Jedná se o vyhlášku, jež definuje seznam onemocnění, včetně duševního, která znemožňuje způsobilost odborných pracovníků pohybujících se ve zdravotnictví. Experti tvrdí, že se jedná o diskriminující vyhlášku, která vytváří velkou bariéru v tom, aby peer konzultanti působili v psychiatrických nemocnicích či na psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic. Tato spleť situace může být rozhodujícím faktorem, kdy se zdravotnická zařízení

rozhodnou peer konzultanty vůbec nezaměstnávat. Expert E5 upozorňuje na úskali požadavků pro zaměstnávání peer konzultantů v nemocnicích, které se týká nejen povinnosti absolvovat náročný sanitářský kurz, ale také potřebné absolvování středoškolského vzdělání pro danou pozici. To potvrzuje také Soldánová (2022b), dle které je dokončené středoškolského vzdělání pro osoby s DO mnohdy těžko dosažitelné.

„Může to být chyba, protože vlastně část lidí, kteří přicházejí na tu pozici peer konzultanta jsou lidé, kteří onemocněli v mladém věku. Může se někdy stát, že lidé tu střední školu nemají a vůbec to není o tom, že by byli nějaký hloupi nebo neschopní tu práci dělat, ale prostě ta nemoc přišla brzo“. (E5).

Na druhou stranu expert E5 popisuje, že jakási standardizace peerské práce může být i na škodu a současný systém, kdy si jednotliví poskytovatelé služeb vybírají peery na základě svých potřeb a požadavků, může mít i své výhody.

„Já si myslím, že nějaká standardizace tohoto může být na škodu a zavře dveře radě lidí, kteří by v tom mohli být dobří. To je takový ten český přístup, že všechno by mělo standardizované a kontrolovatelné ze strany státní správy, zaměstnavatelů a poskytovatelů těchto služeb“. (E5)

Se současným nastaveným systémem v sociálních a sociálně zdravotních službách souhlasí také expert E7, který zmiňuje, že definice a vytváření nové pozice peer konzultanta je přespříliš složitý proces a není správné mít legislativně ukotvenou kvalifikaci založenou na zkušenosti s DO.

„Myslím si, že je daleko logičtější a normálnější, když pracujete jako třeba pracovník v sociálních službách a máte tu zkušenost, než když vytvoříte nějakou novou roli a teďka, jak to budete definovat, co ta zkušenost znamená.“ (E7)

Jak však ze zahraničních výzkumů vyplývá, ukotvení pozice peerů může zlepšovat podmínky spojené s jejich zaměstnáváním a přispívat funkčnosti celého systému (Wall et al., 2022, Mutschler et al., 2022). Na druhou stranu je důležité ponechat peerské práci určitou neformálnost a svobodu, což jsou jedny z klíčových atributů, na kterých daná pozice staví (Nosek et al., 2021). Na rizika, která plynou s příliš velké standardizace pozice, kdy peeri ztrácí svoji roli, upozorňuje několik autorů (Faulkner, Basset, 2012; Schmidt et al., 2008).

8.2. Obavy ze zapojování

Jedním ze specifických problémů týkajících se peer konzultantů je strach a jisté obavy spojené s jejich zapojováním ze strany odborníků a profesionálů pohybujících se v oblasti DZ. To souvisí i s předešlou kapitolou, která se věnovala problematice vymezení rolí a náplni peerské práce, což ve výsledku komplikuje úspěšnou integraci peerů do týmů. V zařízeních a organizacích, které upřednostňují především tradiční způsoby léčby a péči o duševně nemocné, se peeri nejčastěji setkávají s nepochopením a předsudky ze strany ostatních kolegů (Davidson, 2015; Chrtková, Rain, Součková, 2022). Působení stigmatizačních vlivů potvrdil i expert E7.

„Třeba ten lékař ví, že něco má (peer), nějakou diagnózu. U někoho to tak může být a potom může přistupovat i k tomu peerovi odlišným způsobem“. (E7)

Také expert E4 souhlasí s tím, že především ve zdravotnických zařízeních, kde je zdravotnická struktura striktně hierarchizovaná, je vybudování statusu peer konzultanta velmi těžké.

„Tristní je situace na psychiatrických odděleních všeobecných nemocnic. Psychiatrický nemocnice se alespoň nějak se snaží, ale ty psychiatrický oddělení prostě nevědí, jak je zaměstnat a jsou to akutní oddělení, to je argument, tak je nezaměstnávají téměř vůbec“. (E4)

Předsudky vůči peerům jsou patrné především na pracovištích, která se neorientují na přístup recovery (Otte et al., 2020; Wall et al., 2022; Cyr et al., 2016; Ehrlich et al., 2020). Podle Chrtkové, Raina a Součkové (2022) se však peeri setkávají s předsudky také u poskytovatelů sociálních služeb. Mnohdy jsou peer konzultanti vnímáni jako sociální pracovníci i přesto, že jejich práce je odlišná. Pozice peer konzultanta má svá vlastní specifika a také omezení (zhoršení zdravotního stavu atd.).

V organizacích by měly být nastaveny konkrétní kroky k řešení stigmatizace či diskriminace. Dle experta E3 však panuje taktéž v expertním diskurzu obecná kritika, která souvisí s názorem, že zaměstnáváním peerů se tzv. profesionalizuje nemoc. Díky tomu je i nedostatečná podpora a snaha jejich práci ukotvit. Avšak přesvědčení experta je takové, že se *„profesionalizuje to, že ten člověk má zkušenosti a je expert z druhé strany na toto onemocnění a dokáže empaticky a svou zkušeností navnímat to, co prožívá ten druhý“.* (E3)

Toto potvrzuje i expert E4, který dodává, že možné rozvinutí potenciálu peerů nutně souvisí s tím, že jim budou dány kompetence, a to se dle jeho slov některým odborníkům nelíbí.

8.3. Nedostatečné finanční ohodnocení

Další specifická problematika peer konzultantů se týká jejich finančního ohodnocení. Experti se shodují na tom, že chybějí standardy, které by napříč zaměstnavateli sjednotily nebo vytvořily systém pro spravedlivé odměňování. Současné nastavení naráží na svoji neucelenost a zároveň i nedostatečnost. Experti (E1, E3, E4, E8) se shodují na tom, že finanční ohodnocení peerů by mělo být v souladu s platem ostatních členů týmu, což tak mnohdy v praxi není. Odpovídající plat v porovnání s ostatními kolegy může napomoci tomu, aby peer konzultanty vnímali ostatní rovnocenně. Expert E4 zmiňuje, že zaměstnavatelé leckdy spoléhají na to, že peeri pobírají invalidní důchod, tudíž výše jejich mzdy nemusí být tak vysoká. Situaci peerů ve své výpovědi reflektoval také expert E3.

„Peeri se mnohdy i na ty dohody pohybují pod nějakou celostátní úrovní 100 Kč za hodinu. Což kdyby někdo dostal na brigádě, tak ji nevezme. Je to i o tom, aby ta práce byla tím systémem dostatečně ohodnocena.“ (E3)

Nedostatečné finanční ohodnocení potvrzovali ze své vlastní zkušenosti také dotazovaní peer konzultanti, kteří se v některých případech museli spoléhat na doplnění příjmů sociální dávkou, a to již zmíněným invalidním důchodem.

„Mám invalidní důchod, takže když jsem spojil ty dvě částky, tak jsem byl schopen vyjít.“ (P2)

„(...) ale potřebovala bych samozřejmě víc. Já, když jsem na tom byla finančně špatně, tak jsem přemýšlela, že budu dělat ještě něco bokem. Mám částečný (úvazek) a důchod, jestli mi to sníží, tak budu v háji. Budu si muset hledat a žebrot někde ještě něco. Není to žádný zázrak a myslím si, že je to dost velký podprůměr.“ (P4)

Nespokojenost s finančním ohodnocením peer konzultantů v ČR, která se odrazila na nerovném postavení peerů v týmu, potvrdilo i výzkumné šetření Bálkové (2022). Problém se však dotýká i organizací, které chtějí peer konzultanty zaměstnat. Dle zkušenosti experta E1 bylo v prvotní fázi přijímání peer konzultanta náročné na jeho pozici najít finanční prostředky.

„Než jsme dostali vlastě toho našeho peera do systému, tak jsme sháněli projekty, různé projekty z měst, z úřadů, filantropie. Takže jsme vlastně ten plat sháněli, kde to bylo možné.“

(E1)

Jak vyplývá z *Předběžné analýzy bariér pro zapojování peer konzultantů do akutní péče v ČR* (Říčan, 2019), nesystémové uchopení peerů v zákonech způsobuje komplikace s nízkým finančním ohodnocením. Peerská práce ve zdravotních službách nemůže být zaplacená prostřednictvím zdravotních pojišťoven. Peer konzultanti jsou často financováni prostřednictvím dotací z různých projektů, ale nedostávají plat jako ostatní zaměstnanci, což je způsobeno právě již zmíněným neukotvením jejich pozice (MZ ČR a Úřad vlády ČR, 2021, s. 22). Soldánová (2022a) zmiňuje, že již na začátku by si peeři měli (ne)spokojenost s výší platů se zaměstnavatelem vždy vyjasnit.

Problematická je i určitá nejistota pracovní pozice peerů, kdy podle experta E4 dochází často k tomu, že peeři jsou zaměstnáváni na dohody o pracích konaných mimo pracovní poměr. Díky tomu nemají žádné zaměstnanecké sociální benefity jako je dovolená, nemocenská atd.

9. Potřeby peerů z hlediska sociální a zdravotní politiky

V této kapitole se zabývám specifickými potřebami peer konzultantů v souvislosti se současným systémem zavádění peer podpory ve službách péče o DZ v ČR. S pomocí analýzy rozhovorů s experty a peery vyvozují návrhy potřebných změn v podmínkách a prostředí, ve kterém peeri působí.

I. Problematika: Nedostatečná podpora peer konzultantů a špatně nastavené podmínky pro jejich zapojování

a. *Potřeba: Supervize a týmové porady, více zaměstnaných peerů v jednom týmu*

Jednou z významných potřeb peerů je supervize. Ta je klíčová nejen v začátcích, kdy je peer začleňován do týmu, ale také v průběhu vykonávání peerské práce. Přínosy prvotních supervizních setkání potvrzuje také expert E1.

„(...) v začátcích toho projektu celý tým dostával supervizi vyloženě na zapojení peera do skupiny. Peeri samotní měli také supervizi a procházeli uceleným vzděláváním. To si myslím, že bylo obrovské plus.“ (E1)

Pravidelně nastavené týmové supervize umožňují celému týmu vyjasňovat neshody, potřeby a probrat i každodenní záležitosti, se kterými se členové týmu setkávají. Společná supervizní a týmová setkávání tvoří prostor pro vyjasnění vzájemných očekávání a postojů, což potvrzují jak výpovědi peerů, tak pohledy expertů a zkušenosti ze zahraničí (Chinman et al., 2008; Kemp, Henderson, 2012). Klíčové jsou i osobní konzultace, které se soustředí pouze na osobní prožívání peerů (Foitová et al., 2014). Pro peery je podstatné, aby mohli se svým týmem konzultovat situace svých klientů a poradit se s ostatními.

„My si často děláme supervize, kdy jsme společně se sociálním pracovníkem, zdravotníkem a peerem dohromady (...). Často je důležité, že já s nimi potřebuji konzultovat, jaký s tím člověkem mají plán. Jestli je cílem toho člověka aktivizovat nebo jestli je cílem ho udržet naopak u té medikace a pak podle toho já s tím klientem mluvím.“ (P4)

„Potom i nějaké supervize, protože ona ta práce se může zdát, že je jednoduchá, ale stejně tak u těch ostatních členů týmů, by si i tato pozice zasloužila samostatný supervize a poté možná i nějaké týmové.“ (E3)

Supervize jsou důležité i pro well-being peerů a jejich spokojenost v pracovním prostředí (Chinman et al., 2008; Otte et al., 2020). Není výjimkou, že peeri na sebe kladou velké nároky, díky kterým se přepracovávají. Při rozhovorech se supervizory mohou peer konzultanti tyto osobní problémy snadněji překonat.

„Často se přepracováváme a pracujeme na 110 %. Tím, že jsme duševně nemocní, máme tu zkušenost nebo jsme v něčem pracovní výkonem omezení a přepracováváme se, tak rychle vyhoříme a začneme být zbrklí nebo to děláme jako moc na sílu. To je taková amatérská začátečnická chyba a dělá ji skoro každý. Supervize pomohou toto odstínit.“ (P1)

Velmi pozitivně a přínosně hodnotí peeri také supervize s ostatními peery. To především v případech, kdy peer v dané organizaci pracuje jako jediný peer. Možnost účastnit se setkání i s dalšími peer konzultanty, které by organizoval přímo zaměstnavatel, byla však poskytnuta pouze dvěma z dotázaných peerů.

„Určitě, pozitivní to je. Protože se vidíme a máme i společné peerské supervize, kde řešíme, když někdo má nějaký problém s klientem nebo čímkoliv (...). Myslím si, že to je hodně dobré a vzájemně si předáváme zkušenosti. Nebo když třeba jeden z nás neví, tak si vyslechne názor těch ostatních kolegů, a tak nějak to vždycky dáme dohromady, takže si určitě myslím, že to přínosné je, protože přece jenom kolegové, kteří se hodně snaží v práci, ale tu zkušenost nemají, tak je to určitě dobré být s tím peerem v kontaktu“. (P5)

Na důležitost supervizí a společných setkávání peerů poukazují také výpovědi expertů.

„(...) peeri v naší organizaci z těch jednotlivých středisek mají společná setkávání, kde se neoficiálně podporují a také mají společnou supervizi. Myslím si, že bez toho bychom naráželi na některá témata ještě více.“ (E1)

„To (peerské supervize) je nesmírně obohacující pro ně, protože oni si mohou dát opravdu vzájemnou podporu a zkušenost z té praxe a slyší, že druzí řeší podobné věci jako oni v práci a můžou se hodně dobře podpořit.“ (E2)

Peeri a experti ovšem narážejí na omezení, která plynou z toho, že peer konzultanti v naprosté většině působí v organizaci jako samotní. Může se stát, že obhajoba jejich role a komunikace s ostatními kolegy, je o to víc náročnější.

„Samozřejmě, když v tom týmu je jeden takový člověk, aby byli dva, to si myslím, že nebývá tak běžný, tak najednou je tam v nějaký ne úplně jednoduchý pozici a teď, aby ještě k tomu měl případně odvahu na to dávat nějakou zpětnou vazbu tomu týmu.“ (E7)

„Když je tam jeden peer konzultant na celou službu, tak má strašně těžký postavení. To je potřeba posílit a musí jich tam být více, aby se mohli vzájemně podpořit a je to strašně důležité.“ (E4)

Nejen pro peer konzultanty, ale také pro celý tým je výhodnější mít zaměstnaných peerů více, a to jak z důvodu zastupitelnosti v případě zhoršení zdravotního stavu jednoho z peerů, tak také kvůli vzájemnému sdílení zkušeností.

„Kór když proti sobě máte hráče ve větším týmu, stejných profesí a navíc lidi, který se v tom pohybují desítky let, tak komunikačně vás někdy převálcují. A navíc problém duševního zdraví a tý duševní nemoci je ten, že si člověk nevěří. Minimálně na začátku. Vybudovat si nějakou sebedůvěru, a ještě důvěru v tom týmu vůbec, promluvit a prosazovat svoje myšlenky. Tak tohle může být ta podpora, že jeden zareaguje, druhý naváže a nemusíte se bát.“ (E8)

b. Potřeba: Připravenost celého týmu na přijetí peer konzultanta a přizpůsobení pracovních podmínek

Z rozhovorů s peery současně vyplývá, že nejnáročnější období pro peera je právě v začátcích jeho nástupu. K tomu, aby peer získal pozitivní zkušenosti, je podstatné, aby se tým na jeho roli a příchod dostatečně připravil.

„Jednak jde o přípravu samotného peera, přípravu týmu ještě před příchodem peera a potom společná kontinuální supervize, vedení a metodická podpora alespoň první rok při zavádění těch peerů.“ (E2)

V současnosti v ČR existují dvě metodiky: *Manuál zapojení peer konzultantů do péče o duševní zdraví* (Foitová et al., 2014) a *Jak zaměstnat peer konzultanta krok za krokem* (Soldánová, 2022b). S novými znalostmi a zkušenostmi by se dle experta E2 měla metodika neustále aktualizovat a doplňovat. Tyto materiály ve výsledku mohou pomoci budoucím kolegům vytvořit přijatelné podmínky pro úspěšné zapojení peerů.

Expert (E3, E4 a E8) zmiňuje i potřebné vzdělání pro týmy zaměstnávající peery, s tím, že expert E4 popisuje, že této role by se mohli ujmout peer lektoři.

„Měl by tam být peer lektor, který by ten tým seznámil s tím, co pozice peer konzultanta obnáší, co může přinést za benefity těm klientům, a to by mělo být ve vzdělání těch lidí, kteří se v oblasti DZ pohybují. My strašně chceme a je to také v NAPDZ, aby se podpořili peer lektoři při vzdělávání odborníků v oblasti DZ.“ (E4)

Pro peer konzultanty je důležité vytvořit pracovní prostředí, které je pro ně svým přístupem otevřené a podporující. Stejná potřeba peerů se potvrdila také u analýzy fungování peer konzultantů v lůžkové péči psychiatrických nemocnic (Říčan, 2019). Jak experti zmiňují, peeri potřebují dostatečný čas na seznámení se s novým prostředím, klienty a náplní své práce. Z toho důvodu se často doporučují mentoři⁸, kteří mohou s prvotními obavami a nejistotami peer konzultantům poradit. Vytyčení konkrétního pracovníka, který uvádí peera do nové pracovní role, doporučují také experti Foitová et al. (2014).

Autoři Henzlová et al. (2014) definují několik zásad pro komunikaci v pracovním prostředí s lidmi, kteří si procházejí či mají zkušenost s DO:

- 1) Jasně si stanovit pracovní náplň a kompetence.
- 2) Dostatečně probrat naplňování pracovních úkonů, tak, aby je člověk zvládnul a nebyly pro něj příliš zatěžující.
- 3) Zaměřit se na podporu nového zaměstnance. Posilovat jeho sebedůvěru a věnovat se případným bariérám.
- 4) Vyjasňovat si v průběhu (ne)spokojenost s pracovní náplní, s komunikací v týmu a podmínkami práce. Vyhodnocovat průběžně vzájemnou spolupráci.
- 5) Zvolit konkrétní osobu, která bude primárním kontaktem, se kterým nový zaměstnanec může probírat neshody či komplikace.
- 6) Nevyzdvihovat nepřirozeně schopnosti daného člověka. Přehnané vychvalování může působit až stigmatizačně.
- 7) Pokud to bude zaměstnanec chtít, otevřeně komunikovat o jeho zdravotním stavu.

⁸ Mentora jinak řečeno vedoucího pracovníka lze definovat jako „osobu uvádějící do znalosti oboru prostřednictvím vedení v reálných situacích, provádějící supervizi“ (Mareš, Průcha, Walterová, 2003, s. 150-151). Tuto pozici může vykonávat v oblasti DZ peer, který koordinuje a vede ostatní peer konzultanty (Soldánová, 2022a)

c. Potřeba: Dostupné a kontinuální vzdělávání

Pro práci peerů je velmi důležitá podpora ze strany kolegů a zaměstnavatele, která souvisí i s možností dále se rozvíjet ve svých dovednostech a vzdělání (Moran, 2013). V současné době v ČR poskytují specifické vzdělávání pro peery dvě organizace, a to Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví (dále CRPDZ) a nezisková organizace ZAHRADA 2000⁹. Ze zkušeností peer konzultantů lze vyvodit, že peeři procházejí vždy jedním z těchto úvodních kurzů v časovém rozsahu 35-80 hodin. Náplň kurz tvoří témata: zotavení, zpracování vlastního příběhu, verbální a neverbální komunikace a fungování peera v týmu. CRPDZ dále nabízí i doplňkové vzdělání, jež se věnuje rozšiřování dovedností. Expert E2 zmiňuje, že základní kurz je pouze úvodní a peer konzultanti potřebují některé schopnosti rozvíjet kontinuálně a více do hloubky.

„Je to opravdu taky jenom úvod do toho nácviku, vnímáme, že nácvik komunikace by potřeboval delší čas. Peer konzultanti sami říkají, že by uvítali ještě více, o hodně více nácviku komunikace.“ (E2)

Povinné kurzy pro přijetí na pozici peer konzultanta tedy poskytují pouze základní tematické vymezení a vzdělání. Peeři by měli i nadále rozvíjet své schopnosti a dovednosti v tématech jak pracovat s klienty či týmem a jak si správně nastavovat své hranice. Na důležitost kontinuálního vzdělání upozorňuje vícero odborníků. Expert E4 dodává, že peeři potřebují výcvik v krizové intervenci, sebepěči a dalších tématech. Také expert E6 potvrzuje, že aktuální systém vzdělávání není dostatečný.

„Někteří ti lidé sice projdou kurzem, ale ta schopnost nějak artikulovat tu zkušenost procesu zotavení není vůbec jednoduchá, a to se nenaučíte jako během pětidenního kurzu.“ (E6)

Expert i peeři se shodují na tom, že specifické kurzy peer konzultantů jsou důležité také z důvodu, že pozice je poměrně nová a stále není natolik systémově ukotvená.

„(...) Protože přece jenom je to i pojem, který není známý klientům, takže ti peer konzultanti se musejí nějak srozumitelně představit a stručně vysvětlit, co nabízejí, čím se liší od sociálních pracovníků, psychologů, psychiatrů a tak“. (E2)

⁹ Více informací o daných organizacích jsou dostupné na jejich stránkách. Webové stránky CRPDZ: <https://www.cmhcd.cz/centrum/uvod/> a neziskové organizace ZAHRADA 2000: <https://www.zahrada2000.cz/>.

Dosažené vzdělání dodává práci peer konzultantů vážnost a důležitost, která by mohla být umocněna tehdy, pokud by byly kurzy zakončeny certifikací (Říčan, 2019). Zároveň kurzy pro peery vytvářejí další příležitosti, kdy se mohou vzájemně potkávat a sdílet si své zkušenosti.

„Myslím si, že je to hodně důležité, o čem jsem mluvil, setkat se s lidmi ve stejné pozici, protože ta pozice je nová a někdy neujasněná pro týmy. (...) K tomu je hrozně dobrý se potkat s ostatními, kteří řeší podobné otázky v jiných organizacích nebo předtím, než někam vlezli“. (E5)

Experti se shodli na tom, že současná podoba vzdělání není ideální, nicméně jejich výpovědi se nesjednotily v tom, zda by systém vzdělávání měl či neměl být standardizovaný. Jisté je však to, že specifické kurzy jsou pro nácvik určitých dovedností pro peery velice důležité a je potřebné, aby zaměstnavatelé ve vzdělávání peery podporovali nejen v jejich začátcích vykonávání dané práce.

II. Problematika: Nejasná role a postavení peer konzultantů

a. Potřeba peerů: Ukotvit peer konzultanty jako oficiální povolání

Z předchozích kapitol vyplynulo, že je zde systémová bariéra pro kontinuální zaměstnávání peer konzultantů. Ta přináší mnoho komplikací nejen pro samotné peery, ale také pro celý systém služeb orientující se na DZ. Na úrovni peerů se to týká především financování, komplikovaného fungování a vymezení role v pracovním prostředí. Systémově je pak komplikace v jejich zapojování. Jak se ukázalo, více problematická situace je ve zdravotnictví, kde se dle expertů vyskytuje daná „diskriminující“ vyhláška č. 271/2012 Sb., limitující zaměstnání osob s DO na určitých pozicích a neochota změnit zákon o nelékařských profesích. Možné řešení by mohlo plynout z jejich ukotvení v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, podobně jako jsou v tomto zákoně zaneseny patientské organizace. Tento krok by zabránil současnému legislativnímu vakuu, ke kterému dochází při zaměstnávání peer konzultantů.

Je potřeba ukotvit peery jak ve zdravotních, tak i v sociálních službách a nastavit funkční systém jejich financování. To přinese lepší pozici peerů v týmu, jasné nastavení jejich kompetencí, které nebude zaměňováno za kompetence jiných profesí a odpovídající finanční ohodnocení. Expert E4 navrhuje revizi vyhlášky č. 271/2012 Sb., a definování pozice peer konzultanta v zákoně č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních a v zákoně

č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Zároveň E4 dodává, že je možné si vzít příklady ze zahraničí, kde veřejné politiky podporují zapojení peerů v různých oblastech.

„Přitom ale už ve světě k tomu dospěli. Jsou to třeba i vládní politiky v Kanadě, Austrálii, zapojování lidí do všech oblastí.“ (E4)

V prvotní fázi je důležité zaměstnávání peerů alespoň přehledně systematizovat. Následný krok by měl vést k legislativnímu definování pozice peer konzultanta v Národní soustavě povolání a Národní soustavě kvalifikací. Jak z výpovědi vyplývá, jedná se o velmi obtížný a dlouhodobý proces.

„Uvědomujeme si, že i ta systematizace, o kterou se snažíme, to není jednoduchá cesta. Za nás by bylo dostačující prostě vést nějakou konstruktivní diskuzi typu: ‚ano, takováhle pozice by mohla vzniknout, měla by být taková a taková specifikace, vzdělávací předpoklady‘. Prostě hledat dohodu, a ne rovnou říct, že takováhle pozice v tomhle segmentu nebude. Myslím si, že minimálně nějaká diskuze by byla dobrá.“ (E4)

Z rozhovorů s experty však nevyplývala jasná shoda v představě o tom, jak by měla být role peer konzultantů ukotvena. Výsledky výzkumu poukazují na to, že současný stav je nevyhovující a že systémové změny, diskutované všemi zúčastněnými stakeholdery, jsou potřebné.

III. Problematika: Nedostatečné povědomí o náplni a významu peerské práce

a. Potřeba: Edukovat o činnostech peer konzultantů a věnovat se více tomuto tématu

Pro mnohé může být práce peer konzultantů stále nová a neznámá. Díky tomu tak dochází ke komplikacím, kdy nejen pracovníci v sociálních a zdravotních službách, ale také okolí, na jejich práci pohlíží negativně. Častěji se tak může stávat, že klienti či poskytovatelé služeb pomoc a péči od peer konzultantů přijímat nechtějí. Jak se však ukázalo, pokud je jejich funkce správně vysvětlena, může se takovýmto komplikacím předejít. Tuto potřebu zmiňuje i expert E3. *„Je potřeba ty lidi edukovat a vysvětlit, proč je to důležitý. Jaký mají peeri bariéry, proč je zaměstnávat, proč je dobře platit.“*

Nutnost v rozšiřování podvědomí shledává také Říčan (2019), který zmiňuje, že je důležité vzdělávat odbornou i laickou veřejnost o benefitech peer konzultantů. To souvisí i s vysokou mírou stigmatizace DO v ČR, která může bránit plynulému zapojování peerů do služeb péče

o DZ. V souvislosti se systémovými předsudky vůči DO se hovoří o strukturální diskriminaci. Ta se vyznačuje stereotypním pohledem na toto onemocnění působící v institucionální rovině (Ocisková, 2017). Příkladem toho mohou být bariéry související s problematickým ukotvením jejich role, nízkým financováním a nedostatečnou snahou veřejněpolitických aktérů tuto problematiku řešit. Dle experta E3 a E4 mohou peer konzultanti být v budoucnu přínosní i pro další oblasti služeb nežli pouze péče o DZ.

„(...) jsme přesvědčeni o tom, že peer konzultanti nemusí být jenom v duševním zdraví. Třeba i s onkologickou diagnózou, diabetologický pacienti atd.“ (E3)

IV. Nedostatečná participace a spolupráce subjektů a resortů

a. Potřeba: Provázat sociální a zdravotní služby, vést efektivní nadresortní spolupráci a zapojit uživatele péče do procesu tvorby politik

Tato problematika souvisí s nedostatečnou kooperací sociálních a zdravotních služeb v oblasti služeb péče o DZ. Tyto dvě oblasti, které od sebe byly při poskytování psychiatrické péče dlouho odděleny, jsou odlišné svojí perspektivou na péči a léčbu pacienta/klienta. To souvisí i s nepropojeností jednotlivých sektorů a jejich vzájemnou spoluprací. I přesto, že hlavním gestorem reformy je MZ ČR, mnoho oblastí i témat zasahuje do roviny sociálních služeb, a tedy i MPSV. Expert E3 zmiňuje, že tento resort by měl být otevřený vyjednávání legislativního ukotvení peerů.

„Napadá mě ještě jedna bariéra našeho systému, a to je, že tyhle věci a celá reforma se netýká jenom Ministerstva zdravotnictví. Potom ale narazíte na bariéru na Ministerstvu práce a sociálních věcí právě při otevírání těch pozic a podobných věcí.“ (E3)

Z rozhovorů vyplývá, že v současnosti není dostatečná snaha zainteresovaných aktérů současný systém měnit.

Druhá věc je bohužel zatvrdlost systému. (...) Možná i nějaká pohodlnost. Proč bych něco měnil, když mi to funguje a vy my tady přinesete něco, co budu muset řešit.“ (E3)

To může souviset i s prioritami jednotlivých vlád a ministrů zdravotnictví. Dle Pavlíka et al. (2014), pokud ve veřejných politikách dochází k zapojování nových aktérů, je nutné to zakomponovat do vizí o dalším směřování a do plánovaných opatření v rámci strategií rozvoje. V případě peerů, ač existuje SRPP (MZ ČR, 2013), je jistou bariérou čtyřletý volební cyklus a s tím spojené změny ve vedení resortů zapojených do naplňování cílů

reformy psychiatrické péče. Střídající se ministři a jejich priority mohou ovlivnit způsoby naplňování cílů a vývoj dalšího směřování.

„Neřekla bych, že je to v současné chvíli prioritou. Obecně péče o duševní zdraví jako reforma nemá takové postavení jako měla za přechodného vedení. (...) Úplně tam třeba podle mě zapadá právě to téma peerů a zapojování lidí s duševním onemocněním. K tomu jsme se vlastně ani nedostali.“ (E8)

Experti (E3, E4, E9) se shodují na tom, že je potřebné najít mezi jednotlivými aktéry, podílejícími se na reformě a politice vztahující se k zapojování peerů, jakýsi konsensus. Je zde potřeba otevřít debatu o možnostech legislativního ukotvení peer konzultantů, i přesto, že se s tímto tématem pojí jisté obavy a možné nepochopení.

„Samozřejmě probíhaly různé schůzky a Ministerstvo zdravotnictví se k tomu nestaví úplně jako kladně, protože by to znamenalo změnu legislativy, ale také za odborníky nebo za úředníky, kteří se těmito tématům zabývají, tak pro ně je těžké uchopit to, že ta primární kvalifikace pro to být peerem je osobní zkušenost.“ (E9)

„(...) ta debata je těžká, protože ty lidi neuměj si představit, že ta zkušenost je nějaká kvalifikace. Přitom ale už ve světě k tomu dospěli.“ (E3)

Jedním z řešení by mohla být dle expertů také podpora zapojování samotných uživatelů do procesů rozhodování o podobě systému péče o DZ. Téma zplnomocňování klientů/pacientů a zdůrazňování jejich role se stále více dostává do popředí politických a společenských debat (Dobiášová, Kotrusová, Wolfová, 2021; Vahdat et al., 2014; Dent, Pahor, 2015). Tímto dochází ke zmírňování působení paternalistických vlivů na podobu zdravotní péče (paternalism vs. patient involvement, empowerment), kdy jsou využívány takové metody a prostředky, které posilují jejich svobodné rozhodování a angažování (Coulter, Ellins, 2007). Jednou z výrazných změn v ČR bylo jmenování Pacientské rady ministra zdravotnictví v roce 2017, prostřednictvím které pacienti získali hlas k vyjádření svých stanovisek ke směřování našeho zdravotnictví (Dobiášová, Kotherová, Numerato, 2017). Tato rada, sdružující několik patientských organizací, funguje jako „*poradní orgán ministra zdravotnictví*“ doposud (MZ ČR, 2023). Umožňuje pacientům se přímo podílet na rozhodování o podobě současné zdravotní péče. Určitým posunem je také institucionalizace patientského hnutí v ČR přijetím novely zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování. Konkrétně v ustanovení § 113f je patientská organizace

definována jako „zapsaný spolek, jehož hlavní činnost spočívá v pomoci pacientům a ochraně jejich práv a zájmů a jehož členy jsou zpravidla osoby s určitým onemocněním nebo zdravotním postižením, jejich osoby blízké nebo jejich zástupci podle občanského zákoníku, přičemž tyto osoby mají rozhodující vliv na jeho řízení“. Pacientská organizace je rovněž zanesena do zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, díky čemuž může být pacientovým zástupcem při řešení financování léčiv v případech vážných onemocnění.

Experti zmiňují, že právě pacientské organizace zdůrazňují, proč je reforma natolik důležitá a jaká je v nich role lidí s DO. Překážkou v tomto ohledu může být to, že mnoho lidí s DO má obavy se do takovýchto aktivit zapojovat. Je zde tedy potřeba neustále posilovat práva těchto osob společně s jejich zplnomocňováním, což následně může vést k jejich aktivnímu zapojování také na úrovni tvorby veřejných politik.

„Samozřejmě existuje ještě velká překážka a to je, že je málo lidí s duševním onemocněním, kteří jsou zplnomocněni tak, aby šli do nějakých rozhodovacích uskupení. Je potřeba to výrazně zapracovat a vlastně to, aby to nebylo formálně, potřebuje určitou mírou empowermentu.“ (E4)

10. Diskuze ve vztahu k teoretickým konceptům

V této části práce diskutuji výsledky svého výzkumu v kontextu teoretického konceptu zotavení a teorie implementace.

10.1. Využití konceptu zotavení

Perspektivou tohoto konceptu jsem identifikovala praktické vlivy zotavení ve službách péče o DZ. Výsledky mého výzkumu identifikovaly, že se koncept zotavení uplatňuje v této oblasti celkem ve třech rovinách.

První rovina se váže k **podpoře zotavení u klientů s DO**. Dle organizace SAMHSA¹⁰ (2015) existují čtyři oblasti, které posilují proces zotavení z DO. Jedná se o oblasti: 1) *zdraví* – naučit se žít se symptomy DO a svým chováním podporovat svůj well-being, 2) *zázemí* – mít bezpečné a uspokojivé místo k životu, 3) *užitečnost* – naplňovat smysluplně svůj volný čas, 4) *komunitní život* – být aktivní ve společenském životě a budovat nové vztahy. Ve všech těchto oblastech je peerská práce aktivní a napomáhá k úspěšné cestě v zotavení klientů. Jak se ukázalo, zásadní roli při práci peerů hraje osobní příběh a zkušenosti související i s osobitou cestou jejich zotavení. Peer konzultanti využívají principy a postupy vycházející z tohoto konceptu, díky čemuž vytváří vztah s klienty, který je budovaný na vzájemné důvěře, podpoře, empatii a upřímnosti. Tento aspekt potvrzují také autoři Sunderland et al. (2013), kteří vyzdvihují rovnocennost vztahu klienta a peera. DO jsou často spojována s velmi specifickými projevy a intenzivním prožíváním, které okolí klienta nemusí snadno pochopit (Foitová et al. 2014). Právě peři poskytují v tomto ohledu porozumění, které vychází z jejich vlastních zkušeností. Jak z rozhovorů vyplynulo, peer konzultanti poskytují klientům nástroje na podporu v jejich zotavení prostřednictvím provázení a posílení sebedůvěry a ve výsledku tak dochází k naplňujícímu a kvalitnímu životu. Toto potvrzují také autoři Wall (2022), Davidson et al., (2012) a Corrigan et al. (2016), kteří dodávají, že peer konzultanti dokáží identifikovat a vyzdvihnout silné stránky svých klientů. Davidson et al. (2017, s. 51) definuje peer pracovníky jako zdroj naděje, který může být pro klienty jedním z důležitých vzorů. Jak z dotazování vyplynulo, podpora v cestě zotavení je v praxi naplňována v různorodých podobách. Proto také jeden z principů

¹⁰ Jedná se o Úřad pro zneužívání návykových látek a péči o duševní zdraví.

podpory a péče orientující na zotavení zdůrazňuje, že existuje mnoho cest a možností, jak úspěšného zotavení dosáhnout (SAMHSA, 2015; Foitová et al., 2015).

Druhá rovina poukazuje na to, že tento koncept má význam i v **zotavení samotných peer konzultantů**. Analýza rozhovorů napovídá tomu, že peerská práce přináší řadu benefitů pro samotné peer konzultanty také v rámci jejich vlastního zotavení. Díky tomu, že se peeri učí, jakým způsobem by měli přispívat v zotavení svých klientů, pozitivně se v tomto směru posouvají také oni samotní (Bailie a Tickle, 2015). Peerská práce umožňuje peerům převzít nad svým životem větší odpovědnost. Dle autorů Corrigan et al. (2016) se peeri snadněji vymaňují z předchozí role pacienta. Výzkumy korespondují s mým zjištěním, že práce peer konzultanta podporuje v zotavení nejen klienty, ale také je samotné (Bailie a Tickle, 2015; Corrigan et al., 2016; Shepardson et al., 2019; Burke et al., 2019). Dle Mowbraye (1996) a Bailie, Tickle (2015) může být jistým rizikem, že peer je ve stejné chvíli příjemcem a taktéž poskytovatelem podpory klientům v osobním zotavení. Domnívám se, že tato překážka může být odstraněna osobními konzultacemi se supervizorem a společnými peerskými setkáními, kde se možný konflikt rolí daří řešit.

V poslední třetí rovině identifikuji rovinu **péče orientované na zotavení**. Dle Foitové et al. (2014) tento koncept přinesl do systému péče o DZ tři aspekty, které postupně přispívají k transformaci také psychiatrické péče v ČR. Jedná se o 1) víru klientů v naději zotavení, 2) zapojení názorů a perspektiv klientů do péče a 3) vyzdvižení a zaměření se na silné stránky klientů. Tyto aspekty vyplývají také z mého výzkumu, kdy zaměstnávání peer konzultantů může napomoci k tomu, aby služby byly více ovlivněné tímto paradigmatickým. Péče orientovaná na zotavení má dlouhodobější charakter, jelikož cílí nejen na akutní stav klienta, ale také na kvalitu jeho života po zmírnění převládajících symptomů. Zotavení staví na několika klíčových aspektech, které naplňují také peer konzultanti. Jedná se o vyzdvižení pozitivních dovedností a schopností klienta, osobní přístup ke každému klientovi, respektování jeho potřeb a přání, opora v hledání nových životních rolí, které nesouvisejí s rolí pacienta (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017).

Pomalá změna nastává především ve zdravotnickém systému, ve kterém je dle analýzy *Potencionálních dopadů reformy psychiatrické péče do oblasti sociálních služeb* (MPSV, 2015) péče častěji orientována na medicínský model. Přetrvávající paternalistické nastavení znesnadňuje efektivní zapojení osob s DO, a tedy i peer konzultantů (Dobiášová, Kotherová, Numerato, 2021)

Lze říci, že peer konzultanti nejen že mohou být velkou inspirací a podporou pro osoby s DO, kterým napomáhají v zotavení, ale zároveň přispívají k rozvoji přístupu orientujícího se na přání a potřeby klientů v oblasti péče o DZ. Jak se ukázalo, pozice peera je vysoce významná a přínosná i pro ně samotné, kdy napomáhá k osobnímu zotavení.

10.2. Implementace cílů reformy psychiatrické péče v kontextu současného systému zapojování peer konzultantů do péče o duševně nemocné

Nejaktuálnější strategický dokument, který se věnuje současným cílům reformy psychiatrické péče, je již zmiňovaný NAPDZ (MZ ČR, Úřad vlády ČR, 2020). Jedná se o vizi stanovenou pro období 2020-2023, s tím, že v dokumentu jsou vymezeny konkrétní termíny plnění nastavených cílů. Na tvorbě tohoto akčního plánu se podílela pracovní skupina, jejíž členem byl také člověk s DO.

Peer konzultanti jsou v dokumentu zaneseni v rámci strategického cíle č. 4: *„Zajištění plné dostupnosti služeb v oblasti DZ v čase, místě, kapacitě i ceně, zajištění jejich dostupnosti v komunitě dle potřeby“* (MZ ČR, Úřad vlády ČR, 2020, s. 45). Tento cíl se zaměřuje na transformaci služeb psychiatrické péče v souvislosti se změnou v přístupu ke klientovi a podporou komunitních služeb, které zajišťují komplexní sociální a zdravotní péči. V této souvislosti vznikají již zmíněná CDZ soustředící se na vytváření multidisciplinárních týmů. Peer konzultanti a patientské organizace mají být mimo jiné také nástrojem k vytvoření systému služeb, který inkluzivně zapojí klienty včetně jejich blízkého okolí a podpoří je v osobním zotavení. Konkrétní specifický cíl ve vztahu k peer konzultantům je pak definován v opatření č. 4.4.2: *„Zakotvit peer konzultanty v systému péče o duševní zdraví, včetně úpravy legislativy a zajištění financování“* (MZ ČR, Úřad vlády ČR, 2020, s. 22).

Na základě tohoto cíle mělo dojít ke změnám (MZ ČR, Úřad vlády ČR, 2020):

- Vytvořit pozici **peer konzultant – pracovník v sociálních službách** a definovat ji v zákoně o sociálních službách č. 108/2006 Sb. jako *„specializace povolání pracovník v soc. službách“*.
- Vytvořit pozici **peer konzultant – ošetřovatel** a definovat ji v zákoně o nelékařských zdravotních povoláních č. 96/2004 Sb. jako *„specializace povolání ošetřovatel“*.

- **Upravit zmiňovanou „diskriminující“ vyhlášku č. 271/2012 Sb. o zdravotní způsobilosti zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka.**
- **Zavést jednotný systém vzdělávání peer konzultantů,** který bude přijímaný v sociálních i zdravotních službách. Osob, kterých má ročně projít tímto vzděláváním bylo nastaveno na pouze osm.

V implementačním dokumentu NAPDZ pro období 2020-2030 (MZ ČR, Úřad vlády ČR, 2020) je navíc zmiňována **pozice peer pracovník-pracovní terapeut**. Všechny zmíněné pozice měly být uvedeny v Národní soustavě kvalifikací, Národní soustavě povolání a Katalogu prací ve veřejných službách a správě. Pokud by došlo k naplnění těchto cílů, musel by být nastavený i nový systém vzdělávání, který by peer konzultanty specializoval na vykonávání práce v daných službách a vedl k systému spravedlivého financování. Termín plnění těchto cílů byl v NAPDZ stanovený na leden roku 2023, avšak doposud se v tomto ohledu změna neuskutečnila.

Jak vyplynulo z mé analýzy, současná absence legislativního ukotvení peerů v systému služeb péče o DZ je problematická a přináší celou řadu komplikací. Absence oficiálních pozic peer konzultanta komplikuje jejich zapojování především ve zdravotních službách, konkrétně na psychiatrických odděleních nemocnic a v psychiatrických nemocnicích. Změnu směrem ke kontinuálnímu zapojování peerů jakožto standardního prvku zdravotnického systému může ztěžovat stále ještě přetrvávající paternalistický přístup ve zdravotnictví (Křížová, Šimek, 2007; Dobišová, Kotherová, Dino, 2021). Nejpálčivější problémy v implementaci zapojování peer konzultantů do zdravotní a sociální péče souvisí s jejich legislativním neukotvením a zaměstnáváním peerů různými nevyhovujícími způsoby. Legislativní ukotvení peer konzultantů v systému péče o DZ by dle výsledků z mého výzkumu bylo přínosné hned z několika důvodů. Došlo by k vymezení a stanovení klíčových kompetencí této pozice v souladu s nároky a požadavky praxe. Budoucí kandidáti na pozici peer konzultantů by tak měli jasná očekávání, což by jim usnadnilo rozhodování, zda tato pozice je pro ně vhodná. Zároveň také poskytovatelé služeb péče o DZ by měli jednoduší náborový proces včetně následné úspěšné integrace peerů do týmu. Lze se domnívat, že ukotvení peer konzultantů by mohlo přinést větší míru uznání této pozice mezi kolegy a přispět k jejich rovnocennému postavení. Analýza také ukázala, že se s touto pozicí stále pojí pocity nejistoty a obavy, které mohou v některých případech působit až stigmatizačně. Je tedy potřebné o významu peerské práce stále více hovořit a edukovat o ní

veřejnost, experty pohybující se v dané problematice a také zaměstnance či poskytovatele zdravotních, sociálních a sociálně zdravotních služeb. Z tohoto důvodu je důležité zapojovat osoby s DO do probíhající transformace služeb péče o osoby s DO. Domnívám se, že ti mohou při tvorbě a implementaci reformních kroků hájit pozici osob s DO a rozptylovat případné pochybnosti ostatních stakeholderů. Na druhou stranu vnímám jako důležité zmínit, že při zavádění oficiálních pozic peer konzultantů v rámci systému péče o DO mohou vyvstat i určitá rizika. Jde především o to, že při vytváření nových pozic je důležité hledět na to, aby pozice skutečně odpovídaly tomu, čemu se peeri ve své práci věnují. Výpovědi expertů ukázaly, že v současném nastavení peer konzultanti mnohdy dělají práci, která nesouvisí s jejich primární rolí. Je tedy důležité při vytváření nových pracovních pozic, ale také systému vzdělávání, myslet na nejvýznamnější zaměření peerů a hlavní smysl peerské práce. I v tomto případě mohou již fungující peer konzultanti napomáhat k ukotvení pozice, která bude skutečně odpovídat tomu, čemu se ve své práci věnují. Také je důležité, aby požadavky na danou pozici nebyly limitující s ohledem na specifickou DO (př. nedokončení SŠ vzdělání).

Na systém zapojování peerů je možno nahlížet optikou teorie implementace. Zejména, zda v procesu zapojování peerů do oblasti služeb péče o DZ v rámci probíhající reformy, (ne)dochází k implementačnímu deficitu. Potůček et al. (2010, s. 126) deficit popisují jako „*rozdílnost mezi původně koncipovanými cíli a účely veřejné politiky a dosaženým stavem*“. S ohledem na to, že výše zmíněné cíle NAPDZ (MZ ČR, Úřad vlády ČR, 2020) nebyly prozatím naplněny, můžeme v tomto případě hovořit o implementačním deficitu sledované politiky.

Dle Hudsona, Huntera a Peckhama (2019) je jedním z důvodů, proč nedochází k naplňování cílů veřejně politických programů, situace, kdy zapojení aktéři spolu nedostatečně kooperují a objevují se překážky při hledání konsensu k řešení dané problematiky. Hlavními aktéry, kteří se mají na plnění výše zmíněných cílů podílet, jsou MZ ČR a MPSV. Z mého výzkumu vyplynulo, že koordinace a spolupráce mezi těmito aktéry není dostatečná, což je jednou z příčin selhání implementace. Z výpovědí expertů rovněž vyplynulo, že u různých aktérů existují rozdílné perspektivy na možnosti zapojování peer konzultantů, které se mnohdy neshodují ani v podmínkách jejich vzdělávání, ani v jejich legislativním ukotvení, a to i přesto, že výsledná podoba byla ve strategickém dokumentu NAPDZ (MZ ČR, Úřad vlády ČR, 2020) jasně definována. Tyto výsledky potvrzují i závěry *SWOT Analýzy reformy péče*

o duševní zdraví pohledem poskytovatelů a uživatelů služeb (AKS, 2021), ze které vyplynulo, že jedním z problémů reformy je resortismus, který je charakteristický nedostatečnou kooperací klíčových aktérů (MZ ČR a MPSV), jejich rozdílnými hodnotami a perspektivou na způsoby její realizace. Zároveň chybí dostatečné propojení i dalších důležitých aktérů, MV či MMR (AKS, 2021). Dle Potůčka et al. (2010) je již při přípravě tvorby jednotlivých politik důležité, aby probíhala vzájemná komunikace zainteresovaných aktérů, která následně ovlivňuje úspěšnost implementace. Reforma psychiatrické péče zahrnuje širokou škálu cílů a na její realizaci se také podílí velké množství aktérů. Z toho důvodu mohou mít aktéři různorodé zájmy a vnímat odlišně důležitost různých cílů. To může následně způsobit, že implementace není úspěšná (Winkler, 2014). Také v dokumentu *Implementace NAPDZ 2020-2030 pro období 2020-2023* (MZ ČR, 2021) je zmíněno, že pokud by se nepodařilo legislativně ukotvit pozici peer konzultanta, hlavní příčinou bude pravděpodobně nedostatečné propojení resortů a nefungující vzájemná spolupráce včetně existujících bariér ze strany byrokratického aparátu. Jedním z dalších důvodů může být příliš optimisticky nastavený termín plnění cílů týkajících se peerů, který neodpovídá jejich náročnosti a možným komplikacím s realizací. Dle autorek Dvořákové a Kondrátové (2020) transformace systému poskytování psychiatrické péče vyžaduje vysoké nasazení, kdy zainteresovaní aktéři musí být ochotni měnit charakter poskytované péče a být otevření jeho změnám. Jak vyplynulo z mého šetření, ne všichni aktéři jsou legislativnímu ukotvení a formalizaci zaměstnávání peerů do služeb péče o DZ zcela nakloněni (např. někteří poskytovatelé zdravotních služeb).

Potřebná je nejen kooperace všech stakeholderů v oblasti péče o DZ, ale také již zmíněné zapojování osob se zkušeností s DO, a to nejen do systému poskytování péče, ale také do procesů tvorby politik, tedy na úroveň politického rozhodování. Chrtková et al. (2021) zdůrazňují zapojování osob s DO jako jednu z klíčových podmínek naplnění cílů reformy. V této souvislosti je pozitivním krokem skutečnost, že i osoby se zkušeností s DO mají své zastoupení v Odborné radě pro odbornou garanci reformy psychiatrické péče, Pacientské radě ministra zdravotnictví a ve Výkonném výboru pro řízení implementace strategie reformy psychiatrické péče. Postupně se stávají také členy některých týmů nemocnic, krajských koordinačních skupin či speciálních projektů MZ ČR věnující se oblasti DZ (Chrtková et al., 2021, Dobiášová, Kotherová, Numerato, 2021).

Závěr

Diplomová práce se věnuje problematice současného zapojování peer konzultantů do služeb péče o DZ. Toto téma zkoumá v kontextu probíhající reformy psychiatrické péče v ČR. Jedním z cílů práce bylo zmapování přínosů, které plynou ze zaměstnávání peerů pro zdravotní a sociální systém a pro ně samotné. Práce peerů je založená na konceptu zotavení, který má pozitivní vliv na transformaci systému a způsobu poskytování služeb psychiatrické péče. Zapojování peer konzultantů přispívá k vytváření takového systému, který respektuje přání a práva klientů a reflektuje jejich potřeby. Peerři tyto aspekty poskytování péče naplňují a na základě své vlastní zkušenosti s DO podporují a doprovázejí klienty na osobní cestě v zotavení. Prostřednictvím posilování sebedůvěry klientů se zaměřením na jejich silné stránky, zvýšení míry samostatnosti a dodání naděje, přispívají k dosažení kvalitního života klientů. V souladu s cíli NAPDZ (MZ ČR, Úřad vlády ČR, 2020) a SRPP (MZ ČR, 2013) zapojování peer konzultantů napomáhá ke směřování poskytování péče orientované na klienta, která je efektivní, dostupná a poskytovaná v komunitním prostředí. Zapojování peerů má pozitivní vliv na dobu zotavení a snížení potřebných hospitalizací klientů, což ve výsledku snižuje výdaje na poskytování potřebné péče. Při současné vysoké poptávce po ambulantních zdravotně sociálních službách péče o DZ mohou být peerři oporou a úlevou jak pro zdravotnický, tak i sociální systém. Ukázalo se, že práce peerů přináší mnoho benefitů rovněž pro ně samotné. Peer konzultanti získávají novou životní náplň, která rozvíjí jejich dosavadní dovednosti či znalosti a ve výsledku přináší jejich odpovídající uznání ve společnosti. Prostřednictvím kontaktu s klienty a také při zpracovávání vlastních příběhů je posilován proces zotavení.

Dalším cílem této práce bylo identifikovat specifické potřeby peer konzultantů a zjistit, zda jsou tyto potřeby naplňovány nástroji zdravotní a sociální politiky. Má zjištění poukazují na to, že při vstupu do nové pracovní role, je pro peery konzultanty potřebná dostatečná připravenost týmu a nastavení odpovídajících pracovních podmínek. Tým a zaměstnavatel by měl mít dostatek informací o náplni práce peera a specifčnosti dané pozice. Předpokladem pro bezproblémové přijetí a zapojení peera je nepředpojatost kolektivu, respektování jeho pozice i možných omezení, která mohou souviset s jeho DO.

Pro peery je velmi přínosné, zejména v počátcích profesní kariéry, pokud mají k dispozici mentora, který je při vstupu do nové role provází. Z dotazování peerů a expertů vyplynulo

také to, že se zaměstnáváním peerů a jejich pozicí se mnohdy pojí obavy a nejistoty nejen na straně samotných peerů, ale také mezi poskytovateli služeb. Překonávat tyto bariéry mohou pravidelné supervize, zapojení peer konzultantů do týmových porad a také velmi potřebná setkávání peerů s ostatními peery. To především v situacích, kdy peer působí v organizaci jako jediný a má tedy mnohdy nevýhodnou pozici, kterou musí obtížněji obhajovat. Výzkum ukázal, že pro práci peer konzultantů nestačí pouze osobní zkušenost s DO, ale potřebné je také vzdělávání.

Má zjištění poukazují na to, že v současném institucionálním nastavení existují významné překážky, které zabraňují kontinuálnímu zaměstnávání peer konzultantů. Zastřešující problém souvisí s neukotvením jejich pozice. To má za následek, že neexistuje jednotný systém toho, jak by měli být peer konzultanti zaměstnáváni. Vyúsťuje to v problémy spojené s pracovní nejistotou a financováním. Neukotvenost také vede k tomu, že se v praxi peři odchylují od smyslu své práce (např. jsou využíváni spíše jako pracovníci v sociálních službách nebo sanitáři).

Ve své práci identifikuji, v rámci implementace aktuálně probíhající reformy psychiatrické péče, která si kladla za cíl do začátku roku 2023 legislativně ukotvit peer konzultanty a nastavit pro ně spravedlivé financování a jednotný systém vzdělávání, jednoznačný implementační deficit.

Na základě závěrů svého výzkumu formuluji několik doporučení pro další zapojování peer konzultantů do péče o DZ:

- I. Pokračovat v zapojování osob se zkušeností s DO do rozhodovacích procesů, posilovat jejich roli a vnímat je v systému jako rovnocenné partnery ve vyjednávání s ostatními odborníky.
- II. Vytvořit efektivní systém vzdělávání peer konzultantů, který bude odpovídat jejich potřebám a zaměření.
- III. Legislativně ukotvit peer konzultanta včetně definování podmínek jejich zaměstnávání a požadavků na vykonávání pozice.
- IV. Nastavit odpovídající systém odměňování peer konzultantů.
- V. Rozšiřovat povědomí veřejnosti a informovat o práci peer konzultantů, což zamezí působení stigmatizačních vlivů či nejistot, které se s jejich zapojováním pojí.

VI. Posilovat propojení perspektiv sociálních a zdravotních služeb v pohledu na zapojování peer konzultantů a zajištění úzké spolupráce odborníků v této oblasti.

Ukázalo, se že se nejedná o problematiku s jednoduchým a jasným řešením. Nicméně v následujících diskusích k problematice peerů by měl být základním vodítkem jejich přínos pro kvalitu života osob s duševním onemocněním a jejich rodin a přínos pro efektivitu systému péče o DZ.

Summary

This thesis focuses on the current involvement of peer consultants in mental health services. It explores this topic in the context of the ongoing reform of mental health care in the Czech Republic. One of the aims of the thesis was to map the benefits that accrue from the employment of peer consultants to the health and social care system and to the peer consultants themselves. The work of peer consultants is based on the concept of recovery, which has a positive impact on the transformation of the system and the way psychiatric care services are delivered. The involvement of peer consultants contributes to the creation of a system that respects the wishes and rights of clients and reflects their needs. Peers fulfil these aspects of care delivery based on their own experience of mental illness support and accompany clients on their personal journey of recovery. Through building clients' confidence, focusing on their strengths, increasing their level of independence and giving them hope, they contribute to clients' achievement of a good quality of life. In line with the objectives of the NAPDZ (MZ ČR, Úřad vlády ČR, 2020) and the SRPP (MZ ČR, 2013), the involvement of peer counsellors helps to guide the delivery of client/patient centred care that is effective, accessible and delivered in a community setting. The involvement of peers has a positive impact on recovery time and reduction in the number of hospital admissions required for clients, which in turn reduces the cost of providing the necessary care. With the current high demand for outpatient mental health social care services, peers can be a support and relief for both the health and social care systems. As it turns out, the work of peers also brings many benefits to the peers themselves. Peer consultants gain a new purpose of life that develops their existing skills or knowledge and, as a result, brings them appropriate recognition in society. The recovery process is strengthened through contact with clients and also in processing their own stories.

A further aim of this work was to identify the specific needs of peer consultants and to determine whether these needs are being fulfilled by health and social policy instruments. My findings point to the need for peer consultants to have sufficient team preparedness and to set appropriate working conditions when entering a new job role. The team and employer should have sufficient information about the peer's job description and the specifics of the position. A prerequisite for the smooth acceptance and involvement of the peer is the team's

open-mindedness, respect for the peer's position and possible limitations that may be related to his/her mental illness.

It is very beneficial for peer consultants, especially at the beginning of their career, to have a mentor to guide them as they enter a new role. It also emerged from the interviews with peers and experts that there are often fears and uncertainties associated with the employment of peers and their position, not only on the part of the peers themselves, but also among service providers. Regular supervision, the involvement of peer consultants in team meetings and much needed peer-to-peer meetings can overcome these barriers. This is especially so in situations where the peer is the only one in the organisation and therefore often has a disadvantageous position that is more difficult to defend. Research has shown that not only is personal experience of mental illness not enough for peer consultants to work, but training and education is also needed.

My findings indicate that there are significant barriers in the current institutional set-up that prevent the continued employment of peer consultants. The overarching problem relates to the non-anchoring of their position. This results in a lack of a uniform system of how peer consultants should be employed. This results in problems related to job insecurity and funding. The lack of anchorage also leads to peers deviating from the purpose of their work in practice (e.g. being used more as social workers or health care assistants).

In my thesis, I identify a significant implementation deficit in the implementation of the ongoing reform of psychiatric care, which aims to anchor peer consultants legislatively by the beginning of 2023 and to set up fair funding and a unified training system for them.

Based on the findings of my research, I make several recommendations for further involvement of peer consultants in mental health care:

- I. Continue to involve people with lived experience of mental illness in decision-making processes, empowering them and seeing them as equal partners in the system in negotiations with other professionals.
- II. Develop an effective system of training for peer consultants that meets their needs and focus.
- III. Legislatively anchor the peer consultant, including defining the conditions of their employment and the requirements for performing the position.

- IV. Set up an appropriate remuneration system for peer consultants.
- V. Raise public awareness and provide information about the work of peer consultants that will avoid the stigma or insecurity associated with their involvement.
- VI. Strengthen the integration of social and health service perspectives on the involvement of peer consultants and ensure close collaboration between professionals in the field.

This has not proven to be an issue with a simple and clear solution. However, in the following discussions on the issue of peers, their contribution to the quality of life of people with mental illness and their families, and their contribution to the effectiveness of the mental health care system, should be a fundamental guideline.

Použitá literatura

ABDEL-BAKI, Amal et al. Schizophrenia, An Illness With Bad Outcome: Myth or Reality?. Canadian journal of psychiatry [online]. 2011, 56(2), 92-101 [cit. 2023-04-08]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/49847323_Schizophrenia_An_Illness_With_Bad_Outcome_Myth_or_Reality

AGGARWAL, Neeru. Empowering People with Mental Illness within Health Services. Acta Psychopathologica [online]. 2016, 2(4), 1-3 [cit. 2023-01-10]. ISSN 2469-6676. Dostupné z: <https://www.primescholars.com/articles/empowering-people-with-mental-illness-within-health-services.pdf>

AHMED, Anthony O et al. Peers and peer-led interventions for people with schizophrenia. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22929874/> [online]. 2012, 35(3), 699-715 [cit. 2023-04-11]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22929874/>

AKS. SWOT analýza a hodnocení Reformy péče o duševní zdraví z pohledu poskytovatelů a uživatelů služeb (realizováno AKS) [online]. Praha: Asociace komunitních služeb v oblasti péče o duševní zdraví, 2021 [cit. 2023-04-11]. Dostupné z: <http://www.askos.cz/storage/app/uploads/public/61e/57f/40b/61e57f40be2ba742381162.pdf>

ANSELL, Christopher, Eva SØRENSEN a Jacob TORFING. Improving policy implementation through collaborative policymaking. *Policy & Politics* [online]. 2017, 45(3), 467-486 [cit. 2022-08-08]. Dostupné z: <https://forskning.ruc.dk/en/publications/improving-policy-implementation-through-collaborative-policymakin-2>

ARMITAGE, E.V., Heather LYONS a Thomas L. MOORE. Recovery Association Project (RAP), Portland, Oregon. Alcoholism Treatment Quarterly [online]. 2010, 28(3), 339-357 [cit. 2023-01-21]. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07347324.2010.488539>

ASAD, Sarah a Samia CHREIM. Peer support providers' role experiences on interprofessional mental health care teams: A qualitative study. *Community Mental Health Journal* [online]. 2016, 52(7), 767-774 [cit. 2023-04-24]. Dostupné z: <https://psycnet.apa.org/record/2015-54702-001>

BAILIE, H. Alistair a Anna TICKLE. Effects of employment as a peer support worker on personal recovery: a review of qualitative evidence. *Mental Health Review Journal* [online]. 2015, 20(1), 48-64 [cit. 2023-03-20]. Dostupné z: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/MHRJ-04-2014-0014/full/html>

BALKOVÁ, Miluše. Engaging peer consultants in mental health services: Narrative research. *International Journal of Social Psychiatry* [online]. 2022, 68(2), 411-419 [cit. 2023-03-20]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33719670/>

BALUSHI, Khadija Al. The Use of Online Semi-Structured Interviews in Interpretive Research. *International Journal of Science and Research* [online]. 2016, 7(4), 726-732 [cit. 2022-08-28]. Dostupné z: <https://www.ijsr.net/archive/v7i4/ART20181393.pdf>

BARTOŠ, Vojtěch et al. Dopady pandemie koronaviru na duševní zdraví. *IDEA anti COVID-19* [online]. Národohospodářský ústav AV ČR, 2020, (22), 1-6 [cit. 2022-10-21]. ISSN 978-7344-569-0. Dostupné z: [https://idea.cerge-ei.cz/files/IDEA_Dusevni_zdravi_covid-19_cervenec2020_22.html#p=3](https://idea.cerge-ei.cz/files/IDEA_Dusevni_zdravi_covid-19_cervenec2020_22/IDEA_Dusevni_zdravi_covid-19_cervenec2020_22.html#p=3)

BASSET, Thurstine et al. Lived Experience Leading The Way Peer Support in Mental Health. In: *Together for Mental Wellbeing* [online]. 2010 [cit. 2023-02-27]. Dostupné z: <https://www.together-uk.org/wp-content/uploads/downloads/2011/11/livedexperiencereport.pdf>

BAUM, Detlex et al. *Výzkumné metody v sociální práci* [online]. Ostrava: Ostravská univerzita, 2014 [cit. 2022-08-27]. ISBN 978-80-7464-390-3. Dostupné z: <https://projekty.osu.cz/vedtym/dok/publikace/vyzkumne-metody-v-soc-praci.pdf>

BENTALL, Richard P. *Doctoring the Mind: Why psychiatric treatments fail*. New York: NYU Press, 2009. ISBN 0141023694.

BERANOVÁ, Nela. *Lidé s duševním onemocněním (Ne)možnost pracovního uplatnění?!* [online]. Praha: Fokus ČR, 2017 [cit. 2023-03-08]. Dostupné z: http://www.fokus-cr.cz/images/Brozura_Nemoznost_pracovniho_uplatneni.pdf

BOGNER, Alexander, Beate LITTIG a Wolfgang MENZ. *Interviewing experts*. Great Britain: Palgrave Macmillan, 2009. ISBN 978-0230-20680-9.

BOLOGNA, Michael J. a Richard T. PULICE. Evaluation of a Peer-Run Hospital Diversion Program: A Descriptive Study. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* [online]. 2011, 14(4), 272-286 [cit. 2023-01-21]. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15487768.2011.622147?journalCode=uapr20>

BRAITHWAITE, Jeffrey et al. When Complexity Science Meets Implementation Science: A Theoretical and Empirical. *BMC medicine* [online]. 2018, 16(1), 1-14 [cit. 2022-08-08]. Dostupné z: <https://bmcmmedicine.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12916-018-1057-z>

BRAUN, Virginia a Victoria CLARKE. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology* [online]. 2006, **3**(2), 77-101 [cit. 2022-08-28]. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1191/1478088706qp063oa>

BURIÁNEK, Jiří. K pojetí sekundární analýzy. *Sociologický Časopis* [online]. 1988, **24**(1), 74-92 [cit. 2022-08-13]. Dostupné z: https://www.jstor.org/stable/41130339?seq=19#metadata_info_tab_contents

BURKE, Eilish et al. The effects of peer support on empowerment, self-efficacy, and internalized stigma: A narrative synthesis and meta-analysis. *Stigma and Health* [online]. 2019, **4**(3), 337-356 [cit. 2023-03-20]. Dostupné z: <https://psycnet.apa.org/record/2018-38521-001>

CARLING, Paul J. *Return to Community: Building Support Systems for People With Psychiatric*. Guilford Publications, 1995. ISBN 0898623235.

CARMAN., Kristin L. et al. Patient and family engagement: a framework for understanding the elements and developing interventions and policies. *Health Affairs*. 2013, **32**(2), 223-231. ISSN 1544-5208. Dostupné z: doi:10.1377/hlthaff.2012.1133

CARR, Eloise C.J. a Allison WORTH. The use of the telephone interview for research. *NT research* [online]. 2001, **6**(1), 511-524 [cit. 2022-08-28]. Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/136140960100600107>

CORRIGAN, Patrick W. et al. What is the impact of self-stigma? Loss of self-respect and the "why try" effect. *Journal of Mental Health* [online]. 2016, **25**(1), 10-15 [cit. 2023-03-20]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26193430/>

COULTER, Angela a Jo ELLINS. Effectiveness of strategies for informing, educating, and involving patients. *BMJ* [online]. 2007, **335**(7609), 24-27 [cit. 2022-08-07]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17615222/>

CYR, Céline et al. *Making the Case for Peer Support: Report to the Peer Support Project Committee of the Mental Health Commission of Canada*. [online]. 2. vydání. Kanada: Mental Health Commission of Canada, 2016 [cit. 2023-04-25]. ISBN 978-1-77318-012-0. Dostupné z: https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2016-07/MHCC_Making_the_Case_for_Peer_Support_2016_Eng.pdf

ČESKO V DATECH. Duševní zdraví: Jen 6 % Čechů řeší své psychické starosti s odborníky. Svě děti místo za odborníkem posílají za kamarády a do přírody. In: *Česko v datech* [online]. Praha, 2022 [cit. 2023-04-07]. Dostupné z: <https://www.ceskovdatech.cz/clanek/175-dusevni-zdravi/>

DANIELS, Allen et al. *Pillars of Peer Support: Transforming Mental Health Systems of Care Through Peer Support Services* [online]. 2010 [cit. 2023-02-28]. Dostupné z: https://www.in.gov/fssa/dmha/files/Pillars_of_Peer_Support.pdf

DAVIDSON, Larry et al. Peer support among adults with serious mental illness: A report from the field. *Schizophrenia bulletin* [online]. 2006, **32**(3), 443-450 [cit. 2021-9-12]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16461576/>

DAVIDSON, Larry et al. Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry* [online]. 1999, 6(2), 123-128 [cit. 2023-01-15]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3363389/>

DAVIDSON, Larry et al. *Praktický průvodce praxí orientovanou na zotavení*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2017. ISBN 978-80-906574-0-3.

DAVIDSON, Larry. Peer Support: Coming of Age of and/or Miles to Go before We Sleep? An Introduction. *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, [online]. 2015, **42**(1), 96-99 [cit. 2021-9-16]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4019726/>

DAVIDSON, Lary et al. Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World psychiatry* [online]. 2012, 11(2), 123-128 [cit. 2022-11-20]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22654945/>

DAVIES, Huw, Sandra NUTLEY a Isabel WALTER. Why “Knowledge Transfer” Is Misconceived for Applied Social Research. *Journal of Health Services Research & Policy* [online]. 2008, **13**(3), 188-190 [cit. 2022-08-08]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/5282189_Why_Knowledge_Transfer_Is_Misconceived_for_Applied_Social_Research

DEEGAN, P.E. The Independent Living Movement and people with psychiatric disabilities: Taking back control over our own lives. *Psychosocial Rehabilitation Journal* [online]. 1992, **15**(3), 3–19 [cit. 2023-04-11]. Dostupné z: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fh0095769>

DEMETRIUS, Andreas, Wilson SALVADOR a Ja Y. DAVIS. Peers Reach Out Supporting Peers to Embrace Recovery (PROSPER): A Center for Substance Abuse Treatment Recovery Community Services Program. *Alcoholism Treatment Quarterly* [online]. 2010, 28(3), 326-338 [cit. 2023-01-21]. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/07347324.2010.488538>

DENT, Mike a Majda PAHOR. Patient involvement in Europe: A comparative framework. *Journal of Health Organization and Management*, [online]. 2015, **29**(5), 546-555 [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26222875/>

DENZIN, Norman K. *Collecting and Interpreting Qualitative Materials*. 4. vydání. Thousand Oaks, United States: SAGE Publications, 2012. ISBN 9781452258041.

DICICCO-BLOOM, Barbara a Benjamin F. CRABTREE. The qualitative research interview. *Medical education* [online]. Medical education, 2006, **40**(4), 314-321 [cit. 2023-03-25].

Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/7205220_The_qualitative_research_interview

DOBIÁŠOVÁ, Karolína, Miriam KOTRUSOVÁ a Magdalena WOLFOVÁ. Engaging with the Beneficiaries in Reforming Health Care. A Case Study of Patient Involvement in the Reform of Psychiatric Care in the Czech Republic. *Transylvanian Review of Administrative Sciences* [online].

2021, **17**(63), 30-48 [cit. 2023-04-22]. Dostupné z:

https://www.researchgate.net/publication/352898590_ENGAGING_WITH_THE_BENEFICIARIES_IN_REFORMING_HEALTH_CARE_A_CASE_STUDY_OF_PATIENT_INVOLVEMENT_IN_THE_REFORM_OF_PSYCHIATRIC_CARE_IN_THE_CZECH_REPUBLIC

DOBIÁŠOVÁ, Karolína, Zuzana KOTHEROVÁ a Dino NUMERATO. Institutional reforms to strengthen patient and public involvement in the Czech Republic since 2014. *Health Policy* [online].

2021, **125**(5), 582-586 [cit. 2023-04-26]. Dostupné z:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S016885102100083X>

DOODY, Owen a Maria NOONAN. Preparing and conducting interviews to collect data. *Nurse Researcher* [online]. 2013, **20**(5), 28-32 [cit. 2022-08-28]. Dostupné z:

https://www.researchgate.net/publication/236922140_Preparing_and_conducting_interviews_to_collect_data

DOUGLAS, Jack D. *Investigative Social Research: Individual and Team Field Research*. Beverly Hills,: SAGE Library of Social Research, 1976. ISBN 0803906765.

DUMONT, J. a K. JONES. Findings from a consumer/survivor defined alternative to psychiatric hospitalization. *Outlook* [online]. 2002, (3), 4-6 [cit. 2023-01-15].

ĎURECH, Oldřich. *Klient s duševním onemocněním v sociálních službách* [online]. 2. vydání. Benepal, 2014 [cit. 2023-03-15]. Dostupné z: http://www.benepal.cz/files/project_5_file/Dusevni-onemocneni.pdf

DUŠKOV, Ivan. Spolupráce s MPSV funguje. Jenže jen na úrovni slov, říká koordinátor reformy péče o duševní zdraví Ivan Duškov. In: *Zdravotnický deník* [online]. Praha: Media Network, 2019

[cit. 2023-03-02]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2019/03/spoluprace-mpsv-funguje-jenze-jen-urovni-slov-rika-koordinator-reformy-pece-dusevni-zdravi-ivan-duskov/>

DVOŘÁKOVÁ, Monika a Lucie KONDRÁTOVÁ. Deinstitutionalizace psychiatrické péče: příležitosti, rizika a předpoklady její úspěšné implementace. *Česká a Slovenská psychiatrie* [online]. Klecany, 2020, **116**(1), 30-37 [cit. 2021-06-14]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1310>

EBOREIME, Ejamai et al. Reducing readmission rates for individuals discharged from acute psychiatric care in Alberta using peer and text message support: Protocol for an innovative supportive program. *BMC health services research* [online]. 2022, **22**(1), 1-11 [cit. 2023-01-22]. Dostupné z: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-022-07510-8>

EHRlich, Carolyn et al. Diary of a Mental Health Peer Worker: Findings From a Diary Study Into the Role of Peer Work in a Clinical Mental Health Setting. *Frontiers in Psychiatry* [online]. 2020, **11**, 1-7 [cit. 2023-03-20]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33391052/>

ESF ČR. Svépomocná skupina lidí s duševním onemocněním. In: *Evropské strukturální a finanční fondy* [online]. Praha, 2022 [cit. 2023-04-22]. Dostupné z: https://www.esfcr.cz/detail-clanku/-/asset_publisher/BBFAoaudKGfE/content/svepomocna-skupina-lidi-s-dusevnim-onemocnenim?inheritRedirect=false

EVALUATION ADVISORY CE S.R.O. Evaluace projektů Reformy psychiatrické péče – ČÁST A. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha: MZČR, 2021 [cit. 2021-09-24]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/07/210503_CDZI_Z%C3%A1v%C4%9Bre%C4%8Dna_zprava_FINAL.pdf

EVROPSKÉ PACIENTSKÉ FÓRUM. EPF Background Brief: Patient Empowerment. In: *The European Patients' Forum* [online]. Brusel, 2015 [cit. 2023-01-10]. Dostupné z: https://www.eu-patient.eu/globalassets/campaign-patient-empowerment/briefing_paperpatient-empowerment_final_external.pdf

FAULKNER, Alison and a Thurstine BASSET. A helping hand: taking peer support into the 21st century. *Mental Health and Social Inclusion* [online]. Emerald Group Publishing Limited, 2012, **16**(1), 41-47 [cit. 2021-8-2]. ISSN 2042-8308. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/242020684_A_helping_hand_Taking_peer_support_into_the_21st_century

FISHER, Daniel. People can recover from mental illness. In: *National empowerment center* [online]. USA, 2017 [cit. 2022-05-08]. Dostupné z: <https://power2u.org/people-can-recover-from-mental-illness/>

FOITOVÁ, Zuzana et al. *Manuál Zapojení peer konzultantů do péče o duševní zdraví* [online]. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2014 [cit. 2021-9-20]. Dostupné z: https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/Manual_ZPK_web.pdf

FOITOVÁ, Zuzana et al. Zpráva o přínosu zapojení peer konzultantů. In: *Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví* [online]. Praha: CRPDZ, 2015 [cit. 2023-04-11]. Dostupné z: https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Institut/Zprava-o-prinosu-zapojeni-peer-konzultantu_PK-Praha_2015.pdf

FOITOVÁ, Zuzana et al. *Zapojení peer konzultantů do komunitní a lůžkové péče o duševní zdraví* [online]. 2. vydání. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, z. s, 2016 [cit. 2023-04-08]. Dostupné z: https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/manual_WEB_1.pdf

FOURNIER, Leanne a Mary Ann BAYNTON. *The Evolution of Workplace Mental Health in Canada: Toward a standard for psychological health and safety* [online]. Canada: The Great-West Life Assurance Company, 2017 [cit. 2021-9-3]. ISBN 978-1-55383-458-8. Dostupné z: <https://wsmh-cms.mediresource.com/wsmh/assets/bbeq7vtdx9ckgc4o>

GABRIEL, Josef. Jak zakotvit peer konzultanty do systému péče?. *Na scestí* [online]. 2020, (3), 45-47 [cit. 2023-04-23]. Dostupné z: <https://2a14d01c73.clvaw-cdnwnd.com/eac167be2fb986b1bffcbb5a932b373/200000949-e7d4fe7d54/nascesti-3-TERAPIE-magazin-WEB.pdf?ph=2a14d01c73>

GABRIEL, Josef. Svépomocná skupina lidí s duševním onemocněním. In: *Zdravotně-sociální portál Lidé mezi lidmi* [online]. 2021 [cit. 2023-04-22]. Dostupné z: <https://www.lidemezidmi.cz/svepomocna-skupina-lidi-s-dusevnim-onemocnenim/>

GALLETTA, Anne. *Mastering the semi-structured interview and beyond: From research design to analysis and publication* [online]. New York: New York University Press, 2013 [cit. 2022-08-27]. ISBN 9780814732953. Dostupné z: <https://psycnet.apa.org/record/2013-00598-000>

GAMIAN EUROPE. Improving patient empowerment & self-management of care in mental health. In: <https://www.gamian.eu/> [online]. Belgie, 2018 [cit. 2023-01-10]. Dostupné z: https://www.gamian.eu/wp-content/uploads/GAMIAN_Call_to_action_Final.pdf

GAZLEY, Beth. The Current State of Interorganizational Collaboration: Lessons for Human Service Research and Management. *Human Service Organisations: Management, Leadership and Governance* [online]. 2017, **41**(1), 1-5 [cit. 2022-08-08]. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/23303131.2015.1095582>

GEERTZ, Clifford. *The interpretation of cultures: selected essays*. New York: Basic Books, 1973. ISBN 046503425X.

GOLDMANOVÁ, Hana et al. Malý průvodce Centry duševního zdraví. In: *Reforma péče o duševní zdraví* [online]. Praha, 2012 [cit. 2023-02-20]. Dostupné z: maly-pruvodce-cdz

GOLDSTROM, Ingrid D. et al. National Estimates for Mental Health Mutual Support Groups, Self-Help Organizations, and Consumer-Operated Services. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. 2006, **33**(1), 92-103.

GREENFIELD, T. K. A randomized trial of a mental health consumer-managed alternative to civil commitment for acute psychiatric crisis. *American journal of community psychology* [online]. 2008, **42**(1-2), 135-144 [cit. 2023-01-21]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2782949/>

HARPER, David a Andrew R. THOMPSON. *Qualitative Research Methods in Mental Health and Psychotherapy: A Guide for Students and Practitioners*. United Kingdom: John Wiley, 2012. ISBN 9780470663738.

HARROW, Martin a Thomas H. JOBE. Factors involved in outcome and recovery in schizophrenia patients not on antipsychotic medications: a 15-year multifollow-up study. *The Journal of nervous and mental disease* [online]. 2007, **195**(5), 406-414 [cit. 2022-05-08]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17502806/>

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní teorie, metody a aplikace*. Praha: Portál, 2005. ISBN 80-7367-040-2.

HENZLOVÁ, Lucie et al. Brožura pro zaměstnavatele. In: *FOKUS ČR* [online]. 2014 [cit. 2023-03-24]. Dostupné z: <https://www.fokus-cr.cz/index.php/knihovna/file/374-brozura-pro-zamestnavatele>

HERMAN, S.E. Sense of community in clubhouse programs: Member and staff concepts. *American Journal of Community Psychology* [online]. 2005, **36**(3-4), 343-356 [cit. 2023-01-21]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16389504/>

HESSE-BIBER, Sharlene Nagy a Patricia LEAVY. *The practice of qualitative research*. 2nd ed. Los Angeles: SAGE, 2011. ISBN 9781412974578.

HILL, Michael a Peter HUPE. *Implementing Public Policy: Governance in Theory and in Practice*. Londýn: SAGE Publications, 2002. ISBN 0 7619 6628 5.

HOLINGUE, Calliope et al. Mental distress in the United States at the beginning of the covid-19 pandemic. *American journal of public health* [online]. 2020, **101**(11), 1628-1634 [cit. 2022-10-23]. Dostupné z: <https://jhu.pure.elsevier.com/en/publications/mental-distress-in-the-united-states-at-the-beginning-of-the-covi>

HONOVÁ, Petra A., Dino NUMERATO a Lucie KONDRÁTOVÁ. Zkušenost, expertiza a participace uživatelů: případ české reformy psychiatrické péče. *Sociologický časopis* [online]. 2019, **55**(5), 615-640 [cit. 2023-04-22]. Dostupné z: <https://esreview.soc.cas.cz/pdfs/csr/2019/05/04.pdf>

HÖSCHL, Cyril. Dopad pandemie Covid-19 na duševní zdraví. In: *Cyril Höschl Director of psychiatric center* [online]. 2022 [cit. 2022-10-21]. Dostupné z: http://www.hoschl.cz/files/6788_cz_Slov%20psych%20sjezd%20abstrakt.pdf

HUDSON, Bob, David HUNTER a Stephen PECKHAM. Policy failure and the policy-implementation gap: can policy support programs help?. *Policy Design and Practice* [online]. 2019, **2**(1), 1-14 [cit. 2022-08-08]. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/25741292.2018.1540378?needAccess=true>

HURLEY, John et al. Qualitative study of peer workers within the 'Partners in Recovery' programme in regional Australia. *International Journal of Mental Health Nursing* [online]. 2018, **27**(1), 187-195 [cit. 2023-03-10]. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/inm.12308>

CHAMBERLIN, Judi. *On Our Own: Patient-Controlled Alternatives to the Mental Health System*. Michigan: Hawthorn Books, 1978. ISBN 978-0070104518.

CHINMAN, Matthew et al. Early experiences of employing consumer-providers in the VA. *Psychiatric Services* [online]. 2008, **59**(11), 1315-1321 [cit. 2023-03-10]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18971408/>

CHINMAN, Matthew et al. Establishing a Research Agenda for Understanding the Role and Impact of Mental Health Peer Specialists. *Psychiatric Services* [online]. 2017, **68**(9), 955-957 [cit. 2023-03-20]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28617205/>

CHRTKOVÁ, Dana et al. Reforma péče o duševní zdraví očima lidí se zkušeností s duševním onemocněním. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 2021, **117**(5), 258-265 [cit. 2023-04-04]. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2021_5_258_265.pdf

CHRTKOVÁ, Dana, Kamil RAIN a Marie SOUČKOVÁ. Vzdělávání a zaměstnávání peer konzultantů v zahraničí a v ČR. In: *Reforma péče o duševní zdraví* [online]. Praha: MZČR, 2022 [cit. 2023-02-20]. Dostupné z: <https://reformapsychiatrie.cz/clanek/vzdelavani-zamestnavani-peer-konzultantu-v-zahranici-v-cr-0>

IBRAHIM, Nashwa et al. A systematic review of influences on implementation of peer support work for adults with mental health problems. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* [online]. 2019, **55**(3), 285-293 [cit. 2023-03-10]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31177310/>

ILOTT, Oliver et al. *Making policy stick: Tackling long-term challenges in government* [online]. London: Institute for Government, 2016 [cit. 2022-08-08]. Dostupné z: <https://www.instituteforgovernment.org.uk/sites/default/files/publications/5225%20IFG%20-%20Making%20Policy%20Stick%20WEB.pdf>

JACOB, K.S. Recovery Model of Mental Illness: A Complementary Approach to Psychiatric Care. *Indian journal of psychological medicine* [online]. 2015, **37**(2), 117-119 [cit. 2023-04-24]. Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/doi/10.4103/0253-7176.155605>

JANOUSHKOVÁ, Miroslava et al. Jak omezovat stigmatizaci lidí s duševním onemocněním při výuce lékařství: intervence READ. *Časopis lékařů českých* [online]. 2019, 158(3-4), 151-155 [cit. 2023-01-21]. Dostupné z: <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2019-3-4-1/jak-omezovat-stigmatizaci-lidi-s-dusevnim-onemocnenim-pri-vyuce-lekarstvi-intervence-read-113336>

KEMP, Vivien a Anthony R. HENDERSON. Challenges faced by mental health peer support workers: Peer support from the peer supporter's point of view. *Psychiatric Rehabilitation Journal* [online]. 2012, **35**(4), 337-340 [cit. 2023-03-24]. Dostupné z: <https://psycnet.apa.org/record/2012-10377-008>

KNOTT, Eleanor et al. Interviews in the social sciences. *Nature Reviews Methods Primers* [online]. 2022, **2**(73), 1-15 [cit. 2023-03-25]. Dostupné z: <https://www.nature.com/articles/s43586-022-00150-6>

KOLITSCH, Karel et al. Doporučené postupy pro vznik nových CDZ. In: *Reforma péče o duševní zdraví* [online]. Praha: MZ ČR, 2022 [cit. 2023-04-25]. Dostupné z: https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2022-06/DOPORU%C4%8CEN%C3%89%20POSTUPY_final.pdf

KONDRÁTOVÁ, Lucie et al. Socioekonomická situace osob s psychochotickým onemocněním v České republice. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. 2018, **114**(4), 151-158 [cit. 2023-03-04]. Dostupné z: http://www.csppsychiatr.cz/dwnld/CSP_2018_4_151_158.pdf

KOUBOVÁ, Michaela. Hlavním kamenem úrazu české psychiatrie je nedostatek personálu. In: *Zdravotnický deník* [online]. Praha: Media Network, 2023, [cit. 2023-03-20]. Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2023/03/hlavnim-kamenem-urazu-ceske-psychiatrie-je-nedostatek-personalu/>

KRAEPELIN, Emil. *Lectures on clinical psychiatry*. 2. Londýn: Warlingham Park Hospital. Medical Library, 1906.

KRUPČÍK, Ondřej et al. Zpráva z dopadové kvantitativní evaluace projektu: Podpora vzniku Center duševního zdraví II. In: *Reforma péče o duševní zdraví* [online]. Praha: MZ ČR, 2022 [cit. 2023-04-24]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2022-03/CDZ%20II%20-%20Intern%C3%AD%20evalua%C4%8Dn%C3%AD%20zpr%C3%A1va.pdf>

KRUPČÍK, Ondřej, Pavel ŘÍČAN a Jitka SOUKUPOVÁ. Zpráva z dopadové kvantitativní evaluace projektu: Podpora vzniku Center duševního zdraví III. In: *Reforma péče o duševní zdraví* [online]. Praha: MZ ČR, 2022 [cit. 2023-04-24]. Dostupné z: https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2022-10/CDZIII_intern%C3%AD%20evalua%C4%8Dn%C3%AD%20zpr%C3%A1va.pdf

KŘIVOHLAVÝ, Jaro. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada, 2002. ISBN 8024701790.

KŘÍŽOVÁ, Eva a Jan ŠIMEK. Theory and practice of informed consent in the Czech Republic. *Journal of medical ethics* [online]. 2007, **33**(5), 273-277 [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17470503/>

KVALE, Steinar a Svend BRINKMANN. *InterViews : learning the craft of qualitative research interviewing* [online]. 2. vydání. Los Angeles: Sage Publications, 2009 [cit. 2022-08-27]. ISBN 9780761925415. Dostupné z: <https://lib.ugent.be/catalog/rug01:001965280#reference-details>

LAMMERS, Klara et al. Motives of Peer Support Volunteers with Experiences of Mental and Addictive Disorders: An Innovative Approach in the Context of Employment Promotion in Germany. *International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations* [online]. 2022, 1-11 [cit. 2023-03-08]. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11266-022-00476-5>

LANE, Jan-Erik. Implementation, accountability and trust. *European Journal of Political Research* [online]. 1987, **15**(5), 527-546 [cit. 2022-06-19]. Dostupné z: <https://ejpr.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1475-6765.1987.tb00891.x>

LAWN, Sharon, Ann SMITH a Kelly HUNTER. Mental health peer support for hospital avoidance and early discharge: An Australian example of consumer driven and operated service. *Journal of Mental Health*, [online]. 2008, **17**(5), 498-508 [cit. 2021-9-12]. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09638230701530242>

LEAVY, Patricia et al. *The Oxford handbook of qualitative research*. New York: Oxford University Press, 2014. ISBN 9780199811755.

LICHTMAN, Marilyn. *Qualitative Research in Education: A User's Guide*. 2. vydání. 2009: Sage Publications, 2009. ISBN 1412970520.

LINDER, Stephen H.B. Guy PETERS. A design perspective on policy implementation: The fallacies of misplaced prescription. *Policy Studies Review* [online]. 1987, 6(3) [cit. 2023-02-10]. Dostupné z: <https://ojs.unbc.ca/index.php/design/article/viewFile/1673/1282>

LLOYD-EVANS, Brynmor et al. A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials of peer support for people with severe mental illness. *BMC Psychiatry* [online]. 2014, **14**(39), 12-39 [cit. 2023-03-20]. Dostupné z: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-14-39>

LUKOFF, David a Lisa J. MILLER. *The Oxford Handbook of Psychology and Spirituality: Spirituality and Recovery From Serious Mental Problems* [online]. Velká Británie: Oxford University Press, 2012 [cit. 2022-05-08]. ISBN 9780199729920. Dostupné z: <https://www.oxfordhandbooks.com/view/10.1093/oxfordhb/9780199729920.001.0001/oxfordhb-9780199729920-e-26>

LUKOFF, David et al. A Holistic Program for Chronic Schizophrenic Patients. *Schizophrenia Bulletin* [online]. 1986, **12**(2), 274-282 [cit. 2022-05-08]. Dostupné z: <https://academic.oup.com/schizophreniabulletin/article/12/2/274/1941705>

MADISON, D. Soyini. *Critical ethnography*. Thousand Oaks, CA: SAGE Publications, 2005. ISBN 9781452233826.

MAREŠ, Jiří, Jan PRŮCHA a Eliška WALTEROVÁ. *Pedagogický slovník*. 4. vydání. Praha: Portál, 2003. ISBN 80-7178-772-8.

MATHESON, David. Smart Organizations Perform Better. *Research Technology Management* [online]. 2001, **44**(4), 49-54 [cit. 2022-06-19]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/228865408_Smart_Organizations_Perform_Better

MCADAMS, Dan P. et al. When Bad Things Turn Good and Good Things Turn Bad: Sequences of Redemption and Contamination in Life Narrative and their Relation to Psychosocial Adaptation in Midlife Adults and in Students. *Personality and Social Psychology Bulletin* [online]. 2001, **27**(4), 474-485 [cit. 2022-05-08]. Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0146167201274008>

MCCLIMANS, Leah M., Michael DUNN a Anne-Marie SLOWTHER. Health policy, patient-centred care and clinical ethics. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* [online]. 2011, **17**(5), 913-919 [cit. 2023-04-01]. Dostupné z: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1365-2753.2011.01726.x>

MEAD, Shery a Cheryl MCNEIL. Peer Support: What Makes It Unique? *International Journal of Psychosocial Rehabilitation* [online]. 2004, **10**(2), 29-37 [cit. 2021-9-12]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/228693717_Peer_Support_What_Makes_It_Unique

MEAD, Shery, David HILTON a Laurie CURTIS. Peer support: A theoretical perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal* [online]. 2001, **25**(2), 134-141 [cit. 2021-9-12]. Dostupné z: <https://psycnet.apa.org/record/2001-10143-004>

MEAD, Shery. Defining Peer Support. *Intentional Peer Support* [online]. 2003 [cit. 2021-9-12]. Dostupné z: <https://docs.google.com/document/d/1WG3ulnF6vthAwFZpJxE9rkx6lJzYSX7VX4HprV5EkfY/edit>

MELICHAROVÁ, Hana et al. Analytická zpráva Indikátory psychiatrické péče: projekt Datová a analytická základna moderního systému péče o duševní zdraví v ČR (Data pro psychiatrii). In: *Národní portál psychiatrické péče* [online]. Praha, 2021 [cit. 2022-10-21]. Dostupné z: <https://psychiatrie.uzis.cz/res/file/psychiatricka-pece-cr/indikatory-analyticka-zprava.pdf>

MERRIAM, Sharan B. a Elizabeth J. TISDELL. *Qualitative research : a guide to design and implementation*. 4. vydání. United States of America: Jossey-Bass A Wiley Brand, 2016. ISBN 978-1-119-00361-8.

MOORE, Nick. *How to Do Research: A practical guide to designing and managing research projects* [online]. Facet, 2006 [cit. 2022-08-15]. ISBN 9781856049825. Dostupné z:

<https://www.cambridge.org/core/books/how-to-do-research/DA962A2B3CE8BA38597F5544EB2ABEE6>

MORAN, Galia S. Challenges experienced by paid peer providers in mental health recovery: a qualitative study. *Community Mental Health Journal* [online]. 2013, **49**(4), 281-291 [cit. 2021-9-16]. Dostupné z: Challenges experienced by paid peer providers in mental health recovery: a qualitative study

MOWBRAY, Carol T. a Paul P. FREDDOLINO. Consulting to Implement Nontraditional Community Programs for the Long-Term Mentally Disabled. *Administration in mental health* [online]. 1986, **14**(2), 122-134 [cit. 2023-02-28]. Dostupné z: <https://eric.ed.gov/?id=EJ355253>

MOWBRAY, Carol T. Consumers as community support providers: issues created by role innovation. *Community mental health journal* [online]. 1996, **32**(1), 47-67 [cit. 2023-04-11]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8635317/>

MOWBRAY, Carol T., David P. MOXLEY a Mary E. COLLINS. Consumers as mental health providers: First-person accounts of benefits and limitations. *Limitations. The Journal of Behavioural Health Services & Research* [online]. 1998, **25**(4), 397-411 [cit. 2021-9-12]. Dostupné z: <https://link.springer.com/article/10.1007/BF02287510>

MOŽNÝ, Petr. Psychiatrická nemocnice v příběhu reformy psychiatrické péče. *Česká a slovenská psychiatrie* [online]. Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2020, **116**(4), 173–176 [cit. 2023-03-04]. Dostupné z: http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2020_4_173_176.pdf

MPSV. *Potencionální dopad reformy psychiatrické péče do oblasti sociálních služeb* [online]. Praha, 2015 [cit. 2023-03-29]. Dostupné z: <http://www.podporaprocesu.cz/wp-content/uploads/2013/01/Potencion%C3%A1ln%C3%AD-dopad-reformy-psychiatrick%C3%A9-p%C3%A9%C4%8De-do-oblasti-soci%C3%A1ln%C3%ADch-slu%C5%BEeb.pdf>

MUTSCHLER, Christina et al. Implementation of peer support in mental health services: A systematic review of the literature. *Psychological Services* [online]. 2022, **19**(2), 360-374 [cit. 2023-03-22]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33793284/>

MZ ČR a SOCIOFACTOR. Závěrečná evaluační zpráva projektu Podpora vzniku center duševního zdraví III. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha: MZ ČR, 2022 [cit. 2023-04-24]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2022/06/Final_Zaverecna-zprava.pdf

MZ ČR a ÚŘAD VLÁDY ČR. Národní akční plán pro duševní zdraví 2020—2030. In: *Reforma psychiatrie* [online]. Praha: MZ ČR, 2020 [cit. 2021-06-10]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2020-12/N%C3%A1rodn%C3%AD-ak%C4%8Dn%C3%AD-pl%C3%A1n-pro-du%C5%A1evn%C3%AD-zdrav%C3%AD-2020-2030.pdf>

MZ ČR a ÚŘAD VLÁDY ČR. *Národní akční plán pro duševní zdraví 2020–2030: Příloha č. 2 Analytická část* [online]. Praha, 2021 [cit. 2023-04-06]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18368/40091/02_Priloha%20_Analytick%C3%A1%20%C4%8D%C3%A1st.pdf

MZ ČR. Implementace Národního akčního plánu pro duševní zdraví 2020—2030 pro období 2020—2023. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha: MZ ČR, 2021 [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/03/Implementace-NAPDZ.pdf>

MZ ČR. Metodika zavádění multidisciplinárního přístupu v péči a podpoře lidí s duševním onemocněním. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha, 2021 [cit. 2022-05-08]. Dostupné z: https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/metodika_MT_fin%20schv%C3%A1lena%20VV.pdf

MZ ČR. Pacientská rada 2021–2025. *Portál pro pacienty a pacientské organizace* [online]. Praha, 2023 [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://pacientskeorganizace.mzcr.cz/index.php?pg=pacientska-rada--pacientska-rada-2021-2025>

MZ ČR. Standard služeb poskytovaných v Centrech duševního zdraví (CDZ) pro osoby se závažným chronickým duševním onemocněním (SMI). *Věstník MZ ČR* [online]. Ministerstvo zdravotnictví, 2016, (8), 2-4 [cit. 2023-04-24]. Dostupné z: https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2021/06/Vestnik-MZ_8-2021.pdf

MZ ČR. Strategie reformy psychiatrické péče. In: *Portál strategických databází ČR* [online]. Praha: Ministerstvo pro místní rozvoj ČR, 2013 [cit. 2023-03-02]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Strategie%20reformy%20psychiatrick%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8De.pdf>

MZ ČR. Z nemocnic zpátky do života. Reforma psychiatrické péče naráží na nedostatek psychiatrů, peněz i bytů. In: *Reforma péče o duševní zdraví* [online]. Praha: MZČR, 2022 [cit. 2023-03-20]. Dostupné z: https://www.reformapsychiatrie.cz/clanek/z-nemocnic-zpatky-do-zivota-reforma-psychiatricke-pece-narazi-na-nedostatek-psychiatru-penez?term_id=73

MZ ČR. Zdraví 2030: Strategický rámec rozvoje péče o zdraví v České republice do roku 2030 [online]. Praha, 2019 [cit. 2023-04-05]. Dostupné z: <https://zdravi2030.mzcr.cz/zdravi-2030-strategicky-ramec.pdf>

NÁRODNÍ RADA PRO DUŠEVNÍ ZDRAVÍ. Záznam z VIII. zasedání. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha, 2022 [cit. 2023-02-28]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/2020/08/Zaznam-z-8-zasedani-Narodni-rady-pro-dusevni-zdravi-ze-dne-6.-prosince-2022.pdf>

NATIONAL AUDIT OFFICE. Over-optimism in government projects. In: *National Audit Office* [online]. London, 2013 [cit. 2022-08-08]. Dostupné z: <https://www.nao.org.uk/report/optimism-bias-paper/>

NORRIS, Emma a Julian MCCRAE. *Policy That Sticks: Preparing to Govern for Lasting Change* [online]. London: Institute for Government, 2013 [cit. 2022-08-08]. Dostupné z: https://www.instituteforgovernment.org.uk/sites/default/files/publications/Policy%20that%20sticks%20final_0.pdf

NORRIS, Emma et al. *Doing them Justice: Lessons from four cases of policy implementation* [online]. London: Institute of Government, 2014 [cit. 2022-08-08]. Dostupné z: <https://www.instituteforgovernment.org.uk/sites/default/files/publications/Policy%20Implementation%20case%20studies%20report%20-%20final.pdf>

NOSEK, Brain A. et al. Replicability, Robustness, and Reproducibility in Psychological Science. *Annual Review of Psychology* [online]. 2021, **73**, 719-748 [cit. 2023-03-22]. Dostupné z: <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-psych-020821-114157>

NOSSEK, Alexa et al. Evolvement of Peer Support Workers' Roles in Psychiatric Hospitals: A Longitudinal Qualitative Observation Study. *Community Mental Health Journal* [online]. 2020, **57**(3), 589-597 [cit. 2023-03-10]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33367956/>

NOVÁK a Lucia UKROPOVÁ. Centra duševního zdraví – zplnomocňování klientů v psychiatrické praxi?. *Psychoterapie : praxe - inspirace - konfrontace* [online]. 2018, **12**(3), 178-188 [cit. 2023-02-28]. Dostupné z: <https://www.ceeol.com/search/article-detail?id=795334>

NZIP. Duševní onemocnění v Česku. In: *Národní zdravotnický informační portál* [online]. Praha: Ministerstvo zdravotnictví ČR a Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR, 2023 [cit. 2023-04-07]. Dostupné z: <https://nzip.cz/infografika-dusevni-onemocneni-v-cesku>

OCISKOVÁ, Marie. *Možné souvislosti mezi internalizovaným stigmatem, osobností a efektivitou léčby u úzkostných poruch*. Olomouc: Univerzita Palackého, 2017. ISBN 978-80-87895-57-3.

OECD a EVROPSKÁ KOMISE. *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle* [online]. Paříž: OECD Publishing, 2020 [cit. 2021-06-08]. ISBN 978-92-64-81194-2. Dostupné z: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/82129230-en.pdf?expires=1623139636&id=id&accname=guest&checksum=7B91B10D959AE2EAE193690FB72FF3D2>

OECD a EVROPSKÁ KOMISE. *Health at a Glance: Europe 2022: State of health in the EU cycle* [online]. Paříž: OECD Publishing, 2022 [cit. 2023-04-07]. ISBN 978-92-64-79766-6. Dostupné z: https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-12/2022_healthatglance_rep_en_0.pdf

OCHOCKA, Joanna et al. A longitudinal study of mental health consumer/survivor initiatives: Part 3—A qualitative study of impacts of participation on new members. *Journal of community psychology*. 2006, 34(3), 273-283.

OTTE, Ina et al. Challenges faced by peer support workers during the integration into hospital-based mental health-care teams: Results from a qualitative interview study. *International Journal of Social Psychiatry* [online]. 2020, 66(3), 263-269 [cit. 2023-03-10]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32046565/>

P. GILMER, Todd et al. 'Perspectives Regarding Peer Support Providers' Roles and Support for Client Access to and Use of Publicly Funded Mental Health Programs Serving Transition-Age Youth in Two Southern California Counties. *The Journal of Behavioral Health Services & Research* [online]. 2022, 49(3), 364-384 [cit. 2023-01-22]. Dostupné z: <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11414-022-09792-6.pdf?pdf=button>

PAPEŽOVÁ, Simona. Aktuální stav reformy psychiatrické péče. In: *Skálův institut* [online]. Praha: MZ ČR, 2021 [cit. 2023-04-11]. Dostupné z: https://www.skaluvinstitut.cz/files/literatura/D_284.pdf

PATTON, Michael Quinn. *Quality in qualitative research: Methodological principles and recent developments*. Chicago: Invited address to Division J of the American Educational Research Association, 1985.

PAVLÍK, Marek et al. *Veřejná politika* [online]. 2014 [cit. 2023-04-11]. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/1456/jaro2018/BKV_VESP/um/verejna_politika/literatura/WORKBOOK_pros_inec_2014.pdf

PFEIFFER, Jan et al. Centrum duševního zdraví a jeho role v systému péče. In: *Reforma péče o duševní zdraví* [online]. Praha: MZ ČR, 2022 [cit. 2023-04-25]. Dostupné z: <https://reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2022-02/CDZ%20a%20jeho%20role.pdf>

POTŮČEK, Martin et al. *Veřejná politika*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2010. ISBN 978-80-86429-50-2.

POTŮČEK, Martin et al. *Veřejná politika* [online]. Brno, 2015 [cit. 2022-06-19]. Dostupné z: https://is.muni.cz/el/1456/podzim2015/BKV_VPTP/um/50929760/verejna_politika_sazba.pdf

PRAŠKO, Ján et al. *Léčíme se s psychózou – Co byste měli vědět o schizofrenii a jiných psychózách – Příručka pro nemocné a jejich rodiny*. Praha: Medical Tribune, 2005. ISBN 80-239-5482-2.

PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP. Malý průvodce reformou psychiatrické péče. In: *Ministerstvo zdravotnictví České republiky* [online]. Praha: Galén, 2017 [cit. 2023-03-02]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Mal%C3%BD%20pr%C5%AFvodce%20reformou%20psychiatrick%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8De.pdf>

RAGINS, Mark. A Road to Recovery Exploring Recovery: The Collected Village Writings of Mark Ragins. In: *Dr. Mark Ragins* [online]. USA, 2002 [cit. 2022-05-08]. Dostupné z: <https://drive.google.com/file/d/1ywcXf5fw8s-yet7GP8Y86MXGWSCh8d5T/view>

RAGINS, Mark. Road to Recovery. In: <https://cpr.bu.edu/> [online]. Los Angeles County: Mental Health Association in Los Angeles County, 2013 [cit. 2022-05-08]. Dostupné z: <https://cpr.bu.edu/wp-content/uploads/2013/05/Road-to-Recovery.pdf>

RAGINS, Mark. *Cesta k zotavení*. Fokus Praha, 2018. ISBN 978-80-902741-2-9.

RATZLAFF, Sarah et al. The Kansas Consumer as Provider program: measuring the effects of a supported education initiative. *Psychiatric Rehabilitation Journal* [online]. 2006, 29(3), 174 [cit. 2021-9-12]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16450928/>

RESNICK, Sandra G. a Robert A. ROSENHECK. Integrating peer-provided services: a quasi-experimental study of recovery orientation, confidence, and empowerment. *Psychiatric Services* [online]. 2008, 59(11), 1307-1314 [cit. 2022-11-25]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18971407/>

ROGERS, E. Sally et al. Effects of participation in consumer-operated service programs on both personal and organizationally mediated empowerment: results of multisite study. *Journal of Rehabilitation Research & Development* [online]. 2007, 44(6), 785-800 [cit. 2023-01-21]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18075937/>

ŘÍČAN, Pavel et al. Dopadová evaluace projektu: Podpora vzniku Center duševního zdraví I. In: *Reforma péče o duševní zdraví* [online]. Praha: MZ ČR, 2021 [cit. 2023-03-02]. Dostupné z:

https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-06/EVALUACE%20CDZ%20I_03052021_fin%C3%A1ln%C3%AD%20loga.pdf

ŘÍČAN, Pavel. Kontext zavádění pozice peer pečovatele. In: *Centrum péče o duševní zdraví* [online]. Praha: CMHCD, 2016 [cit. 2023-02-20]. Dostupné z: <https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/Kontext-zavadeni-pozice-peer-pecovatele.pdf>

ŘÍČAN, Pavel. Předběžná analýza bariér pro zapojování peer konzultantů do akutní péče v ČR. In: *Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví* [online]. Praha: CMHCD, 2019 [cit. 2023-03-22]. Dostupné z: <https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/Analiza-zapojovani-PK-na-aktuni-oddeleni.pdf>

ŘÍČAN, Pavel. Úvod do komunitní péče o duševně nemocné [online]. 2007 [cit. 2023-02-27]. Dostupné z: https://www.crpdz.cz/dokumenty/uvod_do_komunitni_pece_pavel_rican.pdf

SALZER, Mark S. Consumer-Delivered Services as a Best Practice in Mental Health Care Delivery and The Development of Practice Guidelines. *Psychiatric Rehabilitation Skills* [online]. 2002, 6(3), 355-382 [cit. 2023-01-15]. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10973430208408443>

SAUSMANN, Charlotte, Eivor OBORN a Michael BARRETT. Policy translation through localisation: Implementing national policy in the UK. *Policy & Politics* [online]. 2016, 44(4), 563-589 [cit. 2022-08-08]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/310612135_Policy_translation_through_localisation_Implementing_national_policy_in_the_UK

SEIDMAN, Irving. *Interviewing as qualitative research : a guide for researchers in education and the social sciences*. 4. vydání. New York: Teachers College Press, 2013. ISBN 9780807772232 0807772232.

SHEPARDSON, R. L. et al. Perceived barriers and facilitators to implementation of peer support in Veterans Health Administration Primary Care-Mental Health Integration settings. *Psychological Services* [online]. 2019, 16(3), 433-444 [cit. 2023-03-20]. Dostupné z: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fser0000242>

SCHMIDT, Lisa T. et al. Comparison of service outcomes of case management teams with and without a consumer provider. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation* [online]. 2008, 11(4), 310-329 [cit. 2023-04-24]. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15487760802186253>

SOBOTKA, Jan. Duševní zdraví v zajetí institucionalizace – jsme schopni to změnit?. In: *Sociální práce* [online]. Praha: Časopis sociální práce, 2022 [cit. 2023-04-22]. Dostupné z: <https://socialniprace.cz/online-clanky/dusevni-zdravi-v-zajeti-institucionalizace-jsme-schopni-to-zmenit/>

SOLDÁNOVÁ, Světlana. Jak se stát peer konzultantem: Krok za krokem. In: *Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví* [online]. Praha, 2022a [cit. 2023-03-08]. Dostupné z: https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/Jak-se-stat-peer-konzultantem_final.pdf

SOLDÁNOVÁ, Světlana. Jak zaměstnat peer konzultanta. Krok za krokem. In: *Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví* [online]. Praha: CMHCD, 2022b [cit. 2023-03-20]. Dostupné z: https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/Jak-zamestnat-peer-konzultanta_final.pdf

SOLOMON, Phyllis. Peer support/peer provided services underlying processes, benefits, and critical ingredients. *Psychiatric Rehabilitation Journal* [online]. 2004, **27**(4), 392-401 [cit. 2023-03-20]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15222150/>

STICKLEY, Theodore a S. BONNEY. Recovery and mental health: a review of the British Literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* [online]. 2008, **15**(2), 140-153 [cit. 2021-9-14]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18211561/#affiliation-1>

SUBSTANCE ABUSE AND MENTAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION. Core Competencies for Peer Workers in Behavioral Health Services. In: *The Substance Abuse and Mental Health Services Administration* [online]. USA: SAMHSA, 2015 [cit. 2023-03-28]. Dostupné z: https://www.samhsa.gov/sites/default/files/programs_campaigns/brss_tac/core-competencies_508_12_13_18.pdf

SUNDERLAND, Kim et al. Guidelines for the Practice and Training of Peer Support. In: *Mental Health Commission of Canada* [online]. Calgary: Peer Leadership Group Mental Health Commission of Canada, 2013 [cit. 2023-03-28]. Dostupné z: <https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/2021/09/Guidelines-for-the-Practice-and-Training-of-Peer-Support.pdf>

SWEET, Linda. Telephone interviewing: is it compatible with interpretive phenomenological research?. *Contemporary Nurse* [online]. 2002, **12**(1), 58-63 [cit. 2022-08-28]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12013519/>

TĚŠINOVÁ, Jolana Kopsa, Roman ŽDÁREK a Radek POLICAR. *Medicínské právo*. Praha: C.H. Beck, 2011. ISBN 978-80-7400-050-8.

TRACHTENBERG, Marija et al. *Peer support in mental health: is it good value for money?* [online]. Centre for Mental Health, 2013 [cit. 2023-03-20]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/308387803_Peer_support_in_mental_health_is_it_good_value_for_money

TUČEK, Jan. Psychiatrie, její reforma a dostupnost v Jihočeském kraji. In: *Nemocnice České Budějovice* [online]. České Budějovice: Nemocnice ČB, 2022 [cit. 2022-05-08]. Dostupné z: <https://www.nemcb.cz/upload/Zpravodaj%202022/Pr%cc%8cedstavujeme%20Psychiatricke%cc%81%20odde%cc%8cleni%cc%81.pdf>VAN METER, Donald S. a Carl E. VAN HORN. The Policy Implementation Process: A Conceptual Framework. *Administration & Society* [online]. 1975, **6**(4), 445-488 [cit. 2022-06-24]. Dostupné z: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/009539977500600404>

ÚŘAD VLÁDY ČR. Strategický rámeček Česká republika 2030 [online]. Praha: Polygrafie Úřadu vlády ČR, 2017 [cit. 2023-04-24]. ISBN 978-80-7440-188-6. Dostupné z: <https://www.cr2030.cz/wp-content/uploads/2023/01/Strategicky%CC%81-ra%CC%81mec-C%CC%8CR-2030.pdf>

VAHDAT, Shaghayegh et al. Patient Involvement in Health Care Decision Making: A Review. *Iranian Red Crescent Medical Journal* [online]. 2014, **16**(1), 1-7 [cit. 2023-04-26]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3964421/>

VANDEWALLE, Joeri et al. Peer workers' perceptions and experiences of barriers to implementation of peer worker roles in mental health services: A literature review. *International Journal of Nursing Studies* [online]. 2016, (60), 234-250 [cit. 2023-03-10]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27297384/>

VESELÝ, Arnošt a Martin NEKOLA, ed. *Analýza a tvorba veřejných politik: přístupy, metody a praxe*. Praha: Sociologické nakladatelství (SLON), 2007. Studijní texty (Sociologické nakladatelství). ISBN 978-80-86429-75-5.

VIERECKL, Michael a Jiří ŠUPA. Reforma psychiatrické péče v ČR: Odras reformy psychiatrické péče v sociálních službách. *Sociální služby* [online]. 2017, **19**(1), 28 [cit. 2023-03-02]. ISSN 1803-7348. Dostupné z: <https://www.socialnisluzby.eu/ckfinder/userfiles/files/Reforma%20psychiatricke%20pece%20v%20socialnich%20sluzbach.pdf>

WALKER, Gill a Wendy BRYANT. Peer support in adult mental health services: a metasynthesis of qualitative findings. *Psychiatric Rehabilitation Journal* [online]. 2013, **36**(1), 28-34 [cit. 2023-04-25]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23477647/>

WALL, Anna et al. Experiences and Challenges in the Role as Peer Support Workers in a Swedish Mental Health Context - An Interview Study. *Issues in Mental Health Nursing* [online]. 2022, **43**(4), 344-355 [cit. 2023-03-13]. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/epdf/10.1080/01612840.2021.1978596?needAccess=true&role=button>

WALLCRAFT, Jan, Jim READ a Angela SWEENEY. *On Our Own Terms: Users and Survivors of Mental Health Services Working Together for Support and Change* [online]. London: The Sainsbury Centre for Mental Health, 2003 [cit. 2021-9-11]. Dostupné z: <https://www.nsun.org.uk/wp-content/uploads/2021/05/on-our-own-terms.pdf>

WATSON, Emma. The mechanisms underpinning peer support: a literature review. *Journal of Mental Health* [online]. 2019, **28**(6), 677-688 [cit. 2023-03-20]. Dostupné z: pubmed.ncbi.nlm.nih.gov

WEEGHEL, Jap vaan. *Community care and psychiatric rehabilitation for persons with serious mental illness* [online]. Ženeva: Geneva Initiative on Psychiatry, 2002 [cit. 2023-02-27]. ISBN 966-7841-28-6. Dostupné z: researchgate.net/publication/256295763_Weeghel_J_van_ed_2002_Community_care_and_psychiatric_rehabilitation_for_persons_with_serious_mental_illness_Hilversum_Geneva_Initiative_on_Psychiatry_Also_in_Russian

WHITEFORD, Harvey, Bill BUCKINGHAM a Ronald MANDERSCHIED. Australia's National Mental Health Strategy. *The British Journal of Psychiatry* [online]. 2002, **180**(3), 210-215 [cit. 2023-04-22]. Dostupné z: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/australias-national-mental-health-strategy/0F55D845403ABB456FAA249518A6E166>

WILLIAMS, Julie et al. Recovery grows up. *Journal of Mental Health 2* [online]. 2012, **21**(2), 99-103 [cit. 2023-04-08]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/224912394_Recovery_grows_up

WILLIAMS, Paul. *Collaboration in public policy and practice* [online]. Bristol: Bristol University Press, Policy Press, 2012 [cit. 2022-08-08]. ISBN 978-1-4473-0630-6. Dostupné z: <https://www.jstor.org/stable/j.ctt1t89g31>

WINKLER, Jiří. *Implementace. Institucionální hledisko analýzy* [online]. Brno: Masarykova univerzita, 2002 [cit. 2022-06-19]. ISBN 80-210-2932-3. Dostupné z: <https://is.muni.cz/publication/407444/cs/Implementace-Institucionalni-hledisko-analyzy/Winkler>

WINKLER, Jiří. *Organizace implementačního procesu: institucionální hledisko analýzy*. Brno: Masarykova univerzita, 2014. ISBN 978-80-210-7822-2.

WINKLER, Petr et al. A blind spot on the global mental health map: a scoping review of 25 years' development of mental health care for people with severe mental illnesses in central and eastern Europe. *The Lancet Psychiatry* [online]. 2017, 4(8), 634-642 [cit. 2023-03-29]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28495549/>

WINKLER, Petr et al. Prevalence of current mental disorders before and during the second wave of COVID-19 pandemic: An analysis of repeated nationwide cross-sectional surveys. *Journal of Psychiatric Research* [online]. 2021, (139), 167-171 [cit. 2022-10-21]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34062293/>

Právní normy

- Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách
- Zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách)
- Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činnosti souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních)
- Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění a o změně a doplnění některých souvisejících zákonů
- Vyhláška č. 271/2012 Sb., o stanovení seznamu nemocí, stavů nebo vad, které vylučují nebo omezují zdravotní způsobilost k výkonu povolání lékaře, zubního lékaře, farmaceuta, nelékařského zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka, obsahu lékařských prohlídek a náležitostech lékařského posudku (vyhláška o zdravotní způsobilosti zdravotnického pracovníka a jiného odborného pracovníka)

Teze diplomové práce

Jméno studenta/studentky: Tereza Hekšová

Název v jazyce práce: Zapojení peer konzultantů do péče o duševně nemocné v kontextu reformy psychiatrické péče

Název v anglickém jazyce: Peer support involvement in the care for people with mental illness in context of the reform of psychiatric care

Klíčová slova: peer konzultant, peer podpora, duševní zdraví, psychiatrická péče, reforma služeb péče o duševní zdraví

Klíčová slova anglicky: peer consultant, peer support, mental health, psychiatric care, reform of mental health services

Akademický rok vypsání: 2021

Jazyk práce: čeština

Typ práce: Diplomová práce

Ústav: Katedra veřejné a sociální politiky

Vedoucí / školitel: PhDr. Karolína Dobiášová, Ph.D.

Obor práce: Veřejná a sociální politika

Teze diplomové práce (výzkumný projekt):

A. vymezení výzkumného problému

Kvalita a stabilita duševního zdraví je jedním ze zásadních determinantů produktivního a spokojeného života. Onemocnění a problematika spojená s duševním zdravím vytváří mnoho negativních dopadů na samotného nemocného člověka, jeho okolí a v neposlední řadě i na celý zdravotní systém. Duševní onemocnění také zapříčiňuje mnohdy to, že se u osoby snižuje sociální a ekonomická aktivita. Léčba duševního onemocnění a veškeré náklady s ní spjaté bývají pro mnoho zemí obrovskou finanční zátěží. Výdaje na léčbu a péči o takovéto pacienty v roce 2018 přesáhlo 4 % výdajů z celkového GDP v 28 evropských zemích (OECD, European Commission, 2018). Péče o duševní zdraví, v souvislosti se zvyšujícím se počtem osob trpícím duševním onemocněním, je v současnosti velkou výzvou pro zdravotní a veřejné politiky.

Klíčová je včasná prevence a kvalitní dostupná péče, ve které mohou osoby s duševním onemocněním hledat oporu. Tu využívají lidé ve všech věkových kategoriích, jejichž diagnostika zahrnuje širokou škálu duševních onemocnění a zdravotních potíží. Nemoci spojené s duševním zdravím mohou člověka ochromit na určité životní období, ale také na celý život. Takové to onemocnění se následně pojí i s dalšími problémy, jako je například závislost na návykových látkách, chudoba či sociální vyloučení. V evropských zemích se v roce 2016 setkal s duševním onemocněním každý šestý člověk (OECD a European Commission, 2018).

Duševní poruchy jsou po kardiovaskulárních onemocněních a rakovině třetím nejčastějším onemocněním, které negativně ovlivňuje lidské zdraví a je často příčinou disability člověka. Nejčastějším duševním onemocněním podle statistik z posledních let je v evropských zemích deprese a úzkost (Stewart, 2021; GBD, 2016). V roce 2018 definovala Světová zdravotnická organizace (dále WHO) problematiku duševního onemocnění jako jednu z největších výzev systémů veřejného zdraví. Kvalita života a zdraví a well-being člověka, jehož významným determinantem je i duševní zdraví, patří mezi jeden z hlavních cílů udržitelného rozvoje (SDGs) a Agendy pro udržitelný rozvoj 2030 (OSN, 2021; WHO, 2018).

V souvislosti s pandemií COVID-19 se hovoří o rozšíření okruhu osob, které budou v blízké

budoucnosti ohroženy duševním onemocněním. Pandemie přinesla mnoho ekonomických a sociálních změn, jejichž důsledky napovídají očekávanému nárůstu osob, které trpí duševním onemocněním či v blízké době vyhledají odbornou pomoc. Celosvětová pandemie způsobila omezení sociálních kontaktů a narušila každodenní zvyklosti a rutiny člověka, které jsou u mnohých duševně nemocných velmi důležitým stabilním bodem (Rajkumar, 2020). Z důvodu strachu a obav se snížil počet osob, kteří před pandemií pravidelně navštěvovali služby péče o duševní zdraví (House of Representatives, 2020, s. 94; OECD a European Commission, 2020). Dle generálního ředitele WHO Ghebreyesuse je podstatné se nyní o to více zaměřit na poskytované služby v této oblasti a zajistit jejich dostupnost ve všech ohledech (WHO, 2021). S negativními důsledky pandemie se navíc setkávají nejen pacienti, ale také poskytovatelé péče, u kterých lze pozorovat nárůst stresujících faktorů a deprese (Rimmer, 2021). Z tohoto důvodu se prevence a péče o duševní zdraví stává ještě větší prioritou, než byla doposud. Rada OECD zároveň doporučuje všem zemím, aby se zaměřily na podporu integrovaného a komunitního systému služeb a na politiku trhu práce ve vztahu k osobám, které mají diagnostikované duševní onemocnění či s ním mají zkušenost (OECD a European Union, 2020).

Již v roce 2001 se WHO začala cíleně věnovat politice duševního zdraví a stanovila tuto oblast jako jednu z hlavních témat (Winkler et al., 2013). O čtyři roky později Evropská unie (dále EU), Rada Evropy a členské státy WHO podepsaly Deklaraci věnující se duševnímu zdraví a Akční plán pro duševní zdraví. Tyto dokumenty stanovily základní diskurz a směřování služeb péče o duševní zdraví jednotlivých zemí (Knapp et al., 2007). V každé zemi se postupný vývoj a proměna služeb v oblasti duševního zdraví mírně odlišovala. V některých zemích byla reforma psychiatrické péče podpořena také vlastní iniciativou osob s duševním onemocněním, např. v USA či Velké Británii (Faulkner a Basset, 2012; Dvořáková a Kondrátová, 2020). Postupně se rozvíjel především koncept péče založený na principech zotavení, metodiky CARE a zapojení samotných pacientů do procesu léčby. Rozvoj komunitní péče a tendence deinstitucionalizace psychosociálních služeb započala již v druhé polovině minulého století. Mezi hlavní body reforem psychiatrické péče v evropských zemích je snížení počtu velkých psychiatrických zařízení založených na lůžkové péči a rozvoj služeb komunitních, které budou více propojeny se sociálními a zdravotnickými službami (Winkler et al., 2013, s. 35; Novella, 2008). V souvislosti s podporou tohoto zaměření služeb vznikala i pozice peer pracovníku. Peer pracovníci jsou lidé, kteří si prošli

či procházejí zotavením (recovery) v souvislosti s duševním onemocněním a na základě svých zkušeností poskytují poradenství a pomoc ostatním (Kabounaris et al., 2013). Tito pracovníci následně využívají svoje schopnosti a zkušenosti v různých pracovních pozicích – pracovník v komunitních a poradenských službách, zastávce práv osob s duševním onemocněním, průvodce onemocněním atd. Jak zmiňuje Hollander a Wilken (2016), služby, které jsou založeny na konceptu zotavení a jsou poskytovány peer pracovníkem, vyžadují vysokou úroveň organizace a plánování. Poskytování takovýchto služeb je také procesem učení, kdy si peer pracovník neustále rozvíjí své schopnosti a dovednosti. (Hollander a Wilken, 2016; Faulkner a Basset, 2012)

Od roku 2013, kdy byla naplánována Ministerstvem zdravotnictví (dále MZ) Strategie reformy psychiatrické péče, probíhá v České republice komplexní změna systému služeb a péče o osoby s duševním onemocněním. Dlouhodobá systémová změna byla a stále je klíčová pro zlepšení a zefektivnění kvality psychiatrické, zdravotní a sociální péče. Reformu lze vnímat jako určitý proces, který je dlouhodobý a vyžaduje zapojení mnoha aktérů, přístupů, technologií a služeb. Potřeba reformy psychiatrické péče v ČR vyvstala i z toho důvodu, že k výrazným změnám v přístupu v psychiatrické péči nedošlo již od 90. let 20. století a tehdejší systém se odvíjel od zastaralých základů a principů (MZČR, 2018). Při srovnání tehdejšího nastavení a fungování psychiatrické péče v ČR s jinými evropskými státy byl značný rozdíl v mnoha ohledech (Winkler et al., 2013, s. 33)

Jedním z hlavních bodů reformy psychiatrické péče v ČR je i vznik a podpora multidisciplinárních týmů, kterou doprovází vznik Center péče o duševního zdraví a zaměstnávání peer pracovníků. I v souvislosti s reformou je kladen důraz na snížení dlouhodobé lůžkové péče pacientů a zajištění komunitní a vhodně koordinované podpory (Psychiatrická společnost ČLS JEP, 2017).

Ve své diplomové práci bych se ráda věnovala komunitní péči v souvislosti se zaváděním peer pracovníků do systému služeb péče o duševní zdraví. Důležitost a pozornost na roli peer pracovníků byla zaměřena především v Národním akčním plánu pro duševní zdraví 2020-2030. Jedním z cílů do roku 2030 je v souvislosti s peer pracovníky legislativní ukotvení jejich role, díky čemuž budou moci být plně integrováni do systému péče o duševní zdraví (MZČR, Úřad vlády ČR, 2020, s. 19). Peer pracovníci byli v systému psychiatrických služeb

primárně využívání v ČR jako tzv. peer lektoři, což znamená, že se věnovali oblasti vzdělávání např. vzdělávání pracovníků v pomáhajících profesích. V současnosti se usiluje o jejich zapojení do akutní péče a lůžkové péče, jak tomu je v mnoha ostatních dalších zemích (VB, Norsko, Nizozemí). Jedná se tedy o podporu role peer pracovníka, jako konzultanta, jehož pozice a práce by byla definovaná i v české legislativě. Z tohoto nastavení by poté vyplývalo vzdělávání a finanční ohodnocení peerů. (Foitová et al., 2016, s.19)

B. Cíle diplomové práce (jejich přímá souvislost s formulovaným výzkumným problémem)

Cílem mé diplomové práce je zjistit jakým způsobem fungují peeri v současném systému péče o duševní zdraví v praxi a vysvětlit roli peer konzultantů v systému služeb péče o duševní zdraví a identifikovat možné bariéry při jejich zapojování do péče. To vše bych ráda uchopila a zmapovala v kontextu posledních změn v reformě péče o duševní zdraví. Konkrétně bych se chtěla věnovat politice a postupům, kdy dochází k vymezování role peer konzultantů, jejich participaci a vzájemné fungování s ostatními zaměstnanci v multidisciplinárních týmech. Pro efektivní zapojení peer konzultanta do služeb péče o duševní zdraví je stěžejní postup implementace jejich role, podpora od ostatních zaměstnanců a daného pracoviště. Tato a další nastavení napomáhají ke společnému fungování zúčastněných aktérů a kvalitě poskytovaných služeb. Dále by mě zajímalo i budoucí plánování zaměstnávání peer konzultantů související s možností jejich dalšího vzdělávání a uplatnění ve službách orientujících se na duševní zdraví. Důležité je také zjistit, jaký význam mají peer konzultanti v systému služeb péče o duševní zdraví v ČR, a to nejen v souvislosti s pacienty s duševním onemocněním, ale také jaká má jejich role význam pro ně samotné a pro celý zdravotní a sociální systém v ČR.

V ČR proběhlo v minulosti již několik projektů¹¹, kdy byli peer pracovníci v oblasti duševního zdraví využiti, nicméně doposud není proces jejich zaměstnávání jasně vymezený a zaměstnávání peer pracovníků není běžnou praxí (CMHCD, 2021). S rozvojem komunitních služeb v ČR vznikla i tzv. Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví, která se přímo specializují na školení peer pracovníků a podporu jejich role. Peer pracovníci jsou již

¹¹ Posledními projekty jsou např. „Podpora duše II. - Zapojení peer konzultantů do péče o duševní zdraví“ v Moravskoslezském kraji nebo projekt „Systematická podpora peer konzultantů v psychiatrické nemocnici Bohnice“. (CMHCD, 2021)

v mnoha zemích vnímány jako kvalitní a důležitý člen týmu, který vyzdvihuje schopnosti a dovednosti pacientů a dokáže s nimi díky své vlastní zkušenosti navázat neobvykle blízký a upřímný vztah (Říčan, 2019; Šupa et al., s. 17).

C. Výzkumné otázky

Jaká je role peer konzultantů ve službách péče o duševní zdraví a probíhající reformy psychiatrické péče?

S jakými bariérami a výzvami se peer konzultanti setkávají při poskytování služeb péče o duševní zdraví?

Jakým způsobem probíhá zapojování peer konzultantů do služeb péče o duševní zdraví?

Jaké je vzájemné fungování peer konzultantů s ostatními zaměstnanci?

D. Teoretická východiska

V mé diplomové práci bych ráda sledovala dvě roviny dané problematiky. Vnitřní hledisko problematiky představuje samotné vnímání peer konzultantů jejich role a zapojení do systému péče o duševní zdraví. Tuto rovinu budu zkoumat s pomocí konceptu recovery dle Dr. Raginse (Raginse, 2002). Druhé zkoumané hledisko práce bude pohled na systém služeb a reformu psychiatrické péče v kontextu implementace role peer konzultantů pohledem expertů pohybujících se v této oblasti. K analýze tohoto hlediska využiji teorii implementace. Ta mi napomůže k analýze efektivity dané politiky (Potůček, 2010; Winkler, 2002) a k identifikaci možných implementačních nedostatků (Hudson, Hunter a Peckham, 2019).

E. Výzkumný plán – Výběr a zdůvodnění metod, zdroje dat

Svoji analýzu bych ráda založila na sekundárních a primárních datech. Ve své diplomové práci bych čerpala i z výstupů z pomocné vědecké činnosti u PhDr. Karolíny Dobiášové, Ph.D., kde se věnuji tématu reformy psychiatrické péče v ČR a také peer konzultantům. V této souvislosti již nyní provádím podrobnou analýzu sekundárních dat, konkrétně výzkumů týkajících se psychiatrické péče a zapojování peer konzultantů v ČR a v zahraničí. Pro získání relevantních informací pro svoji diplomovou práci a přípravu scénářů rozhovorů s respondenty provedu také desk research týkající se jednotlivých projektů, které

implementovaly roli peerů v českém systému psychiatrické péče. Informace budu vyhledávat v publikacích jednotlivých knihoven a elektronicky přes Portál elektronických zdrojů UK a dalších vědeckých portálů. Ke zjištění informací o probíhající reformě psychiatrické péče v ČR budu zkoumat také veřejněpolitické dokumenty.

Má primární data budou polostrukturované rozhovory s peer konzultanty, kteří jsou nyní součástí týmů v celé řadě neziskových organizací (např. Diakonie, Fokus, Dobré místo, Green Doors), Center péče o duševní zdraví či Psychiatrické nemocnici Bohnice. Tyto respondenty bych oslovila s oficiální žádostí o poskytnutí rozhovoru skrze emailovou komunikaci. Pro nalezení dalších peer konzultantů bych využila při uskutečňování prvotních rozhovorů i metodu sněhové koule a pokusila se získat kontakty i na další respondenty. Zvolení respondenti by tedy byli osloveni dle kritéria zkušenosti s duševním onemocněním a rolí peer konzultanta. Pro zjištění odborných informací o koordinaci peer konzultantů a směřování reformy psychiatrické péče v ČR bych ráda uskutečnila i expertní rozhovory s odborníky věnující se této oblasti.

Pro analýzu jednotlivých přepisů rozhovorů využiji metodu tematického kódování. V jednotlivých prepisech se budu snažit najít oblasti, které jsou si tematicky podobné a dle určitého kritéria je rozdělím. Po vytvoření vhodných kategorií jednotlivé kategorie a kódy pojmenuji.

F. Seznam odborné literatury a zdrojů empirických dat

1. CMHCD. Aktuální projekty. *Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví* [online]. Praha, 2021 [cit. 2021-6-16]. Dostupné z: <https://www.cmhed.cz/centrum/colame/aktualni-projekty/>
2. DVOŘÁKOVÁ, Monika a Lucie KONDRÁTOVÁ. Deinstitutionalizace psychiatrické péče: příležitosti, rizika a předpoklady její úspěšné implementace. *Česká a Slovenská psychiatrie* [online]. Klecany, 2020, 2020, 116(1), 30-37 [cit. 2021-6-14]. ISSN 1212-0383. Dostupné z: <http://www.cspychiatr.cz/detail.php?stat=1310>
3. FAULKNER, Alison a Thurstine BASSET. A helping hand: taking peer support into the 21st century", *Mental Health and Social Inclusion. Mental Health and Social*

- Inclusion* [online]. 2012, 18(1), 41-47 [cit. 2021-6-13]. Dostupné z: doi:10.1108/20428301211205892
4. GBD. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *The Lancet* [online]. 2017, 2016, **338**, 1545-1602 [cit. 2021-6-7]. ISSN 0140-6736. Dostupné z: doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31678-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31678-6)
 5. HOLLANDER, Dirk den a Jean Pierre Lambert WILKEN. *Podpora zotavení a začlenění: úvod do metodiky CARE*. Praha: Psychiatrická nemocnice Bohnice, 2016. ISBN 978-80-260-9945-1.
 6. HOUSE OF REPRESENTATIVES. Parliamentary Consultation on Coronavirus: Kamer vraagt organisaties naar gevolgen coronamaatregelen, 149 openbare reacties. *House of Representatives of The Netherlands* [online]. 2020 [cit. 2021-6-8]. Dostupné z: <https://www.tweedekamer.nl/nieuws/kamernieuws/kamer-vraagt-organisaties-naar-gevolgen-coronamaatregelen-149-openbare-reacties>
 7. HUDSON, Bob, David HUNTER a Stephen PECKHAM. Policy failure and the policy-implementation gap: can policy support programs help?. *Policy Design and Practice* [online]. 2019, **2**(1), 1-14 [cit. 2021-6-16]. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/25741292.2018.1540378?needAccess=true>
 8. KABOUNARIS, Simona et al. Kaderdocument ervaringsdeskundigheid. Herziene versie januari 2013. *Hogeschool Utrecht* [online]. Utrecht: Kenniscentrum Sociale Innovatie, 2021, 2013 [cit. 2021-6-9]. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/268801451_Kaderdocument_ervaringsdeskundigheid_Herziene_versie_januari_2013
 9. KNAPP, Martin et al. *Mental Health Policy and Practice across Europe: The future direction of mental health care* [online]. 2007: Open University Press, 2007 [cit. 2021-6-6]. ISBN 10 0 335 21467 3. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/30525136_Financing_and_funding_mental_health_care_services
 10. MZČR a ÚŘAD VLÁDY ČR. Národní akční plán pro duševní zdraví 2020—2030. *Reforma psychiatrie* [online]. Praha: MZČR, 2021, 2020 [cit. 2021-6-10]. Dostupné z: <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2020->

- 12/N%C3%A1rodn%C3%AD-ak%C4%8Dn%C3%AD-pl%C3%A1n-pro-
du%C5%A1evn%C3%AD-zdrav%C3%AD-2020-2030.pdf
11. MZČR. Informace o projektu Podpora vzniku Center duševního zdraví II. *Ministerstvo zdravotnictví České Republiky* [online]. Praha, 2018, 2018 [cit. 2021-6-13]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/informace-o-projektu-podpora-vzniku-center-dusevniho-zdravi-ii/>
 12. NOVELLA, Enric J. Mental Health Care in the Aftermath of Deinstitutionalization: A Retrospective and Prospective View. *Health Care Analysis* [online]. Springer Science+Business Media, 2010, 2010, , 228-238 [cit. 2021-6-7]. Dostupné z: doi:10.1007/s10728-009-0138-8
 13. OECD a EUROPEAN COMMISSION. *Health at a Glance: Europe 2018* [online]. OECD and European Union, 2018 [cit. 2021-6-7]. ISBN 9789264303355. Dostupné z: https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2018_health_glance_eur-2018-en
 14. OECD a EUROPEAN COMMISSION. *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle* [online]. Paříž: OECD Publishing, 2020 [cit. 2021-6-8]. ISBN 978-92-64-81194-2. Dostupné z: <https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/82129230-en.pdf?expires=1623139636&id=id&accname=guest&checksum=7B91B10D959AE2EAE193690FB72FF3D2>
 15. OSN. Zajistit zdravý život a zvyšovat jeho kvalitu pro všechny v jakémkoli věku. *United Nations* [online]. Praha: Informační centrum OSN, 2021 [cit. 2021-6-8]. Dostupné z: <https://www.osn.cz/sdg-3-zajistit-zdravy-zivot-a-zvysovat-jeho-kvalitu-pro-vsechny-v-jakemkoli-veku/>
 16. PAINTER, Kirstin. Evidence-based practices in community mental health: outcome evaluation. *Journal of Behavioral Health Services & Research* [online]. National Council for Community Behavioral Healthcare, 2012, , 434-444 [cit. 2021-6-7]. Dostupné z: doi:10.1007/s11414-012-9284-0
 17. POTŮČEK, Martin et al. *Veřejná politika*. Praha: Sociologické nakladatelství, 2010. ISBN 978-80-86429-50-2.
 18. PSYCHIATRICKÁ SPOLEČNOST ČLS JEP. Malý průvodce reformou psychiatrické péče. *Reforma péče o duševní zdraví* [online]. Praha: MZČR, 2021, 2017 [cit. 2021-6-10]. Dostupné z:

- <https://www.reformapsychiatrie.cz/sites/default/files/2021-03/Mal%C3%BD%20pr%C5%AFvodce%20reformou%20psychiatrick%C3%A9%20p%C3%A9%C4%8De.pdf>
19. RAGINS, Mark. *A Road to Recovery* [online]. Mental Health America of Los Angeles, 2002 [cit. 2021-6-25]. Dostupné z: <https://www.zotaveni.cz/zotaveni-nazivo/156-cesta-k-zotaveni-mark-ragins>
 20. RAJKUMAR, Ravi Philip. COVID-19 and mental health: A review of the existing literature. *Asian journal of psychiatry* [online]. Jawaharlal Institute of Postgraduate Medical Education and Research, 2020, **52** [cit. 2021-6-8]. Dostupné z: doi:10.1016/j.ajp.2020.102066
 21. RIMMER, Abi. Nearly two thirds of doctors have anxiety or depression, BMA survey finds. *The BMJ* [online]. BMJ Publishing Group, 2021, 2021 [cit. 2021-6-5]. Dostupné z: <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n22.full>
 22. Robert E. a Howard H. GOLDMAN. The future of evidence-based practices in mental health care. *Psychiatric Clinic of North America* [online]. 2003, , 1011-1016 [cit. 2021-6-6]. ISSN 0193-953X. Dostupné z: doi:10.1016/s0193-953x(03)00074-1
 23. ŘÍČAN, Pavel. Předběžná analýza bariér pro zapojování peer konzultantů do akutní péče v ČR. *Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví* [online]. Praha, 2021, 2019 [cit. 2021-6-13]. Dostupné z: <https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/Analyza-zapojovani-PK-na-akutni-oddeleni.pdf>
 24. STEWART, Conor. Share of respondents who reported suffering from a mental health condition in selected European countries as of 2020. *Statista* [online]. 2021, 8. ledna 2021 [cit. 2021-6-7]. Dostupné z: <https://www.statista.com/statistics/1196047/mental-health-illness-prevalence-in-europe-by-country/>
 25. ŠUPA, Jiří et al. Metodika časných intervencí v multidisciplinárních terénních týmech: Kompetence potřebné pro EI. *Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví* [online]. Praha: Centrum pro rozvoj péče o duševní zdraví, 2021 [cit. 2021-6-15]. Dostupné z: https://www.cmhcd.cz/CMHCD/media/Media/Ke%20stazeni/Centrum/2017_02_metodika_fin_web.pdf
 26. THORNICROFT, Graham, Michele TANSELLA a Ann LAW. Steps, challenges and

- lessons in developing community mental health care. *World Psychiatry* [online]. London: Institute of Psychiatry, King's College, 2008, , 87-92 [cit. 2021-6-7].
27. WHO. Fact sheets on sustainable development goals: health targets: Mental Health. *World Health Organization* [online]. Denmark: World Health Organization Regional Office for Europe, 2021, 2018 [cit. 2021-6-8]. Dostupné z: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/348011/Fact-sheet-SDG-Mental-health-UPDATE-02-05-2018.pdf
28. WHO. Supporting the mental health and well-being of the health and care workforce: Webinar Report. *World Health Organization* [online]. Denmark: WHO Regional Office for Europe, 2021, 2021 [cit. 2021-6-5]. Dostupné z: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/340220/WHO-EURO-2021-2150-41905-57496-eng.pdf>
29. WINKLER, Jiří. *Implementace. Institucionální hledisko analýzy* [online]. Brno: Masarykova univerzita, 2002 [cit. 2022-6-16]. ISBN 80-210-2932-3. Dostupné z: <https://is.muni.cz/publication/407444/cs/Implementace-Institucionalni-hledisko-analyzy/Winkler>
30. WINKLER, Petr et al. *Reforma systému psychiatrické péče: mezinárodní politika, zkušenost a doporučení* [online]. Praha: Psychiatrické centrum Praha, 2013 [cit. 2021-6-6]. ISBN 978-80-87142-21-9. Dostupné z: https://www.nudz.cz/files/common/reforma_systemu_psychiat_pecce.pdf

G. Předběžná náplň práce v anglickém jazyce

The aim of my thesis is to investigate how peer consultants work in the current mental health care system in practice and to explain the role of peer consultants in the mental health care service system and identify potential barriers to their involvement in care. I would like to grasp and map all of this in the context of recent changes in mental health care reform. Specifically, I would like to look at the policies and practices where the role of peer consultants is being defined, their participation and interaction with other staff in multidisciplinary teams. Central to effective peer consultant involvement in mental health services is the process of implementing their role, support from other staff and the department. These and other settings are conducive to collaborative working between stakeholders and quality of service delivery. I would also be interested in future planning for the employment of peer consultants related to the possibility of their further training and

employment in mental health-oriented services. It is also important to find out what is the importance of peer consultants in the system of mental health services in the Czech Republic, not only in relation to patients with mental illness, but also what is the significance of their role for themselves and for the whole health and social system in the Czech Republic

H. Podpisy studenta a vedoucího práce

Datum: 30. června 2021

Oponent:

Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Výzkumné cíle a otázky	6
Tabulka č. 2: Seznam realizovaných rozhovorů s peer konzultanty	32
Tabulka č. 3: Seznam realizovaných rozhovorů s experty	34

Seznam schémat

Schéma č. 1: Teorie implementace – vztah mezi efficiency a effectiveness	15
Schéma č. 2: Přínosy péče peerů pro příjemce péče.....	21
Schéma č. 3: Strategické oblasti NAPDZ	27

Seznam příloh

Příloha č. 1: Scénář rozhovoru s peer konzultanty	122
Příloha č. 2: Scénář rozhovoru s experty	123
Příloha č. 3: Informovaný souhlas s výzkumným rozhovorem	126

Přílohy

Příloha č. 1: Scénář rozhovoru s peer konzultanty

- Uvedení rozhovoru a představení tématu a cílů diplomové práce respondentovi
- Žádost o ústní souhlas s provedením rozhovoru

Téma	Otázky
Jak se stal peerem (motivace, zkušenost s nástupem do nové pracovní pozice a možné bariéry)	Co vás přimělo k tomu se stát peer konzultantem? Jaká byla Vaše motivace? Jak jste se dozvěděl/a o této práci? Jaká byla Vaše zkušenost se vstupem do role peer konzultanta? <ul style="list-style-type: none">• Setkal/a jste se s nějakými bariérami při vstupu na pozici peer konzultanta?
Aktuální vykonávání peerské práce	Kde jste nyní zaměstnán/a jako peer konzultant? Jaký je Váš pracovní úvazek? <ul style="list-style-type: none">• Jste oficiálně zaměstnán/a nebo pracujete jako dobrovolník? Využíváte ve své práci model zotavení? Kde se svými klienty pracujete?
Financování	Jste spokojený/ná s tím, jaké máte finanční ohodnocení?
Podmínky v týmu včetně supervizí, týmových porad	Získáváte od svého týmu dostatečnou podporu? Probíhají ve Vaší organizaci pravidelné supervize či týmové porady? <i>Pokud peer konzultant pracuje v multidisciplinárním týmu:</i> Jak vnímáte spolupráci s ostatními kolegy?
Přínosy práce pro peer konzultanta	Jaké benefity Vám přináší práce peer konzultanta?
Přínosy práce peer konzultanta pro systém služeb péče o DZ	Jaké jsou dle Vás přínosy pozice peer konzultanta pro systém péče o duševní zdraví?
Osobní problematika peerů	Setkal/a jste se někdy se stigmatizací Vaší práce? Je pro Vás obtížné vymezit si hranice s klienty?

	Je pro Vás obtížné komunikovat s klienty?
Budoucnost	Mělo by se dle Vás v souvislosti se současným nastaveným systémem zaměstnávání peer konzultantu něco změnit?
<i>Prostor pro závěrečné doplnění respondentů a poděkování za poskytnutí rozhovoru</i>	

Příloha č. 2: Scénář rozhovoru s experty

- Uvedení rozhovoru a představení tématu a cílů diplomové práce respondentovi
- Žádost o ústní souhlas s provedením rozhovoru

Téma	Otázky
Představení	Mohl/a byste se představit, jaká je Vaše profese, jak se zapojujete do oblasti péče o duševní zdraví?
Transformace služeb, současný stav	<p>V současnosti probíhá reforma psychiatrické péče v České republice. V jakých oblastech si myslíte, že se doposud daří vytyčené cíle reformy naplňovat?</p> <p>Co si myslíte, že je největší překážkou na cestě k plynulé transformaci služeb péče o duševní zdraví?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Co by se podle Vás mělo změnit, aby došlo k co nejefektivnější péči o pacienty? <p>Jak jsou dle Vás dostupné v současnosti zdravotní služby pro osoby s duševním onemocněním?</p> <p>Jak byste zhodnotil/a vzájemnou koordinaci mezi jednotlivými aktéry poskytující zdravotní a sociální služby lidem s duševním onemocněním?</p>
Legislativní ukotvení role peerů, náplň práce	<p>Jak je legislativně (ne)ukotvena role peerů v oblasti péče o duševní zdraví?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jaké jsou největší problémy v této oblasti?

	<ul style="list-style-type: none"> • Jak se díváte na plány ukotvení peerů v rámci Národního akčního plánu duševního zdraví? <p>Dle vašich zkušeností, liší se nějak práce peerů v rámci sociálních služeb a zdravotních služeb?</p> <p>Jakými způsoby se peři zapojují, jaká je náplň jejich práce?</p>
Financování peerů	Jak je práce peerů v současné době financována?
Multidisciplinární týmy a počet peerů v systému	<p>Jak se zapojují peři v rámci multidisciplinárních týmů?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jsou zde nějaké problémy? • Co by bylo vhodné v této oblasti učinit do budoucna? <p>Je dle Vašeho názoru dostatek peerů v českém zdravotnickém a sociálním systému?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kolik by jich bylo v budoucnu potřeba? <p>Jakým způsobem jsou peři vybírání, oslovování?</p>
Vzdělávání peerů	<p>Jak v současné době funguje systém vzdělávání peerů v oblasti duševního zdraví?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kdo to koordinuje? • Existuje ucelený systém? • Existují oficiální kurzy, certifikované kurzy? • Existují nějaké legislativní překážky v rámci vzdělávání peerů ve zdravotnictví a sociální oblasti? • Jaké je uplatnění proškolených peerů? • Jak by se dle Vás mělo vyvíjet vzdělávání peerů v budoucnu?
Peři a reforma psychiatrické péče	Jsou plánovány nějaké změny v oblasti zapojení peer konzultantů do péče v rámci reformy psychiatrické péče?

	<ul style="list-style-type: none"> • Pokud ano, jak konkrétně? <p>Jak funguje v praxi zapojení peerů v rámci CDZ?</p> <p>Jak jsou jinak peeri zapojeni v rámci reformy?</p>
<p>Zapojení ostatních aktérů</p>	<p>Řeší se role peerů na úrovni MZ ČR, v rámci patientské rady a jejích pracovních skupin, v rámci Rady vlády pro duševní zdraví.....?</p> <p>Jaká je role Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví v oblasti peerů?</p> <p>Jak se k zapojování peerů do zdravotní péče staví Česká psychiatrická společnost, případně další lékařské společnosti?</p> <p>Jak se k zapojování peerů staví zdravotnická zařízení a zdravotničtí pracovníci?</p> <p>Existuje nějaký další aktér, který je důležitý pro zapojování peerů do oblasti duševního zdraví?</p> <p>Doporučil/a byste mi nějaký dokument či jinou literaturu k tomuto tématu?</p>
<p><i>Prostor pro závěrečné doplnění respondentů a poděkování za poskytnutí rozhovoru</i></p>	

Příloha č. 3: Informovaný souhlas s výzkumným rozhovorem

Vážená paní/ vážený pane,

byl/a jste požádán/a o účast v rozhovoru v rámci sběru dat pro pomocnou výzkumnou činnost a výzkum diplomové práce, který realizuje studentka FSV Tereza Hekšová.

Hlavní téma a cílem výzkumu je:

Pomocná výzkumná činnost a diplomová práce se zabývá tématem reformy psychiatrické péče a zapojování peer konzultantů v oblasti péče o duševní zdraví. Hlavním cílem vědecké činnosti je explorace současné politiky zapojování peer konzultantů, identifikace jejich specifických potřeb a benefitů, které plynou ze statusu peer konzultantů pro ně samotné, ale také pro systém. Zároveň si výzkum klade za cíl identifikovat případné překážky, které se při zapojování peer konzultantů mohou objevovat.

Důvěrnost informací

Vaše účast v rozhovoru je dobrovolná a může být kdykoliv bez sdělení konkrétních důvodů ukončena. To platí i v rámci otázek, pokud nebudete chtít na nějakou z otázek odpovědět, není to Vaše povinnost.

S vaším svolením bude rozhovor nahráván. Nahraný rozhovor bude následně přepsán. Zvuková i textová forma rozhovoru bude sloužit pouze účely diplomové a výzkumné práce. Použité informace z rozhovoru budou anonymizovány.

Prosím o Váš souhlas s provedením rozhovoru za daných podmínek. Pokud budete mít jakékoli další dotazy ohledně tohoto výzkumu či rozhovoru, kontaktujte mě prosím na níže uvedené adrese.

Děkuji Vám.

Kontakt (telefonní číslo a emailová adresa) na studentku:

Datum a místo konání rozhovoru:

podpis.....