

Péče mezi sektory: Nový rámec porozumění fragmentaci sociálních a zdravotních služeb

MICHAELA VESELÁ HIEKISCHOVÁ[✉]

Katedra sociální práce, Fakulta sociálně ekonomická,
Univerzita Jana Evangelisty Purkyně, Ústí nad Labem

Cross-Sectoral Care: Developing a New Framework for Understanding Fragmentation in Social and Health Services

Abstract: The fragmentation of social and health care is frequently mentioned in scholarly literature as a key obstacle to the integration, quality, and accessibility of care. However, there has yet to be a systematic and comprehensive conceptualisation of this phenomenon. The term ‘fragmentation’ is often used implicitly, without a deeper analysis of the systemic structures and cultural barriers that sustain the fragmentation of care. This article addresses this knowledge gap and proposes a conceptualisation of the fragmentation of social and health care as a multidimensional and multilevel phenomenon. Based on a scoping review of international literature (WoS), coupled with an analysis of Czech expert and strategic documents and exploratory semi-structured interviews with professionals and practitioners, the article presents a conceptual framework of fragmentation. It identifies seven dimensions of fragmentation – (1) institutional, (2) organisational, (3) professional, (4) interpersonal, (5) operational, (6) cultural, and (7) the dimension of initiative and collaboration – and links them to different levels of the care system (macro, meso, micro). The framework is intended to serve as a tool for obtaining a deeper understanding of how and where fragmentation manifests within the structure of care. The proposed framework can be used not only for analytical and research purposes, but also as a basis for policy and organisational interventions. In the Czech context, it represents the first comprehensive attempt to systematically define this phenomenon and its dimensions.

Keywords: care fragmentation, social and health care, service integration, fragmentation dimensions, macro–meso–micro levels

Sociologický časopis / Czech Sociological Review, 2026, online first

Zveřejněno online: 17. března 2026, <https://doi.org/10.13060/csr.2026.009>

✉ Michaela Veselá Hiekischová: michaela.hiekischova@ujep.cz

Úvod

Už od 90. let 20. století se odborníci v České republice snaží řešit problém fragmentace sociální a zdravotní péče, zejména v oblasti dlouhodobé péče. Ačkoli vznikla řada pracovních skupin, expertních debat, konferencí i politických prohlášení (např. Asociace poskytovatelů sociálních služeb [APSS], 2021, 2025), konkrétní a udržitelný výsledek zůstává nedosažen. Tento stav je o to znepokojivější, že fragmentace péče přináší zásadní dopady jak na jednotlivce, tak na celý systém. Na makroúrovni posiluje nerovnosti ve zdraví, komplikuje financování, zvyšuje náklady a má negativní dopad na zdravotní stav populace (Edgren a Barnard, 2015; Fiscella et al., 2000), zatímco na mikroúrovni vede k horší orientaci uživatelů v systému, nižší kvalitě života a celkové frustraci (Schultz et al., 2019; Stange, 2009). Zvláště ohroženi jsou lidé s chronickými onemocněními a komplexními potřebami, u nichž je propojení služeb zcela zásadní (de Matos et al., 2024).

V českém prostředí se pojem fragmentace objevuje spíše implicitně a je často zužován na resortismus, úhradové nebo organizační bariéry (APSS, 2021; Janečková a Vepřková, 2017; Kalvach a Wija, 2015; Průša et al., 2021). Odborný diskurz se tedy soustřeďuje především na systémovou neefektivitu na institucionální úrovni. Tato dominantní orientace se promítá i do strategických dokumentů státní správy, které preferují „tvrdá“ řešení na úrovni systémových struktur (MPSV, 2015; MZ, 2020). Spíše se setkáváme s pojmy jako „resortismus“ (Janečková a Vepřková, 2017), „sociálně-zdravotní pomezí“ (APSS, 2021 a 2025; Balková, 2018) nebo „absence integrace“ (Průša et al., 2021) než s pojmem fragmentace. Studie Janečkové a Vepřkové (2017) a Angelovské a Janečkové (2023) sice upozorňují na odlišné jazyky, hodnoty a kultury jednotlivých aktérů, přesto tyto poznatky zůstávají primárně ukotveny na institucionální úrovni a odvozují hlavní bariéru integrace z resortismu. V českém prostředí je systematická akademická reflexe tématu zatím omezená.

Podobně i v zahraniční literatuře je fragmentace vnímána převážně jako dysfunkční stav, tedy jako něco, co brání integraci péče. Často je tematizována pomocí formulací jako „lack of coordination“, „silo mentality“, „boundary“ nebo „parallel structures“ (Glendinning, 2003; Moorthie et al., 2022). Fragmentace péče zůstává na úrovni implicitního předpokladu jako výchozí problém, který je třeba překonat a není doprovázen hlubší teoretickou reflexí (např. Glendinning, 2003; Ingram et al., 2022; Moorthie et al., 2022; Oprešnik et al., 2021). Některé studie se soustřeďují převážně na jeden dílčí aspekt fragmentace (např. Floyd a Morrison, 2014; Khayatzaadeh-Mahani et al., 2018), přičemž přehledové studie se tématu věnují výjimečně (např. Kervin et al., 2023; Moorthie et al., 2022). Analytické a strukturované pojetí fragmentace jako komplexního jevu však v literatuře zpravidla chybí. Výjimku představují práce Kupeli et al. (2016), Mur-Veeman et al. (2008) a Trouvé et al. (2010), které se jako jedny z mála snaží pojmut fragmentaci multidimenzionálně.

Právě tato poznatková mezera je výchozím bodem předkládané studie. V článku představuji návrh konceptualizace fragmentace sociální a zdravotní pé-

če jako vícerozměrného a víceúrovňového fenoménu. Vycházím přitom z předpokladu, že rozdíly v profesních rolích a identitách, například v rozlišování mezi „zdravotníky“ a „sociálními pracovníky“ (ačkoliv obě skupiny mohou být zahrnuty do jedné širší kategorie pomáhajících profesí), vedou v praxi k odlišnému vnímání „my“ a „oni“. V každodenní praxi se tyto profesní hranice promítají do různých oblastí. Jsou zakotveny nejen v legislativě a organizačních strukturách, ale také v jazyce, ve způsobech komunikace či vnitřních pravidlech institucí. Českým příkladem může být zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který definuje profesi sociálního pracovníka, a zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních, který reguluje zdravotnické profese. Odlišné profesní vzdělávání, odlišné profesní komory, rozdílná terminologie (např. pacient vs. klient, ošetřovatelský plán péče vs. individuální plánování), rozdílné informační systémy, různé dohledové a inspekční mechanismy (zdravotní pojišťovny vs. kraje / inspekce sociálních služeb), různé systémy financování a platová struktura, to vše podporuje vnímání těchto profesí jako oddělených světů. Tyto rozdíly přispívají k reprodukci symbolických hranic a ztěžují efektivní spolupráci v praxi.

Přístupy Zerubavela (1996) a Nippert-Eng (2008) mi pomohly hlouběji pochopit fragmentaci sociální a zdravotní péče, která nemůže být zužována jen na institucionální, úhradovou či organizační rovinu, jež je zdůrazňována především v českých studiích. Naopak, považuji za žádoucí porozumět kulturním a mentálním rozměrům fragmentace. Zerubavelův koncept kulturně sdíleného rozlišování (splitting) a spojování (lumping) ukazuje, jak si lidé vytvářejí mentální mapy světa, které ovlivňují, co k sobě patří a co nikoliv. Tyto mentální hranice se pak promítají i do vnímání profesí. Již zmíněný rozdíl mezi „zdravotníkem“ a „sociálním pracovníkem“ tedy není jen otázkou vzdělání či legislativy, ale i kulturním norem a sdílených identit. Nippert-Eng pak přináší vhled do toho, jak se profesní identity formují a proč může být jejich prolínání obtížné. Hranice mezi profesemi se mohou totiž projevat uzavřeností, důrazem na kompetence a omezenou spoluprací. Přestože tyto přístupy nepředstavují výchozí teoretický rámec celé studie, inspirovaly mě k hlubšímu porozumění fragmentace péče. Institucionální a organizační rámce totiž nejenže nereflktují existující profesní rozdíly, ale zároveň je dále posilují. Fragmentace péče je tedy také kulturním a mentálně zakotveným jevem. Je to jev komplexní.

Výzkumná otázka tedy zní: Jaké jsou klíčové dimenze fragmentace sociální a zdravotní péče a jak se projevují na makro-, mezo- a mikroúrovni systému péče? Na základě *scoping review* zahraniční literatury doplněného o analýzu českých odborných a strategických dokumentů a polostrukturovaných rozhovorů s odborníky identifikuji sedm klíčových dimenzí fragmentace (institucionální, organizační, profesní, interpersonální, provozní, kulturní a dimenzi iniciativy a spolupráce), které ukazují na fragmentaci péče jako na vícerozměrný jev. Tyto dimenze zároveň propojují s jednotlivými úrovněmi systému péče (makro, mezo, mikro), čímž vytvářím analytický rámec umožňující hlubší porozumění roztržitosti péče také na více úrovních systému péče. Nový konceptuální rámec může sloužit nejen výzkumníkům, ale i tvůrcům politik nebo odborníkům v praxi jako nástroj k identifikaci bariér integrace a návrhu cílených intervencí.

Výzkumná strategie

Scoping review

Pro zodpovězení výzkumné otázky využívám *scoping review* jako metodu mapování poznání. Jejím cílem je identifikovat všechny úrovně fragmentace sociální a zdravotní péče a vytvořit konceptuální rámec pro další aplikovaný výzkum, evaluaci a analýzu politiky v České republice. Scoping review se zaměřuje na rámování existujících poznatků bez ambice hodnotit kvalitu zahrnutých studií či provádět syntézu výsledků metodou systematického přehledu.

Metodologicky vycházím z přístupu navrženého Arksey a O'Malley (2005), který byl dále rozvinut Levac et al. (2010) a Colquhoun et al. (2014). Tito autoři a autorky přinášejí důležitá doporučení pro další rozvoj této metodologie, která jsou ve studii reflektována. Jedná se například o potřebu provázat účel studie s výzkumnou otázkou, aplikovat iterativní přístup při výběru studií a extrakci dat, zdůraznit praktické dopady zjištění a zařadit konzultace se zainteresovanými aktéry jako povinnou součást procesu.

Scoping review může být chápána jako předstupeň systematického přehledu nebo jako samostatný výzkumný výstup určený k publikaci a přenosu poznatků do praxe. Zaměřuje se především na šíři dostupných poznatků (Colquhoun et al., 2014).

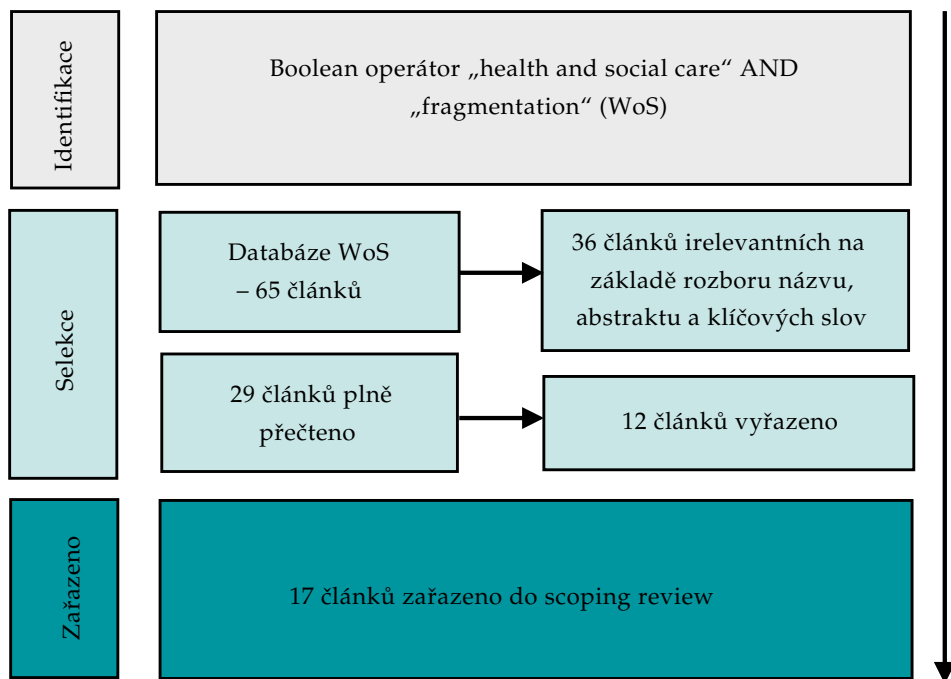
Strategie vyhledávání zdrojů

Základní strategií vyhledávání zdrojů dat bylo provedení výběru článků z databáze Web of Science. Pomocí klíčových slov a boolean operátorů jsem v databázi zadala „health and social care“ AND „fragmentation“ s omezením na výskyty v názvu, klíčových slovech nebo abstraktu. Dalším výběrovým kritériem byl typ článků, kdy byl výběr omezen pouze na odborné a přehledové články, a jazyk článků, který byl omezen na anglický (v českém jazyce nebyl v databázi WoS nalezen žádný článek). Nástrojem pro správu nalezených článků byl citační manažer Zotero. Výsledkem bylo 65 studií.

Následně jsem cíleně vybrala tři české odborné časopisy indexované ve Scopus / Web of Science z oblasti humanitních a společenských věd. Jedná o *Sociologický časopis / Czech Sociological Review*, *Sociální práce* a *Kontakt*. Na webových stránkách časopisů jsem zadala klíčová slova „fragmentace péče“ a „sociálně-zdravotní pomezí“ s omezením na výskyty v názvu, klíčových slovech nebo abstraktu. V žádném z těchto prohledávaných českých časopisů nebyl nalezen článek, který by se přímo zabýval fragmentací sociální a zdravotní péče jako teoretickým konceptem.

Zatímco scoping review bylo tedy zaměřeno na zahraniční odbornou literaturu indexovanou v databázi Web of Science, pro doplnění českého kontextu byly mimo tento rámec analyzovány také vybrané české odborné a strategické dokumenty. Prostřednictvím vyhledávače Google Scholar a následně metodou

Schéma 1. Strategie vyhledávání zdrojů



„sněhové koule“ (na základě citací v dříve vybraných dokumentech) jsem vyhledala a analyzovala například výzkumné zprávy Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR (2021, 2025), strategické dokumenty Ministerstva práce a sociálních věcí (MPSV) a Ministerstva zdravotnictví (MZ) (Národní strategie rozvoje sociálních služeb a strategický rámec Zdraví 2030) či odborné studie věnující se problematice integrace péče (např. Kalvach a Wija 2015; Janečková a Vepřková, 2017; Průša et al., 2021). Ačkoliv tyto dokumenty nebyly součástí scoping review jako výzkumné metody, poskytují důležitý kontext pro interpretaci výsledků a jejich aplikaci v českém prostředí.

Kritéria výběru a analýza dat

Po první selekci článků z Web of Science, která vycházela z identifikování všech textů splňujících tematická kritéria, tzn. bylo u nich patrné, že se dle názvu, klíčových slov a abstraktu jedná o informace vztahující se k fragmentaci sociální a zdravotní péče, zbylo 29 článků (36 bylo irelevantních).

Následně proběhla druhá, finální selekce, nyní již plnotextová. Všechny 29 článků bylo posouzeno na základě následujících kritérií: (1) výslovně používají pojem fragmentace (fragmentation) v souvislosti se zdravotní a/nebo sociální péčí, (2) neomezují se pouze na popis organizačních změn nebo hodnocení integračních přístupů (např. případové studie, implementační hodnocení, outcome evaluace) a (3) obsahují snahu o analytické nebo teoretické rozlišení fragmentace, např. pomocí dimenzí, typologií, rámců nebo konceptuálních kategorií. Naopak byly vyloučeny články (celkem 12), které analyzují pouze implementaci integrace nebo její dopady, popisují pouze organizační bariéry bez reflexe hlubších dimenzí fragmentace či používají „fragmentaci“ pouze jako výchozí konstatování problému bez jeho dalšího rozpracování.

Výsledný soubor 17 článků byl následně strukturován dle kategorií: autor, rok, země, typ článku, použitý teoretický rámec, identifikované dimenze fragmentace a kritické poznámky (viz Tabulka P1 v příloze).

Tyto zahraniční články i české zdroje byly analyzovány tematickou analýzou s cílem identifikovat a srovnat různé způsoby konceptualizace fragmentace. Konkrétně jsem vycházela z doporučení Wooda et al. (2020), který navrhuje čtyři kroky kvalitativní analýzy dokumentů: (1) vytvoření výchozího korpusu textů, (2) otevřené kódování, (3) teoretické kódování a (4) tvorbu koherentního interpretačního rámce, který propojuje vzniklá témata s relevantní literaturou a dává jim smysluplný rámec. Tento postup mi umožnil identifikovat a strukturovat různé dimenze fragmentace péče napříč zahraničními i českými zdroji a vytvořit konceptuální rámec, který může sloužit jako základ pro další aplikovaný výzkum v České republice.

Polostrukturované rozhovory

Na základě doporučení Arksey a O'Malley (2005) a zejména Levac et al. (2010) jsem doplnila analýzu literatury o osm *polostrukturovaných rozhovorů s odborníky*

Tabulka 1. Stručná charakteristika participantů

P1	Zástupce sociálních a zdravotních služeb, pracovník Krajského úřadu
P2	Zástupce sociálních a zdravotních služeb, náměstek primátora statutárního města pro oblast kulturní, sociální a zdravotní péče
P3	Zástupce Asociace poskytovatelů sociálních služeb
P4	Zástupce poskytovatele sociálních služeb
P5	Zástupce poskytovatele sociálních služeb
P6	Zástupce zdravotních služeb, pracovník Kliniky rehabilitace FBMI ČVUT)
P7	Zástupce poskytovatele sociálních služeb
P8	Zástupce poskytovatele sociálních služeb

a praktiky z oblasti sociální a zdravotní péče (jejich přehled je uveden v Tabulce 1). Tyto rozhovory plní doplňkovou a ilustrativní funkci, protože slouží především k prohloubení porozumění fragmentace péče v konkrétním českém kontextu a pomáhají identifikovat problémy spojené s dostupností a koordinací služeb. Původně byly rozhovory vedeny s cílem zmapovat příklady dobré praxe v oblasti integrace péče, nicméně v průběhu jejich analýzy se ukázaly jako cenný zdroj poznatků také o bariérách, se kterými se účastníci v praxi setkávají. Jeden rozhovor (P8) byl realizován také za účelem porozumění praktickým implikacím nového nastavení sociálně-zdravotního pomezí dle zákona č. 38/2025 Sb. Analýza dat probíhala na základě otevřeného a následně selektivního kódování (Corbinová a Strauss, 2008).

Koncept multidimenzionální fragmentace sociálních a zdravotních služeb

Fragmentaci sociální a zdravotní péče definuji jako vícerozměrný (multidimenzionální) a víceúrovňový (multilevel) jev, který vzniká v důsledku nedostatečné koordinace, nepropojenosti nebo odlišného nastavení jednotlivých složek systému péče – na úrovni institucí, organizací, profesí, mezilidských vztahů i každodenní praxe.

Na základě kvalitativní analýzy dokumentů (dle Wooda et al., 2020) jsem identifikovala sedm dimenzí fragmentace sociální a zdravotní péče: institucionální, organizační, profesní, interpersonální, provozní, kulturní a dimenzi iniciativy a spolupráce (podrobněji v Tabulce 2 s příklady zaměřenými na český kontext). Tyto dimenze se navzájem ovlivňují a působí jak horizontálně (napříč institucemi a profesemi), tak vertikálně (mezi úrovněmi řízení). Mohou se vzájemně posilovat nebo oslabovat, mohou se také vzájemně překrývat. Některé mají jasné ukotvení v úrovních řízení (makro–mezo–mikro), jiné jsou průřezové (viz Schéma 2). Žádná dimenze neexistuje zcela izolovaně.

Schéma 2. Víceúrovňová a vícerozměrná fragmentace sociální a zdravotní péče

	Makro	Mezo	Mikro
Institucionální	✓		
Organizační		✓	
Profesní		✓	✓
Interpersonální			✓
Provozní	✓	✓	✓
Kulturní	✓	✓	✓
Iniciativa a spolupráce	✓	✓	✓

Institucionální dimenze fragmentace se odehrává na makroúrovni a zahrnuje roztržičnost legislativy, politik, struktur státní správy a strategického plánování, které oddělují zdravotní a sociální systém. *Organizační dimenze fragmentace* (mezoúroveň) spočívá v odděleném fungování institucí a poskytovatelů služeb, chybějících formálních mechanismech spolupráce či různých pravidlech a procesech. *Profesní dimenze fragmentace* (mezoúroveň i mikroúroveň) označuje překážky spolupráce vyplývající z rozdílů ve vzdělání, pracovních rolích, odpovědnostech a profesní identitě mezi jednotlivými profesemi, zejména mezi zdravotníky a sociálními pracovníky. To pak ovlivňuje *interpersonální dimenzi fragmentace*, která se odehrává na mikroúrovni, v přímé interakci mezi profesionály a klienty a projevuje se jako selhání péče z pohledu klienta, který může mít pocit „ztracenosti v systému“.

Tři dimenze, kulturní, provozní a dimenze iniciativy a spolupráce, se prolínají napříč všemi úrovněmi. *Provozní dimenze fragmentace* zahrnuje rozdíly ve financování péče, nedostatku personálních kapacit, nepropojenosti datových systémů, absenci společných standardů či neexistenci interoperabilních technologií. *Kulturní dimenze fragmentace* je hluboce zakořeněna v kulturních vzorcích, hodnotách a představách a výsledkem je odlišná profesní identita, očekávání i přístup k ostatním profesím. *Dimenzi iniciativy a spolupráce* reflektuje skutečnost, že propojení jednotlivých segmentů zdravotní a sociální péče není pouze otázkou strukturálních nebo systémových opatření, ale především vědomého jednání konkrétních aktérů. Zásadní roli přitom hraje (1) iniciativa, tedy ochota vystoupit z profesních a organizačních rámců, hledat cesty propojení a být aktivní i navzdory formálním překážkám, a (2) spolupráce, která vyžaduje vyjednávání, sdílení odpovědnosti, schopnost naslouchat druhým a sladit odlišné cíle.

Každá z níže uvedených dimenzí je popsána jednotným způsobem – zahrnuje její vymezení, projevy v jednotlivých úrovních systému péče, typické znaky, případné teoretické zakotvení a konkrétní příklady z praxe.

Institucionální dimenze fragmentace

Institucionální dimenze fragmentace označuje roztržičnost systému péče způsobenou paralelním fungováním několika regulačních a legislativních rámců, které postrádají společné strategické vedení. Péče je rozdělena mezi různé veřejné instituce (např. ministerstva), které mají odlišné kompetence, financování i odpovědnosti. Chybí totiž jednotný řídicí orgán, který by integraci péče vedl a systematicky podporoval.

Jedná se tak o *makroúroveň* ovlivňující všechny další dimenze. Dle některých odborníků je považována za hlavní překážku úspěšné integrace sociální a zdravotní péče (APSS, 2021; Janečková a Vepřková, 2017; Průša et al., 2021; Trouvé et al., 2010).

Mezi *hlavní znaky* této dimenze patří (1) oddělené legislativní a regulační rámce (např. Janečková a Vepřková, 2017; Schultz et al., 2019), (2) oddělené systémy financování sociálních a zdravotních služeb (např. systém pojišťoven vs.

Tabulka 2. Dimenze fragmentace péče: přehled, charakteristiky a příklady

Dimenze	Charakteristika	Praktický příklad v českém kontextu
Institucionální	Makrouroveň; oddělená legislativa, financování a struktury; chybí společná strategie.	Zajištění dlouhodobé péče je roztrženo do dvou sektorů (MZ a MPSV), není legislativně ukotveno, chybí strategie dlouhodobé péče (APSS, 2021; Průša et al., 2021; P3).
Organizační	Mezouroveň; oddělené služby a cíle; chybí spolupráce mezi organizacemi.	Poskytovatel sociálních služeb narazil při snaze o registraci zdravotní péče na neochotu zdravotní pojišťovny financovat službu (P4). Domácí zdravotní péče a pečovatelské a asistenční služby v ČR málokdy spolupracují (Angelovská a Janečková, 2023).
Profesní	Mezouroveň/mikrouroveň; profesní hranice a nerovnost brání spolupráci.	Zdravotně-sociální pracovník v nemocnici nemá rovnocenné postavení jako zdravotnický personál, problém s financováním jejich úkonů, je jich nedostatečný počet (Kuzníková, 2017; P6).
Interpersonální	Mikrouroveň; selhání spolupráce profesionála s klientem; nedostatek důvěry; selhání společného plánování péče.	Absence efektivního case managementu, chybějící osobní přístup a přehazování odpovědnosti mezi jednotlivými pracovníky. Klient je „ztracen v systému“ (P3).
Provozní	Průřezová; různorodé nebo nedostatečné financování; datová nepropojenost; nedostatek personálu.	Nedostatečný počet zaměstnanců na MPSV věnujících se ošetrovatelské péči v sociálních službách (P3); nedostatečná interoperabilita sociálních a zdravotních systémů (P7; P8); odlišný způsob financování a úhrad (Kalvach a Wija, 2015; Průša, 2021).
Kulturní	Průřezová; kulturní vzorce a identity formují vnímání a spolupráci, protože ovlivňují, co je považováno za „naše“ a „cizí“.	Zdravotníci se soustřeďují na klinická kritéria, zatímco sociální pracovníci řeší domácí zázemí a připravenost péče, což komplikuje vzájemné porozumění a spolupráci (Angelovská a Janečková, 2023; P1; P3; P6).
Iniciativa a spolupráce	Průřezová a zastřešující dimenze; absence vůle, motivace, iniciativy a kompetencí pro spolupráci; závislá na leadershipu.	Sociální pracovnice projevuje vysokou míru iniciativy při propojování terénních sociálních a zdravotních služeb, naráží však na nízkou ochotu některých praktických lékařů spolupracovat. Ti nepodporují doporučení domácí zdravotní péče (P5).

rozpočtové zdroje) (Nicaise et al., 2013; Průša et al., 2021; Trouvé et al., 2010), (3) chybějící jednotné řízení integrace a absence hlavního koordinujícího orgánu (Janečková a Vepřková, 2017; P3) a (4) historicky podmíněné institucionální trajektorie, které je těžké změnit (Trouvé et al., 2010).

Významnou *teorií*, která vysvětluje institucionální fragmentaci péče a její hlubokou zakořeněnost, je *path dependency* (Trouvé et al., 2010). V institucích, jejichž pravidla se vyvíjela historicky, se totiž obtížně mění směr kvůli vysokým transformačním nákladům, zakořeněným zvyklostem a mocenským strukturám.

Z hlediska institucionálního rámce může sehrávat roli také typ sociálního státu. Beveridgovský model, typický pro země jako Velká Británie, Švédsko či Norsko, který je charakteristický centralizovaným a jednotným řízením veřejné péče, může přispívat k nižší míře fragmentace. Naproti tomu Bismarckův model, který je uplatňován v Německu, Rakousku nebo Česku, je postaven na pluralitě aktérů a zdravotním pojištění, což často vede k vyšší institucionální roztržiténosti (Nicaise et al., 2013).

Vybrané *praktické příklady* ukazují, jak se institucionální fragmentace promítá do konkrétního nastavení sociální a zdravotní péče v různých zemích. V České republice je péče rozdělena mezi dva resorty – Ministerstvo práce a sociálních věcí a Ministerstvo zdravotnictví. Každý z nich se řídí odlišnými legislativními předpisy i způsoby financování. Zatímco sociální služby upravuje zákon č. 108/2006 Sb., oblast zdravotnictví spadá pod zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, a zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Tento paralelní systém vytváří řadu překážek ztěžujících provázanost péče.

Tyto institucionální bariéry, vyplývající z rozdělené odpovědnosti resortů a nedostatečné koordinace, byly potvrzeny i v rámci empirické části výzkumu. Jeden z respondentů (P3) explicitně upozornil na neochotu jednotlivých ministerstev ke společnému řízení či vytváření integračních mechanismů. Takto pojiímaná institucionální dimenze je také dlouhodobě středem pozornosti domácího odborného diskurzu, především v souvislosti s financováním a nastavením dlouhodobé péče (např. Průša et al., 2021).

Zahraniční zkušenosti však ukazují, že institucionální rámec může být nastaven výrazně koordinovaněji. Například v Nizozemsku nebo některých provinciích Kanady, kde již od 90. let probíhá systematické budování integračních struktur, došlo k výraznému posunu v institucionálním ukotvení integrace péče. Výzkumná pozornost se tak ve vybraných zemích v posledních 10 až 15 letech posouvá od systémových a legislativních otázek k hlubším bariérám na úrovni organizací, profesí či kulturních vzorců spolupráce (Mur-Veeman et al., 2008; Kervin et al., 2023; Khayatatzadeh-Mahani et al., 2018).

Organizační dimenze fragmentace

Organizační fragmentace sociální a zdravotní péče se týká odděleného fungování organizací, které by měly na základě potřeb klientů úzce spolupracovat. Projevu je se tzv. „silo mentality“ neboli uzavřeností institucí, neochotou sdílet informace

a koordinovat péči napříč sektory. Každá organizace funguje „ve vlastním světě“, často bez efektivního předávání informací či plánování návazné péče.

Projevuje se především na *mezoúrovni* tím, že chybí formální i neformální pravidla spolupráce nebo existují nejasně vymezené odpovědnosti, rozdílné pracovní postupy i slabé nebo chybějící formální vazby mezi konkrétními institucemi (např. nemocnicemi a pobytovými či terénními sociálními službami). Bussu a Marshall (2020), Kervin et al. (2023) a Oprešnik et al. (2021) uvádějí, že právě organizační fragmentace (spolu s profesní) jsou zásadními překážkami integrace sociální a zdravotní péče. V českém kontextu je tato dimenze popisována zejména z uskutečněných rozhovorů.

Mezi *klíčové znaky* organizační dimenze fragmentace patří (1) chybějící nebo slabé formální mechanismy koordinace mezi organizacemi (Bussu a Marshall, 2020; Kervin et al., 2023; Mur-Veeman et al., 2008; Nicaise et al., 2013; Oprešnik et al., 2021), (2) nedostatečné plánování péče na základě spolupráce více organizací (Kupeli et al., 2016; Schultz et al., 2019), (3) odlišné organizační kultury a rutiny, které komplikují vzájemné porozumění a spolupráci (Bussu a Marshall, 2020) a (4) nejasná dělba odpovědností, což vede ke zmatení klientů i pracovníků (Bussu a Marshall, 2020; Kervin et al., 2023; Nicaise et al., 2013; Oprešnik et al., 2021).

Někteří autoři využívají ke kvantitativnímu uchopení organizační fragmentace sociální síťovou analýzu (např. Nicaise et al., 2013). Tento nástroj umožňuje sledovat strukturu vztahů mezi organizacemi – například frekvenci přeposílání klientů, formální a neformální spolupráci či setkávání aktérů. Používají se ukazatele jako hustota sítě, centralita nebo zprostředkovatelská role, přičemž fragmentace je chápána jako nízká míra těchto propojení. Sociální síťová analýza tak poskytuje cenný pohled na organizační vazby nejen z hlediska jejich existence, ale i kvality a rozsahu.

Praktickým *příkladem* organizační dimenze fragmentace v českém prostředí je chybějící spolupráce mezi nemocnicemi a sociálními službami, zdůrazňovaná ve výpovědích respondentů (zejména P1, P3, P4 a P5) a v odborných studiích (Angelovská a Janečková, 2023). Sociální pracovníci se často dozvídají o propuštění klienta z nemocnice na poslední chvíli, bez dostatečných informací a bez prostoru pro plánování návazné péče.

Také Kupeli a její kolegové (2016) zjistili, že v Anglii mezi nemocnicemi a pobytovými sociálními zařízeními stále existují hodnotové a procedurální rozdíly. Pobytové sociální služby jsou zdravotníky mnohdy vnímány jako „druhořadé“, což přispívá k demotivaci personálu a prohlubuje mezisektorovou nedůvěru.

Na implementační úrovni se tedy ukazuje, že formální institucionální rámec integrace (např. vydání strategie, vytvoření metodiky, podepsání memorand o spolupráci apod.) bez podpory a nástrojů pro skutečnou koordinaci organizací nestačí. Pokud organizace nemají motivaci spolupracovat (např. mají různý typ řízení, různé cíle, obavy ze ztráty autonomie) či jim chybí kapacity nebo kompetence ke spolupráci (např. není čas, chybí koordinátor, není zajištěno financování spolupráce), dochází k fragmentaci péče. Touto optikou souvisí tato dimenze s profesní dimenzí fragmentace.

Profesní dimenze fragmentace

Profesní fragmentace odkazuje na rozdílné profesní identity, kompetence, pracovní rutiny a způsoby rozhodování mezi jednotlivými skupinami pracovníků v systému sociální a zdravotní péče. Je spojena s nedostatečnou mezioborovou spoluprací, nízkou mírou důvěry a preferencí vlastního profesního rámce, jazyka a hodnot. Velmi úzce se prolíná s organizační a kulturní dimenzí fragmentace (Bussu a Marshall, 2020; Zerubavel, 1996).

Na *mezoúrovni* se projevuje především odlišným způsobem řízení týmů a v nastavení spolupráce mezi profesními skupinami. Na *mikroúrovni* se projevuje v každodenní interakci mezi odborníky například tím, že někteří z nich odmítají spolupráci, nerozumí kompetencím ostatních nebo je vnímají jako ohrožení své autonomie, což ve výsledku ovlivňuje fragmentaci na interpersonální úrovni. Z tohoto důvodu bývá profesní dimenze fragmentace (spolu s organizační dimenzí) považována za výraznou překážku v integraci sociální a zdravotní péče (Bussu a Marshall, 2020; Kervin et al., 2023; Oprešnik et al., 2021).

V českém prostředí je profesní dimenze fragmentace vnímána především z rozhovorů a okrajově z odborných studií (např. Angelovská a Janečková, 2023; Janečková a Vepřková, 2017). Proto jsou následující *znaky* vyvozeny především ze zahraniční literatury. Patří sem (1) rozdílné kompetence, pracovní úkoly a odpovědnosti (Løken et al., 2022a; Oprešnik et al., 2021; Trouvé et al., 2010), (2) odlišné profesní vzdělání, terminologie a identity (Floyed a Morrison, 2014; Glendining, 2003), (3) nízká úroveň sdíleného porozumění a důvěry mezi profesemi (Løken et al., 2022a; Sundström et al., 2018) a (4) tendence „přesouvat pacienta, nikoliv službu“ („shifting the patient, not the service“) neboli nedostatek kooperace (Løken et al., 2022b).

Mezi relevantní *teorie* vysvětlující profesní dimenzi fragmentace patří institucionalismus zaměřený na aktéry. Mur-Veeman et al. (2008) vycházejí z přesvědčení, že přestože na systémové úrovni může být integrace sociální a zdravotní péče podporována, na úrovni jednotlivých aktérů (lékařů, sociálních pracovníků, úředníků), nemusí dojít k jejímu přijetí. Aktéři ji totiž mohou „překódovat“ podle svých zájmů s cílem například udržet si vlastní autonomii, profesní hodnoty a zájmy.

Je tedy evidentní, že profesní dimenze fragmentace úzce souvisí s dimenzí iniciativy a spolupráce a s kulturně a mentálně zakořeněným rozlišováním mezi profesemi, jak jej popisuje Zerubavel (1996). Z jeho pohledu jsou profesní identity kulturně zakořeněny a udržovány pomocí tzv. „mentálních map“, tedy toho, koho vnímáme jako „svého“. Tento proces splitting (rozlišování) vede k vytváření symbolických hranic mezi profesemi, které následně ovlivňují důvěru, spolupráci i uznání ostatních odborností.

V české *praxi* podle oslovených odborníků (P1, P3, P5, P6, P8) přetrvává nerovnost mezi zdravotníky a sociálními pracovníky. Role sociálních pracovníků není vždy respektována a jejich odborný vhled je při rozhodování často marginalizován. Tato zkušenost souzní se zjištěními Angelovské a Janečkové (2023),

kteří upozorňují na přetrvávající profesní stereotypy, omezenou mezioborovou spolupráci a nedostatečné porozumění rolím jednotlivých profesí.

Profesní hranice jsou navíc posilovány tzv. silo mentality (Edgren a Barnard, 2015), která se projevuje neochotou sdílet informace a odpovědnost za péči. Například lékaři mohou preferovat čistě medicínský pohled na pacienta a nedokážou flexibilně reflektovat širší sociální kontext jeho potřeb, jak uvádí zahraniční studie (Sundström et al., 2018) i účastníci rozhovorů v této studii.

Opět se na implementační úrovni potvrzuje, že pokud jsou aktéři v první linii rezistentní vůči změně, ani systémové nastavení integrace péče nemusí být dostačující k tomu, aby se roztržštěná péče v praxi skutečně propojila.

Interpersonální dimenze fragmentace

Interpersonální fragmentace označuje roztržštěnost péče na úrovni přímého kontaktu mezi klientem a profesionálem. Klíčovými aspekty této dimenze jsou důvěra, sdílení informací, spolupráce a schopnost společného rozhodování. Tato rovina je v odborné literatuře méně často teoreticky uchopována (např. Trouvé et al., 2010), přesto je pro pochopení reálné zkušenosti s péčí zásadní. Pokud totiž neexistuje jednotný a sdílený plán péče, který by reflektoval potřeby klienta a propojoval jednotlivé aktéry, dochází k přerušování kontinuity, nejednotnému přístupu a přetěžování klientů i jejich rodin.

Tato dimenze se projevuje především na *mikroúrovni*, tedy v přímé interakci mezi jednotlivcem a profesionálem, který je de facto zástupcem systému sociální a zdravotní péče. Zde se propojují dopady institucionálních, organizačních i profesních bariér do zkušenosti jednotlivce, což potvrzuje i Sundström et al. (2018). Bez funkční spolupráce, sdílení informací a důvěry mezi aktéry dochází k selhání integrace právě tam, kde má mít největší význam – v konkrétním životě klienta.

Typickými *znaky* interpersonální fragmentace jsou (1) opakované sdělování týchž informací různým profesionálům (Schultz et al., 2019), (2) absence kontinuity péče, kdy se klient „ztrácí v systému“ (Schultz et al., 2019; Trouvé et al., 2010; R1 a R3), (3) pocit nejistoty, dezorientace, přetížené rodiny (Stange, 2009), (4) konfliktní doporučení od různých složek péče (R5) a (5) slabé zapojení klienta do rozhodování o péči (Sundström et al., 2018).

Tyto projevy výrazně snižují důvěru v systém péče a mohou vést ke zhoršení zdravotního i sociálního stavu jednotlivců. Jak ukazuje Schultz et al. (2019), vnímaná roztržštěnost péče přímo ovlivňuje schopnost klienta systémem procházet a vytváří překážky pro jeho aktivní roli.

Ačkoliv interpersonální fragmentace není v zahraniční literatuře vždy teoreticky rozvíjena jako samostatná dimenze, některé přístupy zdůrazňují význam klinické zkušenosti jako klíčového ukazatele efektivity systému péče (Sundström et al., 2018). Zde je možné čerpat inspiraci i z konceptu péče zaměřené na člověka (person-centered care, Sundström et al., 2018), vyžadujícího dialog mezi klientem, jeho rodinou a profesionály. S tím souvisí i princip individualizované pod-

pory, který klade důraz na přizpůsobení péče jedinečným potřebám, preferencím a životní situaci klienta. Oba přístupy předpokládají, že klient je nejen příjemcem, ale i aktivním tvůrcem péče, která se přizpůsobuje jeho individuálním potřebám. V českém prostředí se těmto otázkám věnuje například Aliance pro individualizovanou podporu¹.

V české *praxi* se interpersonální fragmentace projevuje například chybějícím formálně zavedeným nástrojem pro společné plánování péče napříč sektory (P1, P2 a P3), neexistencí sdíleného systému informací mezi zdravotníky a sociálními pracovníky (P7), nedostatečně koordinovanou přítomností různých aktérů v péči o jednoho klienta (P4, P5, P6) a také tím, že pozice case managera sice existuje v návrzích MPSV a MZ, ale není zatím institucionálně ani systémově ukotvena jako propojující článek napříč resorty².

Zkušenosti klientů i jejich rodin jsou často prvním signálem selhání integrace (Sundström et al., 2018), a proto by měly hrát významnou roli v navrhování systémových změn. Zahrnutí interpersonální dimenze do konceptualizace fragmentace tak umožňuje posunout pozornost od systému k jednotlivci a od struktury k dopadům. Bez hlasu klientů nelze vytvářet skutečně smysluplnou péči. Veřejné politiky by se měly zaměřovat nejen na strukturální nebo organizační reformy, ale také na poznání potřeb a zkušeností cílové skupiny. Bez toho nebudou nikdy účinné.

Provozní dimenze fragmentace

Provozní dimenze fragmentace se zaměřuje na praktické nástroje a každodenní podmínky, které umožňují nebo naopak omezují koordinaci péče. Zahrnuje například datovou interoperabilitu, sdílenou dokumentaci, způsob financování v praxi nebo personální kapacitu. Úzce souvisí s institucionální dimenzí, která nastavuje „pravidla hry“, zatímco provozní dimenze se týká toho, jak jednotlivé složky systému reálně fungují v každodenním provozu.

Jedná se o průřezovou dimenzi, která se projevuje na všech úrovních systému. Na *makroúrovni* jde o nastavení způsobu financování, strategického řízení a datové politiky státu. Na *mezoúrovni* se jedná o schopnost organizací spolupracovat při plánování péče a sdílení informací. Na *mikroúrovni* se fragmentace projevuje v každodenní práci odborníků, např. absencí jednotné dokumentace či nemožností rychle a efektivně sdílet důležité informace o klientovi mezi zdravotníky a sociálními pracovníky.

Klíčovým *znakem* jsou především tzv. „data silos“, tedy oddělené a nepropojitelné datové systémy, které brání sdílení informací napříč sektory (Moorthie et al., 2022; P1, P3, P7). Konkrétně se jedná o bariéry spočívající v odlišných IT

¹ <https://aipp.cz/>

² Viz například souběh projektů Podpora implementace koordinovaného přístupu v systému poskytování sociální ochrany v ČR (MPSV) a Podpora plánování rozvoje integrované zdravotní a sociální péče (MZ).

systémech, nekompatibilních datových strukturách, absenci standardizovaných postupů, nedostatku financí, omezených personálních kapacitách, ale také v právních a etických omezeních (např. GDPR) a absenci strategického leadershipu v oblasti datové politiky (Moorthie et al., 2022). Kervin et al. (2023) navíc upozorňují na neexistenci jednotné dokumentace a standardizovaných postupů, které jsou klíčové pro efektivní sdílení informací napříč sektory.

Velmi úzce jsou tyto technicko-procesní bariéry propojeny s kulturní dimenzí fragmentace (viz také Ingram et al., 2022), protože sdílení dat předpokládá existenci důvěry mezi jednotlivými aktéry, mezi organizacemi, ale také vůči systému jako celku. Odlišné postoje ke sdílení a interpretaci dat nebo nedůvěra mezi odborníky (např. analytiky a lékaři / sociálními pracovníky) mohou funkční propojení znemožnit, přestože technická řešení existují.

Dalším důležitým znakem je způsob praktického financování péče. Ačkoliv institucionální rámec může integraci podporovat, realita ukazuje, že neochota pojišťoven financovat nové formy propojené péče nebo nejasnosti ohledně odpovědnosti mezi sektory mohou reálnou spolupráci zásadně komplikovat (Khayat-zadeh-Mahani et al., 2018; Trouvé et al., 2010).

Na rozdíl od jiných dimenzí není provozní rovina fragmentace v literatuře teoreticky systematizována, bývá však často identifikována v kontextu *praktických problémů*, které znemožňují efektivní koordinaci péče. Oslovení experti v rámci výzkumu (zejména P1, P3, P7) upozorňovali na problém fragmentace dat, konkrétně na neexistenci sdílených informačních systémů, složitosti kolem GDPR, a především absenci jakékoli jednotné strategie sdílení dat mezi zdravotními a sociálními službami. Participant P4 jako poskytovatel sociální služby popsal konkrétní problém, kdy zdravotní pojišťovna odmítla financovat potřebnou zdravotní péči v rámci sociálního zařízení. To podle něj ukazuje na selhání provozních mechanismů podpory integrace péče. Praktickým problémem je také nedostatečná personální kapacita, jak ve zdravotnictví, tak v sociálních službách, která je zmiňována jako klíčová překážka pro plánování a koordinaci péče (Bussu a Marshall, 2020; Kupeli et al., 2016; Løken et al., 2022b).

Kulturní dimenze fragmentace

Kulturní dimenze fragmentace zahrnuje hodnoty, normy, sdílené předpoklady, profesní identitu a míru důvěry mezi aktéry systému. Tyto kulturně zakotvené aspekty ovlivňují postoje profesionálů ke spolupráci a k integraci péče a zároveň formují způsob, jakým je péče organizována a poskytována. Kulturní dimenze je částečně skrytou, ale zásadní silou, která prostupuje všemi ostatními dimenzemi fragmentace a nelze ji proto od nich striktně oddělit.

Stejně jako provozní dimenze i kulturní dimenze je průřezová a projevuje se na všech úrovních systému. Na *makroúrovni* se může projevovat nejen v politických prioritách a v pojetí péče ve společnosti, ale také v systému vzdělávání jednotlivých profesí, který významně formuje profesní identitu a postoje k mezioborové spolupráci. Na *mezoúrovni* se promítá do vnitřní kultury organizací

a jejich otevřenosti spolupráci. Na *mikroúrovni* utváří každodenní interakce mezi jednotlivými profesionály, zejména to, zda se vzájemně vnímají jako partneři, nebo jako profesně oddělené jednotky.

Mezi konkrétní *znaky* kulturní dimenze patří zejména (1) přetrvávání profesních stereotypů a kulturní rezistence vůči sdílení kompetencí (Floyd a Morrison, 2019), (2) odlišné pracovní rutiny, které vedou k dualitě „my“ vs. „oni“ mezi profesními skupinami (např. zdravotníci vs. sociální pracovníci; Angelovská a Janečková, 2023; Bussu a Marshall, 2020), (3) odlišné profesní kultury, které se projevují v hodnotách, jazyce, vzdělávání i způsobu práce (Glendinning, 2003; Mur-Veeman et al., 2008; Sundström et al., 2018), (4) nedostatečná důvěra mezi aktéry, která oslabuje spolupráci (Bussu a Marshall, 2020; Janečková a Vepřková, 2017) a (5) rozdílné národní kulturní vzorce, např. rozdílné postavení rodiny a státu ve vytváření podpory (Hofstede in Mur-Veeman et al., 2008).

Teorie vysvětlující kulturní dimenzi fragmentace je teorie spojování (lumping) a rozlišování (splitting) (Zerubavel, 1996), podle níž si lidé (včetně profesionálů) vytvářejí mentální mapy, na jejichž základě třídí svět do kognitivních kategorií typu „my“ a „oni“. Takto vznikají kognitivní hranice mezi profesemi, které jsou dále reprodukovány ve vzdělávacím systému, profesní socializaci i každodenní praxi. Výsledkem jsou hluboce zakořeněné odlišnosti v jazyce, hodnotách i pracovních návycích, které se později stávají bariérou pro spolupráci a vedou ke kulturní fragmentaci péče.

Mezi české praktické *příklady* kulturní dimenze fragmentace je možné zařadit třeba napětí mezi profesemi a přetrvávající stereotypy či nedostatek důvěry (P1, P3, P4, P5, P6). Nedostatečnou důvěrou se zabývala například Janečková a Vepřková (2017), ale spíše v souvislosti s rolí pojišťoven a proplácením péče. To ale může ve výsledku vést k nespoleupráci mezi sociálním pracovníkem a lékařem, například při žádosti sociálního pracovníka o doporučení domácí zdravotní péče (P5) s cílem zajistit komplexní domácí péči. Angelovská a Janečková upozorňují na situaci ve zdravotnických zařízeních, ve kterých mají dominantní postavení lékaři, což často brání spolupráci se sociálními pracovníky, jejichž role není vnímána jako rovnocenná. Lékaři nedokážou flexibilně reagovat na komplexní potřeby pacientů mimo svá dominantní klasifikační schémata, jako je klinický či medicínský obraz onemocnění. Jiným příkladem jsou vzdělávací programy, které nereflektují nutnost multioborové spolupráce, čímž vedou k posilování profesních hranic a stereotypů už od počátku profesní socializace (P6).

Je evidentní, že integrace péče nemůže být účinná, pokud se nezmění právě hlubší kulturní nastavení systému.

Fragmentace v dimenzi iniciativy a spolupráce

Tato průřezová (meta)dimenze dosud nebyla v odborné literatuře explicitně pojmenována ani systematicky popsána. Na základě analýzy polostrukturovaných rozhovorů s odborníky i opakovaného studia odborných zahraničních textů ji však identifikuji jako zásadní a novou složku fragmentace péče.

Jádrem této dimenze je lidský faktor – tedy míra iniciativy, motivace, schopnosti improvizace, vyjednávání a ochoty ke spolupráci. Tyto aspekty umožňují odborníkům překonávat institucionální, organizační, profesní či kulturní bariéry a sehrávají klíčovou roli v tom, zda bude péče integrována, nebo naopak fragmentována v každodenní praxi.

Dimenze iniciativy a spolupráce se projevuje na všech úrovních systému. Na *mikroúrovni* představuje pasivní/aktivní postoj jednotlivých profesionálů, jejich schopnost a ochotu spolupracovat napříč profesemi a sektory. Na *mezoúrovni* je důležitá vůle vedení organizací podporovat kulturu sdílení odpovědnosti a společného plánování. Na *makroúrovni* představuje schopnost klíčových aktérů (úředníků, politiků) propojovat sektory a zavádět integrovanou péči. Pokud tedy schopnosti, ochota, iniciativa a motivace chybí, přetrvává status quo a fragmentace se prohlubuje.

Mezi *typické znaky* fragmentace v této dimenzi patří (1) pasivita a nezájem o změnu, často v důsledku profesní či institucionální setrvačnosti, (2) odmítání vyjednávat či sdílet odpovědnost, a to i v případech, kdy existují formální možnosti spolupráce, (3) přehazování kompetencí mezi profesemi nebo sektory místo společného řešení problémů, (4) závislost na výjimečné iniciativě jednotlivců neboli situace, kdy propojení a spolupráce vznikají navzdory systému, nikoliv díky němu. Vysoká míra osobního nasazení a motivace může být tedy prostředkem překonání fragmentace, ale zároveň poukazuje na systémové selhání. Pokud totiž chybí strukturální podpora, je integrace péče závislá na výjimečných jednotlivcích a jejich schopnosti „prolamovat“ stávající bariéry.

Dimenze iniciativy a spolupráce souzní s několika *teoretickými koncepty*. Optikou teorie institucionalismu zaměřeného na aktéry není integrace péče závislá pouze na systémovém nastavení, ale k fragmentaci může docházet, pokud chybí vůle, motivace, iniciativa, nápady, sdílené cíle a tvrdá práce. Zároveň může být výsledkem existence příliš mnoha rozhodovacích procesů a rozhodovatelů, z nichž každý reprezentuje různé názory, normy a zájmy. Ve výsledku pak žádný z aktérů nemá takovou moc, aby dané rozhodnutí prosadil (Mur-Veeman et al., 2008).

Na teorii institucionalismu zaměřeného na aktéry se váže i teorie kolektivní kompetence („collective competence“) od Løken (2022a). Úspěšná koordinace a integrace péče totiž vyžaduje sdílené porozumění a společně a cíleně budované kompetence, nikoliv jen individuální odbornost. Neboli, v případě že nedojde k porozumění cílům, kterých je nutné dosáhnout (např. integrovat sociální a zdravotní péči), nebudou rozvíjeny kolektivní znalosti (např. znalosti zdravotníků o sociálních determinantech zdraví a potřebě koordinovat svou činnost se sociálními pracovníky) a tyto faktory nebudou pravidelně utužovány, tj. nevznikne dlouhodobý pocit vzájemné závislosti a chápání činností prováděných ostatními odborníky, a dochází k fragmentaci.

Dalším teoretickým východiskem pro pochopení významu této dimenze je teorie street-level bureaucracy, v češtině známá jako teorie liniových pracovníků (Lipsky, 1980; srov. také Horák a Horáková, 2009). Tato teorie předpokládá, že aktéři působící v první linii (např. sociální pracovníci, úředníci, zdravotníci) fakticky spoluvytvářejí veřejné politiky prostřednictvím své každodenní praxe. Disponují

tak značnou rozhodovací pravomocí, která ovlivňuje podobu a kvalitu péče. V případě, že se neztotožní s cíli integrace sociální a zdravotní péče vzniklých na systémové úrovni, může dojít k fragmentaci péče v profesní a interpersonální dimenzi.

Dalším významným konceptem jsou mocenské vztahy a profesní hierarchie (Glendinning, 2003). Nedostatek iniciativy totiž často souvisí s nerovnými vztahy mezi profesemi, což komplikuje spolupráci i tam, kde existují formální podmínky pro integraci péče. Touto optikou lze uvést příklad existence nerovného vztahu mezi lékařskými a sociálními profesemi, která ve výsledku komplikuje integraci péče navzdory legislativním reformám. Dochází totiž ke zkosnatělé komunikaci, duplikaci činností nebo naopak k přehazování odpovědnosti mezi profesemi (Glendinning, 2003).

V české *praxi* fragmentované péče dochází k tomu, že integrované komunitní služby vznikají převážně díky iniciativě jednotlivců či lokálních samospráv, nikoliv díky systematické podpoře (Kalvach a Wija, 2015). Patrné je to také z rozhovorů s odborníky (P1, P4, P5, P6, P7, P8), v nichž byly příklady dobré praxe v integraci sociální a zdravotní péče vždy spojeny s výraznou mírou osobní iniciativy, motivace a schopnosti jedinců spolupracovat. Tito aktéři prokazovali dovednosti „prolamovat“ systémové bariéry, sdílet odpovědnost a vyjednávat mezi sektory. Nicméně tato jejich aktivita byla velmi často závislá na osobnosti několika jedinců, po jejichž odchodu z pracovního místa může opět dojít k fragmentované péči.

Přestože Janečková a Vepřková (2017, s. 22) výstižně shrnují tuto dimenzi slovy: „Je to hlavně o lidech“, nelze přehlédnout, že schopnost jednat, spolupracovat a prosazovat změnu je vždy formována širším kontextem – profesními a kulturními vzorci, normami sdílenými uvnitř institucí, způsobem vzdělávání i organizační kulturou. Jinými slovy, osobní iniciativa sice hraje klíčovou roli, ale skutečná změna nastává tehdy, když se opírá o prostředí, které ji umožňuje a podporuje. Proto je třeba tuto dimenzi chápat v úzkém propojení zejména s dimenzí kulturní, která poukazuje na hluboce zakořeněné normy a rozdílné mentální modely.

Diskuse a aplikace v praxi

Tato studie představuje fragmentaci sociální a zdravotní péče jako komplexní, vícerozměrný a víceúrovňový fenomén. Navržený konceptuální rámec může sloužit nejen jako výzkumný nástroj, ale i jako analytický a evaluační podklad pro tvůrce politik a odborníky z praxe. Jednotlivé dimenze fragmentace lze chápat jako zrcadlový obraz integračních prvků, jejichž hlubší porozumění může napomoci efektivnějšímu propojení sociálních a zdravotních služeb.

Ačkoliv se pojem fragmentace objevuje i v českém odborném diskurzu, dosud chyběl systematický konceptuální rámec. Důsledkem je redukováné chápání překážek integrace, které bývají analyzovány jen z dílčích perspektiv. Totéž platí pro politická opatření. Příkladem je nově schválený zákon č. 38/2025 Sb., tzv. změnový zákon o sociálně-zdravotním pomezí.

Ačkoliv tento zákon představuje krok směrem k institucionálnímu ukotvení dlouhodobé péče, ukazuje se, že legislativní změna sama o sobě nemůže překonat komplexní a vzájemně propojené dimenze fragmentace. Tento příklad ilustruje, jak se jednotlivé bariéry vzájemně ovlivňují a proč je pro úspěšnou integraci nutné promýšlet i organizační, profesní, provozní a kulturní souvislosti.

Z pohledu *institucionální dimenze* novela sice nově definuje pojem „sociálně-zdravotní služba“, avšak pouze pro vybrané typy sociálních služeb, převážně pobytové. Terénní sociální služby (jako je pečovatelská služba či osobní asistence), zůstávají mimo rámec zákona. Novela zároveň přináší nerovné zatížení obou sektorů. Sociálním službám, které již v minulosti zajišťovaly ošetrovatelskou péči, nově ukládá *povinnost* registrovat zdravotní službu, zatímco zdravotnickým zařízením pouze *umožňuje* registraci sociálních služeb. Tento asymetrický legislativní rámec nejenže reprodukuje stávající nerovnosti, ale může je dále prohlubovat.

Z hlediska *provozní dimenze* novela selhává v zajištění proveditelnosti změn. Za prvé, není jasné stanoveno, jak budou nové služby financovány. Jak upozorňuje jeden z odborníků z praxe (P8), není dosud jasné, jaký postoj zaujmou zdravotní pojišťovny a za jakých podmínek budou novou formu lůžkové péče (paušální úhradou) financovat. Za druhé, novela zpřísňuje požadavky na personální a materiálně-technické zajištění, přičemž není zřejmé, jak budou tyto požadavky v praxi naplněny. Tato mezera mezi normativním rámcem a implementační realitou je typickým znakem provozní fragmentace.

Z pohledu *organizační a profesní dimenze* novela sice otevírá možnost sdílení informací mezi zdravotnickými a sociálními pracovníky, ale pouze v omezené míře. Zdravotnická dokumentace musí být dle APSS (2025) nadále vedena odděleně, což praktickou spolupráci limituje. Faktický přesun odpovědnosti za dlouhodobou péči směrem k sociálním službám navíc není provázen nastavením jasných mechanismů sdílení kompetencí ani posílením mezioborové spolupráce.

Odmítnutí návrhu na umožnění podávání léků pracovníky v terénních sociálních službách přitom odhalilo nejen hluboce zakořeněné profesní hranice a nedostatek vzájemné důvěry, ale i provozní a finanční nejistoty. Důvody zamítnutí návrhu totiž spočívaly jak v profesních sporech (např. nesouhlas některých zástupců odborné i politické veřejnosti, tzn. profesní dimenze fragmentace), tak v nevyjasněných otázkách financování tohoto úkonu (viz např. zkušenost P8, tzn. provozní dimenze fragmentace).

Kulturní a interpersonální dimenze fragmentace zůstávají zákonem nedotčeny, přestože se výrazně prolínají se všemi výše zmíněnými oblastmi. Je samozřejmé, že úkolem zákona není měnit profesní kulturu či hodnotové postoje. Nicméně i tato rovina zásadně ovlivňuje každodenní praxi. Fragmentace péče je v českém kontextu hluboce zakořeněna v rozdílných profesních identitách, postojích a hodnotách. Nabízí se proto otázka, zda fragmentace (minimálně na kulturní úrovni) nepředstavuje spíše přirozený stav vyplývající z rozdílných profesních identit, hodnot a mentálních modelů, jak o nich píše Zerubavel (1996). Pokud tomu tak je, pak integrace vyžaduje vědomý zásah proti tomuto přirozenému uspořádání. Nippert-Eng (2008) v této souvislosti upozorňuje, že efektivní integrace vyžaduje sdílení rolí, flexibilitu a týmovou spolupráci, což by mělo být podporováno již

v rámci vzdělávání budoucích odborníků. Změna v těchto oblastech tedy vyžaduje dlouhodobé strategie, proměnu vzdělávacích přístupů i aktivní podporu mezirezortní a mezioborové spolupráce.

Úspěšná implementace novely tak bude v praxi do značné míry záviset na iniciativě konkrétních aktérů (ředitelů zařízení, úředníků, zdravotníků a sociálních pracovníků). Jak ukazuje *dimenze iniciativy a spolupráce*, tam, kde nebude ochota ke změně, schopnosti nebo podmínky pro vyjednávání, bude integrace péče nadále selhávat. Zákon totiž nenastavuje systémovou podporu této iniciativy (např. školení, platformy, podpora spolupráce).

Závěrem lze shrnout, že změna zákona č. 38/2025 Sb. sice představuje důležitý krok k institucionálnímu ukotvení dlouhodobé péče, ale s výrazným přesunem odpovědnosti na oblast sociálních služeb. Ve výsledku tak může reprodukovat existující nerovnosti mezi sektory, a tím generovat nové bariéry pro spolupráci na úrovni organizací i profesí. Pokud totiž změna nebude doprovázena promyšlenými a koordinovanými opatřeními ve všech dimenzích a na všech úrovních (makro, mezo i mikro), hrozí, že zůstane pouze formální změnou bez skutečného dopadu na kvalitu a propojenost péče. Integrace tak nemůže být chápána jako jednorázový legislativní zásah, ale jako dlouhodobý, systematický a kontinuální proces.

Do budoucna je proto žádoucí empirický výzkum, který navržený konceptuální rámec ověří, rozšíří a využije pro návrh konkrétních nástrojů podpory integrace.

Závěr

Konceptualizace fragmentace sociální a zdravotní péče jako vícerozměrného a víceúrovňového jevu představuje důležitý krok k hlubšímu porozumění příčinám roztržitosti péče i možnostem jejího překonání. Navržený rámec, tvořený sedmi vzájemně propojenými dimenzemi – iniciativy a spolupráce, institucionální, organizační, profesní, interpersonální, kulturní a provozní – nabízí nejen analytický nástroj pro popis a porozumění fragmentaci, ale také potenciální základ pro návrh změn. Může být využit v oblasti politických reforem, evaluací a inspirativně také v dalších oblastech, kde je nezbytná mezioborová a meziinstitucionální koordinace, například ve vzdělávání nebo péči o duševní zdraví.

Dimenze fragmentace se navzájem prolínají a působí napříč všemi úrovněmi systému, od politických rozhodnutí po každodenní interakce mezi pracovníky a klienty. Proto je nelze posuzovat izolovaně. Zvláštní pozornost si však zaslouží dimenze kulturní a dimenze iniciativy a spolupráce. Obě jsou průřezové, těsně propojené a ukazují na klíčovou roli lidí, jejich hodnot, profesních identit a vůle ke spolupráci. Zatímco kulturní dimenze poukazuje na hluboce zakořeněné normy a rozdílné mentální modely, které mohou integraci podporovat nebo naopak ztěžovat, dimenze iniciativy a spolupráce připomíná, že skutečný posun je možný jen tam, kde existuje motivace, odvaha a schopnost jednat i navzdory systémovým bariérám.

I nejlépe nastavený systém může totiž zůstat roztržštěný, pokud selhává na úrovni vztahů, důvěry a sdíleného porozumění mezi těmi, kdo péči poskytují. Skutečná změna nevyplyvá pouze z paragrafů, nastává tehdy, když se osobní iniciativa může opřít o prostředí, které ji podporuje a propojuje. Pokud však budou současné kulturní vzorce fragmentace dále (re)produkovány ve vzdělávání, profesní praxi i při tvorbě politik, zůstane integrace jen přáním. Právě ve vědomém narušení těchto hluboce zakořeněných schémat a v ochotě jednat a spolupracovat napříč sektory integrace skutečně začíná.

Podpora

Tento článek byl částečně podpořen v rámci projektu TA ČR CESMOD (Centru výzkumu pro odolnou, smart, inovativní a udržitelnou společnost), TQ12000017.

MICHAELA VESELÁ HIEKISCHOVÁ působí na Fakultě sociálně ekonomické Univerzity J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, kde vyučuje předměty Úvod do sociální práce, Sociální služby a Sociální politiku. Ve své odborné činnosti se zaměřuje především na problematiku sociálně-zdravotních služeb, integraci a fragmentaci péče. Věnuje se také výzkumu asistivních technologií a jejich potenciálu přispívat k překonávání roztržštěnosti systémů péče.
ORCID: 0000-0001-7414-1795

Literatura

- Angelovská, O. a Janečková, H. (2023). Integrace zdravotní a sociální péče při propouštění pacientů z nemocnice do následné péče. In E. Křížová, *Sociální práce v mezioborové perspektivě* (s. 136–151). Karolinum.
- Arksey, H. a O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19–32.
<https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
- Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. (2021). *Reforma dlouhodobé péče pro Českou republiku*. <https://www.apsscr.cz/media/sluzby/knihovna/odborna-publikacni-cinnost/dokumenty/reforma-dlouhodob-pece-pro-ceskou-republiku.pdf>
- Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR. (2025). *Otázky a odpovědi k sociálně-zdravotnímu pomezí*. <https://www.apsscr.cz/media/aktuality/1-otazky-a-odpovedi-k-soc-zdrav-pomezí.pdf>
- Balková, M. (2018). Zdravotně sociální pomezí – proč se vzájemně potřebujeme? *Psychiatrie pro praxi*, 19(2e), e14–e20. <https://doi.org/10.36290/psy.2018.033>
- Bussu, S. a Marshall, M. (2020). (Dis)integrated care? Lessons from East London. *International Journal of Integrated Care*, 20(4), 2. <https://doi.org/10.5334/ijic.5432>
- Colquhoun, H. L., Levac, D., O'Brien, K. K., Straus, S., Tricco, A. C., Perrier, L., Kastner, M. a Moher, D. (2014). Scoping reviews: Time for clarity in definition, methods, and reporting. *Journal of Clinical Epidemiology*, 67(12), 1291–1294.
<https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.03.013>

- Corbinová, J. a Strauss, A. (1999). *Základy kvalitativního výzkumu*. Albert.
- de Matos, R. C., do Nascimento, G., Fernandes, A. C. a Matos, C. (2024). Implementation and impact of integrated health and social care services: An umbrella review. *Journal of Public Health Policy*, 45(1), 14–29. <https://doi.org/10.1057/s41271-023-00465-y>
- Edgren, L. a Barnard, K. (2015). Achieving integrated care through CAS thinking and a collaborative mindset. *Journal of Integrated Care*, 23(3), 108–119. <https://doi.org/10.1108/JICA-02-2015-0012>
- Fiscella, K., Franks, P., Gold, M. R. a Clancy, C. M. (2000). Inequality in quality: Addressing socioeconomic, racial, and ethnic disparities in health care. *Journal of the American Medical Association*, 283, 2579–2584. <https://doi.org/10.1001/jama.283.19.2579>
- Floyd, A. a Morrison, M. (2014). Exploring identities and cultures in inter-professional education and collaborative professional practice. *Studies in Continuing Education*, 36(1), 38–53. <https://doi.org/10.1080/0158037X.2013.783472>
- Glendinning, C. (2003). Breaking down barriers: Integrating health and care services for older people in England. *Health Policy*, 65(2), 139–151. [https://doi.org/10.1016/S0168-8510\(02\)00205-1](https://doi.org/10.1016/S0168-8510(02)00205-1)
- Horák, P. a Horáková, M. (2009). Role liniových pracovníků ve veřejné politice. *Sociologický časopis / Czech Sociological Review*, 45(2), 369–395.
- Ingram, E., Cooper, S., Beardon, S., Körner, K., McDonald, H. I., Hogarth, S., Gomes, M. a Sheringham, J. (2022). Barriers and facilitators of use of analytics for strategic health and care decision-making: A qualitative study of senior health and care leaders' perspectives. *BMJ Open*, 12(2), e055504. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-055504>
- Janečková, M. a Vepřková, R. (2017). Integrace péče – reflexe stavu v ČR. https://tarantula.ruk.cuni.cz/AKTUALITY-4286-version1-vyzkumna_zprava_integrace_pece.pdf
- Kalvach, Z. a Wija, P. (2015). *Systém integrovaných podpůrných služeb*. Institut důstojného stárnutí Diakonie ČCE.
- Kervin, L. M., Riadi, I., Chamberlain, S. A., Teo, K., Churchill, R., Beleno, R., Hung, L. a Cosco, T. D. (2023). Barriers in health and social care access and systems navigation among older adults without advocates: A scoping literature review and framework synthesis. *Journal of Population Ageing*, 1–36. <https://doi.org/10.1007/s12062-023-09430-9>
- Khayatzadeh-Mahani, A., Nolte, E., Sutherland, J. a Forest, P. G. (2018). International experiments with different models of allocating funds to facilitate integrated care: A scoping review protocol. *BMJ Open*, 8(11), e021374. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-021374>
- Kupeli, N., Leavey, G., Harrington, J., Lord, K., King, M., Nazareth, I., Moore, K., Sampson E. L. a Jones, L. (2018). What are the barriers to care integration for those at the advanced stages of dementia living in care homes in the UK? Health care professional perspective. *Dementia*, 17(2), 164–179. <https://doi.org/10.1177/1471301216636302>
- Kuzníková, I. (2017). *Dlouhodobá zdravotně-sociální péče*. Ostravská univerzita.
- Levac, D., Colquhoun, H. a O'Brien, K. K. (2010). Scoping studies: Advancing the methodology. *Implementation Science*, 5, 1–9. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-69>
- Lipsky, M. (1980). *Street-level bureaucracy: Dilemmas of the individual in public service*. Russell Sage Foundation. <https://doi.org/10.2307/1288305>
- Løken, T. D., Helgesen, M. K. a Bjørkquist, C. (2022a). Collective competence as an enabler for service integration in health and social care services. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 2817–2830. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S387719>
- Løken, T. D., Helgesen, M. K., Vike, H. a Bjørkquist, C. (2022b). Being bound and tied by the ropes of frugality: A case study on public management values and service integration. *Journal of Health Organization and Management*, 36(9), 95–111. <https://doi.org/10.1108/JHOM-10-2020-0401>

- Ministerstvo práce a sociálních věcí. (2015). *Národní strategie rozvoje sociálních služeb na období 2016–2025*.
- Ministerstvo zdravotnictví České republiky. (2020). *Zdraví 2030: Strategický rámec*.
<https://zdravi2030.mzcr.cz/zdravi-2030-strategicky-ramec.pdf>
- Moorthie, S., Hayat, S., Zhang, Y., Parkin, K., Philips, V., Bale, A., Duschinsky, R., Ford, T. a Moore, A. (2022). Rapid systematic review to identify key barriers to access, linkage, and use of local authority administrative data for population health research, practice, and policy in the United Kingdom. *BMC Public Health*, 22(1), 1263.
<https://doi.org/10.1186/s12889-022-13187-9>
- Mur-Veeman, I., Van Raak, A. a Paulus, A. (2008). Comparing integrated care policy in Europe: Does policy matter? *Health Policy*, 85(2), 172–183.
<https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2007.07.008>
- Nicaise, P., Tulloch, S., Dubois, V., Matanov, A., Priebe, S. a Lorant, V. (2013). Using social network analysis for assessing mental health and social services inter-organisational collaboration: Findings in deprived areas in Brussels and London. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 40, 331–339.
<https://doi.org/10.1007/s10488-012-0423-y>
- Nippert-Eng, C. E. (2008). *Home and work: Negotiating boundaries through everyday life*. University of Chicago Press.
- Oprešnik, D., Piletič, M., Mršić, M., Klemenčič, S. a Počrvina, L. (2021). Development of a model of integration for complex chronic conditions across levels of healthcare and the community in Novo mesto, Slovenia. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 57(1), 97–106.
- Průša, L. a kol. (2021). *Dlouhodobá péče nejen v České republice*. Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR.
- Schultz, R., Kousgaard, M. B., la Cour, P. a Davidsen, A. S. (2019). Between three chairs: Experiences of being a patient with chronic widespread pain in an intersectoral setting in Denmark. *Health Psychology Open*, 6(1), 2055102919852500.
<https://doi.org/10.1177/2055102919852500>
- Stange, K. C. (2009). The problem of fragmentation and the need for integrative solutions. *Annals of Family Medicine*, 7(2), 100–103. <https://doi.org/10.1370/afm.971>
- Sundström, M., Petersson, P., Rängård, M., Varland, L. a Blomqvist, K. (2018). Health and social care planning in collaboration in older persons' homes: The perspectives of older persons, family members and professionals. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(1), 147–156. <https://doi.org/10.1111/scs.12440>
- Trouvé, H., Couturier, Y., Etheridge, F., Saint-Jean, O. a Somme, D. (2010). The path dependency theory: Analytical framework to study institutional integration. The case of France. *International Journal of Integrated Care*, 10, e049.
<https://doi.org/10.5334/ijic.544>
- Wood, L. M., Sebar, B. a Vecchio, N. (2020). Application of rigour and credibility in qualitative document analysis: Lessons learnt from a case study. *Qualitative Report*, 25(2). <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2020.4240>
- Zerubavel, E. (1996). Lumping and splitting: Notes on social classification. *Sociological Forum*, 11, 421–433. <https://doi.org/10.1007/BF02408386>

Příloha

Tabulka P1. Zahrnuté studie a jejich charakteristiky

Článek	Země	Typ studie	Metoda	Teoretický rámec	Dimenze fragmentace	Kritické poznámky
Løken et al. (2022a) – Collective competence	Norsko	empirická	kvalitativní	kolektivní kompetence; profesní identita	profesní, kulturní, iniciativa a spolupráce	Fragmentace není výslovně definována, ale kulturní a profesní bariéry spolupráce dobře vystiženy.
Løken et al. (2022b) – Ropes of frugality	Norsko	empirická	kvalitativní	manažerské hodnoty ve veřejné správě (Hood)	profesní, organizační, kulturní, provozní	Ukazuje, jak hodnoty systému (NPM) negativně ovlivňují spolupráci a přispívají k fragmentaci péče.
Kupeli et al. (2016)	Anglie	empirická	kvalitativní	bez explicitního rámce; empirická témata	systémová, organizační, profesní, provozní, kulturní	Fragmentace jako výsledek bariér v péči; víceúrovňové pojetí, chybí teoretická konceptualizace.
Nicaise et al. (2013)	Belgie	empirická	kvantitativní (mezinárodní výzkum)	Leutz (1999), analýza sociálních sítí	organizační, institucionální (minimálně)	Analýza propojenosti služeb; zaměřeno na institucionální síť, bez normativní/profesní roviny.
Schultz et al. (2019)	Švédsko	empirická	kvalitativní	interpretativní fenomenologická analýza	institucionální, profesní, organizační, kulturní, interpersonální, iniciativa a spolupráce (implicitně)	Fragmentace jako patientská zkušenost; žádná teoretická definice fragmentace.
Oprešnik et al. (2021)	Slovinsko	empirická	smíšená	(žádný, pouze implementační rámec: JA CHRODIS)	organizační, profesní	Praktické zhodnocení bariér integrace; chybí teoretický rámec fragmentace; projekt CHRODIS byl použit jako praktický rámec pro strukturování péče.
Floyd a Morrison (2014)	Velká Británie	teoretická	desk research	kritická sociologie (Bourdieu); kulturně-historický rámec	kulturní, profesní	Kulturní odlišnosti jako překážky spolupráce; fragmentace není výslovně zmíněna, ale je středem zájmu.
Glendinning (2003)	Velká Británie	empirická	kvalitativní	politická a organizační analýza	organizační, profesní, kulturní, iniciativa a spolupráce (implicitně), vertikální	Fragmentace je implicitní, ale jasně přítomná v různých rovinách; ukazuje potřebu konceptualizace.
Mur-Veeman et al. (2008)	Nizozemsko	empirická	kvalitativní	institucionalismus zaměřený na aktéry	institucionální, organizační, profesní, kulturní (implicitně), iniciativa a spolupráce (implicitně)	Silná argumentace o vícedimenzionální povaze fragmentace; metafora „Berlin walls“.
Sundström et al. (2017)	Švédsko	empirická	kvalitativní	péče zaměřená na člověka, perspektiva životní dráhy (implicitně)	interpersonální, kulturní, profesní, organizační (implicitně), institucionální (implicitně)	Silný důraz na asymetrii, hodnoty a očekávání; fragmentace není konceptualizována.
Trouvé et al. (2010)	Francie	empirická	kvalitativní	teorie závislosti na cestě (path dependency)	institucionální, organizační, interpersonální, profesní, kulturní, provozní, iniciativa s spolupráce	Systematické propojení více dimenzí; silné teoretické ukotvení.
Bussu a Marshall (2020)	Anglie	empirická	kvalitativní	mikroúroveň spolupráce, pracovní rutiny	organizační, profesní, kulturní, provozní	Silné mikromechanismy fragmentace; silo mentality a profesní hranice.
Kervin et al. (2023)	Kanada	přehledová studie	scoping review	bez teoretického rámce; kvalitativní analýza bariér	organizační, profesní, provozní, kulturní (implicitně)	Pojem „siloed services“ jako výchozí; chybějící koordinace, sdílení dat, rozdílné zaměření služeb.
Moorthie et al. (2022)	Anglie	přehledová studie	rapid systematic review	bez teoretického rámce; systematický přehled	provozní, organizační, kulturní	Fragmentace skrze selhání sdílení dat; analýza technických, právních a kulturních bariér.
Ingram et al. (2022)	Anglie	empirická	kvalitativní	bez formálního teoretického rámce	organizační, funkční, kulturní (implicitně)	Fragmentace jako důsledek nesdílených datových systémů; důvěra a spolupráce jako klíčové podmínky integrace.
Edgren a Barnard (2015)	Švédsko	teoretická	konceptuální analýza literatury	komplexní adaptivní systémy + spolupracující myšlení	organizační, profesní, kulturní	Fragmentace je chápána jako důsledek specializace, nedostatku koordinace a nekompatibilních hodnot.
Khayatzadeh-Mahani et al. (2018)	Kanada	přehledová studie	scoping review	bez teoretického rámce; přehled mezinárodních způsobů financování péče	provozní	Nezabývá se konceptualizací fragmentace, ale poskytuje důležité informace pro pochopení funkční dimenze jako překážky integrace. Funkční dimenze je spojována s financováním péče.