

ZPRÁVA

Centre for Mental Health

Peer podpora v péči o duševní zdraví: vyplatí se?

**Marija Trachtenbergová, Michael Parsonage, Geoff
Shepherd a Jed Boardman**

Shrnutí

Peer pracovníci – lidé s vlastní zkušeností s duševním onemocněním – poskytují v sekundárních službách péče o duševní zdraví vzájemné, podpůrné vztahy. Jsou zaměstnáváni ve stále větším počtu, a to jak ve Velké Británii, tak i v dalších zemích. Kvalitní výzkum a data o efektivitě této formy služeb jsou ale nedostatkovým zbožím, ještě méně je pak známo o jejich nákladové efektivitě.

Tento článek je prvním pokusem o posouzení toho, zda je peer podpora cenově výhodná, konkrétně podle toho, jestli poskytovatelé peer podpory mohou snížit potřebu psychiatrických nemocničních lůžek buď prevencí hospitalizace, nebo zkrácením její doby. Nemocniční péče je velmi nákladná, i úspory z poměrně malých změn ve využití lůžek by tedy mohly vyvážit náklady na zaměstnání peer pracovníků.

V existující literatuře jsme identifikovali šest studií, které obsahují data o vztahu mezi peer podporou a využitím nemocničních lůžek. Opětovná analýza a agregace dat z těchto výzkumů vyznívají pozitivně: finanční výhody zaměstnávání poskytovatelů peer podpory skutečně převyšují náklady, v některých případech značným rozdílem. Je třeba zdůraznit, že důkazy pro toho zjištění jsou omezené kvantitativně i kvalitativně; stačí ale jako podklad, abychom měli nadále zájem zaměstnávat řádně vyškolené a podporované peer pracovníky v týmech duševního zdraví, a k odůvodnění dalšího výzkumu jejich působení.

Úvod

Peer podporu v péči o duševní zdraví lze definovat jako „nabízení a přijímání pomoci založené na sdíleném porozumění, respektu a vzájemném posílení mezi lidmi v podobných situacích“ (Meadová a kol., 2001). Dochází k ní tedy v situaci, kdy lidé mají podobné zájmy a využívají vlastních zkušeností, aby jeden druhému pomohli se posouvat vpřed. Sdílené zážitky osob se zkušeností s duševním onemocněním se točí kolem epizod akutní nouze, důsledků nálepky „duševně nemocný“ (stigma), a zkušeností se službami duševního zdraví.

Prospěšnost těchto vzájemně podpůrných vztahů je dobře známa; pro osoby s vlastními zkušenostmi s duševním onemocněním postupně vznikla řada formálních rolí, v nichž se tyto pracovníci přímo účastní poskytování péče ve službách duševního zdraví. Peřeři mohou být zaměstnáni vedle tradičního personálu i místo něj v některých specifických rolích, například jako case manažeři. Podpůrní peer pracovníci jsou do různé míry využíváni ve většině zemí Evropy, Severní Ameriky a Oceánie. Peer podpora může být v současnosti hrazena v 27 státech USA v rámci programu Medicaid (Minnesota Department of Human Services, 2013).

Konceptuální základy peer podpory a praktické návody k implementaci jsou podrobněji popsány ve dvou průvodních článcích, které vydá program „Implementing Recovery through Organisational Change“ („Uvedení konceptu zotavení do praxe pomocí organizační změny“; ImROC) (Repperová, 2013a a 2013b).

Výhody peer podpory

Peer podpora je založená na osobním porozumění frustracím, které jsou spojené se zkušeností se systémem péče o duševní zdraví. Tím, že uživatel služeb pomůže pochopit události a posunout se vpřed, mu pomáhá se zotavením (*recovery*), namísto pouhého rozpoznání a potlačení příznaků a dysfunkcí. Díky peer vztahu, který je založený na důvěře, nabízí společnost, empatii a posílení, je možné se zbavit pocitů izolace a odmítnutí a nahradit je nadějí, uvědoměním vlastního činného působení a pocitem kontroly.

„Chtěl(a) jsem mít možnost ukázat, že ať spadnete jakkoli hluboko, vždy existuje cesta nahoru, cesta ven... . Snažím se vštěpovat, že nezáleží na tom, kde jste – pokud se chcete dostat někam jinam, je to možné. Vždy lze najít cestu, která vás dovede tam, kde chcete být.“

Peer podpora má výrazný pozitivní dopad na zdraví a kvalitu života. Peer pracovníci i příjemci jejich podpůrných služeb jsou posíleni na cestě k zotavení, mají více sebedůvěry a pozitivnější chápání vlastní identity, cítí méně sebe-stigmatizace, mají více dovedností a cítí se být více oceňováni.

(Repperová, 2013a)

Výzkum efektivity

Tématu efektivity peer podpory se doposud věnovalo poměrně málo kvalitních výzkumů. Vyšlo několik recenzí, které zahrnuly různé studie. Některé z nich zaujaly spíše širší, inkluzivní postoj (Repperová a Carter, 2011), zatímco další byly více selektivní, ale i ty berou v úvahu data nepocházející z randomizovaných kontrolovaných studií (RCT) (Warner, 2009). Zatím poslední přehled při použití Cochranovy metodologie identifikoval pouze 11 randomizovaných kontrolovaných studií (Pittová et al., 2013). Jednotliví recenzenti dospěli v důsledku nejednotné kvality dat a použití různých vzorových studií k nepatrně odlišným závěrům, nicméně objevilo se několik obecně platných zjištění.

- V žádné studii nevyšlo najevo, že by zaměstnání poskytovatelů peer podpory vedlo k horším zdravotním výsledkům u příjemců těchto služeb.
- Ve srovnání se službami bez peer pracovníků přináší začlenění peerů do pracovního týmu nejčastěji stejné nebo lepší výsledky v řadě výstupů (Davidson a kol., 1999; Simpsonová a House, 2002; Doughtyová a Tse, 2005; Repperová a Carter, 2011; Wright-Berrymanová a kol., 2011; Davidson a kol., 2012).
- Pacienti díky peer pracovníkům často nabývají pocitu posílení (Kleinová et al., 1998; Corrigan, 2006; Dumontová a Jonesová, 2002; Resnicková & Rosenheck, 2008) a zvýšeného sebevědomí a sebedůvěry (Davidson a kol., 1999; Salzer & Shearová, 2002; Davidson a kol., 2012).
- Některé studie ukazují souvislost mezi působením peer pracovníků a zlepšením jak subjektivního fyzického a emočního zdraví, tak lékařsky posuzovaného celkového fungování (Kleinová a kol., 1998; Huxley a kol., 2005).

- Zvýšená spokojenost se službami figuruje v celé řadě studií. Stejně často se objevuje větší spokojenost s kvalitou života, ale v tomto ohledu jsou zjištění studií nejednoznačná.
- Pacienti s peer podporou vykazují v průřezových i longitudinálních studiích zlepšení v začleňování do komunity a sociálním fungování (Kleinová a kol., 1998; Chinman a kol., 2001; Yanosa kol., 2001; Forchuková a kol., 2005; Nelson a kol., 2006; Huxley a kol., 2005; Lawnová a kol., 2008).
- Zavedení peer podpory vedlo ke sníženému užívání alkoholu a drog u pacientů se souběžnými problémy se zneužíváním návykových látek (Kleinová a kol., 1998; Davidson a kol., 2012).
- Častý kontakt pacientů s peer pracovníky zvyšoval jejich stabilitu v zaměstnání, vzdělávání a školení (Ochocková a kol., 2006; Repperová a Carter, 2011).

Již jsme uvedli, že některé z těchto nálezů se neobjevují ve všech studiích, a že celková metodologická kvalita dat je nízká. Zároveň se také velmi lišily druhy hodnocených intervencí, rozsah základního školení peerů (to trvá několik dnů až několik týdnů) a forma i četnost interakcí mezi peery a jimi podporovanými uživateli služeb. Ve skutečnosti je hodnocena potenciálně široká škála různých intervencí, takže rozporuplné výsledky nejsou vůbec překvapivé.

Kromě pozitivních výsledků u těch, kdo peer podporu využívají, existují také prokazatelné výhody pro samotné peer pracovníky. Ti se cítí posílení na své vlastní cestě k zotavení, mají větší sebedůvěru a sebevědomí, cítí se být lépe hodnoceni okolím a méně stigmatizováni a mají pozitivnější prožitek vlastní identity (Mowbrayová a kol., 1998; Salzer a Shearová, 2002; Repperová a Carter, 2011).

V neposlední řadě zkušenost s programem ImROC z nedávné doby ukazuje, že zařazení peer pracovníků je v organizacích hnací silou

přístupu více orientovaného na zotavení. Peer pracovníci dávají naději a inspiraci uživatelům služeb, mohou ale také přispět k narušení negativních postojů u dalších pracovníků a inspirovat všechny členy týmu. Jejich příklad jasně ukazuje, že lidé s duševním onemocněním mohou zásadně přispět k vlastnímu zotavení a k zotavení dalších osob, pokud k tomu dostanou příležitost. Tento konkrétní dopad na organizační změnu byl předmětem řady diskusí v oboru. Pokud je nám ale známo, ještě se mu nedostalo formálního zkoumání.

Finanční výhodnost

Z výše shrnutých dat vyplývá, že zaměstnání pracovníků peer podpory může mít celou řadu různých pozitivních dopadů. Ty někdy můžeme jen těžko vyjádřit v číslech a už vůbec nelze přesně změřit jejich peněžní hodnotu.

Nicméně v současnosti, kdy jsou zdroje NHS (*National Health Service, Národní zdravotní služba ve Velké Británii*) zásadně omezovány, musí být otázka výhod peer podpory vs. její ceny zodpovězena. Je rozumné, když si vládní zmocněnci a manažeři vyžádají informace nejen o efektivitě nové služby, ale také o její nákladové efektivitě, aby na jejich základě mohli rozhodovat a stanovovat priority.

Abychom mohli vůbec začít se zodpovězením této otázky a zároveň mohli vzít v potaz i velmi rozdílné studie, rozhodli jsme se z dostupných dat zkoumat pouze jednu oblast: mohou poskytovatelé peer podpory snížit využívání psychiatrických nemocničních lůžek u uživatelů služeb duševního zdraví, ať už prevencí nebo odložením hospitalizací, nebo zkrácením jejich délky? Rozhodli jsme se zaměřit na vliv peer podpory na hospitalizace nejen kvůli jejich vysoké nákladnosti, ale i kvůli trvale špatným zkušenostem uživatelů s touto oblastí služeb (Care Quality Commission, 2009), z čehož vyplývá potenciál pro zvláště silnou efektivitu peer podpory při zlepšování péče. Pokud se pacienti díky poskytovatelům peer podpory cítí posílení a mají více sebevědomí a důvěry, zdálo se pravděpodobné, že budou také lépe vybaveni ke zvládnání života v komunitě, a že tedy bude úměrně klesat potřeba péče v hospitalizaci.

Hospitalizace je jednoznačně nejdražší součástí systému péče o duševní zdraví. Například v období 2011-12 stál den akutní nemocniční péče v anglických psychiatrických nemocnicích průměrně kolem 330 liber (v té době kolem 10 000 korun; Ministerstvo zdravotnictví, 2013). Každé snížení využití nemocničních lůžek díky peer podpoře tedy představuje zásadní finanční přínos a vyvažuje náklady na zaměstnání peer pracovníků. Kdybychom

takovýchto změn, tedy sníženého využití nemocničních lůžek, dosáhli v dostatečné míře, zaměstnávání peerů by mohlo přinést i celkové úspory přesahující náklady na zaměstnávání těchto pracovníků.

Takový výsledek by byl jasnou odpovědí na otázku cenové výhodnosti. Základním cílem všech intervencí ve zdravotnických službách je zlepšení zdraví a kvality života uživatelů. Obecně se předpokládá, že dosažení takovýchto výsledků bude vyžadovat větší zdroje. V těchto podmínkách je úkolem řídicích pracovníků v NHS najít rovnováhu mezi zdravotnickým přínosem na jedné straně a zvýšenými náklady na straně druhé.

Jak známo, v případě peer podpory přibývá dat, která dokládají zlepšení zdraví a kvality života v důsledku zaměstnání těchto pracovníků. Když vezmeme v úvahu jejich dopad na využití nemocničních lůžek, vyvstává navíc možnost snížení – nikoli zvýšení – celkových nákladů na péči o duševní zdraví: jinými slovy, lepší zdraví za nižší cenu. Pokud bychom těchto výsledků skutečně dosáhli, využití pracovníků peer podpory by mohlo být jasně cenově výhodné a zároveň velmi atraktivní z pohledu přidělování prostředků. Kromě toho, že zlepšuje zdraví a kvalitu života uživatelů služeb, totiž uvolňuje prostředky, které pak mohou být využity jinde.

Metodologie hodnocení

V literatuře týkající se peer pracovníků jsme hledali studie obsahující kvantitativní data o vztahu mezi zaměstnáváním peerů a psychiatrickými hospitalizacemi. Ke zhodnocení rizika zkrácení a k určení celkové kvality těchto studií jsme použili Cochranova vodítka, přestože ne všechny z nich byly randomizované kontrolované studie.

Na základě tohoto procesu jsme identifikovali osm studií vhodných k analýze, včetně jedné dosud nepublikované studie. Další studie, které obsahovaly informace o hospitalizacích, byly vyřazeny buď kvůli nedostatkům v metodologii, nebo kvůli absenci některých klíčových údajů nezbytných k naší analýze. Mezi studiemi vyřazenými z poslední jmenovaného důvodu byly studie s velkými výběrovými soubory, vhodnými srovnávacími skupinami i dalšími znaky kvalitně vypracovaného výzkumu (například Landers a Zhouová, 2011). Stojí za zmínku, že většina vyřazených studií vykazovala ohledně dopadu na hospitalizace pozitivní výsledky, tedy že zaměstnávání poskytovatelů peer podpory obecně vedlo k nižšímu rozsahu využití nemocničních lůžek.

Vybraných osm studií jsme rozdělili do dvou skupin podle toho, jakou roli v nich hráli peer pracovníci. První skupina obsahovala studie, v nichž vyškolení peer pracovníci přebírali od tradičních pracovníků role koordinátorů péče v rámci tradičního týmu duševního zdraví („substituční“). Druhá skupina byla méně vyhraněná. Tvořily ji studie, v nichž pracovníci peer podpory poskytovali pacientům nové nebo doplňující služby jako spřátelení, mentoring nebo obhajování, a to pacientům, kteří zároveň využívali péče tradičních týmů v komunitách nebo nemocnicích („doplňující“).

První, „substituční“ skupina sestávala pouze ze dvou kvalitních studií (Solomonová a Draine, 1995; Clarke et al., 2000). Obě zjistily, že peer pracovníci skutečně mohou v roli koordinátorů péče fungovat přinejmenším stejně dobře jako tradiční pracovníci (viz také nedávno publikovaný přehled Pittové a kol., 2013). Tyto studie se nicméně soustředily na skupiny pacientů s velmi nízkou mírou hospitalizace (v průměru pouze zhruba jeden den hospitalizace v roce na každého pacienta), proto je obtížné z nich vyvozovat jasné závěry o dopadu peerů na využívání lůžek.

Je důležité dodat, že využití peer pracovníků coby koordinátorů péče může být cenově výhodné i v případech, kde nedojde k úsporám na nemocniční péči. Pokud předpokládáme podobné platy jako u tradičních pracovníků v systému péče o duševní zdraví, peer pracovníci v tradičních rolích nezvýší služební náklady. Za těchto podmínek je jakékoli zlepšení zdraví nebo kvality života u uživatelů služeb dostatečným důvodem k zaměstnání peerů, protože to představuje zlepšení bez nákladů: lepší zdraví za stejnou nebo i nižší cenu. V současnosti jsou mzdy peer pracovníků obecně nižší než mzdy tradičních pracovníků v péči o duševní zdraví.

Identifikovali jsme šest studií o využití peer pracovníků k poskytování „doplňujících“ služeb (Chinman a kol., 2001; Kleinová a kol., 1998; Lawnová, 2007; Rivera et al., 2007; Salzer a kol., bez data; Sledge a kol., 2011). Zbývající část tohoto článku se soustředí na analýzu dat z těchto studií. Podrobnosti o jejich klíčových charakteristikách jsou obsaženy v příloze, která ukazuje značné rozdíly ve výzkumných projektech, velikostech vzorků, prostředích, v nichž peer pracovníci působili, i v druhu jimi poskytovaných služeb. Implikacím těchto rozdílů se budeme věnovat později.

Metoda vypracování odhadu nákladů

Údaje z výše jmenovaných šesti studií jsme podrobili analýze s cílem vytvořit ke každé z nich odhad počtu ušetřených dnů hospitalizace na ekvivalent jednoho peer pracovníka zaměstnaného na plný úvazek. Počet ušetřených dnů hospitalizace a vklad peer pracovníků jsme poté převedli na čísla v librách (£) s pomocí jednotkových nákladů pro Anglii v období 2011-12. Výsledkem byl poměr přínosů a nákladů v následující formě, kterou používáme jako hlavní míru finančního výsledku: hodnota ušetřených dnů hospitalizace za jednoho peer pracovníka děleno cenou na jednoho peer pracovníka.

Například poměr 3:1 znamená, že každá 1 £ použitá na peer pracovníka přináší úspory ve využití nemocničních lůžek v hodnotě 3 £. Z toho vyplývá čistá úspora 2 £ na každou investovanou 1 £ (tedy hrubá úspora 3 £ minus 1 £, kterou stojí peer pracovník).

Jak již bylo řečeno, jednotková cena psychiatrické hospitalizace je 330 £ na lůžko a den (Ministerstvo zdravotnictví, 2013). Dále jsme předpokládali, že většina peer pracovníků spadá v rámci NHS do 3. platové skupiny, v níž průměrný základní roční plat na ekvivalent zaměstnance na plný úvazek činí 18 100 £ (Curtisová, 2012). Také bylo třeba započítat režijní náklady. Ty zvyšují celkové roční náklady na ekvivalent jednoho peer pracovníka zaměstnaného na plný úvazek na 33 485 £.

Několik zkoumaných studií udává počty kontaktních hodin, které peer pracovníci tráví s pacienty. Kvůli času strávenému dojížděním, administrativou atd. nejsou všechny odpracované hodiny hodinami kontaktními. Tento faktor jsme vzali v úvahu a předpokládali, že poměr kontaktních hodin k celkovému počtu odpracovaných hodin je 0,59. Tento poměr uvádí Curtisová (2012) pro pracovníky v oblasti podpory rodin, kteří jsou srovnatelnou skupinou zaměstnanců. Podle

údajů z tohoto kontextu jsme také předpokládali, že ekvivalent plného úvazku pracovníka v oblasti peer podpory činí 1563 hodin práce ročně. To odpovídá 37,5 hodinovému pracovnímu týdnu a bere v úvahu dovolenou, čas věnovaný školení atd.

Pokud jsou náklady na den hospitalizace 330 £ a náklady na zaměstnání peer pracovníka na ekvivalent plného úvazku 33 485 £ na rok, musí pracovník přinést celkové snížení využití nemocničních lůžek o zhruba 100 dnů hospitalizace na rok, aby se náklady vyrovnaly. Při počtu 20 případů na peer pracovníka je tedy třeba, aby peer způsobil snížení počtu dnů hospitalizace na pacienta průměrně o pět dnů na rok.

Pět ze šesti analyzovaných studií sbíralo navazující údaje o využití nemocničních lůžek v obdobích po 6-12 měsících, jedna po 36 měsících. Poměr přínosů a nákladů, který používáme jako míru finančních výsledků, není v principu vázán na konkrétní časové rozmezí. Abychom předešli jakémukoli zmatku, považovali jsme studii s časovým rámcem 36 měsíců za odlehlou hodnotu; autoři studie nám laskavě poskytli údaje o hospitalizacích po prvních 12 měsících navazujícího období. Žádné další změny vyrovnávající časové úseky ostatních studií nebyly provedeny. Dva ze šesti níže uvedených poměrů přínosů a nákladů vycházejí ze šestiměsíčního období, jeden z období devítiměsíčního a tři z období po 12 měsících. Bez dalších informací není možné určit, jestli použití těchto různých časových úseků snižuje srovnatelnost výsledků.

Závěrem je třeba ke kalkulaci nákladů podotknout, že redukce hospitalizací nevede nutně k okamžité úspoře 330 £ za lůžko a den, protože údaj o 330 £ je vypočítán jako plná cena včetně pevných i proměnlivých nákladů, pevné náklady však přirozeně nelze snížit v krátkodobém horizontu. Plná hodnota těchto úspor se tedy uplatní teprve tehdy, když budou provedeny odpovídající změny v kapacitě a počtu personálu nemocnic; uvolnění prostředků bude záležet na rychlosti,

jakou dojde ke změnám, například uzavření nemocničních oddělení. Přesto je nepochybně vhodné měřit úspory na bázi celkových výdajů, aby bylo možné obecně zhodnotit ekonomické přínosy zaměstnávání peer pracovníků a

z dlouhodobého pohledu se jimi řídit při provádění důležitých rozhodnutí v oblasti plánování ve zdravotnických službách.

Výsledky

Následující tabulka obsahuje poznatky získané z šesti analyzovaných studií pomocí výše popsaných metod.

Studie	časové období	náklady na peer pracovníka	hodnota ušetřených dnů hospitalizace na peer pracovníka	poměr přínosu a nákladů
	(1)	(2)	(3)	(4) = (3) : (2)
Chinman	6 měsíců	16 742,50 £	142 989 £	8,54:1
Kleinová	6 měsíců	16 742,50 £	41 679 £	2,49:1
Lawnová	12 měsíců	33 485,00 £	239 910 £	7,16:1
Rivera	12 měsíců	33 485,00 £	-43 560 £	-1,30:1
Salzer	12 měsíců	33 485,00 £	23 826 £	0,71:1
Sledge	9 měsíců	25 113,75 £	130 018 £	5,18:1

Je zřejmé, že čtyři ze šesti studií (Chinman, Kleinová, Lawnová a Sledge) ukazují poměr přínosu a nákladů značně přesahující 1:1. Ve všech těchto případech tedy odhadovaná hodnota redukce hospitalizací, dosažené díky peer pracovníkům, přesahuje náklady na zaměstnání těchto pracovníků. V jedné studii (Salzer) byl poměr sice pozitivní, ale menší než 1 (+0,71), jinými slovy práce peerů přinesla jistou redukci využívání nemocničních lůžek, ta ale nestačila k plnému vyvážení nákladů na jejich zaměstnávání. Jedna studie (Rivera) ukázala negativní poměr přínosu a nákladů. Využití peerů v tomto případě vedlo k mírnému nárůstu hospitalizací, takže služební náklady vzrostly jak z tohoto důvodu, tak kvůli nákladům na zaměstnávání peer pracovníků.

Jako shrnutí těchto dat napříč studiemi je možné poměr přínosu a nákladů zprůměrovat. To je možné provést dvěma způsoby: buď neváženým způsobem, tedy tak, že každé studii dáme stejnou důležitost, nebo váženou metodou, v níž váhu každé studie určuje velikost jejího vzorku pacientů. Tento přístup lze upřednostnit, pokud vezmeme v úvahu fakt, že větší vzorky obecně poskytují

spolehlivější výsledky. Průměr poměrů přínosu a nákladů podle nevážené metody byl 3,81:1, zatímco vážený průměr činil 4,76:1. Mezi takto vypočítanými průměry je poměrně malý rozdíl. Oba vykazují výrazně pozitivní výsledek.

Tato čísla ukazují k celkovému závěru, že zaměstnávání peer pracovníků vede k významnému poklesu hospitalizací u pacientů, které tito pracovníci podporují, což přináší finanční úspory bohatě přesahující přidané náklady na mzdy peerů. Na základě těchto poznatků je zřejmé, že využití peer pracovníků má smysl z pohledu cenové výhodnosti. Tento závěr obstojí i sám o sobě, bez ohledu na důkazy o pozitivním dopadu na duševní zdraví a kvalitu života uživatelů služeb.

Omezení této analýzy

Je nutné zde uvést řadu praktických omezení této analýzy.

1. Datová základna je omezeného rozsahu i kvality. Použito bylo pouze šest studií, z nichž všechny mají jisté metodologické nedostatky. Například pouze dvě z nich porovnaly výsledky s řádně randomizovanými kontrolními skupinami. Vzorky byly poměrně malé, především u Kleina et al. (1998), což je studie, kterou lze charakterizovat jako pilotní. Podpůrné služby poskytované peer pracovníky nebyly vždy dopodrobna popsány. Obsah pojmu „standardní péče“, tedy služby, kterých se dostalo kontrolní skupině, se také velmi lišil a často byl nedostatečně definován.
2. Jak jsme již poznamenali, studie se lišily co do druhu zkoumaných intervencí. Tyto rozdíly nejsou překvapující, neboť peer podpora stále zdaleka není jednoduchou a dobře definovanou intervencí, kterou by bylo možné studovat v přísně kontrolovaných podmínkách. Vysoká míra odlišnosti studií nicméně omezuje rozsah obecných závěrů, které z nich lze vyvodit. Celkově hovoří data představená v tomto přehledu ve prospěch tvrzení, že peer podpora může snížit využití nemocničních lůžek. Pouze na jejich základě ale není možné určit případnou nadřazenost jednoho modelu peer podpory.
3. Omezení týkající se finanční analýzy spočívá ve faktu, že vliv poskytovatelů peer podpory na služební náklady v systému péče o duševní zdraví byl posouzen pouze vzhledem k hospitalizacím. Přitom mohou (ale nemusí) být ovlivněny i další služby. Především je možné, že úspory vzniklé redukcí využití nemocničních lůžek částečně vyváží zvýšení nákladů v komunitních službách duševního zdraví, jejichž využití vzroste. Vzhledem k vysoké nákladnosti hospitalizací je nepravděpodobné, že by tento faktor zásadně ovlivnil celkové závěry tohoto článku, výše uvedené podrobné odhady úspor je však vhodné považovat za horní limity.
4. A konečně, ze šesti zde zkoumaných studií jich pět pochází z USA a jedna z Austrálie. Vystává proto otázka, do jaké míry by mohly kontextuální faktory omezit relevanci výsledků pro Velkou Británii. Toto je samozřejmě opodstatněná otázka, nicméně celkové závěry jsou robustní. I kdyby byly například průměrné úspory z nižšího využití nemocničních lůžek pouze poloviční, finanční přínos by stále převyšoval náklady.

Závěry

Tyto výsledky prozatím podporují tvrzení, že zaměstnání poskytovatelů peer podpory navíc k existujícím týmům duševního zdraví může kromě řady dalších zdravotních a sociálních přínosů vést i k úsporám na nákladech.

I přes existující metodologické problémy se specifikací druhu intervence peer pracovníků, s kvalitou výzkumných plánů a analýzou poměru přínosu a nákladů jsou výsledky velmi zajímavé. Samozřejmě je nutné provést další, kvalitnější výzkum.

Věříme, že prozatím existuje dostatek dat k tomu, aby bylo možné začít obezřetně zaměstnávat důkladně vyškolené a podporované peer pracovníky v týmech duševního zdraví a důsledně hodnotit jejich působení, včetně jejich vlivu na extrémně nákladné intervence jako je hospitalizace. To je opodstatněno nejen finančně, ale také kvůli velkému množství dokladů o problémech s kvalitou nemocniční péče.

Apendix:

Shrnutí studií obsahujících data o peer podpoře a využití nemocničních lůžek

Autor	Výzkumný plán	Velikost vzorku	Výzkumné období	Druh intervence	Odhadovaný počet ušetřených dnů hospitalizace na ekvivalent peer pracovníka na plný úvazek
Chinman a kol., 2001	Nerandomizovaný plán; odpovídající srovnávací skupina	Intervenční skupina = 79; srovnávací skupina = 79	6 měsíců	Peer podpora poskytovaná po propuštění z nemocnice s cílem předejít/zkrátit další hospitalizace	433 za 6 měsíců
Lawnová, 2007	Studie „před a po“; bez srovnávací skupiny	Intervenční skupina = 230	12 měsíců	Peer podpora poskytovaná čerstvě propuštěným pacientům a pacientům v riziku opětovných hospitalizací s cílem předejít hospitalizacím	727 za 12 měsíců
Sledge a kol., 2011	Randomizovaná kontrolovaná studie	Intervenční skupina = 38; kontrolní skupina = 36	9 měsíců	Peer podpora poskytovaná pacientům, kteří byli hospitalizováni třikrát a více během předcházejících 18 měsíců, s cílem předejít dalším hospitalizacím nebo je zkrátit	394 za 9 měsíců
Kleinová a kol., 1998	Studie charakterizovaná jako „kvazi-randomizovaná“ (Pitt et al., 2013)	Intervenční skupina = 10; kontrolní skupina = 51	6 měsíců	Peer podpora kombinovaná s intenzivním case managementem určená pacientům s duální diagnózou žijícím v komunitě	126 za 6 měsíců
Salzer a kol., bez data	Nerandomizovaný plán; odpovídající srovnávací skupina	Intervenční skupina = 106; srovnávací skupina = 378	36 měsíců; údaje pro prvních 12 měsíců poskytnuty na naši žádost	Peer podpora kombinovaná s intenzivním case managementem určená pacientům s duální diagnózou žijícím v komunitě, kteří zároveň byli hospitalizováni alespoň jednou během předcházejících dvou let	72 za 12 měsíců
Rivera a kol., 2007	Randomizovaná kontrolovaná studie	Intervenční skupina = 70; kontrolní skupina = 66	12 měsíců	Peer podpora kombinovaná s intenzivním case managementem pro pacienty s těžkým duševním onemocněním žijící v komunitě	Růst o 132 dnů za 12 měsíců

Poděkování

Během analýzy studií pro tento článek jsme byli v kontaktu s řadou autorů zkoumaných studií.

Jsme velmi vděční za nesmírně užitečné rady a vysvětlení těmto z nich: Matthew Chinman, Ram Cnaan, Larry Davidson, Amelia Rocco Kleinová, Sharon Lawnová, Mark Salzer, Dave Sells, William Sledge a Jeanie Whitecraftová.

Zvláštní dík patří Marku Salzerovi a jeho kolegům za souhlas s použitím nepublikovaného článku.

Bibliografie

Care Quality Commission (2009) *Mental health acute inpatient services survey 2009*. Available at <http://archive.cqc.org.uk/aboutcqc/howwedoit/involvingpeoplewhouseservices/patientsurveys/mentalhealthservices.cfm>.

Chinman, M., Weingarten, R., Stayner, D. & Davidson, L. (2001) Chronicity reconsidered: improving person-environment fit through a consumer-run service. *Community Mental Health Journal*, **37**(3), pp. 215-229.

Clarke, G., Herinckx, H., Kinney, R., Paulson, R., Cutler, D., Lewis, K. & Oxman, E. (2000) Psychiatric hospitalizations, arrests, emergency room visits and homelessness of clients with serious and persistent mental illness: findings from a randomized trial of two ACT programs vs. usual care. *Mental Health Services Research*, **2**(3), pp. 155-164.

Corrigan, P. (2006) Impact of consumer-operated services on empowerment and recovery of people with psychiatric disabilities. *Psychiatric Services*, **57**(10), pp. 1493-1496.

Curtis, L. (2012) *Unit costs of health and social care 2012*. Canterbury: Personal Social Services Research Unit, University of Kent.

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

Davidson, L., Bellamy, C., Guy, K. & Miller, R. (2012) Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience. *World Psychiatry*, **11**, pp. 123-128.

Department of Health (2013) *NHS Reference Costs 2011-12*. Available at <https://www.gov.uk/government/publications/nhs-reference-costs-financial-year-2011-to-2012>.

Doughty, C. & Tse, S. (2005) Can consumer-led mental health services be equally effective?

An integrative review of CLMH services in high-income countries. *Community Mental Health Journal*, **47**, 252-266.

Dumont, J. & Jones, K. (2002) Findings from a consumer/survivor defined alternative to psychiatric hospitalisation. *Outlook*, Spring, 4-7.

Forchuk, C., Martin, M., Chan, Y. & Jensen, E. (2005) Therapeutic relationships: from psychiatric hospital to community. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, **12**, pp. 556-564.

Huxley, P., Evans, S., Davidson, B., King, S. & Beresford, P. (2005) *An evaluation of the impact of the introduction of Support, Time and recovery (STR) workers to mental health teams*. London: Social Care Workforce Research Unit, King's College London.

Klein, A., Cnaan, R. & Whitecraft, J. (1998) Significance of peer social support for dually diagnosed clients. *Research on Social Work and Practice*, **8**, pp. 529-551.

Landers, G. & Zhou, M. (2011) An analysis of relationships among peer support, psychiatric hospitalization and crisis stabilization. *Community Mental Health Journal*, **47**, pp. 106-112.

Lawn, S. (2007) *Southern Mental Health Peer Service: Report on the first 12 months June 2006– June 2007*. Government of South Australia, Southern Adelaide Health Service.

Lawn, S., Smith, A. & Hunter, K. (2008) Mental health peer support for hospital avoidance and early discharge: an Australian example of consumer driven and operated service. *Journal of Mental Health*, **17**(5), pp. 498-508.

Mead, S., Hilton, D. & Curtis, L. (2001) Peer support: a theoretical perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, **25**(2), pp. 134-141.

Mowbray, C, Moxley, D. & Collins, M. (1998) Consumers as mental health providers: first-person accounts on benefits and limitations. *Journal of Behavioural Services and Research*, **25**(4), pp. 397-411.

Nelson, G., Ochocka, J., Janzen, R. & Trainor, J. (2006) A longitudinal study of mental health

consumer/survivor initiatives: Part 1 – literature review and overview of the study. *Journal of Community Psychology*, **34**(3), pp. 247-260.

Minnesota Department of Human Services (2013) Certified Peer Support Services. Available from: http://www.dhs.state.mn.us/main/idcplg?IdcService=GET_DYNAMIC_CONVERSION&dID=152953.

Ochocka, J., Nelson, G., Janzen, R. & Trainor, J. (2006) A longitudinal study of mental health consumer/survivor initiatives: Part 3 – a qualitative study of impacts of participation on new members. *Journal of Community Psychology*, **34**(3), pp. 273-283.

Pitt, V., Lowe, D., Hill, S., Prictor, M., Hetrick, S., Ryan, R. & Berends, L. (2013) Consumer providers of care for adult clients of statutory mental health services. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2013*, Issue 3.

Repper, J. (2013a, in press) *Peer support workers: theory and practice*. London: Centre for Mental Health.

Repper, J. (2013b, in press) *Peer support workers: implementation*. London: Centre for Mental Health.

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

Resnick, S. & Rosenheck, R. (2008) Integrating peer-provided services: a quasi-experimental study of recovery orientation, confidence and empowerment. *Psychiatric Services*, **59**(11), pp. 1307-1317.

Rivera, J., Sullivan, A. & Stavros Valenti, S. (2007) Adding consumer-providers to intensive case management: does it improve outcome? *Psychiatric Services*, **58**(6), pp. 802-809.

Salzer, M. & Shear, S. (2002) Identifying consumer-provider benefits in evaluations of consumer-delivered services. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, **25**(3), pp. 281-288.

Salzer, M., Whitecraft, J., Min, S-Y & Rothbard, A. (undated, manuscript under review) *A longitudinal, comparison group study of the impact of peer support for people with co-occurring disorders on inpatient bed days*.

Sledge, W., Lawless, M., Sells, D., Wieland, M., O'Connell, M. & Davidson, L. (2011) Effectiveness of peer support in reducing readmissions of persons with multiple psychiatric hospitalizations. *Psychiatric Services*, **62**(5), pp. 541-544.

Simpson, E. & House, A. (2002) Involving users in the delivery and evaluation of mental health services: systematic review. *British Medical Journal*, **325**, pp. 1265-1268.

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

Warner, R. (2009) Recovery from schizophrenia and the recovery model. *Current Opinion in Psychiatry*, **22**, pp. 374-380.

Wright-Berryman, J., McGuire, A. & Salyers, M. (2011) A review of consumer-provided services on assertive community treatment and intensive case management teams: implications for future research and practice. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, **17**, pp. 37-44.

Yanos, T., Primavera, L. & Knight, E. (2001) Consumer-run service participation, recovery of social functioning and the mediating role of psychological factors. *Psychiatric Services*, **52**(4), pp. 493-500.

Peer pracovníci v péči o duševní zdraví

Publikováno v červnu 2013

© Centre for Mental Health, 2013

Příjemci (s výjimkou časopisů) mohou materiál z tohoto článku volně rozmnožovat a používat pod podmínkou, že vždy poskytnou řádný odkaz.

Pokud si přejete dostávat náš měsíční zpravodaj a nejnovější publikace, zaregistrujte se prosím na www.centreformentalhealth.org.uk