

Univerzita Karlova
Filozofická fakulta
Katedra sociologie
Sociologie

Disertační práce

Ing. Mgr. Matěj Lejsal

Integrace paliativní péče do sociální služby domov pro seniory

**Integration of Palliative Care into a Social Service - Nursing
Home**

Vedoucí práce prof. Walter Lorenz, M.Sc., Ph.D.

2023

Prohlašuji, že jsem disertační práci napsal samostatně s využitím pouze uvedených a řádně citovaných pramenů a literatury a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 16.9.2023

Ing. Mgr. Matěj Lejsal, v. r.

Obsah

1	Kontext – stárnutí populace a komplexní problémy	5
2	Konkrétní kontext realizované studie a metodologie.....	9
2.1	Zvolená metodologie výzkumu	10
2.2	Definice akčního výzkumu.....	12
2.3	Pojetí akčního výzkumu v této studii:	14
2.4	Realizace aplikovaného výzkumu:	15
3	Pojetí systémů a změny.....	19
3.1	Systém – definice, teorie relevantní k organizačním a systémovým změnám	19
3.2	Parsonsovo pojetí sociálních systémů – stabilita, struktura	21
3.3	Luhmannova obecná teorie systémů a seberefrenční systémy	24
3.4	Teorie organizace.....	29
3.4.1	Organizace v kontextu sociální práce.....	32
3.4.2	Organizace jako systém ve vztahu k prostředí	34
3.4.3	Koncept struktury.....	36
3.4.4	Koncept organizační kultury	37
3.5	Systémové myšlení	39
4	Dlouhodobá péče a vývoj v prostředí České republiky	47
4.1	Kvalita života – ústřední koncept pro dlouhodobou péči	47
4.2	Mezioborová spolupráce jako základní koncept dlouhodobé péče	50
4.3	Bariéry uplatnění multidisciplinárního přístupu.....	51
4.4	Historický kontext zkoumané systémové změny	54

4.4.1	Fáze revoluce/evoluce	55
4.5	Druhá fáze – konsolidace a komodifikace (uživatel/klient jako zákazník).....	62
4.6	Rozvoj paliativní péče – zdravotně-sociální pomezí.....	68
5	Empirická část.....	72
5.1	Vývoj organizace Sue Ryder v kontextu systému sociálních služeb.....	73
5.2	Systémová změna – integrace paliativní péče do domova pro seniory	76
5.3	Etapa latentní	77
5.4	Etapa heuristická.....	80
5.5	Etapa evoluční	87
5.6	Etapa strukturní.....	91
5.7	Etapa standardizační	98
5.8	Etapa dopadová.....	103
6	Závěr – shrnutí:	106

Účelem této studie je proti sobě postavit systémový pohled na komplexní změny v kontrastu k lineárnímu pohledu na změnu, který je mnohem častěji aplikován a testován. Porozumění systémovému přístupu ke změně může posílit aktéry při iniciaci a realizaci systémových změn. Aplikace systémového přístupu k realizaci komplexních změn usnadňuje volbu účinných intervencí a usnadňuje realizaci změn, u kterých lze výsledky a dopady očekávat v delším časovém horizontu. Studie systémové změny je realizována v prostředí dlouhodobé péče, konkrétně pobytové sociální služby pro seniory s cílem podpořit kritický diskurs v sociální práci.

1 Kontext – stárnutí populace a komplexní problémy

Stárnutí populace v celé Evropě staví společnost před řadu otázek. Střední délka života ve zdraví však roste pomaleji než celková střední délka život, a to i přes dynamický rozvoj medicínského poznání, rozvoj techniky i technologií. Přibývají tak „léta života s nemocí“, v souvislosti s tím je třeba očekávat výrazný nárůst potřeby služeb dlouhodobé péče, které budou připraveny řešit uceleně komplexní problémy, se kterými se člověk ve vysokém věku bude setkávat. Tento vývoj bude kromě nových služeb (kapacit i zaměření) vyžadovat i to, aby se mu přizpůsobili současní aktéři systému dlouhodobé péče. Řešení komplexních problémů vyžaduje již nyní intenzivní mezioborovou spolupráci, a to nejen mezi různými pomáhajícími profesemi, ale napříč obory a sektory – medicína, IT, mechanika, elektrotechnika, sociální práce, design, etika aj. Posiluje se ekonomická nezávislost jednotlivců, systémy sociálního zabezpečení akcentují princip individualizace, tj. důraz na osobní volbu jednotlivce (například skrze tzv. individuální plánování v sociálních službách), současně roste nárok společnosti na to, aby jednotlivce převzal odpovědnost za řešení své životní situace. Převzetí takové odpovědnosti v plném rozsahu předpokládá, že člověk bude schopen rozhodovat s ohledem na rizika „životního cyklu“. Zmíněný efekt prodlužující se střední délky života s sebou nese vyšší pravděpodobnost toho, že člověk prožije část svého života s tím, že bude závislý na službách

dlouhodobé péče, a to i v závěru svého života. I s ohledem na nárůst absolutního počtu osob, které budou služby dlouhodobé péče v seniorském věku využívat, je třeba počítat s tím, že bude třeba, aby péče v závěru života v podobě paliativní péče byla integrována do těchto služeb jako jejich nedílná součást. Na to ostatně upozorňuje i zpráva OECD o péči v závěru života publikovaná v tomto roce (OECD, 2023). Otázka dostupnosti péče v závěru života¹ ve službách dlouhodobé péče se tak stává vysoce naléhavou.

Samotná deskripce povahy problému, případně analýza jeho souvislostí, nestačí k jeho řešení. Podobně čelí kritice i „tradiční sociální práce“, která má v našich podmínkách především podobu případové práce, soustředí se na jednotlivce a jeho podporu, nereflektuje to, že může sama svým přístupem podporovat nefunkční či opresivní mechanismy systému (Janebová, 2014). Jako relevantní se jeví pozice „kritické sociální práce“, konkrétně tzv. „nové strukturální sociální práce“, která staví na pochopení potřeb „utlačovaných“, porozumění jejich vztahům a zkušenostem s existujícími institucemi a strukturami. Současně podporuje utlačované, aby vyvíjeli alternativní systémy a procesy, které budou výzvou dominujícím strukturám (Mullaly, 1993). Kritická sociální práce zdůrazňuje, že sociální práce není politicky neutrální aktivitou, tj. nestačí být odpovědný pouze za proces pomoci, ale že jde o vysoce politickou (nikoliv stranickou) aktivitu², která nemůže rezignovat na odpovědnost za dosažené výsledky. Tento přístup proto nemůže konstatovat, že nějaké řešení je „mimo možnost či kontrolu“ sociálního pracovníka, ale přebírá odpovědnost za to, že okolnosti „mimo kontrolu“ je třeba změnit. (Janebová, 2014)

¹ Jedná se o péči o lidi, kteří prožívají závěrečné měsíce či roky života.

² Odlišení mezi pojmem „politický“ a „stranický“ ve své eseji „O politice“ velmi názorně popsal již Karel Čapek: „Každá užitečná práce je politická. Šije-li švec boty, které nás tlačí, zhoršuje tím makavě poměry beztoho dosti dezolátní; a šije-li k tomu příliš draho, zhoršuje je dvojnásob. Politický smysl každé práce je dělat ji tak, aby tím, pokud možno získal život těch ostatních. Kdybychom řekli, že politika je péče o veřejné blaho, tedy švec pečuje o veřejné blaho především dobrými botami a řezník dobrým masem...“
https://zlatyfond.sme.sk/dielo/5088/Capek_O-vecech-obecných-cili-zoon-politikon/3#ixzz8BbZ2sgmu

Jedním z přístupů k tvorbě alternativních systémů (viz výše) je systémové myšlení a systémový přístup. Systémový přístup umožňuje analyzovat a zpřehlednit prvky zkoumaného systému, jejich vzájemné provázanosti a vzájemné ovlivňování. Již tento krok představuje první krok k opuštění pasivní pozice sociální práce ve vztahu k řešenému problému a nabízí vodítka pro účinné intervence a změny – doplnění chybějících prvků systému, vytvoření chybějících propojení a ovlivnění jejich kvality.

Realizaci studie v předložené podobě umožnily mimořádně příznivé podmínky. Sledovat dopady organizačních změn a změny širšího systému mi umožnil dynamický vývoj v oblasti paliativní péče v České republice, kde v poslední dekádě probíhají hluboké systémové změny³ a mají dopad do oblasti dlouhodobé péče a tím i do segmentu sociálních služeb., současně jsem měl jedinečnou příležitost využít souběhu několika rolí v rámci konkrétní organizace – aktéra/prvku v systému dlouhodobé péče a subsystému pobytových sociálních služeb pro seniory – roli sociálního pracovníka, roli manažera a roli výzkumníka. Role sociálního pracovníka a manažera s sebou nesou vědomí potřeby se zapojit do řešení indikovaného problému, zvědavost výzkumníka pak nese potřebu se současně od řešení distancovat, udržet odstup a celý proces a výsledky pak nahlížet optikou teoretického poznání a dostupné literatury. V rámci realizované studie jsem tak souběžně stál v roli akčního výzkumníka (participujícího a reflektujícího svou pozici), sociálního pracovníka (reflektujícího potřebu se zapojit do řešení problému) a manažera (reflektujícího pozici ve struktuře a související moc). Součástí těchto specifických podmínek byla i finanční podpora pro realizaci navržené změny poskytnutá Nadačním fondem ABAKUS.

Výše popsaný zájem (a potřeby) vedly ke specifikaci výzkumné otázky, která rámuje základní cíl, který sleduje tato studie, a to:

³ Vývoji paliativní péče se věnuji v samostatné kapitole této studie.

Jaké principy podpoří realizaci změny praxe v organizaci (mikro), aby byl vyřešený „problém“ na mikro úrovni a vynaložené úsilí a dosažené výsledky přispěly ke změně systému v okolí organizace i ke změně systému (makro), ve kterém organizace působí?

Při hledání odpovědi na tuto otázku pracují s předpokladem, že teorie sociálních systémů, teorie organizací a systémové myšlení umožní nahlížet organizační změnu, tj. změnu praxe na úrovni organizace, současně jako změnu (chování, struktury, propojení) organizace jakožto prvku širšího systému a změnu propojení s dalšími prvky tohoto širšího systému. Systémové myšlení bude cestou k porozumění chování/fungování celého systému a interakcí mezi jeho prvky. Bude-li zajištěn transfer změn mezi jednotlivými úrovněmi systému (mikro-mezzo-makro), lze očekávat, že se změny projeví v systému jako celku – v jeho fungování, hranicích, propojeních i struktuře.

2 Konkrétní kontext realizované studie a metodologie

V České republice zemře každý rok přibližně 1/3 uživatelů pobytových sociálních služeb pro seniory, tj. cca 60tis. osob, z toho dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky cca 60 % má jako místo úmrtí uveden domov pro seniory, ostatní umírají v nemocnici či během transportu k hospitalizaci (ÚZIS, 2020). S tím, jak populace stárne, lze očekávat, že tato čísla budou růst. S ohledem na vymezení věkové skupiny seniorů z pohledu sociální politiky ČR a legislativy upravující sociální služby (65+) lze očekávat, že uvedená čísla budou kontinuálně růst. Mnohokrát citovaný (zatím neopakovaný) průzkum CD realizovaný 2015 v ČR na problém nedostupnosti paliativní péče, hospicové péče a péče v závěru života obecně poukázal již v minulosti. I přes intenzivní rozvoj zejména specializované paliativní péče v ČR nelze očekávat, že bez hlubších systémových změn se dostupnost péče v závěru života nezvýší dostatečně rychle. Systémové změny v kontextu sociální politiky jsou často prezentovány a vnímány především jako změny na makro úrovni (důchodová reforma, reforma dávek, změny legislativy aj.). Již méně zřetelné jsou systémové změny na mezo úrovni (kraje, regiony, obce)⁴. Řešení designovaná na mikroúrovni (poskytovatelé sociálních služeb, zdravotních služeb, rodiny a v případech konkrétních jednotlivců) představuje rovněž systémovou změnu – mění se chování aktérů mikro systému, vznikají nové vazby mezi prvky systému a mění se výsledky fungování systému (Senge, 2006).

Konkrétním projevem měnících se a nesaturovaných potřeb byl počet klientů, kteří zemřeli jinde než v domově pro seniory, přestože někteří explicitně projevili přání „zemřít doma“, přičemž pojmem „doma“ označovali prostředí domova pro seniory. Navíc při srovnání počtu klientů zemřelých v domově pro seniory byl dlouhodobě jejich podíl (17 %) výrazně

⁴ Jako příklad mohou sloužit rozhodnutí krajů o podobě tzv. krajské sítě sociálních služeb. Tato „krajská síť“ a objem prostředků, které jsou na ni rozhodnutím kraje alokovány de facto určuje rozsah a podobu poskytovaných sociálních služeb, včetně nároků na kvalitu těchto služeb. Jiným příkladem pak mohou být nezávisle zpracovávané a realizované strategie rozvoje paliativní péče v některých krajích (Praha, Kraj Vysočina, Jihočeský kraj)

nižší, než indikoval mnohokrát citovaný průzkum STEM pro Cestu domů, ze kterého vyplývalo, že 78 % osob si přeje zemřít „doma“.

Řešení problému nebylo v kontextu ČR k dispozici (adaptace dobré praxe, copy-paste apod.). Dostupná data o problému indikovala, že se nejedná o lokální problém (organizace, regionu), ale že jde o systémový problém.

Šlo tedy o záměr změnit praxi (sociální práce, resp. fungování sociální služby), tuto změnu iniciovat (dát jí prostor) a být před ní (identifikovat problémy, hledat jejich řešení, implementovat tato řešení a vyhodnocovat jejich dopady a celý proces systematicky sledovat a dokumentovat). Nedílnou součástí celého záměru bylo i „lepší praxi“ sdílet, a to nejen v podobě výsledku (podoby „lepší praxe“), ale sdílení i samotného procesu změny. Záměr v sobě obsahoval i riziko, že i přes veškeré úsilí nebude změna úspěšná (případně její přínos bude příliš malý). V takovém případě může být pro další aktéry systému dlouhodobé péče cenná i tato zkušenost, tj. realizované intervence, které nepřinesly potřebné výsledky.

2.1 Zvolená metodologie výzkumu

Na rozhodování o volbě metody výzkumu mělo vliv několik faktorů, které vycházely z pozice autora studie a jeho vztahu k řešenému tématu – původní profese (sociální pracovník), aktuální role – manažer organizace poskytující sociální služby a současně student – výzkumník. Autorovi je blízká pozice kritické sociální práce (Janebová), primárně v modu designování alternativních služeb a přístupů a usilováním o udržení nezávislosti takových služeb na ideologii.

Osobní souběh rolí a zájem na řešení zkoumaného problému s cílem posílit „sociální spravedlnost“ byl klíčový a předznamenával pragmatický přístup ke zkoumání. Pragmatický přístup jakožto výzkumné paradigma, se zaměřuje na řešení praktický problémů ve skutečném

světě, ve vztahu k sociální práci pragmatický přístup považuje zkoumání, jak v rámci teorie, tak v rámci praxe za efektivní tehdy, pokud pomáhá dosáhnout zamýšleného účelu (Kaushik, 2019). Na pragmatickém přístupu je pak založena volba metodologie – tj. akční výzkum, užití metod a technik zkoumání pak vycházel z povahy řešení dílčích otázek a problémů. Souběh rolí výzkumníka, manažera a sociálního pracovníka nese jak příležitosti, tak možná rizika. Nabízí možnost propojit výzkum s teorií a žitou praxí, vytváří příležitost pro výzkumníky být v úzkém kontaktu s praxí a reflexí jejich problémů, souběžně může zprostředkovat dosažené poznání a teoretické rámce praktikům, zprostředkovat učení, nabídnout jiné perspektivy při řešení problémů v praxi (Greger, 2020). Akční výzkum nabízí prostor pro provádění sociálního výzkumu, který splňuje přísné vědecké nároky a současně podporuje demokratickou sociální změnu, jde tedy současně o výzkumnou strategii a reformní praxi (Greenwood, 2007). Nedílnou součástí procesu akčního výzkumu je společné učení všech aktérů. Akční výzkum se tak uplatňuje v řadě tzv. pomáhajících profesí – v pedagogice, sociální práci, ošetrovatelství aj. Reflexi vlastní praxe a její využití jako zdroje učení zdůrazňoval ve své práci Donald Schön (Greger, 2020), v oblasti sociální práce a zdravotnictví téma nadále rezonuje např. v práci Havrdové a Lorenze. Vlastní pojem akčního výzkumu je spojován s pracemi Kurta Lewina, který přinesl obrázek spirálovitého postupu, kde se kruhovitě střídají fáze plánování, akce a vyhodnocení akce. Toto dynamické pojetí zkoumání – sekvence opakujících se vytváří předpoklad pro zkoumání postupných změn.

Oblast dlouhodobé péče a související výzvy jsou reflektovány, popisovány i analyzovány v řadě studií. Samotná deskripce a analýza jsou nedostatečné, je třeba hledat řešení praktických problémů a situací. Je třeba promýšlet různé druhy intervencí, testovat je, výsledky vyhodnocovat a na základě vyhodnocení pak upravovat. Je třeba podporovat vznik širšího spektra možných řešení (příkladů „dobré praxe“) a na jejich základě pak formulovat obecnější doporučení. (Greger, 2020)

2.2 Definice akčního výzkumu

Akční výzkum vznikl v reakci na kritiku tradiční sociální vědy, s tím že kritizoval zejména nedostatek praktického vlivu (Hendl, 2006) Nejde však o opozici k základnímu empirickému výzkumu, je vhodnější uvažovat o akčním výzkumu jako komplementárnímu přístupu, který propojuje výsledky vytvořené tradičním výzkumem a potřeby a zkušenosti praxe a působí obousměrně. Akční výzkum sám usiluje o změnu, je považován za prostředek inovací v sociální realitě. Je prostředkem, jak uplatnit výsledky výzkumu v praxi, urychlit proces potřebných změn a současně případně dát impulsy pro základní výzkum. Lewin (1946) sám definuje akční výzkum jako *„srovnávací výzkum o podmínkách a dopadech různých forem sociálního jednání, výzkum vedoucí k akci.“* Jinou definici nabízí Greenwood (2007, str. 133): *„Akční výzkum je sociální výzkum realizovaný týmem, který zahrnuje profesionálního akčního výzkumníka a členy organizace, komunity nebo síť („stakeholders“), kteří usilují o zlepšení situace účastníků. Akční výzkum podporuje širokou participaci v procesu výzkumu a podporuje akci vedoucí ke spravedlivější, udržitelnější či uspokojivější situaci stakeholderů.“* Důraz v participativním výzkumu je v tomto pojetí kladen na vysokou míru participace všech (výzkumníka i stakeholderů) na celém procesu – definici problému, který je třeba zkoumat, rozvoj znalostí, které souvisejí s řešeným problémem, zkoumání problémů skrze nejrůznější techniky sociálního výzkumu, realizovat opatření vedoucí ke změně a vyhodnocování výsledků a dopadů těchto aktivit ve světle toho, co se účastníci naučili. Pro akční výzkum není zpracována univerzální metodologie, zdůrazňuje propojení tří prvků: akce, výzkum a participace. (Greenwood, 2007).

Cílem akčního výzkumu není běžná změna praxe či organizace. Akční výzkum cílí k tomu, aby zapojení členové organizací nebo komunit byli lépe vybaveni kompetencemi a měli kontrolu nad vlastní situací a jejím vývojem. V podobném duchu je akční výzkum realizován i v prostředí sociální práce. Je založen a představě týmu, v němž nositel problému řeší svůj

problém společně s výzkumníkem, společně zkoumají okolnosti problému a s pomocí poznatků o nich hledají jeho řešení. Aktivní participaci všech zúčastněných zdůrazňuje i Burns (2012) v tom, že akční výzkum umísťuje všechny zúčastněné dovnitř výzkumu. To klade specifický nárok na výzkumníka samotného, aby reflektoval svoji vlastní pozici v systému a moc, kterou v systému má. Nejde tedy jen o přijetí skutečnosti, že výzkumník „není neutrální“, ale jde o to, že pozice výzkumníka uvnitř systému má vliv na to, co se děje v tomto společném sociálním prostředí. Zvláštní důraz klade Mesec (2006) na výstupy akčního výzkumu, trvá na tom, že nestačí pouze dosáhnout změny praxe a rozšíření kompetencí participantů (resp. vyřešení problému), ale že výsledky akčního výzkumu musí být publikovány.

Specifické pojetí akčního výzkumu pak představuje „sebevýzkum“ (Musil, 2012), v rámci kterého je spojena role nositele problému a výzkumníka v jedné osobě. Nevýhody sebevýzkumu, kde absentuje externí výzkumník, popisuje Mesec (2006). Upozorňuje na to, že nositel problému a výzkumník v jedné osobě obvykle sdílí zájmy a představy svých spolupracovníků či členů dané skupiny a může mít tendenci svou činnost nahlížet schématem vnímání, které je v dané skupině sdílené či blízké. To může být překážkou, aby přinášel otázky či náhledy, které budou narušovat obvyklé vnímání a obvyklá schémata. Externí výzkumník může přinášet jiné náhledy, inspirativní otázky a přístupy, které jsou mimo zažitý rámeček uvažování dané skupiny. Druhé riziko, na které Mesec upozorňuje, je riziko odložení zpětné vazby či reflexe. Musil (2012) interpretuje toto „odložení“ jako opomenutí zohlednit některé rysy své činnosti, protože mj. jeho pozornost je výběrově zaměřená, zúžená schématem vnímání. Toto odložení je možné interpretovat i jako prosté posunutí této aktivity v čase, což s sebou nese riziko ztráty informací (prosté zapomínání), případně může dostat „akce v praxi“ přednost (vyšší prioritu než „výzkum“, což je riziko, na které upozorňuje např. i Greger (2020)). Současně i vlastní přítomnost výzkumníka ve zkoumaném systému může představovat bariéru. Odlišné perspektivy, hodnotové založení či ideologie reprezentované výzkumníkem, který je

účastníkem všech fází akčního výzkumu (plánování, akce, vyhodnocení) může být brzdou pro akční kroky. Musil (2012) jde dál a připouští, že je možné integrovat role výzkumníka i aktéra v jedné osobě, pokud jsou vytvořeny podmínky, ve kterých má dotyčný podporu pro sebereflexi i metodickou podporu pro realizaci výzkumu.

2.3 Pojetí akčního výzkumu v této studii:

- 1) Akční výzkum má tři hlavní komponenty – akce, výzkum, participace
- 2) Jde o bádání realizované praktiky (aktéry) s cílem tuto praxi změnit. (příspěť ke změně systému dlouhodobé péče, PP je konkrétní experiment)
- 3) Jde o proces cyklické povahy (plán – akce – reflexe) provázený průběžným učením. Proces učení může vést k identifikaci nového problému, případně ke zvýšení citlivosti na projevy odchylek od žádoucího vývoje i mimo plánované a sledované účinky intervencí.
- 4) Nejde o lineární sekvenční proces, v průběhu akce může probíhat paralelně plánování, případně reflexe a souběžně doplnění relevantních znalostí, které rovnou ovlivní akci.
- 5) Akční výzkum může probíhat v různých úrovních systému (mikro-mezzo – makro), cykly mohou probíhat paralelně, fáze mohou být posunuté.
- 6) Volíme metody podle povahy řešeného problému.
- 7) Součástí akčního výzkumu je i zkoumání přenosu výsledků mezi jednotlivými úrovněmi systému.
- 8) Vychází z kritického postoje sdíleného významnou částí členů organizace, resp. aktérů systému dlouhodobé péče.
- 9) Bádání má plán a zahrnuje systematický plán sběru dat.
- 10) Bádání se děje participativně – se zástupci a členy aktérů, mezi spoluvýzkumníky, s průvodcem (školitelem)

11) Výsledky jsou sdíleny, zveřejňovány, publikovány.

12) Pozicionalita:

- a. Výzkumník je současně aktérem procesu změny.
- b. Součástí týmu je další výzkumník.
- c. Záměry participujících jsou artikulovány, dokumentovány a sdíleny.
- d. Je zajištěna podpora aktivní reflexe členů týmu i výzkumníků
 - i. v rámci projektových setkání
 - ii. v prostředí meziorganizační spolupráce
 - iii. prezentací průběžných výsledků dílčích cyklů a plánů následujících cyklů odborné veřejnosti (prezentace „úspěchů“ i „neúspěchů“ a nevyřešených problémů)
 - iv. v procesu kompletace reportů vůči donorovi
 - v. v konzultacích se školitelem

2.4 Realizace aplikovaného výzkumu:

Cílem akčního výzkumu bylo primárně dosažení změny v realitě konkrétní pobytové sociální služby pro seniory. V širším kontextu šlo o rozvinutí porozumění a chápání změny na mikro úrovni jako součásti procesu změny komplexního sociálního systému (dlouhodobé péče) na různých úrovních systému a transferu výsledků mezi úrovněmi a na základě tohoto porozumění formulovat základní principy a zobecněné empirické zkušenosti, které tento proces podpořily.

Výchozí plán akčního výzkumu bylo získat hlubší porozumění prostředí (charakteristika systému dlouhodobé péče se zaměřením na sociální služby a paliativní péči, předchozí systémové změny na různých úrovních a jejich účinnost), zdokumentovat podrobně výchozí stav problému (povaha problému, porozumění zdrojům problému, navrhnout možné způsoby

řešení, plán realizace opatření k řešení na mikro úrovni (design organizační/systémové změny), realizovat tyto intervence (organizační změnu), zdokumentovat intervence, jejich výsledky a skrze sdílení zkušeností s tímto procesem a výsledků tohoto procesu pak iniciovat širší změnu v oblasti pobytových služeb a současně z této pozice formulovat obecnější doporučení pro realizaci systémových změn podobného rozsahu a charakteru, zejména se zaměřením na obor sociální práce (kritický diskurs v sociální práci) v prostředí dlouhodobé péče.

V rámci přípravy celého projektu se projevila úskalí, na která upozorňuje metodologická literatura (Mesec, 2006; Greenwood, 2007), a to riziko střetu zájmů při designu výzkumu. V rámci předkládané studie nešlo o protichůdnost zájmů, spíše o různorodá očekávání. Šlo především o časový horizont realizované změny (jak rychle se projeví výsledky provedené změny). Část členů týmu v roli praktiků očekávala rychlé změny na mikro-úrovni konkrétních řešených případů v řádu týdnů a měsíců, členové managementu očekávali změny na úrovni organizace (mikro úroveň) v řádech měsíců až roku, členové týmu v roli výzkumníků měli zájem se věnovat procesu změny na všech třech úrovních (mikro, mezo a makro) a vnímali časový horizont v řádech let. Očekávání praxe, že změny přinesou rychle výsledky, není překvapivé (Senge, 2006), jde spíše o to, jak se s tímto nárokem vyrovnat a podpořit přijetí procesu akčního výzkumu praxí, protože může vznikat dojem, že „výzkum“ brzdí „praxi“, respektive že „praxe“ tlačí na „výzkum“. Vhodným řešením pro tato řešení byla příprava několika paralelních změnových cyklů (krátké „případové cykly“, delší „strukturně procesní cykly“ a dlouhodobější cykly „systémové“)⁵ a reflexe potřeby facilitovat přenos informací mezi těmito cykly. Konsenzuálně došlo k rozdělení rolí mezi členy týmu v roli výzkumníků, jeden z výzkumníků zaměřil (i z praktických a kapacitních důvodů) zaměřil pozornost na facilitaci

⁵ V době designování akčního výzkumu šlo o primárně „časové rozlišení“ výzkumných cyklů a rychlost doručování změn pro praxi, v průběhu realizace akčního výzkumu bylo toto intuitivní rozvrstvení ukotveno skrze „víceúrovňový rámec“ (multi-level framework), který je spojen s oborem systémového designu a pomáhá strukturovat pohled na systémové změny na úrovni jednotlivců a místní praxe, na úrovni obecných pravidel, převládající praxe a na úroveň „celého sociotechnického prostředí“. (Rotmans, 2009)

krátkých cyklů, druhý z výzkumníků (autor studie) se zaměřil na „dlouhé cykly“, na „středních cyklech“ pak intenzivně spolupracoval celý základní tým (oba výzkumníci, management služby a profesní specialisté). Tato komunikovaná a zdokumentovaná struktura umožnila propojit osobní zájmy všech účastníků akčního výzkumu a současně pomohla předejít riziku „odložení zpětné vazby“ (Mesec, 2006). Základním týmem zapojeným do akčního výzkumu tak byl primárně management služby domov pro seniory a dva specialisté, výzkumník a koordinátor projektu a autor studie v souběžné roli manažera a výzkumníka. Takto sestavený tým pracoval primárně ve frekvenci středních cyklů (úroveň obecných pravidel, procesů, převládající praxe), zapojení do „krátkých“ a „dlouhých“ výzkumných cyklů se v čase měnilo. Toto rozvrstvení a různá frekvence cyklů umožnila participaci široké skupiny členů organizace (např. formulování dílčích problémů a jejich řešení v rámci jednotlivých profesních skupin), současně byl zajištěn přenos výsledků mezi jednotlivými úrovněmi a cykly. Pro koordinaci celého výzkumu byly podstatné samostatné schůzky členů týmu v rolích výzkumníků.⁶ Autor studie byl zapojen ve více rolích (zejména jako manažer, dále jako sociální pracovník a jako výzkumník). V průběhu realizace akčního výzkumu, zejména v počáteční fázi se ukázalo jako prospěšné pro autora i členy týmu explicitně pojmenovat roli (pozici), ve které autor „tady a teď“ vystupuje, v jakém kontextu hovoří.⁷

V průběhu realizace výzkumu byla využita celá řada technik (focus-group, rozhovory, sekundární analýza kvantitativních dat, akční učení, deník aj.) s ohledem na charakter řešeného problému v jednotlivých výzkumných cyklech.

Celý proces byl pečlivě dokumentován, průběžně analyzován a srovnáván s relevantní teoretickou literaturou a aktuálními poznatky, na základě těchto poznatků a potřeby změny pak

⁷ Praktickou pomůckou se stala reálná barevná sada čepic, která pomáhala znázornit střídání rolí a perspektivy autora. Nebylo třeba je mít na hlavě, stačila jejich fyzická přítomnost na setkáních týmu.

byly plánovány konkrétní intervence na různých úrovních systému v rámci oblasti vlivu aktéra (organizace, partnerů, jednotlivců).

Dosažení organizační změny se systémovým přesahem je relevantním předmětem zájmu pro akční výzkum. Role výzkumníka i aktéra je v této studii sice integrována v jedné osobě, ale ta při realizaci praktické změny pracovala v týmu, ve kterém roli výzkumníků měli dva členové organizace současně. Externí nezávislá podpora metodické povahy byla zajištěna školitelem v rámci absolvovaného studia.

3 Pojetí systémů a změny

Sociální stát lze nahlížet z různých perspektiv, lze jej chápat jak o systém svého druhu, případně prostředí, ve kterém se formují různé systémy s konkrétněji definovanými funkcemi a účelem. Pro účely této studie je pojem sociální stát považován za prostředí, nikoliv jako samostatný systém. Studie se zaměřuje na oblast dlouhodobé péče a realizaci systémových změn v této oblasti. Pojem systém je spojován s řadou přístupů a konceptů – systémové myšlení, teorie systémů, systémová sociologie, design systémů. Každý z těchto směrů rozpracovává do hloubky vybraný určitý úhel pohledu a akcentuje různé elementy vztahující se k systému, jeho formování, struktuře, změně apod. Z pragmatického hlediska je každý z těchto směrů využitelný pro porozumění povaze problému a zejména kombinace těchto pohledů přispívá k porozumění systému dlouhodobé péče, prostředí, ve kterém tento systém funguje a současně, k jeho vnitřnímu uspořádání a k porozumění jeho vnitřní dynamiky a komplexním systémovým změnám.

3.1 Systém – definice, teorie relevantní k organizačním a systémovým změnám

Je možné dohledat řadu definic systémů v různé míře obecnosti, přičemž každá z definic vychází z určitého úhlu pohledu, klade důraz na různé charakteristiky. Velmi obecná je slovníková definice tohoto pojmu: „*Systém je možné chápat jako skupiny pravidelně interagujících nebo vzájemně závislých článků tvořící sjednocený celek.*“ (Merriam-Webster) V jiné definici jsou přidány dvě komponenty – struktura a funkce nebo účel: „Systém je Systém je soubor prvků nebo částí, které jsou koherentně organizovány a propojeny ve vzoru nebo struktuře, která vytváří charakteristický soubor chování, často klasifikovaného jako jeho funkce nebo účel.“ (Meadows, 2008). Definice úzce spjatá se systémovým myšlením zdůrazňuje fakt,

že systém je není možné rozložit na jednotlivé prvky a zkoumat jej skrze vlastnosti těchto prvků, protože takto rozložený systém přestává být systémem. Nedělitelnost systémů zdůrazňuje Ackoff: „*Systém je celek sestávající ze dvou nebo více částí, z nichž každá může ovlivnit výkon nebo vlastnosti celku, z nichž žádná nemůže mít nezávislý vliv na celek a žádná podskupina nemůže mít nezávislý vliv na celek. Stručně řečeno, systém je celek, který nelze rozdělit na samostatné části nebo podskupiny částí.*“ (Ackoff, 1994, s. 175)

Tím, že je studie zasazena do prostřední sociálního státu, resp. sociálního zabezpečení v širokém pojetí (Tomeš, 2010), je užitečné zaměřit se i na specifika systému sociálního, který je v ohnisku zájmu sociologie. Systém sociální je strukturovaná množina vzájemných vztahů existujících mezi jednotlivci, skupinami a institucemi, které tvoří koherentní celek (Merriam-Webster, 2023), případně s opět s důrazem na chování, normy a hodnoty je možné využít definici Bellovu (2013): Jde o propojený vztah mezi jednotlivci, skupinami a institucemi se sdíleným chováním, normami a hodnotami, které se spojují a vytvářejí společnost. Toto spektrum pak uzavírá definice systému T. Parsonse (2013, str. 3): „*Zjednodušeně řečeno, sociální systém sestává z mnohočetnosti jednotlivých aktérů, kteří spolu interagují v situaci, která má alespoň fyzický nebo environmentální aspekt, aktérů, kteří jsou motivováni z hlediska tendence k optimalizaci uspokojení a jejichž vztah k jejich situacím, včetně sebe navzájem, je definován a zprostředkován pomocí systému kulturně strukturovaných a sdílených symbolů.*“ Definice sociálního systému akcentují roli jednotlivců, skupin a jimi tvořených institucí (organizací aj.), vazeb mezi nimi a konkrétního lidského jednání uvnitř sociálních systémů i v interakci s okolím těchto systémů.

Lze zobecnit, že všechny definice se shodují na tom (Meadows, 2008), že systém je tvořen:

- a) prvky
- b) propojeními mezi prvky

c) funkcí nebo účelem⁸

V rámci této studie se jeví jako užitečné využívat obecnější definici systému v kontextu systémového myšlení, tj. považovat systém za soubor prvků, které jsou soudržně uspořádány, jsou propojeny ve struktuře a vytváří charakteristický soubor chování, které je funkcí systému. Prvky se vzájemně ovlivňují a současně mají vliv na systém jako celek. Systém je celek, který nelze rozdělit na samostatné části nebo podskupiny částí.

Vzhledem k tomu, že téma studie se intenzivně zabývá organizací, která je specifickým systémem sociálním a současně se věnuje komplexnímu systému dlouhodobé péče v prostředí sociálního státu, který představuje výsledek společenského konsenzu, je užitečné pracovat i s definicí Parsonse, která mj. akcentuje rámec (kulturní, symbolický), ve kterém jsou interakce interpretovány.

Různorodost definic je mj. dána tím, že pojem systém je využíván v celé řadě oborů v různém kontextu. Hledání obecné teorie systémů je předmětem interdisciplinárního úsilí. Zaměření celé studie se týká změn v organizaci a širším prostředí, ve kterém organizace působí. Z hlavních typů systémů, které nabízí Ackoff (mechanické, organismické, sociální), resp. rozšiřuje Luhmann (viz schéma níže) je s ohledem na předmět studie vysoce relevantní skupina sociálních systémů.

3.2 Parsonsovo pojetí sociálních systémů – stabilita, struktura

Historicky starší pohledy na sociální systémy jsou integrovány v uceleném pohledu prezentovaném v podobě strukturálního funkcionalismu, jehož představitelem je T. Parsons. Parsons předpokládá, že stabilita sociálního systému (sociální řád) je ve společnosti zajištěn na

⁸ Funkce je připisována mechanickým či organismickým systémům, u lidských (sociálních) systémů se používá spíše pojem účel.

základě konsenzu – minimální společenské shody na základních hodnotách. Šubrt (2008) zdůrazňuje několik důležitých vlastností systémů, které mají významné implikace pro porozumění Parsonsovi a jeho pojetí systémů:

- Holistické pojetí – jde o předpoklad, že systém jako celek není možné redukovat na části, nejde o pouhý souhrn částí, má kvalitativně jinou povahu než jednotlivé části.
- Systém je situován v prostředí, je vůči němu vymezen hranicemi, které jsou prostupné. Jde o analogii biologického systému, který je otevřený, mezi prostředím a okolím dochází k výměně. Výměna však předpokládá hranice mezi systémem a okolím.
- Tendence k rovnováze, stabilitě – ekvilibrium. Systémy mají tendenci zaujímat rovnovážný stav, systém je v rovnováze, pokud plní funkci (uspokojuje potřeby aktérů) a současně řeší problémy, které před aktéry vyvstávají. Stav rovnováhy je jakýmsi ideálem, maximem, o něž systém usiluje, ale nemůže ho docílit.
- Mezi částmi systému je vzájemná závislost, části jsou vzájemně uspořádané a integrované do struktury, podstata této integrace je hodnotový konsenzus.
- Systém je vnitřně strukturovaný, struktura se vyznačuje stabilitou, opakovatelností a homogenitou.

Zvláštní pozornost pak Parsons věnuje procesu změn. Zdůrazňuje podstatný rozdíl mezi změnou uvnitř systému (change within the system) a změnou systému (change of the system). Ke změnám uvnitř systému může docházet s tím, že tyto změny podporují udržení hranic systému a jeho funkcí anebo struktury. Parsons otevřeně říká, že pro zformulování obecné teorie procesu změny sociálních systémů není možné s ohledem na dostupné poznání. Je možné formulovat teorii změny ve struktuře sociálních systémů, která bude ovšem teorií dílčích

subprocesů změny uvnitř takových systémů, nikoliv procesu změny systémů jako takových. (Parsons, 2013)

Tento koncept dobře vystihuje část sociálních systémů, které můžeme ve společnosti najít, nachází své uplatnění v teoriích organizací a organizačního chování. Předkládaná studie se věnuje oblasti sociálního zabezpečení (sociálních služeb, zdravotních služeb, sociální práce, dávek apod.). Pro porozumění chování systémů, které jsou významným způsobem institucionalizovány, organizovány státem se silně hierarchickým uspořádáním (tj. vztahy nadřízenosti a podřízenosti mezi prvky systémů jsou legitimizovány zákony apod.) poskytuje Parsonsova teorie velmi cenné podněty. Jde zejména o porozumění stabilizujícím mechanismům (tendence k rovnováze, stabilní struktura, mechanismy sociální adaptace a kontroly), které v sobě systémy integrují, aby zajistily svou rovnováhu a svoji kontinuitu. Koncept AGIL vysvětluje mechanismy, které existující systémy používají k udržení sama sebe. Tím ovšem může docházet i reprodukci „nespravedlivého zacházení“ v rámci existujícího systému. V kontextu sociální práce tak popsané mechanismy a popsaná teorie koresponduje s tradičním pojetím sociální práce, která akcentuje „práci s klientem“ a jeho „přizpůsobení se“, resp. „vyrovnání se s nároky společnosti“. Sociální práce se pak stává nástrojem „oprese“, nástrojem systému, který jejím prostřednictvím udržuje stávající „rovnováhu“.

Teorie změny v Parsonsově pojetí nabízí i pro praxi strukturovaný pohled na realizaci změn, popisuje praxí zažívané efekty (kontrola, odpor aj.) a představa sekvence stavů změn a stability nabízí uchopitelnou představu zejména na úrovni organizace jakožto svébytné formy sociálního systému.

Explicitně se zmiňuje o změně ve strukturách organizace. Potřeba změny struktury organizace je vyvolána nárůstem komplexity. Parsons tvrdí, že nástrojem vyrovnání se s komplexitou je formalizace. Součástí narůstající komplexity je mj. růst vzdálenosti mezi místy rozhodování a místem výkonu a růstem počtu jednotek, které jsou rozhodnutím

ovlivněny. Uniformita a koordinace může být zajištěna pouze vysokou mírou formalizace, která vyžaduje zásadní změny ve struktuře organizace a tím i v rolích uvnitř této struktury. Tato změna vyvolává napětí. Může dokonce dojít k tomu, že pokud dojde k selhání kontrolních mechanismů, které zajišťují dobré fungování systému, může být celý proces vývoje zablokován.

K významnějším změnám celého systému dochází především v důsledky radikálního zásahu zvenčí – z prostředí, ve kterém systém stojí, resp. ze systému hierarchicky nadřazeného, který vyvolá krizi a vyžaduje nové vyjednání sdílených hodnot, zformování nové struktury a obnovení stability (revoluční změny). Neposkytuje však dostatečná vodítka pro to, jakým způsobem ve vztahu k sociálním systémům zacházet se změnou evoluční, participativní povahy.

3.3 Luhmannova obecná teorie systémů a seberefrenční systémy

Odlišné pojetí systémové teorie přinesl německý sociolog Niklas Luhmann. Navázal na Parsonsův přístup, ovšem ve své teorii se vůči Parsonsovi zřetelně vymezoval. Svou pozornost zaměřuje nikoliv tak zásadně na strukturu systému, která předpokládá, že funkce částí systému se podřizují funkci systému jako celku, ale především se soustředí na to, jak systém funguje. Současně věnuje velkou pozornost tomu, jak vznikají hranice systému (odlišení) a jak je tato oddělenost (diference) udržována, reprodukována. S vytvářením a systémů je u Luhmanna spojen pojem autopoiesis – seberefrence, sebe-tvorba. Původně jde pojem z biologie, kde vyjadřuje schopnost systému sám sebe vytvářet, autonomně se vyvíjet skrze možnosti, které jsou obsaženy v síti prvků (Šubrt, 2008), Luhmann přidává ještě schopnost sám sebe organizovat.

Původní (Parsonsovo, Weberovo) pojetí považovalo za ustavující prvek sociálních systému jednání, předpokladem pro takový systém bylo, že je k sobě vztaženo jednání více osob a tím je zároveň oddělené od prostředí a ohraničené (Šubrt, 2008). Luhmann přichází s tím, že souvstažnost je tvořena komunikací, systémy se tedy neskládají z lidí, ale z jejich komunikací (Luhmann, 1995). Skládají-li se systémy z komunikací, mohou vznikat velmi rychle a současně též zanikat a měnit se. Vznikají tak dočasné struktury, které opět zanikají. Pro existenci systému u Luhmanna tak není tak zásadní struktura, jako diferenciaci od prostředí tvořící hranice systému a způsob udržování této diferenciaci.

Podle Luhmanna tedy existuje rozdíl mezi systémem a prostředím, systémy se ustavují a udržují skrze vytváření a udržování odlišnosti od okolí a užívají hranice k regulování této odlišnosti. Sebeurčení není možné bez odlišení se. Hranice však neznačí přerušování spojení, ani nejde říci, že interní vzájemné závislosti jsou rozsáhlejší než vzájemné závislosti a propojení systém/prostředí. Koncept hranic znamená, že proces, který jde přes hranice (např. výměna energie či informací) má jiné podmínky pokračování poté, co přejde hranici.

Luhmannův pohled, že základním prvkem pro systém není identita, ale diference, dále vychází z toho, že systémy mají tendenci redukovat komplexitu sociálního systému. Současně s rostoucí komplexitou společnosti se zvyšuje funkcionální diferenciaci. To spolu souvisí, bez diferenciaci by nebyla komplexita. Funkcionální diferenciaci (např. oddělení sociálních služeb a zdravotních služeb) sice redukuje komplexnost, ale vytváří předpoklad poruch a konfliktů.

Pro další úvahy je důležité, že Luhmann nepovažuje prostředí, ve kterém systém existuje, za systém sám o sobě. Podle Luhmanna prostředí získává svou jednotu skrze systém a pouze ve vztahu k tomuto systému. Prostředí nemá hranice, není systémem samo o sobě. Prostředí je různé pro každý systém, protože systém vylučuje pouze sama sebe z prostředí a tím prostředí určuje. To neznamená, že prostředí závisí na systému ani to, že systém závisí na prostředí.

Důsledkem tohoto uvažování je podstatná věc: „...je třeba rozlišovat mezi prostředím a systémem a systémy v prostředí tohoto systému.“ (Luhmann, 1995, str. 17)

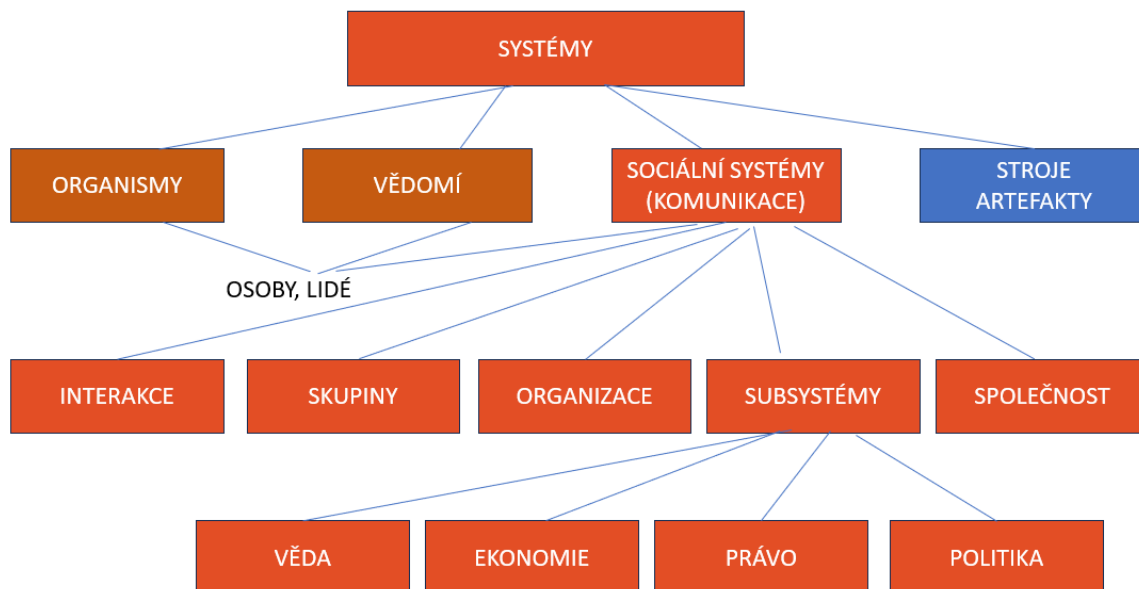
Luhmann zejména s ohledem na autopoietické fungování systémů zpochybňuje tradiční pojetí řízení změn, které mj. vychází například s Parsonsovy teorie. Luhmann zdůrazňuje význam strategií nepřímého řízení změn, důraz na využívání měkké síly. V současném pojetí je možné tyto trendy vysledovat v alternativních přístupech k řešení problémů, které je založeno na autopoietických systémech, jako je například crowdfunding, hackathony apod. (Lies, 2020)

Z pohledu této studie je kromě důrazu na využití „měkké síly“ a „strategií nepřímé kontroly“ v Luhmannově pojetí změn podstatné i jeho pojetí systému v prostředí, které není systémem. Tím, že systémy určují sama sebe diferenciací od prostředí, které není systémem, může docházet k tomu, že se hranice systémů „nedotýkají“ a vzniká systémem neuchopené prostředí. Tento přístup pomáhá identifikovat úskalí a příležitosti v kontextu systémové změny sledované touto studií. Pojímáme-li oblast dlouhodobé péče nikoliv jako hotový strukturovaný systém, ale spíše jako prostředí, ve kterém existuje řada systémů (např. systém sociálních služeb, zdravotních služeb aj.), je srozumitelné, že systémy se mezi sebou nemusejí dotýkat, navazovat na sebe a mít mezi sebou propojení. Výsledkem je, že vzniká systémem neuchopené prostředí, jakási bílá místa⁹. Tento přístup pomáhá porozumět jevu, který se projevuje jako negativního kompetenčního konfliktu (Frumarová, 2013), tj. kdy všechny systémy v prostředí definují svoje hranice a tím určují, které jevy a události jsou „mimo jejich hranice“ a tím pádem k systému nenáleží. Pokud bychom k dlouhodobé péči přistupovali jako k systému, bude existenci takových bílých míst možné považovat za chyby ve funkci systému, resp. za důsledek nevhodné struktury tohoto systému. Pro uskutečňování společenských změn, resp. změn s širším společenským dopadem je užitečné uvažovat spíše v kategorii prostředí, ve kterém

⁹ Pojem bílá místa zde označuje prostor v prostředí dlouhodobé péče, který jednotlivé systémy existující v tomto prostředí nepovažují za svůj, nezahrnují ho do autopoieticky určených hranic.

existují jednotlivé systémy. Přístupujeme-li k dlouhodobé péči jako “prostředí”, pak je možné v tomto prostředí tvořit systém, který se diferencuje, je sebeurčující. Pak je legitimní, že v prostředí dlouhodobé péče vzniká nový systém, případně že existující systém či systémy mění své hranice a zavezmou existující bílá místa za svoji součást. Lze říci, že právě tento pohled legitimizuje přístup kritické sociální práce, která mj. vystupuje za „tradiční“ hranice systému sociální práce a zabírá i prostor prostředí, který není uchopený systémem.

(Luhmann, 1995) Nabízí základní kategorizaci systémů:



Obrázek 1 Kategorizace systémů podle Luhmann (1995) přeloženo

Luhmannova kategorizace systémů obecně a podrobnější kategorizace sociálních systémů je z pohledu této studie cenná v tom, že upozorňuje na široké spektrum subsystémů, kterým je třeba při komplexní změně sociálního systému věnovat pozornost. Ve vztahu k oblasti dlouhodobé péče podporuje komplexní pohled na systém, nikoliv redukovaný na prostý výčet organizací, případně zájmových skupin.

V souvislosti s touto kategorizací se nabízí úvaha nad hierarchičností systémů. Parsonsův důraz na strukturu systémů předpokládal, že širší systém může mít jako prvky mj. i

další systémy a mezi nimi je elementární hodnotový a funkční konsenzus. To formuje vztahy „nadřízenosti“ a „podřízenosti“ systémů a subsystémů. Luhmannovo pojetí, kde prostředí není samo systémem, vytváří prostor, ve kterém vztahy mezi jednotlivými systémy v prostředí mohou mít různou povahu. Luhmannovo pojetí tedy nevyklučuje možnost, že systém je součástí širšího systému, ale není to samozřejmostí. V prostředí dlouhodobé péče tak subsystém sociálních a zdravotních služeb nemá mezi sebou hierarchické uspořádání, a dokonce nutně nemusí mít ani nadřazený systém. Toto pojetí koresponduje s empirickou zkušeností např. v případě existujících kompetenčních konfliktů mezi státní správou a samosprávou, které vznikají v souvislosti s úvahami nad významnějšími změnami v oblasti dlouhodobé péče, zejména v souvislosti se sociálními službami.¹⁰

To, co činí Luhmannovo pojetí inspirativní zejména pro účely této studie, je, že vykračuje za hranice jednoho oboru a akcentuje potřebu spolupráce mezi vědními obory, do svého pojetí systémů přebírá řadu inspirací biologie, kybernetiky aj. Vedle zdůraznění interdisciplinarity je pro realizaci systémových změn cenné sebeurčujícím pojetím hranic systému. Toto pojetí může být oporou pro změnové iniciativy na mikro-úrovni. Legitimizuje vytváření i dočasných systémů (v kontextu dlouhodobé péče např. na úrovni jednotlivých případů, jednotlivých služeb či organizací). Prvky takto vznikajících systémů se mohou rozhodovat o pokrytí pomyslných bílých míst v systému. Luhmannovo pojetí klade ve srovnání s Parsonsovým pojetím menší důraz na strukturu systému, akcentuje diferenciaci vůči prostředí. Tím, že jsou to především hranice, které určují systém, nikoliv tak významně jeho struktura, nabízí tento přístup větší prostor pro experimentování s možnou strukturou. To je výhodné zejména v situacích, kdy jsou změny iniciovány na mikro-úrovni či na základě zkušenosti praxe. Současně je tento přístup

¹⁰ Nehierarchické uspořádání může ilustrovat v současné době probíhající intenzivní dialog o rozsáhlejší změně zákona o sociálních službách, který představuje základní normu pro část služeb dlouhodobé péče. Diskutované vládní návrhy například posilují odpovědnosti obcí za realizaci sociální práce a za financování sociálních služeb, kterou samospráva na sebe vzít nechtějí bez dalších souvisejících změn (např. úprava legislativy související s rozpočtovým určením daní vybíraných do centrálního rozpočtu) aj.

podporující i pro kritickou sociální práci, protože snižuje nároky na intervence s hlubokým celospolečenským dopadem (rozsáhlé změny struktury komplexních systémů, případně i hierarchicky nadřazených systémů), ale nabízí prostor i pro vytvoření dočasných (ad hoc) systémů. Vyřešení konkrétní situace, jevu, případu na mikroúrovni je cenné, ovšem tyto dílčí změny samy o sobě nezajistí hlubší systémovou změnu. Dávají však prostor pro hlubší porozumění fungování takových systémů, umožňují získat důkazy o výsledcích fungování takových systémů. Toto porozumění a důkazy je pak možné využít při iniciování změn na vyšších úrovních (mezzo a makro).

3.4 Teorie organizace

Teorie sociálních systémů jsou v rámci zpracovávané studie podstatné pro dosažení cíle, tj. využití změny na úrovni konkrétní organizace a následně přenesení výsledků této změny do prostředí dlouhodobé péče. Výchozím bodem pro realizaci studie je úroveň organizace. V obecném pojetí chápeme organizaci jako specifický sociální systém. Toto pojetí je relativně obecné, pro hlubší porozumění odehrávajícím se jevům je vhodné využít vybrané teorie, které mají organizaci ve středu svého zájmu. Organizace může být pojímána jako *“... sociální jev či útvar založený na plánovité koordinaci skup. aktivit, kontinuálně fungující v důsledku dělby práce a hierarchie autority a směřující k dosažení společného cíle.”* (Organizace in Sociologická encyklopedie, 2018) Tato definice obsahuje jak chování, činnost, tak i organizaci jako „podnik“. Organizaci je v souladu s pojetím systémové sociologie chápat jako otevřený sociální systém, který interaguje s prostředím, má tendenci k sebezachování, má schopnost adaptace a seberozvoje.

Teorie organizací je možné členit do tří základních skupin, které kopírují historický vývoj poznání (Hatch, 2018):

První, historicky starší, skupina definic nahlíží organizaci jako vysoce formalizované kolektivy orientované na sledování konkrétních cílů. Tato koncepce je spojena s Maxem Weberem či Henri Fayolem. Toto pojetí vychází z objektivismu, víry že existuje realita bez ohledu na její poznání a čeká, až bude objevena. Organizace jsou tedy reálné entity fungující ve skutečném světě. Jsou systémem rozhodování a aktivity a řídicí normou je racionalita. Teorie se zaměřují na strukturu, pravidla, standardizaci a rutinu.

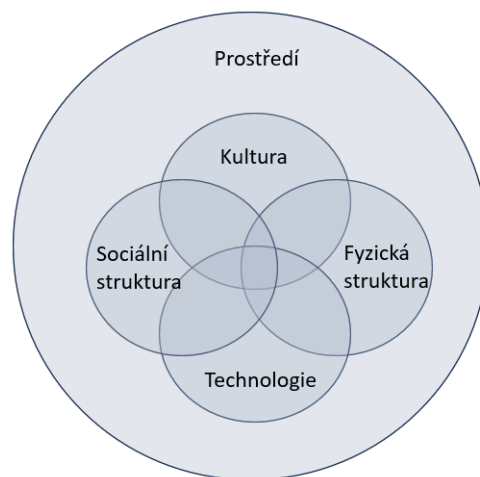
Druhý pohled zdůrazňuje prvek mezilidských vztahů (tzv. škola Human relations), považuje organizaci za sociální systém, který je tvořen na základě konsenzu či konfliktu, usilující o přežití. Kromě formální struktury vznikají v organizaci i neformální vztahy, které podle teoretiků tohoto přístupu jsou efektivnější než formální struktury. Tyto definice jsou založeny na přístupu subjektivistickém, který tvrdí, že realitu není možné poznat nezávisle na vlastním vědomí. Teorie zdůrazňují to, jak se rozvíjí život v organizačním kontextu skrze rituály a další aktivity, pracují se symboly, organizační kulturou skrze sdílené předpoklady, hodnoty, artefakty a praxi.

Třetí skupina definic vnímá organizaci jako otevřený sociální systém, organizace je vnímána jako proces reakce na podněty/vstupy zvenčí, jde činnosti, které zahrnují koalice účastníků s různorodými zájmy, zasazené do širšího prostředí. (Scott, Davis, Organizations and organizing Rational, natural and open Systéme perspectives). Postmoderní perspektiva těchto teorií zdůrazňuje povahu organizací jako souboru komunikací, textů (mluvených, psaných) a zdůrazňuje jejich proměnlivost, „přepsatelnost“.

Tato studie má ambici identifikovat některé zobecnitelné principy, které facilitují přenos výsledků organizační změny do širšího prostředí, současně jde o organizaci pohybující se v dynamicky se měnícím prostředí. V rámci pragmatického přístupu je o to integrovat popsané úhly pohledu. Je pravděpodobné, že pro různé úrovně fungování organizace mohou být relevantní různé pohledy. Např. rutinní opakované aktivity a procesy může být vhodné

formalizovat, jejich formalizace a standardizace umožní automatizaci, digitalizaci a zvýšení efektivity. Pro pomáhající profese zejména ve službách je specifická míra potřebné samostatnosti při rozhodování v konkrétních situacích na základě sdílení principů, hodnot a v rámci sdílené kultury. Inovace vyššího řádu a systémové změny často pracují s vysokou mírou nejistoty a neurčitosti a mnohosti možností (komplexita). Organizace či nové organizační struktury se zde ustavují a často zanedlouho zanikají, vyžadují improvizaci, objevování a uzavírání ad hoc aliancí.

Dobrým průvodcem při zkoumání organizace může být konceptuální model (Hatch, 2018). Schéma představuje organizaci jako pět vzájemně provázaných fenoménů konceptualizovaných v tomto schématu. Svěbytným šestým konceptem je moc.



Obrázek 2 Konceptuální model organizace, podle Hatch (2008), přeloženo

Jednotlivé koncepty jsou představeny jako struktura, skrze kterou je možné jednak nahlížet organizaci, současně se na jejím základě dají kategorizovat a zpřehlednit různé teoretické přístupy k jednotlivým konceptům, resp. jejich průnikům a rozhraním. Pro téma této studie (organizační změna s potenciálem systémové změny) Poskytuje vhodný rámec pro volbu relevantních a užitečných teoretických konceptů. Výchozím bodem v duchu je uchopení rozhraní mezi organizací a systémem. Právě oddělení systému a udržování hranic je jednou

z významných charakteristik sociálních systémů, tedy i organizací. Z hlediska tématu studie se věnujeme především problematice vztahu organizace k prostředí, dále konceptu sociální struktury a kultury. Oblast technologií a fyzické struktury je nepochybně relevantní, nicméně s ohledem na povahu sledované změny (organizační a systémové), která má být impulsem k systémové změně v oblasti dlouhodobé péče o seniory (konkrétně dostupnosti péče v závěru života) je otázka technologie a fyzického struktury ve vztahu k organizaci ponechána stranou.

3.4.1 Organizace v kontextu sociální práce

Jiný úhlem pohledu, relevantním pro téma této studie, se na organizaci dívá Musil (2004), který organizaci zasazuje přímo do prostředí sociální práce a sociálních služeb. Některé pojmy proto vymezuje úžeji, než odpovídá obecné teorii organizace. Používá pojem organizace ve dvou významech. Jednak jde o “pracovní komplex” a dále pak o “způsob integrace lidí ve skupinách”. Pracovní komplex je “... celek, ve kterém je více nebo méně účelně propojena jeho funkce (např. poskytování určité služby klientům) s podmínkami, které jsou pro naplňování této funkce potřebné.” (Musil, 2004, str. 22). Toto pojetí koresponduje s chápáním organizace jako otevřeného sociálního systému s tím, že pojem “podmínky” se vztahuje jednak ke zdrojům, které organizace jako systém z prostředí získává a využívá (pracovníci, finance, aj.), dále pak na vnitřní uspořádání organizace, tj. prvky a vzájemné vazby mezi nimi uvnitř (součástí systému jsou i technologie a techniky a know-how a interní podpůrné “doprovodné” služby - personalistika, účetnictví aj.). Musil zdůrazňuje, že pro plnění své funkce musí organizace tyto podmínky “vyladovat”. Organizace má tedy podle Musila za úkol aktivně podmínky ovlivňovat a vytvářet, to v praxi znamená i aktivně působit nejen na svoji vnitřní strukturu a vazby, jejich adaptaci na nároky prostředí a jejich efektivní využití s ohledem na funkci organizace, ale současně aktivně působit i na prostředí, ze kterého čerpá potřebné zdroje pro svoji funkci. V konkrétním případě jde např. o nároky na strukturu kompetencí potenciálních spolupracovníků

či dodavatelů a jejich dostatečný počet. Musil dále rozlišuje dva druhy těchto organizací jakožto “pracovních komplexů”, a to “agentury” a “týmy”. Pojmem “agentura” označuje zaměstnavatelskou organizaci, která poskytuje služby sociální práce. Jde tedy o útvar, který je charakterizován jasně definovanou povahou vztahů (pracovně-právní vztah) mezi prvky systému. Povaha těchto vztahů je jedním z prostředků diferenciací agentury jako sociálního systému. Pojem “tým” je u Musila definován jako *“skupina pracovníků pomáhajících profesí, kteří při poskytování svých služeb nespolupracují výhradně se svými spoluzaměstnanci, ale v zájmu splnění svého úkolu, řešení nějakého problému nebo uskutečnění nějaké inovace postupují společně s pracovníky jiných částí své agentury nebo se zaměstnanci jiných agentur.”* (Musil, 2004, str. 22). Organizace v tomto pojetí překračuje dosud silné Weberovské pojetí organizace, akcentuje povahu organizací jakožto komunikací a možné dočasnosti jejich existence. Musil se již podrobněji nevypořádává s faktem, že “týmy” jsou tvořeny a-priori jednotlivci, kteří jsou často součástí více “agentur”. “Agentury” mohou mít různou intenzitu hierarchického uspořádání (agentura vs. zaměstnanec) a tím legitimitu i sílu ovlivňovat obsah, formu i způsob výkonu práce svých pracovníků, Pro účely této studie je tedy vhodné doplnit Musilův pohled ještě o prvek “meziagenturních” interakcí, které ovlivňují nejen fungování jednotlivců v “týmech”, ale vzájemně ovlivňují i fungování “agentur”, jejichž pracovníci jsou členy “týmů”. Právě tyto meziagenturní interakce a formování “meziagenturních” systémů” může být jedním ze způsobů, jak změnu realizovanou na mikro úrovni (v rámci týmu, případu, agentury) přenášet na vyšší mezo-úroveň.

Druhý význam pojmu organizace jakožto “způsobu integrace lidí ve skupinách” nabízí možnou oporu při realizaci systémových společenských změn. Musil říká, že základním předpokladem fungování agentury nebo týmu je třeba, aby pracovníci, resp. členové (jednotlivci) tvořili integrovanou skupinu. Integrovaná skupina je taková, která jednak sdílí společný cíl, současně dbá o vzájemné přizpůsobování, vyladování funkcí agentury či týmu a

podmínek naplnění této funkce. Integraci je tedy možné chápat jako výsledek procesu organizování se kolem společného cíle. Nabízí se podobnost s prvky autopoietického systému, který sám určuje své hranice ve vazbě na shodě prvků systému o povaze dosahovaného cíle a funkci, kterou má vytvářený systém plnit. V tomto kontextu je vhodné rozšířit chápání procesu integrace z individuální úrovně (integrace jednotlivců ve skupinách) o integraci na agenturní úrovni.

3.4.2 Organizace jako systém ve vztahu k prostředí

„Environmental Contingency Theory“ jejímiž představiteli jsou Tom Burns, George Stalker, Paul Lawrence a Jay Lorsch tvrdí, že je to prostředí, které organizaci diktuje nejlepší možnou formu. Pro stabilní prostředí jsou nejvhodnější mechanistické formy organizace, protože efektivita stojí na standardizovaných rutinních procedurách (Hatch, 2018). Pokud se prostředí rychle mění, výhody mechanistického uspořádání se ztrácejí a potřebnou flexibilitu zajistí organické formy organizace. K rychlosti změn se přidává prvek komplexity, který odkazuje na různorodost a mnohočetnost elementů v prostředí, které se mění. Vysoká komplexita a vysoké tempo změny s sebou nese vysokou míru nejistoty, které manažeři organizace mají tendenci čelit zvyšováním vnitřní diferenciací organizace. To však vyvolává potřebu koordinace a integrace.

V předchozí kapitole je zmíněna tendence veřejných organizací setrvávat v poloze Weberovské byrokratické organizace, což se týká i podstatných organizací v oblasti dlouhodobé péče, zejména veřejné správy a samosprávy v ČR. Na dynamicky se měnícím komplexním prostředí mají tendenci reagovat zvyšováním diferenciací (vytváření nových sekcí, různorodých pracovních skupin), bohužel se nedaří saturovat i druhou potřebnou část, kterou je koordinace a integrace. Paradoxně tak pro další aktéry z prostředí dlouhodobé péče dále

zvyšují komplexitu, která ve finále spolu s tempem změn prostředí vytváří klima vysoké nejistoty.

Jinou teorií, která se zabývá vztahem organizace a okolí a působících vlivů je teorie **symbolicko-environmentální**. Američtí sociologové Paul DiMaggio a Woody Powell (1983) tvrdili, že organizace soutěží nejen o zdroje a zákazníky, ale i o politickou moc a institucionální legitimitu, o sociální i ekonomickou způsobilost. Jinými slovy, prostředí klade na organizace požadavky dvěma rozlišitelnými způsoby:

- 1) mohou klást technické, ekonomické a fyzické požadavky, které vyžadují, aby organizace vyráběly a vyměňovaly své zboží a služby na trhu nebo kvazi trhu, a
- 2) mohou klást sociální, kulturní, právní nebo politické požadavky, které vyžadují, aby organizace hrály určité role ve společnosti a aby vytvořily a udržovaly určité vnější projevy.

Povaha požadavků prostředí na organizaci určuje, za co je organizace prostředím oceňována. Prostředí, ve kterém převládají technické, ekonomické a fyzické požadavky, oceňuje organizace za účinně a efektivně poskytované zboží a služby. Prostředí, ve kterém převažují sociální, kulturní, právní a/nebo politické požadavky, oceňuje ty organizace, které jsou alespoň navenek konformní s hodnotami, normami, pravidly a názory, které zastávají sociální instituce jako vláda, právo, náboženství či vzdělání. Odměnou za tuto konformitu je legitimita organizace, která může být k přežití organizace stejně tak důležitá, jako jiné vstupy a zdroje.

V oblasti dlouhodobé péče, která je silně regulována státem, je mimořádně vysoký tlak na konformitu, přinejmenším navenek demonstrovanou. Systémové změny a inovativní přístupy se v konfrontaci s požadavky na konformitu prosazují obtížně, protože organizace, které vybočují z mantinelů daných sociálními institucemi, mohou ohrozit svou vlastní existenci.

3.4.3 Koncept struktury

Weber (2009) formuloval teorii organizační sociální struktury jakou součást teorie byrokracie. Vycházel z předpokladu, že vytvoření vhodné struktury, ve které je pevně rozdělena práce, jasně definovaná hierarchie autority a formalizovaná pravidla a procedury, je cestou, jak zajistit ideální fungování organizace. Tato formalizace zajistí kvalitní, nestranné výsledky, a to i bez mimořádné vysokých nároků na jednotlivce vykonávající dílčí aktivity a rozhodování. (státní úřady) – struktura je to, co zajišťuje funkci. Optikou této teorie je možné porozumět fungování vládních organizací, které vykazují vysokou míru formalizace. Porozumění významu struktury a pochopení struktury v konkrétních případech státních (a veřejných) organizací, se kterými je nutné v oblasti dlouhodobé péče interagovat, může usnadnit hledání cesty, jak výsledky dosažené organizační změnou na mikro úrovni přenést do jiných částí prostředí či systému.

Kontingenční teorie (Burns, 2011) předpokládá, že organizační struktura se přizpůsobuje prostředí. Za efektivní strukturu považují tu, která odpovídá potřebám prostředí. Mechanistické typy organizací s vysokou mírou formalizace, pevnou strukturou a hierarchií obstojí především v jednoduchém stabilním prostředí. Je-li prostředí proměnlivé, vyžaduje-li přizpůsobování, změny a inovace, silně hierarchická struktura, pevně definované role a úkoly a centralizace rozhodování brzdí flexibilitu a inovace a schopnost organizace se přizpůsobovat. S tím, jak roste diferenciací v prostředí (komplexnost), má organizace tendenci odpovídat též rostoucí diferenciací. Tato rostoucí vnitřní diferenciací sice odpovídá na potřeby prostředí, ale zvyšuje nároky na integraci a komunikaci uvnitř organizace. Zvyšují se pak nároky na to, aby všichni v organizaci spolupracovali, „táhli všichni stejným směrem (Lawrence, 1967).

Oblast dlouhodobé péče představuje velmi diferencované a komplexní prostředí. Organizace poskytující služby dlouhodobé péče se vyrovnávají s velmi různorodými potřebami, které se často v prostředí organizace dostávají do konfliktu, včetně hledání vhodné

struktury. Potřeby uživatelů se svou povahou výrazně liší od požadavků státních institucí, které jsou v roli plátců (či částečných plátců) poskytovaných služeb. Zatímco požadavky uživatelů dlouhodobé péče akcentují kontinuitu, integrovaný přístup k uspokojení potřeb, státní instituce přinášejí nárok na to, aby organizace reagovaly na roztržité požadavky ve struktuře, která odpovídá diverzifikovanému přístupu k řešeným problémům.

3.4.4 Koncept organizační kultury

Téma organizační kultury je významné s ohledem na charakter ve studii sledované změny. Definice organizační kultury je možné nalézt celou řadu (Hatch, 2018). Definice obecně ukazují na něco, co je společné členům skupiny – předpoklady, normy, hodnoty, znalosti, sdílené významy, víra. Z celé řady pro účely studie vybíráme definici Edgara Scheina (2010, str. 18):

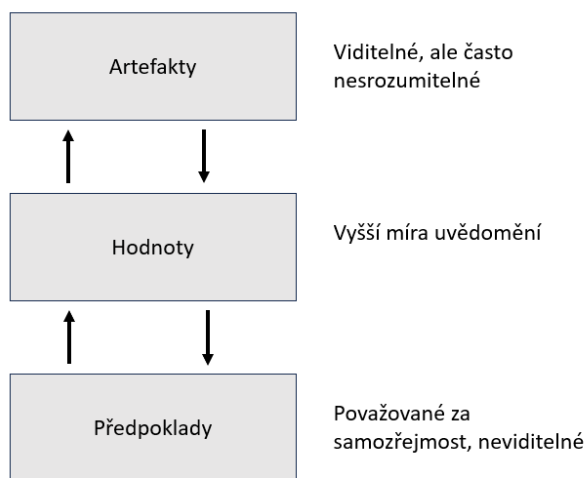
Organizační kultura je „vzorec základních předpokladů, které daná skupina vynalezla, objevila nebo vyvinula, když se učila vypořádat se se svými problémy vnější adaptace a vnitřní integrace, a které fungovaly dostatečně dobře na to, aby byly považovány za platné, a proto je třeba je učit nové členy jako správný způsob, jak vnímat, myslet a cítit ve vztahu k těmto problémům.“

Z pohledu studie nabízí tato definice prostor pro dynamiku kultury, tj. schopnost skupiny vyvinout vzorce na základě řešených problémů a současně zdůrazňuje nutnost užít tyto vzorce nové členy. Vzhledem k tomu, že systémová změna s sebou nese změny ve struktuře systému, povaze vzájemných vztahů a redefinuje hranice organizace jako systému, včetně interakcí s prostředím, lze počítat s tím, že součástí změny bude i změna kultury organizace a následně její udržování. Organizační kultura není prostředkem homogenizace celé skupiny, má sloužit k tomu, aby díky existující shodě mohla existovat vnitřní diverzita (diferenciace) skupiny, případně i konflikty, a přitom skupina udržela svoji identitu. (Hatch, 2018).

Scheinova (2010) teorie organizační kultury definuje tři úrovně kultury – předpoklady, hodnoty a artefakty. (viz obrázek níže) Jádrem kultury je sada základních předpokladů. Představují to, čemu členové dané kultury věří, jak vykládají realitu, co berou jako dané. Jde o neviditelnou, nezřídka neuvědomovanou část kultury. Je zásadní proto, že ovlivňuje to, jak lidé vnímají, myslí a cítí.

Hodnoty jsou sociální principy, cíle a standardy, kterých si členové skupiny cení. Určují, co jak se budou lidé rozhodovat o prioritách, na čem jim bude záležet. Obvykle jsou snáze uvědomitelné, například skrze reflexi. Skupina je velmi citlivá na porušení těchto hodnot. Hodnoty a jejich interpretace se projevují v normách a očekávaném chování. Normami jsou nepsaná pravidla, která jsou sdílená skupinou a umožňují členům skupiny se chovat v nejrůznějších situacích. Hodnoty vyjadřují to, co je členy skupiny ceněno. Normy pak vyjadřují to, co je považováno za normální nebo nenormální.

Artefakty pak jsou vyjádřením základního jádra kultury organizace – předpokladů. Jde obvykle o hmatatelné projevy kulturních norem, hodnota předpokladů. Tím, že jsou od předpokladů více vzdáleny, může být interpretace takových artefaktů obtížná.



Obrázek 3 Model kultury organizace podle Scheina (2010) přeloženo autorem

Schein se zabýval i procesem změny organizační kultury. Tvrdí, že moc, kterou management má, mu zajišťuje velkou visibilitu a pozornost. Změna kultury organizace tak vyžaduje, aby nové hodnoty byly uvedeny rozhodnutím nebo příkladem top managementu. Ke skutečné změně kultury však dojde až poté, kdy jsou nové hodnoty vstřebány do neuvědomovaných předpokladů, protože tím získají členové skupiny rovněž kontrolní roli.

Z hlediska zpracovávané studie je tato teorie relevantní pro analyzování procesu organizační změny a sledování rolí jednotlivých členů organizace, včetně top managementu. Scheinem předpokládaná moc top managementu v oblasti formování organizační kultury může být podstatná jednak při její cílené změně, což v souvislosti se systémovou změnou lze očekávat. Současně lze usuzovat, že případná spolupráce organizací, jejichž top managementy jsou si blízké v oblasti klíčových hodnot a předpokladů, mohou nacházet snáze prostor ke spolupráci, a to nejen na meziorganizační úrovni, ale i v procesu systémové změny. Je otázka, do jaké míry je tato teorie organizační kultury přenositelná do prostřední sociálních systému obecněji, tj. do jaké míry je možné kulturu organizace přenést do prostředí sociálních systémů, které samy nejsou organizací.

3.5 Systémové myšlení

Studie se nezaměřuje na proces organizační změny jakožto hlavní předmět zájmu. Teorii řízení změny a souvisejícím technikám a mechanismům se věnovala celá řada autorů v teorii managementu (Kurt Lewin, John Kotter, Elisabeth Kübler Ross, Edward Deming, Jeff Hiatt). Tyto změny se ovšem týkají právě pouze organizace, která je sociálním systémem, ale má řadu specifických rysů uvedených v předchozích kapitolách. Především jde o formální moc, s jejímž využitím tyto teorie pracují. Teorie jsou velmi cenné, jde-li o kontingenční změny, tj. změny, kterými organizace reaguje na podněty svého okolí, resp. odpovídá na potřeby svého okolí. Pro

realizaci systémové změny jsou tyto teorie obtížně využitelné, neboť nositelem impulsu ke změně je sama organizace realizující interní změny. Ta zpravidla nemá formální moc změnit celý systém, jehož je součástí, protože by šlo o změnu základního konsenzu (Parsons, 2013), respektive změnit prostředí, které samo systémem není (Luhmann, 1995). Vnímáme-li organizaci jako sociální systém, nabízí se možnost aplikovat systémové myšlení a vybrané prvky obecné teorie systémů již při designování procesu organizační změny. Teorie sociálních systémů předpokládají propojení či interakci systému s okolím. Pokud organizace (sociální systém) reaguje na podněty z prostředí či z nadřazeného systému, jehož je součástí, lze usuzovat, že prostředí či nadřazený systém budou reagovat na impulsy z organizace a tím může organizace ovlivnit (měnit) své okolí.

Za autora pojmu systémové myšlení je v literatuře považován Barry Richmond, který jej použil ve svém vystoupení na International System Dynamics Conference v roce 1994. Představil systémové myšlení jako způsob přemýšlení a práce. „*Systémové myšlení je uměním a vědou o vytváření spolehlivých závěrů o chování prostřednictvím rozvoje stále hlubšího porozumění základní struktury.*“ (Richmond, 1994, s. 2) Systémové myšlení je paradigmatem (nadhled a dovednosti myšlení) a způsobem učení (proces, jazyk, technologie), tyto dvě části představují synergický celek, paradigma podmiňuje učení, učení podporuje paradigma. Systémové myšlení je „bifokální“ (dvouohniskové) – systémově myslící sledují současně jak obecné, tak specifické, z hlediska jednání sledují vzorce i události.

Russell Ackoff (1994) definoval systémové myšlení jako „syntetické myšlení“. Obvyklý způsob zjišťování, jak zkoumaný systém (stroj, organismus, sociální systém) funguje, je analyzovat jej, rozebrat jej na části. Tento způsob umožní porozumět vnitřní strukturu a tomu, jak zkoumaný systém funguje. Výsledkem analýzy je znalost, ale porozumění systému jako

celku. Vlastnosti celku jsou jiné, než jaké vlastnosti nesou jeho části. Systému tak porozumíme pouze v kontextu toho, co ho obklopuje, tedy většího celku (systému, prostředí).¹¹

Peter Senge (2006) definoval systémové myšlení velmi obecně jako disciplínu pro vidění celků a rámeček pro vidění vzájemných vztahů spíše než věcí, pro vidění vzorců změn spíše než statických snímků. Deana Meadows (2008) pak systémové myšlení vysvětluje jako proces – získáváme náhled na celky systémů a lepší porozumění částem, vidíme propojení, klademe otázky typu „co-když“ o možném budoucím chování a jsme kreativní a odvážní při re-designu systému.“

Pro všechny tyto definice (některé velmi obecné) je společné to, že jde o úsilí souběžně vnímat a rozumět systému jako celku ve vztahu k okolí, současně rozumět jeho struktuře (prvkům a propojením), identifikovat vzorce a tím možné budoucí chování. V tomto směru je podstatné, že ani jedna z definic neklade ambici nacházet kauzální vztahy, které by umožňovaly „předvídat budoucnost“ či budoucí chování systému, ale s využitím porozumění povaze vzájemného ovlivňování se jednotlivými prvky (přičemž v některých případech může jít o kauzální vztah) uvažovat nejrůznější možné budoucí chování systému.

Dosáhnout porozumění komplexním systémům je extrémně náročná s ohledem na množství jejich prvků a propojení mezi nimi. I systémové myšlení pracuje s „redukcí“ reality na úroveň modelu. V rámci této redukce je klíčové vymezení hranic zkoumaného systému – co vše bude zahrnuto jako součást systému a co bude považováno za prostředí a současně v jakém detailu má být rozebíráno to, co je zahrnuto). Konkrétně může jít o zkoumání systému, jehož prvky jsou samy systémem, např. spolupracující organizace – je možné pracovat s těmito organizacemi-prvky jako celky, pouze s výsledky jejich fungování, aniž bychom rozebírali jejich vnitřní strukturu a procesy, ale můžeme se rozhodnout, že v modelu budeme pracovat i

¹¹ Jako příklad uvádí Ackoff to, že i kdybychom analyzovali všechny automobily v USA a ve Velké Británii, nedá nám tato analýza odpověď na to, proč jsou některé s volantem vlevo a jiné s volantem vpravo.

s jejich vnitřní strukturou (odděleními, týmy apod.). Tento myšlenkový proces je jedním ze tří „způsobů“ myšlení, dovedností, které jsou předpokladem pro aplikaci systémového myšlení (Richmond, 1994):

- 1) Myšlení o systému v kontextu „příčin“ či „vlivů“ (System as Cause thinking vs. system-as-effect)

Přemýšlení o systému v kontextu „vlivů“ obsahuje riziko, že zahrneme příliš mnoho faktorů. Obvykle jde o velké množství „vnější sil“, které působí z prostředí a které není možné přímo ovlivnit. Přemýšlení optikou „příčin“ přenáší „odpovědnost“ za důsledky působení těchto vnějších sil dovnitř systému, jde o hledání odpovědi na otázku: Čím to je, že na nás (systém) tyto vnější síly působí tak silně? Tento pohled podporuje užší zaměření na konkrétní příčiny a současně vytváří prostor pro jejich aktivní ovlivnění „v rámci systému“.

- 2) Myšlení o systému jako uzavřených smyčkách (Closed-loop thinking)

Při sledování chování systému, zejména v organizacích, mají pozorovatelé (manažeři) tendenci k lineárnímu přemýšlení, že působení určité sady příčin (drivers) má určitý výsledek (effect), tj. že vztah kauzality působí jednosměrně. Navíc takto usuzují na základě sledování izolovaných událostí. Ve skutečnosti tyto vztahy nejsou takto přímočaré. Výsledek má zpětně tendenci ovlivňovat ony drivery, a navíc se tyto drivery ovlivňují mezi sebou. Myšlení v uzavřených smyčkách tak podporuje vnímání kauzality jako trvalý proces.

- 3) Operační myšlení (Operational thinking)

Operační myšlení představuje úsilí odhalit, jak vzniká konkrétní chování, jak se konkrétní proces děje. Tento způsob myšlení je možné ilustrovat příkladem osvojování si specifické dovednosti, což je výsledek učení. Na proces učení působí celá řada faktorů, jejichž vliv je empiricky doložen, ale nedávají přímou odpověď na to, jak se u člověka

pod jejich vlivem dovednost formuje. Dovednost se u člověka rozvíjí skrze zkušenost – aktivní vykonávání dané činnosti. Operační tedy zachycuje povahu zkoumaného procesu, ne pouze výčet toho, co výsledek procesu ovlivňuje.

Popsané způsoby myšlení jsou východiskem pro uvažování o systémech, porozumění jim, případně při jejich vytváření. S jejich využitím je možné vymezit hranice systému (necháváme stranou, objektivně určené či dané „sebe-určením“ systému), jeho prvky a povahu vazeb mezi těmito prvky. Součástí systémového myšlení je využívání grafického znázornění systémů, které podporuje ucelené zobrazení.

Systémové myšlení se zrodilo v reakci na omezení analytického a redukcionistického přístupu, který staví na předpokladu, že pochopení fungování a chování celku je možné tím, že podrobně porozumíme vlastnostem částí tohoto celku (Bijl-Brouwer, 2020). Redukcionistický přístup k organizaci řady disciplín a profesí se promítá do běžného života a má hluboké dopady. V prostředí dlouhodobé péče se projevuje například tím, sociální a zdravotní služby mají svou legislativu, zaměření na prohlubování specializace v rámci jednotlivých profesí není kompenzováno výbavou pro interdisciplinární spolupráci. Řešení komplexních problémů se odehrává "v rámci" takto postavených struktur a generuje selhání a chyby, neefektivnost, překryvy (kompetenční konflikty) a mezery v systému (negativní kompetenční konflikty).

Systémové myšlení se uplatňuje v celé řadě oblastí a slouží k porozumění nejrůznějším typům systémů. Pracují s ním obory jako systémová dynamika (Meadows, 2008), kybernetika, teorie vysvětlující chování živých systémů a ucelené teorie systémů. Předmětem této studie je systémová změna, která je realizována na mikro úrovni (v rámci organizace působící v oblasti sociálních služeb pro seniory) s cílem ovlivnit širší prostředí dlouhodobé péče v České republice. Z tohoto důvodu je relevantní využití systémového myšlení v kontextu sociálních (či sociotechnických) systémů a jejich změn. Tento přístup navazuje na koncept sociálních inovací,

v rámci kterých je systémové myšlení využíváno, především v kontextu tzv. systémového designu.

Nové řešení sociálního problému, které je efektivnější, efektivnější, udržitelnější nebo spravedlivější než stávající řešení a jehož hodnota připadá primárně společnosti jako celku, nikoli jednotlivcům. Sociální inovace může být produkt, výrobní proces nebo technologie (podobně jako inovace obecně), ale může to být také princip, myšlenka, legislativa, sociální hnutí, zásah nebo nějaká jejich kombinace. Sociální inovace mají širší záběr, než tradiční pojetí inovací na úrovni produktů či služeb. Zaměřují se nejen na jednotlivé zákazníky a uživatele, ale na společnost jako celek, což zahrnuje nejen prostředí organizace, ale i další aktéry napříč obory a sektory. Kontext, ve kterém se sociální inovace realizují, může být označen jako socio-technický systém, v rámci kterého interagují skupiny lidí, institucí, artefakty a znalosti které nesou organizace, komunity, rodiny a sektory (Bjil-Brouwer, 2020) Jde o komplexní systémy s vysokou mírou nepředvídatelnosti, není možné je řídit, je možné je pouze ovlivňovat působením na systém jako celek a okolní prostředí. Zatímco systémové myšlení je široce uplatňované v biologii, kybernetice, příp. v oblasti zkoumání mechanických systémů a procesů, Jeho uplatnění na komplexní sociotechnické systémy je obtížné s ohledem na vliv sociálních faktorů. Oporou pro uplatnění systémového myšlení ve vztahu k socio-technickým systémům je nepochybně Parsonsovo pojetí sociálního systému, které pomáhá propojit systémové myšlení, design s prostředím organizací (korporacemi), které dosud vykazují řadu prvků "mechanistických" systémů, může pomoci hledat pro kritickou sociální práci "účinná místa k intervenci do systému (leverage points)" (Meadows, 2008) či mj. designovat manažerské nástroje, které pomáhají "krok za krokem" posunovat systém (organizaci jako systém) mezi postupnými "stavy rovnováhy". Luhmannovo pojetí ve vztahu k sociální práci a managementu nenabízí jednoduchou interpretaci "kauzálních vztahů", je mnohem abstraktnější a obecnější. Lze říci, že podporuje kritický (proaktivní přístup v sociální práci, resp. v managementu sociální

práce. Důrazem na "sebe-referenci" nabízí možnost změnu perspektivy jednotlivců a jednotlivých aktérů/prvků, např. na určení "hranic systému" a prostředí. Sociální inovace mohou často přinášet řešení komplexních problémů tím, že cíleně redefinují hranice systému, ve kterém řešení hledají. Jinak pojaté hranice systému a vztahu k prostředí mění charakteristiku celého systému a nabízejí celou řadu nových „možných“ stavů systému.

Předchozí kapitoly představují výchozí úhel pohledu, kterým se tato studie dívá na téma systémové změny. Jde o změnu v oblasti dlouhodobé péče, která je součástí širšího konceptu sociálního státu. Jde tedy o změnu realizovanou v rámci sociálního systému. Charakteristice sociálních systémů se věnují kapitoly 3.1 – 3.3. Výchozím místem, kde se rodí tato systémová změna je konkrétní organizace. Parsonsovo pojetí zdůrazňující tendenci ke stabilitě a koncept postupné změny, význam struktury systému a stabilizujících mechanismů udržujících tuto strukturu pomáhají mj. identifikovat vhodná místa k účinným intervencím do systému. Složitá a komplexní Luhmannova teorie zdůrazňující „sebe-určující“ povahu systému a význam toho, jak systém určuje své hranice vůči prostředí a udržuje je, poskytuje inspiraci pro vykročení za hranici systémové konformity (svázanosti strukturou, základním konsenzem) a legitimitu „sebeurčení“ systému. Organizace v pojetí této studie představuje též sociální systém, který má specifickou charakteristiku (strukturu, distribuci moci apod.). Systémová změna je obvykle spojena se základními změnou předpokladů a hodnot, které tvoří základ kultury organizace. Proto se kapitola 3.4 zabývá právě změnou struktury a kultury organizace. Změna realizovaná na úrovni organizace má ambici přispět nejen jejím klientům (zákazníkům), ale je realizována s cílem ve výsledku přinést prospěch společnosti jako celku. Tento přístup je možné označit za sociální inovaci. Při designu sociálních inovací se osvědčuje využití systémového myšlení, které skrze způsoby myšlení podporuje porozumění širšímu kontextu řešeného problému a jeho povaze (operační myšlení), pomáhá určit hranice systému, ve kterém je problém řešení (kauzální myšlení) a podporuje vnímání vzájemného provázání a ovlivňování mezi prvky uvnitř

systemu a vzájemného vlivu systému a prostředí (feedback-loops). Systémové myšlení pracuje s dostupným poznáním při interpretaci kauzalit v systému, nevyužívá je však k „předvídání budoucnosti“, ale k promýšlení nejrozumnějších budoucích možností. V rámci zpracovávané studie jsou tyto pohledy v rámci realizovaného akčního výzkumu využity k analýze a interpretaci jednotlivých fází realizované změny.

4 Dlouhodobá péče a vývoj v prostředí České republiky

Pro porozumění širšímu kontextu realizované změny je vhodné stručně shrnout dosavadní vývoj oblasti dlouhodobé péče v České republice, zejména sociálních služeb a paliativní péče. Tato rekapitulace vývoj má nejen nabídnout kontext historický, ale rovněž ukázat na dosavadní realizované změny především lineární povahy, vysokou formalizaci a rezistenci systémů v oblasti dlouhodobé péče vůči změnám a konflikty inovací iniciovaných na mikroúrovni jednotlivci či malými aktéry a realizovaných často „mimo systém“ či v oblastech systémy nepokrytých a proti tomu konformity, až rigidity existujících systémů nesené zejména institucemi veřejné správy. Konkrétní změna je iniciována v rámci organizace Domov Sue Ryder, z.ú. působící v oblasti sociálních služeb pro seniory, specificky se týká poskytované pobytové služby sociální péče „domov pro seniory“. Cílem změny je zajistit dostupnost paliativní péče seniorům – obyvatelům v pobytových sociálních služeb pro seniory, a to nejen na mikro úrovni, ale na úrovni celého systému sociálních služeb. Je proto vhodné krátce objasnit i pozici organizace Domov Sue Ryder systému sociálních služeb a v oblasti dlouhodobé péče.

4.1 Kvalita života – ústřední koncept pro dlouhodobou péči

V kontextu stárnutí populace v Evropě (Walker, 2018) dostává více a více do popředí téma kvality života. WHO definuje kvalitu života jako „... individuální vnímání svého postavení v životě v kontextu kultury, v níž (jednotlivec) žije, a ve vztahu k cílům, očekáváním, životnímu stylu a zájmům“ (WHO, 2004). Kvalita života je determinována jak vnitřním, tak ale i vnějším prostředím (Pukeliene, 2011; Veenhoven, 2000) a je tedy ovlivňována jak rozvojem země, v níž jedinec žije, jejím politickým a ekonomicko-sociálním prostředím, tak ale i psychickým a osobním rozvojem či materiálním a sociálním blahobytem. Jde tedy o vliv externích faktorů, které je možné sledovat, měřit a v omezené míře i ovlivňovat a zároveň o vysoce „subjektivní“ hodnocení důsledků a stavu. Současně jde o komplexní téma.

Významným faktorem ovlivňujícím kvalitu života je zdraví. Podrobnější pohled na demografické údaje ukazuje, že délka života roste rychleji než léta prožitá ve zdraví. V praxi to znamená, že se dosud prodlužuje především část života prožitá s chronickým onemocněním. Přitom právě zdraví je jedním z faktorů kvality života, který se prolíná všemi modely. Přidané roky života s nemocí jsou rozporuplným výsledkem, nejsou vítězstvím nad nemocí, spíše prodloužením boje s ní. Pro někoho je získaný den velkým vítězstvím, pro druhého těžším břemenem. Je třeba věnovat pozornost tomu, aby tato přidaná léta přinášela vyšší kvalitu života člověku jakožto jedinci (subjektivní cíle) a souběžně přispívala ke zvýšení kvality života společnosti jako celku (objektivní cíle). Prostředkem k tomu má být koordinované úsilí všech aktérů v rámci sociální politiky.

V této souvislosti je třeba sociální politiku vnímat v širokém pojetí jako úsilí státu či jiného společenského celku o fungování sociálního systému anebo činnosti státu či celku ovlivňující sociální realitu. Přispívat ke zvýšení kvality života může být silným jednotícím cílem pro sociální politiku na makro, mezzo i mikroúrovni. Nemá-li zůstat kvalita života pouze abstraktním předmětem akademického bádání, je třeba ji reflektovat při hodnocení fungování systému „social-welfare“ (výsledků a procesů) a aktérů tohoto systému – legálnosti, mravnosti, účinnosti a hospodárnosti (legality, morality, efficiency, effectiveness).

Porozumět kvalitě života druhého člověka jakožto subjektivní kategorii předpokládá důvěryplný mezilidský vztah a respektující a akceptující postoj. Vztah mezi pečujícím a příjemcem péče je rámcem, ve kterém je poskytována péče. Péče zaměřená na člověka představuje otevřený proces. Jeho podstatou je oboustranný dialog, ve kterém jsou obě strany (pečující i příjemce péče) ochotny se navzájem učit, dokud nedospějí k vzájemnému porozumění (Boogatz, 2020) Přístup zaměřený na člověka je vystavený na důvěře v člověka a jeho potenciál porozumět sobě, svému prožívání a jeho schopnost změnit své základní životní postoje, sebepojetí i chování. Prokážeme-li důvěru jednotlivci, dokáže převzít odpovědnost a

řídít svůj život, který přirozeně směřuje k růstu, rozvoji vnitřních možností. Principy vycházející z humanistických hodnot a ideálů se promítly i do zákona o sociálních službách (108/2006 Sb.) – §2 a §4 zákona – individuálně určené potřeby, podporovat začlenění, participace člověka na zajištění služeb (peníze, volba), smluvní povaha služeb (od objektu k subjektu) (Lejsal, 2020). Pro stárnoucího člověka zůstává důležitá životní pohoda (well-being), důstojnost a respekt bez ohledu na pokles fyzické a duševní kapacity související se stárnutím organismu. Systémy dlouhodobé péče umožňují v případě výrazného dlouhodobého či trvalého poklesu funkčních schopností staršímu člověku získat podporu a péči, která mu má umožnit kvalitu života – lidskou důstojnost, základní občanská a lidská práva a participaci na životě společnosti. Služby dlouhodobé péče se zaměřují na podporu nezávislosti a udržení (zvýšení) kvality života člověka prostřednictvím aktivizace jeho zdrojů a individualizovaných a koordinovaných služeb.

V prostředí České republiky je téma dlouhodobé péče nedořešené – legislativně, organizačně ani systémově. ČR lze v oblasti řešení dlouhodobé péče označit na „začátečníka“ (Schulmann, 2018). Z definic je zřejmé, že jde o komplexní soubor zdravotních, sociálních a dalších služeb, nástrojů podpory a pomoci zajišťované jak pečujícími profesionály v rámci formální péče, tak blízkými (rodinami, partnery aj.) v podobě neformální péče. S ohledem na rychlé stárnutí populace a jevy popsane v předchozích kapitolách lze za specifické téma považovat dlouhodobou péči o stárnoucí populaci. Charakteristickým rysem dlouhodobé péče v ČR je i téměř 35 let po roce 1989 roztržitost, nekoordinovanost a obtížná dostupnost potřebných kapacit (Horecký, 2021). Klíčovými aktéry na makro úrovni jsou ve vztahu k systému dlouhodobé péče o seniory dvě ministerstva – Ministerstvo práce a sociálních věcí a ministerstvo zdravotnictví. Toto rozdělení je jednou ze zásadních překážek pro řešení komplexních sociálně zdravotních problémů. Historickou hloubku rozdělení mezi dva resorty a s tím související malou propojenost je možné ilustrovat stručně popisem vývoje sociálních

služeb po roce 1989. Tento vývoj ilustruje i povahu překážek (systémové, legislativní, kulturní a další), které je nutné při konstituování dlouhodobé péče v integrované podobě překonat.

Existují různé typy dlouhodobé péče, od neformální péče až po ústavní péči. Neformální péče je neplacená pomoc poskytovaná blízkými, jako je rodina, přátelé nebo dobrovolníci. Přibližně 60 % starších lidí v zemích OECD, kteří jsou závislí na pomoci, využívají pouze neformální péči. Mezi neformálními pečujícími převažují ženy (cca 60 %) (Rocard, 2022). V České republice je v podobě neformální péče podle kvalifikovaných odhadů poskytováno 70 % - 90 % dlouhodobé zdravotně sociální péče, přičemž dvě třetiny, podobně jako v zemích OECD, zajišťují ženy (Evropská komise, 2021). Formální dlouhodobá péče zahrnuje služby, které jsou financovány prostřednictvím soukromých a/nebo veřejných plateb a poskytované placenými odborníky. Komunitní formy služeb dlouhodobé péče byly vyvinuty, aby napomáhaly každodennímu fungování s cílem zlepšit schopnost jednotlivců „stárnout na místě“ a zůstat doma spíše než v instituci. Ústavní dlouhodobá péče představuje pobytová zařízení, jako jsou pečovatelské domy, domovy pro seniory, léčebny dlouhodobě nemocných nebo zařízení podporovaného bydlení.

4.2 Mezioborová spolupráce jako základní koncept dlouhodobé péče

Uživatele služeb na sociálně-zdravotním pomezí, mezi něž patří právě i domovy pro seniory, charakterizuje taková míra zdravotního postižení, která vede k dlouhodobému či trvalému omezení či ztrátě soběstačnosti, mnohdy dokonce základní sebeobsluhy (Hrdá, 2018). V praxi to znamená, že jde o problematiku ze své podstaty zdravotně-sociální, komplexní a v čase proměnlivá, často i v řádu dní či hodin. Je potřebné ucelené posouzení potřeb těchto lidí, pečlivá rozvaha vhodných intervencí, která je sama o sobě časově náročná a též vyžaduje funkční vzájemnou komunikaci všech zapojených profesí. Absence účinné komunikace a

spolupráce může mít dalekosáhlé důsledky například v podobě nedostupnosti vhodné zdravotní péče (při ryze sociálním pojetí) či diskutabilní kvality života a ohrožení lidských práv a důstojnosti v kurativně zaměřených zdravotnických zařízeních. Při nedostatečně fungující multidisciplinární týmové spolupráci snadno může dojít k tomu, že se profesionálové zabírají spíše diagnózami, výkony a problémy, než člověkem a kvalitou jeho života a s tím souvisejícími očekáváními, prioritami a potřebami.

4.3 Bariéry uplatnění multidisciplinárního přístupu

Fragmentace systému v České republice ilustrovaná i na vývoji domovů pro seniory jakožto „sociálních služeb“ na sociálně-zdravotním pomezí, která je podrobněji rozebrána v následující kapitole, je jednou ze zásadních bariér funkční mezioborové týmové spolupráce.

Na makro úrovni je touto bariérou resortní uspořádání, kdy regulace sociální práce, sociálních služeb a sociální podpory je v gesci Ministerstva práce a sociálních věcí, zatímco podmínky pro výkon zdravotnických profesí, fungování zdravotních služeb a financování zdravotních služeb je v gesci Ministerstva zdravotnictví. Důsledkem je oddělená legislativní úprava, která navíc vytváří prostor pro systémová nedorozumění, neboť některé pojmy používá shodné s různým obsahem, případně shodné jevy a prvky v systému nazývá jiným pojmem. Další metodická a legislativní opatření (prováděcí vyhlášky, metodická doporučení, podmínky dotačních řízení aj.) pak prohlubují bariéry mezi jednotlivými profesemi, zejména mezi zdravotníky a profesionály působícími v sociálních službách. Jde o pravidla sdílení informací o klientech/pacientech, tím se ztěžuje udržení jednotné představy a dokumentace o intervencích, očekávaných a dosažených výsledcích, a především dochází k rozostření odpovědnosti za výsledek poskytované péče. Tím se zvyšuje riziko chyby, nevhodných

intervencí, které nepřispívají ke kvalitě života člověka, neúčelného využívání zdrojů (finančních i lidských).

Na mezzo-úrovni jde především o problematiku meziorganizační (v některých zdrojích meziagenturní) spolupráce. Vzhledem k širokému spektru potřebných profesí a prohlubující se specializaci¹² pracovišť i profesionálů-jednotlivců lze předpokládat, že multidisciplinární týmová spolupráce se nebude odehrávat pouze v rámci jedné služby, resp. jedné organizace, ale že půjde o spolupráci mezi profesionály z různých organizací. Setkání různých právních forem, různých kultur a přístupu organizací může představovat bariéru funkční mezioborové spolupráce. Meziorganizační spolupráce otevírá otázky povahy spolupráce (partnerská spolupráce, subdavatelský vztah aj.) a tím i otázku odpovědnosti za poskytované služby, jejich koordinaci a dosažené výsledky, otevírá se otázka sdílení know-how. Otevírá se potenciál konfliktu zájmů v situaci, kdy má v souladu se svými právy klient/pacient možnost volby poskytovatele sociálních i zdravotních služeb a zvolí si poskytovatele, kteří mezi sebou nemají vybudované vztahy (případně mají negativní vztahy). Vedle řízení vztahu s klientem/pacientem tak přibývá potřeba řízení vztahu mezi organizacemi, jejichž odborníci se angažují v multidisciplinárním týmu.¹³

Bariéry na mikroúrovni se týkají konkrétní služby či organizace a především jednotlivců – profesionálů. Jednotlivé profese používají různý slovník, akcentují různé hodnoty jako prioritní.¹⁴ Profesionálové z různých oborů používají různý jazyk, jejich očekávání jsou

¹² Z hlediska zpracovávaného tématu je dobrou ilustrací to, že v systému zdravotních služeb se již zakotvila např. „mobilní specializovaná paliativní péče“ (jde o odbornost 926), jejíž zdravotnické (lékařské a sesterské výkony) jsou hrazeny z prostředků všeobecného zdravotního pojištění.

¹³ Jako příklad může sloužit zapojení praktického lékaře (zaměstnanec ambulance, společnosti s ručením omezeným) do porad multidisciplinárního týmu formovaného kolem obyvatel domova pro seniory. Je mj. otázka, ve prospěch kterého subjektu (kromě klienta/pacienta/obyvatele) vykonává v danou chvíli svou práci (a kdo jej má zaplatit).

¹⁴ Jedním z projevů rozdílů v hodnotách či přístupech je vztah k riziku. Zdravotní sestry v domovech pro seniory často zdůrazňují „bezpečí“, sociální pracovníci akcentují „právo na sebeurčení, rozhodování“. Tento rozdíl se pak výrazně promítá do volby intervencí (např. dietní omezení – eliminace potravin s cukrem u diabetika vs. edukace klienta o důsledcích konzumace cukru v souvislosti s diabetem).

formována získanými kompetencemi a zkušenostmi. Rozvoj kompetencí pro mezioborovou týmovou spolupráci není součástí profesní přípravy. Rozdílné trajektorie v pregraduálním i postgraduálním a celoživotním vzdělávání profesionálů různých oborů pak nevytvářejí příhodné podmínky pro rozvoj těchto kompetencí jinde než v praxi. Tyto bariéry jsou překonatelné technikami a nástroji podporujícími fungování týmové spolupráce obecně. Jde o nástroje, techniky a postupy, které pracují s principy týmové dynamiky a jejich využití umožňuje meziprofesionální a mezilidské bariéry snížit či zcela eliminovat. Významným nástrojem podpory funkční mezioborové týmové spolupráce může být systematická podpora reflexivní praxe, např. společným týmovým učením (Senge, 2006) či využíváním technik a nástrojů podporující reflexivní praxi (Čajko Eibicht, 2022).

Na úrovni služby jsou bariéry často organizační povahy. Organizační struktura formuje vzájemné vztahy nadřízenosti a podřízenosti jednotlivých organizačních článků a členů organizace. Výrazně hierarchická kultura a struktura organizace, ve které jsou profese, které mají tvořit tým, na různých úrovních organizační hierarchie, může sama o sobě tvořit bariéru funkční týmové spolupráce (Diefenbach, 2011). Profesionálové ve zdravotnických profesích mají častěji tendence formovat hierarchické struktury, a to i neformální, založené zejména na principu seniority (citace dtto). Tuto zkušenost pak mohou mít tendenci přenášet do multidisciplinárních týmů a tím jít de facto proti principům týmové spolupráce. Specifickou bariérou zejm. v organizacích působících v oblasti sociálních služeb je nerovné odměňování profesí multidisciplinárního týmu.¹⁵ Multidisciplinární tým je samostatným systémem, ve kterém prvky tvoří jednotlivci různých profesí, pravidla a kompetenční rámce, ve který se tým a jeho členové pohybují. To, co významně ovlivňuje soudržnost a fungování systému i týmu a povahu vzájemných propojení těchto prvků jsou toky informací.

¹⁵ Mzda všeobecných sester s min. Bc. vzděláním je v sociálních službách v ČR o cca 20-30% vyšší, než u dalších profesí se stejnou úrovní dosaženého vzdělání (sociální pracovníci, nutriční terapeuti, ergoterapeuti aj.).

Empirické studie prokazují, že přínosem multidisciplinární spolupráce je to, že pohled na klienta/uživatele služby je ucelený, jde nad úhel pohledu jednotlivých profesí a specializací. Umožňuje všem lépe porozumět, co se s klientem/pacientem děje a jaké jsou jeho potřeby. Dialog v mezioborovém týmu pomáhá korigovat názory jednotlivých specialistů. (Hrdá, 2018) Multidisciplinární týmová spolupráce přispívá i k větší kvalitě pracovního života pečujících – pomáhá předcházet syndromu vyhoření, přispívá ke snížení fluktuace a absentismu, celkově se zvyšuje kvalita péče (Nancarrow, 2013). Pracovníci jednotlivých profesí rozumí lépe co se s klientem/uživatelé děje a proč, případně rozumí možnému dalšímu vývoji a vhodným intervencím. Dobře fungující tým přispívá k vytvoření kultury učící se organizace (Senge, 2006), je oporou pro implementaci přístupů zaměřených na člověka a dalších inovativních myšlenek. Téma multidisciplinární spolupráce v rámci organizace je explicitně zkoumáno i v rámci předkládané studie v souvislosti s realizovanou systémovou změnou.

4.4 Historický kontext zkoumané systémové změny

Rekapitulace dosavadního vývoje sociálních služeb se zaměřením na pobytové sociální služby pro seniory (domovy pro seniory) ilustruje úskalí systému LTC v ČR na systémové (makro), regionální (mezzo) i organizační (mikro) úrovni. Nabízí ukázkou změn, které měly především lineární povahu a nereflektovaly komplexní povahu řešených problémů. Participativní dynamická fáze rozvoje sociálních služeb na mikro úrovni v 90. letech, během které vznikaly na základě nesaturovaných potřeb zcela nové prvky v systému sociálních služeb a dlouhodobé péče, měla do jisté míry „sebeurčující“ povahu. Současně tyto nové prvky byly byrokratickou veřejnou správou vnímány jako systémové anomálie, protože narušovaly jednoduchou hierarchicky uspořádanou strukturu dosavadního státem řízeného systému. Legislativní úprava systému sociálních služeb v roce 2006 tyto prvky částečně akceptovala, definovala v podobě druhů služeb novou strukturu systému, současně však zamezila rozvoji

dalších „anomálií“ tím, že systém „uzavřela“ taxativním vymezením „akceptovaných“ druhů služeb. Jednotlivé resorty veřejné správy organizované podle funkční struktury (sociální zabezpečení, péče o zdraví, vzdělávání aj.) uplatňovaly při řešení dílčích problémů podobný přístup, navíc však dílčí témata řešily samostatně, formoval se odlišný jazyk, vznikaly kompetenční konflikty a souběžně zůstávala „bílá místa“ – komplexní problémy, které byly příliš složité k řešení v rámci jednoho resortu. Ilustrativní přehled dosavadního vývoje sociálních služeb v kontextu dlouhodobé péče ukazuje potřebu systémového myšlení při řešení společenských problémů čím dál komplexnější povahy.

4.4.1 Fáze revoluce/evoluce

Výrazným mezníkem v historickém vývoji systému sociálního zabezpečení byl rok 1989. Skončil autoritativní komunistický režim a otevřel se prostor pro realizaci aktivit směřujících k demokratickému sdílení moci, spravedlnosti, a především posílení lidské důstojnosti. Fyzické i mentální otevření hranic usnadnilo přístup k informacím, možnosti poznat zahraniční modely, umožnilo učit se jiným přístupům. Tento rozvoj byl i impulsem k zásadním změnám v oblasti české sociální politiky. Šlo zejména o propsání demokratických principů, konceptu lidských a občanských práv do konstrukce systému sociálního zabezpečení (Lejsal, 2020). O jak zásadní změny v základních hodnotách, zejména důraz kladený na lidskou důstojnost, šlo, je možné ilustrovat na vývoji v oblasti pobytových sociálních služeb pro seniory.

Pobytové sociální služby pro seniory jsou jedním z důležitých prvků systému dlouhodobé péče. Přestože v systému zdravotních služeb existují od roku 1974 instituce nazvané „léčebna dlouhodobě nemocných“, jejich primární úkol je zajistit doléčení nemocných, kteří nepotřebují, resp. neprofitují z akutní (zejména lékařské) péče. V 90. letech 20. století byla

navíc délka pobytu v léčebně dlouhodobě nemocných (resp. úhrada za tento pobyt) striktně omezena na maximální dobu 3 kalendářních měsíců s implicitním předpokladem, že tato doba měla stačit k doléčení, resp. stabilizaci zdravotního stavu a další péče má být zajištěna v domácnosti pacienta, případně potřebná obslužná péče může být zajištěna prostřednictvím sociálních služeb. Nezbytná zdravotní péče měla být saturována běžnou primární lékařskou péčí (praktickým lékařem), případně prostřednictvím domácí zdravotní péče¹⁶. Toto historické pojetí bylo v rozporu s konceptem dlouhodobé péče, kde se pracuje s předpokladem, že člověk je na komplexní sociálně zdravotní péči závislý dlouhodobě, resp. trvale, jejím charakteristickým rysem je komplexnost, koordinovanost a interdisciplinarita. Současně tato regulativní úprava formovala očekávání od pobytových sociálních služeb pro seniory, že budou zvládat dlouhodobou péči i o klienty, kteří potřebují kontinuální zdravotní péči ošetrovatelského typu.

Historickým dědictvím totalitního komunistického režimu byl prakticky po celá 90. léta zákon o sociálním zabezpečení (zákon č. 100/1988 Sb.). Odpovědnost za provozování služeb podle tohoto zákona nesl stát, pobytové služby pro seniory byly nazývány „ústavy sociální péče pro seniory“. Šlo o institucionální péči vykazující řadu znaků totální instituce (Goffmann, 1961). O poskytnutí služeb zájemce žádal příslušný okresní úřad. Služby nebyly poskytovány na základě smlouvy, ale na základě „rozhodnutí o umístění“ vydaného ve správním řízení. Zákon již blíže neřešil vzájemné vztahy mezi poskytovateli a uživateli služeb, vůbec se nezabýval otázkou kvality poskytovaných služeb. O povaze služeb může hovořit i to, že k jejich poskytování byly historicky používány stavebně zcela nevyhovující prostory.¹⁷ Od roku 1990 začaly vznikat nové sociální služby, jejich vznik a rozvoj byl zásadním způsobem ovlivňován

¹⁶ Ta se jako systémový prvek začala rozvíjet od roku 1991, první pilotní projekty nesla Charita ČR a byly hrazeny plně z dotací Ministerstva zdravotnictví ČR

¹⁷ Jeden příklad za všechny: domov důchodců umístěný v objektu bývalého kláštera v ve Štětkni, do kterého byl přístup pouze po schodišti, v objektu byly společné koupelny, pokoje byly 5 až 8lůžkové, byl (s drobnými stavebními úpravami) provozován ještě v roce 2001.

nově vznikajícími organizacemi občanské společnosti (zejm. nadace, spolky, církevní organizace). Takové služby nabízely zcela odlišné chápání základních principů partnerského, celostního přístupu založeného na humanistických hodnotách, hlubokém respektu k lidské důstojnosti a akcentem na lidská a občanská práva. Příkladem změny v přístupu může být např. to, že služby určené seniorům začaly s klienty uzavírat písemné smlouvy.¹⁸ Jistým paradoxem bylo, že celá plejáda nově vznikajících služeb pro seniory opírala legitimitu svého fungování fakticky o jednu větu tehdy platného zákona o sociálním zabezpečení: „Starým občanům může být poskytována potřebná péče též v zařízeních pro denní pobyt, popřípadě v jiných zařízeních sociální péče.“ (§89 zák. 100/1988). Řada nově vznikajících služeb čerpala inspiraci, znalosti (v některých případech i finanční zdroje pro počáteční fáze fungování)¹⁹. Klima celospolečenské změny, entusiasmů a nadšení spolu se zahraniční podporou akcelerovaly rozvoj celého sektoru. Zahraniční modely byly přizpůsobovány místním potřebám a vznikaly tak progresivní koncepty fungování služeb, např. založené na mezioborové spolupráci, které v některých ohledech dokonce předčily původní vzory.²⁰

Na formování nové podoby služeb pro seniory na sociálně zdravotním pomezí měl (a dosud má) vliv duální systém českého práva – tj. právo veřejné a právo soukromé. Jde o zásadně odlišné východisko k tvorbě a následně i interpretaci právních předpisů. Ústava České republiky z roku 1992 říká, že „*státní moc má sloužit všem občanům a lze ji uplatňovat pouze v případech, v mezích a způsobem stanoveným zákonem. Všichni občané mohou činit, co není*

¹⁸ Domov Sue Ryder poskytoval služby na základě dvoustranných, příp. třístranných smluv od začátku provozu, tj. od roku 1998.

¹⁹ Sue Ryder – založeno 1995 za podpory Sue Ryder Foundation, Charita financovaná západoevropskými Charitami, Diakonie apod.

²⁰ Koncept Domova Sue Ryder předpokládal komplexní péči o křehké seniory, tedy de facto dlouhodobou sociálně-zdravotní péči. Od samotného začátku integroval ošetrovatelskou péči, podporu a pomoc v aktivitách denního života, odbornou fyzioterapii a rehabilitaci, včetně ambice zajistit i péči v samém závěru života. Jiným příkladem může být „dům s pečovatelskou službou“, který byl postaven v roce 1996 v Novém Městě na Moravě, investorem byla obec. Koncept samostatných bytových jednotek (1+1, 1+kk) integrovaný do městské zástavby, ve kterém byla zajišťována nepřetržitá sociální i zdravotní (nelékařská, ošetrovatelská) služba umožňoval přizpůsobovat plynule rozsah služeb potřebám klientů, podporoval udržení co největší soběstačnosti a současně poskytoval pocit jistoty a bezpečí, že klient bude zajištěn i v případě dočasného či dlouhodobého zhoršení zdravotního stavu či zvýšení míry potřebné pomoci.

zákonem zakázáno; a nikdo nesmí být nucen činit to, co mu zákon neukládá." (čl. 2 odst. 3 Ústavy České republiky). Toto ustanovení poskytuje vodítko k porozumění povahy změn, ke kterým v pobytových sociálních službách pro seniory docházelo. Legitimita existence nově vznikajících služeb byla z pohledu soukromého práva zcela nepochybná (nebylo zakázáno vytvářet nové koncepty a modely služeb). Tehdejší systém sociálního zabezpečení řešení a priori v rámci veřejného práva s nimi explicitně nepočítal. Nově vznikající služby tak nebyly prakticky nijak regulované, neexistoval jakýkoliv kontrolní mechanismus vstupu nových subjektů do tohoto oboru, neexistovaly standardizované mechanismy jejich financování. Tato „ztráta kontroly“ veřejné správy nad poskytovateli služeb přinášela napětí a konflikty. Situaci nepřispívalo ani to, že mezi zakladateli a iniciátory vzniku nových služeb byla řada výrazných osobností, které otevřeně kritizovaly dosavadní služby za kvalitu života jejich chovanců/klientů/uživatelů (Cháb, 2004). Hlavním nástrojem regulace nových služeb se tak stalo financování skrze dotační programy. Vznikly byrokratické procedury, které umožňovaly skrze přidělení, resp. nepřidělení nenárokové státní dotace²¹ ovlivňovat podobu vznikajících i existujících služeb. Nově vznikající služby představovaly z pohledu státem řízeného systému „nesystémový prvek“, služby soustavně obhajovaly svoji legitimitu, zejména tím, že pouze reagují systémem nesaturované potřeby uživatelů.

Nově vznikající pobytové služby pro seniory vznikaly s tím, že reagovaly na potřeby klientů. Proti administrativně zřizovaným a spravovaným službám založeným na přístupu ke klientovi jako „objektu“ péče, které poskytovaly služby s postojem „berte, nebo nechte být“, nové služby se často opíraly o přístup zaměřený na člověka (Rogers, 2000). U geriatricky křehkých klientů toto zaměření přinášelo potřebu ucelené interdisciplinární péče. Oddělení oblasti „sociální“ a „zdravotní“ se na úrovni veřejné správy (MZ, MPSV, odbory okresů aj.) se

²¹ Rozhodování o přidělení/nepřidělení finanční dotace bylo často závislé pouze na „názoru“ úředníka a administrátora celého procesu, případně na politickém rozhodnutí.

paradoxně v dané době spíše prohlubovalo. Legislativní změny prohlubovaly tuto segregaci, stejně tak se zásadním způsobem odlišily mechanismy financování. Zatímco pro financování zdravotní péče byl legislativně, technicky a procesně spuštěn systém veřejného zdravotního pojištění, kdy správu, financování a garanci dostupnosti péče delegoval stát na zdravotní pojišťovny (zák. 48/1997), systém sociální zabezpečení včetně sociálních služeb zůstal centrálně řízený ministerstvem práce a sociálních věcí, a to včetně financování služeb. Tato probíhající segregace byla zásadní brzdou pro rozvoj služeb v oblasti dlouhodobé péče o seniory, která je svou povahou interdisciplinární. Nově vznikající služby nebyly začleněny do struktury systému. Místo aby systém reflektoval měnící se potřeby společnosti a podporoval angažované aktéry v dynamickém rozvoji, hledání a rozvíjení nových forem a jejich stabilizace, pro většinu nových služeb obtížné vůbec udržet vybudovanou podobu služby. Státem řízený systém vývoj nových služeb pouze trpěl, pokračoval dál v lineárně pojímaném segregovaném rozvoji sociálních a zdravotních služeb, ty se rozvíjely nekoordinovaně, bez podstatných propojení mezi sebou. Formovala se samostatná schémata financování, legislativní úprava, odborný jazyk.

OSN již v roce 1982 přijala rezoluci, na jejímž základě byla zformulována tzv. 4D strategie pro stárnoucí populaci (demedicinalizace, deinstitucionalizace, deprofesionalizace, desektorializace), vývoj v České republice se ubíral jiným směrem. Zatímco do nových služeb se tato strategie přímo promítala (implicitně či explicitně), zpomalení budování integrovaných služeb dlouhodobé péče o seniory paradoxně přinesl akcent Ministerstva práce na „demedicinalizaci“ proseniorských sociálních služeb, přestože jde o jedno z klíčových doporučení strategie OSN (Fulmer, 1982). Pravděpodobně z důvodu nesprávného pochopení významu tohoto pojmu se začalo Ministerstvo práce otevřeně vymezovat vůči zaměstnávání zdravotnických pracovníků v pobytových zařízeních sociálních služeb (v praxi šlo zejména o všeobecné sestry). To bylo zcela v rozporu s charakterem a rozsahem potřeb uživatelů těchto

služeb. Tato „politika“ byla realizována primárně prostřednictvím finančních nástrojů, tj. definováním podmínek pro použití poskytnutých dotací. Konkrétně v podmínkách dotačního řízení MPSV v roce 2004 je věta: „Z grantu nelze hradit mzdu zdravotnického pracovníka.“

Financování sociálních služeb bylo na rozdíl od zdravotních služeb²² vícezdrojové, tj. část nákladů na služby byla hrazena uživatelem služby, část nákladů pak byla financována z veřejných prostředků (přímé rozpočtové transfery u rozpočtových organizací, příspěvky zřizovatele u příspěvkových organizací, dotace a další nenárokové transfery). Náklady na zajištění péče odpovídající komplexním potřebám uživatelů služeb jednak překračovaly disponibilní příjmy uživatelů služeb, současně byl aplikován nerovný přístup k uživatelům služeb v závislosti na právní formě organizace, která uživateli službu poskytovala. Obecně lze říci, že pro zajištění dostupnosti služeb zejména po finanční stránce byla nutná veřejná podpora.

Podíl veřejných prostředků na financování sociálních služeb poskytovaných nestátními subjekty (především NGO) se výrazně lišil, mj. kvůli absenci jednotného přístupu k financování sociálních služeb²³, přesto byly služby na těchto prostředcích fakticky závislé. Vzhledem k tomu, že chyběla jakákoliv další forma regulace celého odvětví, využívala veřejná správa právě poskytnutí finančních prostředků a následnou kontrolu jejich využití příjemci jako hlavní regulační nástroj.

Reakce zřizovatelů a manažerů služeb byly různé. Některé služby rezignovaly na udržení zdravotnických pracovníků a redukovaly komplexnost služeb, jiné služby změnilu svou strukturu spíše formálně²⁴ a zdravotníky si s ohledem na spektrum potřeb svých uživatelů ponechaly, další pak dokázali mzdy zdravotnických pracovníků pokrýt z neveřejných zdrojů

²² Financování zdravotních služeb upravily zákony 550 a 551 z roku 1991 (o všeobecném zdravotním pojištění a o všeobecné zdravotní pojišťovně). Systém zdravotních služeb garantovaný státem tak měl jednoho plátce.

²³ Tato situace paradoxně přetrvává doposud, struktura zdrojů financování pobytových sociálních služeb pro seniory je velmi různorodá v závislosti na kraji, ve kterém působí, právní formě, historickém vývoji financování apod.

²⁴ Například Domov Sue Ryder změnil pracovní smlouvy s všeobecnými sestrami s tím, že nové pozice se nazývaly „pracovník komplexní péče“.

(darů, grantů nadací apod.). Aplikace holistického přístupu v praxi se pak odehrávala na mikroúrovni jednotlivých služeb, případně organizací. V omezené míře docházelo k předávání inspirace a dobré praxe skrze projekty podporované soukromými dárci či prostřednictvím zahraničních nadací a předvstupních fondů EU. Jednotlivé iniciativy a rozvojové projekty o sobě často nevěděly, potenciál k systémové změně nad rámec konkrétní organizace byl velmi omezený. Velká část energie, inovačního potenciálu a tvůrčího přístupu tak nebyla využita k rozvoji systému komplexní dlouhodobé péče o seniory, ale především k udržení lokálních příkladů dobré praxe.

Navzdory potřebě koordinovaného a integrujícího přístupu k rozvoji dlouhodobé péče (zejména o seniory) doporučené OSN, WHO, místními odborníky (Zuzana Havrdová, Zdeněk Kalvach, Iva Holmerová, Helena Haškovcová aj.) se vývoj v oblasti zdravotních služeb i sociálních služeb ubíral zcela odlišnými cestami s důrazem na jiné priority. Místo předpokládaného zvýšení propustnosti hranic státem řízených systémů, zvýšení počtu propojení mezi systémy a posílení intenzity vazeb a vzájemných interakcí se systémy od sebe vzdálily a dosavadní propojení spíše přerušily. Došlo k dalšímu prohloubení diferenciací systémů a rozšíření „bílých míst“ v prostředí, tj. oblastí dlouhodobé péče, které nebyly pokryty žádným z existujících systémů. Oba systémy (zdravotních a sociálních služeb) navíc otevřeně zpochybňovaly legitimitu integrovaných forem služeb. Z realizovaných opatření bylo zřejmé, že v systému sociálních služeb jsou preferovány struktury byrokratického typu (pevná struktura, formalizovaná pravidla), které podléhají autoritě veřejné správy.

4.5 Druhá fáze – konsolidace a komodifikace (uživatel/klient jako zákazník)

Do formování prostředí dlouhodobé péče skrze systém sociálních služeb výrazným způsobem zasáhl v roce 2006 nový zákon o sociálních službách (zák. 108/2006). Jeho vzniku a schválení předcházelo dlouhé období příprav a intenzivního dialogu celé řady aktérů (MPSV, kraje, obce, poskytovatelé služeb vč. střešních organizací aj.). Do jeho obsahu se promítly mj. i výsledky řady inovativních a rozvojových projektů, často s mezinárodní účastí. V novém zákoně byla zachycena nová struktura systému sociálních služeb (základní druhy a formy služeb), definována smluvní povaha vztahu mezi poskytovatelem služeb a uživatelem/klientem, byla kodifikována profese sociálního pracovníka (a pracovníka v sociálních službách), včetně kvalifikačních předpokladů. Zákon vymezil v základních obrysech povinnosti a pravomoci dalších aktérů (obcí, krajů). Podstatným prvkem nového zákona (a prováděcího předpisu) bylo zavedení regulace vstupu do oboru (registrace), možnost výkonu kontroly poskytované činnosti (inspekce) a zavedení standardů kvality (standardizace).

Kromě zavedení smluvní povinnosti mezi uživatelem a poskytovatelem služby přinesl nový zákon ještě další inovativní prvek, a to novou finanční dávku „příspěvek na péči“. Základní myšlenkou vytvoření dávky příspěvek na péči bylo posílení „zákaznické“ role uživatele. Autoři zákona předpokládali, že „hlasování penězi“, objednáním a zaplacením služby bude nejlépe potvrzena potřebnost dané služby. Šlo o celosvětový politický příklon k neoliberalismu (Spolander, 2016; Gray, 2015), který v této podobě dorazil i do české sociální politiky. Důsledkem neoliberálního posunu je i trend k individualizaci v sociální politice i v sociálních službách. Ekonomická nezávislost jednotlivců umožňuje opouštět tradiční formy uspořádání společnosti. Nerovnost přetrvává, oddělila se od společenských tříd, vrstev. I systémové problémy jsou často vnímány a řešeny jako „problém jednotlivce“. Mění se a přizpůsobují i rodinné vazby – koncept „dočasně sjednané rodiny“, kdy rodina není vnímána

jako doživotní svazek (Beck, 1992) Tento vývoj je posilován strukturami sociální politiky, např. příjemcem sociálních dávek se stává jednatel, současně s tím však roste nárok společnosti na to, aby jednatel převzal odpovědnost za řešení své situace. Nedílnou součástí tohoto vývoje se pak stává komodifikace sociálního státu a rodinné solidarity. Úloha sociální politiky se posunuje, a to od (re)distribuce bohatství k otázce distribuce rizik (Beck, 1992). Tento prvek je možné sledovat zřetelně právě v souvislosti se stárnutím populace, prodlužováním délky života a rostoucí pravděpodobnosti závislosti na péči z důvodu chronického onemocnění či omezení soběstačnosti. Empirické studie rozhodování jednatelce (Khaneman, 2012) ukazují, že jednatelce není připraven ve svých zásadních rozhodnutích rizika „životního cyklu“ zpracovat a zohlednit (Nijman, 2018) V ČR jakožto postkomunistické zemi navíc přetrvává se silně paternalistický přístup státu, který se zobrazuje ve strukturách sociální politiky (absence participace), v legislativě (dominující paternalistický a formalistický/veřejnoprávní přístup k tvorbě a výkladu norem). Vzniká tak rozporuplná situace, kdy jednatelce má převzít odpovědnost za své „stárnutí“, ale nemá dostatečné pravomoci, oprávnění a zdroje. Systém sociální politiky (sociálních a zdravotních služeb) navíc není zaměřen a-priori na výsledek (kvalitu života), ale na proces (správnost provádění intervencí a využívání prvků).

Poskytnutí pomoci se stává komoditou, kterou směňuje pečující s příjemcem péče (Esping-Andersen, 1996) V duchu „komodifikace“ autoři zákona předpokládali, že uživatel v roli zákazníka bude ovlivňovat kvalitu poskytované služby, tj. po službách kvalitních bude poptávka, služby nekvalitní poptávané nebudou a na základě tržních principů budou méně kvalitní služby svou kvalitu zvyšovat. Předpoklad tedy byl, že dojde k celkovému posílení vyjednávací síly uživatele/klienta při jednání s poskytovatelem služeb. Důraz na mapování reálných potřeb uživatelů a plánování způsobu, jak budou tyto potřeby jednatelců vhodným způsobem uspokojeny, byl kodifikován v úvodních částech zákona, následně i v dalších částech (individuální plánování, standardy kvality), případně v metodických doporučeních. Výše

uvedenými ustanoveními zákon zdůraznil žádoucí vysokou míru participace klienta na poskytování služby.

Tyto participativní mechanismy částečně oslabila jiná ustanovení zákona. Zákon o sociálních službách totiž taxativně vymezil jednak konkrétní druhy sociálních služeb, ale také stanovil, jaké činnosti musí každý konkrétní druh služby povinně poskytovat a stanovil rovněž maximální úhrady, které poskytovatelé služeb smějí klientům účtovat. Tyto ceny byly stanoveny administrativně, ani zdaleka nepokrývaly skutečné náklady na poskytnuté služby. Tato úprava fakticky eliminovala možnost vyjednávat o podobě služby spolu s cenou takové služby. Reálná míra participace klienta/uživatele byla závislá především na přístupu služby a pečujících profesionálů k procesu tzv. individuálního plánování a jeho realizaci (Lejsal, 2020).

Nahlížíme-li na zákon o sociálních službách optikou systému dlouhodobé péče, je třeba zmínit zajímavý prvek, a to povinnost uložená poskytovatelům pobytových sociálních služeb „zajistit poskytování zdravotní péče klientům, především prostřednictvím svých zaměstnanců“ (§36 zák. 108/2006 Sb.) a dále uložení povinnosti zdravotním pojišťovnám „uzavřít zvláštní smlouvu o poskytování zdravotních služeb...“. Tato ustanovení vytvořila propojku mezi dosud striktně odděleným systémem sociálních a zdravotních služeb, vytvářela možnost integrovat zdravotní a sociální služby a poskytovat je koordinovaně v zájmu klienta/uživatele. Zvolený způsob řešení byl označován zejména zdravotními pojišťovnami za „nesystémový“. Pojišťovny argumentovaly tím, že toto ustanovení řeší poskytování zdravotních služeb, ačkoliv zákon řeší a-priori sociální služby a oblast sociální práce. Dále pak za nesystémové řešení považovaly to, že nárok na uzavření smlouvy vzniká bez toho, aby poskytovatel zdravotních služeb doložil způsobilost k jejich poskytování (registrace zdravotnického zařízení) a dále že zvolený způsob řešení je v rozporu s jejich rolí v systému jakožto garantů dostupnosti zdravotních služeb na jedné straně a současně regulátorem počtu subjektů, které ve zdravotnictví fungují s nárokem na úhradu poskytnutých služeb z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Jediným

významnějším regulačním nástrojem pro pojišťovny zůstaly výše úhrad (hodnota bodu v Kč) a tzv. redukční mechanismy úhrad, které byly součástí uzavíraných zvláštních smluv a skrze které pojišťovna předem omezovala rozsah hrazené péče pro další období vůči každému smluvnímu pracovišti.

Základní principy implementované do zákona o sociálních službách (zejména participace klientů/uživatelů, smluvní vztah mezi poskytovatelem a uživatelem/klientem služby, poskytování služeb v rozsahu a formě odpovídající individuálně zjištěným potřebám, regulace vstupu do oboru, kontrola kvality a ochrana uživatelů ve slabším postavení aj.) vytvářely předpoklad pro další rozvoj služeb a systému dlouhodobé péče. Bariérou pro tento rozvoj byly výše zmiňované parametry zákona (cenové stropy pod úrovní skutečných nákladů, taxativní vymezení druhů služeb a jejich činností aj.). Postupně rostla ještě další bariéra, a to konfliktní výklady obsahu zákona (a prováděcích předpisů) v duchu veřejného práva a soukromého práva. Taxativní výčet druhů služeb sám o sobě neumožňoval (bez ohledu na potřeby člověka) vytvářet jiný druh služby (např. integrovat služby), než je definován zákonem.

Tato úprava je další ukázkou lineárně pojaté změny, tj. změna potřeb společnosti a principů, na kterých mají být sociální služby poskytovány, se změnila (vliv prostředí na systém). Protože předchozí struktura přestala naplňovat zamýšlenou funkci, byla navzdory řadě výhrad vytvořena nová stabilní struktura, která je hierarchicky podřízena politické moci (zákonodárcům). Takto vytvořený systém a jeho struktura jsou formovány mechanisticky jako uzavřený systém, který se může rozvíjet maximálně z hlediska objemu doručovaných výsledků, nemá prakticky žádné mechanismy, které by zajišťovaly dynamickou stabilitu, tj. reakce na změny v prostředí. To se týká i nastavení ekonomických parametrů, například cenových regulací či v zákoně definovaných dávek, které nemají valorizační mechanismy.

Podstatnější překážkou byl veřejnoprávní výklad znění zákona, že služby musí a smí poskytovat právě (a pouze) ty činnosti, které jsou stanoveny v zákoně. Řada poskytovatelů,

zejména z řad NNO s takto zužujícím výkladem zákona nesouhlasila s tím, že v duchu soukromoprávního principu výkladů legislativy zákon definuje pouze minimální povinnost a je na rozhodnutí poskytovatele, zda bude poskytovat služby a činnosti v širším rozsahu, než stanoví zákon. Tyto kolize vznikaly již od samotného počátku platnosti zákona, resp. od zahájení kontrolní činnosti realizované inspektory sociálních služeb. Sporná rozhodnutí a interpretace ustanovení zákona kritizovala již v roce 2008 Asociace poskytovatelů sociálních služeb ČR (Horecký, 2011) Část potenciálu pro rozvoj služeb tak byla opět vyčerpána na zajištění formálního souladu s interpretací zákonné regulace, což byla klíčová podmínka zajištění finančních zdrojů na fungování služeb. Pokud poskytované služby přesahovaly rámec definovaný zákonem, byly dané činnosti formálně organizačně i ekonomicky odděleny od hlavní služby, případně byly evidovány jako quasi projekty, tj. formálně jako projekty, které však fakticky byly stabilní součástí fungování služby. Tyto formálně oddělené jednotky (úseky, oddělení aj.) v reálných podmínkách sdílely pracovníky, informace, informační systémy, prostory k fungování apod. a byly považovány za nedílnou součást služby. V organizacích tak vznikaly souběžně fungující paralelní struktury a vazby – formální deklarované, formální nedeklarované a neformální, které jsou standardním prvkem ve všech organizačních strukturách. Existence těchto paralelních struktur, jejich designování a správa zvyšovaly nároky na pracovníky těchto služeb, zejména management.

Pro úplnost je třeba doplnit, že zákon o sociálních službách předpokládal, že v rámci služeb budou poskytovány i jiné než základní činnosti. Tyto činnosti označoval zákon jako „fakultativní“, i pro ně stanovil zákon cenovou regulaci, a to tak, že „úhrada za *fakultativní činnosti může být stanovena v plné výši nákladů na tyto služby.*“ (§77 zák. 108/2006 Sb.). Nenaplnil se předpoklad, že fakultativní služby by mohly být jedním z nástrojů rozvoje pobytových služeb pro seniory, například jako prostředek testování potřebnosti a účinnosti specifických činností, přístupů a technik, které budou následně převzaty do základních činností

služby. Probíhající inspekce kvality opakovaně kritizovaly obsah fakultativních činností u kontrolovaných poskytovatelů. Hlavní výhrady byly ty, že:

- a) Obsah činnosti není fakultativní službou, protože spadá do základních činností (např. příplatek za ubytování na jednolůžkovém pokoji).
- b) Jde o poskytování služeb, které nahrazují běžně dostupné služby v komunitě a jejich poskytováním v režimu fakultativních služeb dochází k prohloubení sociálního vyloučení a segregaci klientů (např. služby kadeřníka, manikúra aj.).
- c) Jde o poskytování služeb, které jsou zajišťovány v rámci sociálního zabezpečení či zdravotního pojištění jinými subjekty a není důvod je poskytovat za úplatu, zejména tehdy, mají-li uživatelé nárok na jejich bezplatné poskytnutí (např. zajištění kompenzačních pomůcek, transport na/z lékařského vyšetření apod.).

Tyto hlavní výhrady se následně promítly do metodického doporučení vydaného Ministerstvem práce (doporučený postup č. 4/2013), kterým byl tento postoj závěrů inspekce potvrzen. Byť metodická doporučení mají nezávaznou povahu, je k nim při výkonu veřejné správy přihlíženo.

Zákon o sociálních službách prošel od doby schválení řadou novelizací, tyto novelizace však nepřinesly zásadní změny, které by vytvořily podmínky pro dynamičtější rozvoj celé oblasti sociálních služeb a tím i systému dlouhodobé péče. V procesu těchto změn se zřetelně uplatnily stabilizační mechanismy existujícího systému, realizované změny měly spíše parametrický charakter, základní struktura celého systému zůstala bez hlubších změn.

Paralelně s pokusy o změnu systému sociálních služeb probíhaly v oblasti dlouhodobé péče pokusy o integraci zdravotních a sociálních služeb postavené převážně na myšlence vytvoření samostatného třetího systému „zdravotně-sociální péče“. Šlo o pokus pokrýt „bílé místo“, neúspěch těchto pokusů byl zapříčiněn především strukturou nadřízeného systému, tj. vládními resorty, protože nebylo možné u takto integrovaného nového systém určit jedinou

věcnou (funkční) příslušnost. Později byly tyto pokusy založeny na vytvoření nových prvků v obou systémech, které budou představovat propojky mezi systémy. I tyto pokusy skončily nezdarem.²⁵

Zkušenost ukazuje, že současná struktura systému neodpovídá měnícím se potřebám společnosti, během uplynulých deseti let vznikala celá řada iniciativ k hlubší změně celého systému a jeho struktury skrze změnu legislativy, a to jak na úrovni státní správy, tak z iniciativy poskytovatelů či organizací občanské společnosti. Opakovaně se projevy stabilizační mechanismy systému, struktura prokázala vysokou rigiditu. Autonomie systému a stabilizační mechanismy jsou tak silné, že se hlubší změny nepodařilo opakovaně prosadit ani správci systému, tj. Ministerstvu práce a sociálních věcí ČR, které z hlediska funkčního uspořádání je systému sociálních služeb hierarchicky nadřizeno. Povaha navrhovaných změn byla opět „lineární“, změny vycházely především z analytického přístupu, byly verbálně představovány jako „posun“ systému, nikoliv jako změna funkce systému, a s tím spojená změna chování systému jako celku.

4.6 Rozvoj paliativní péče – zdravotně-sociální pomezí

Zdravotně-sociální pomezí zůstává i nadále převážně „bílým místem“. Část tohoto prostoru vyplnila paliativní péče. Její rozvoj zejména v uplynulých deseti letech představuje systémovou změnu svého druhu a poskytuje naději a současně inspiraci pro design a realizaci dalších systémových změn. Tato systémová změna ilustruje tzv. „bottom-up“ (zdola-nahoru) přístup k realizaci systémové změny, který se významně liší od převažujících „top-down“ přístupem, který byl opakovaně (neúspěšně) uplatňován v souvislosti se systémem sociálních

²⁵ Rekapitulaci těchto sedmi pokusů představil na závěrečné konferenci projektu Tvorba systému sociálně zdravotního pomezí v Kraji Vysočina (reg. č. CZ.03.3.X/0.0/0.0/15_018/0013974) Jiří Běhounek, prezentace z této konference je dostupná on-line na: https://www.kr-vysocina.cz/assets/File.ashx?id_org=450008&id_dokumenty=4119426 (navštíveno 15.9.2023)

služeb (viz předchozí kapitolu). Paliativní péče je definována jako „přístup zaměřený na zvyšování kvality života pacientů a jejich rodin v situaci, kdy čelí život ohrožující nemoci“ (Centrum paliativní péče, 2023).

Paliativní péče je v České republice relativně novou součástí systému služeb. V praxi se objevil již na počátku 90. let, i když zůstal mimo systém zdravotní péče hrazené veřejným zdravotnictvím. V praxi se tak objevila řada řešení: někteří poskytovatelé připojovali paliativní péči k jinému druhu péče (například k typu domácí péče kombinované s domácími návštěvami lékařů), jiní poskytovali přímou péči a snažili se také o systémové změny. Výdaje poskytovatelů péče byly hrazeny z darů a plateb pacientů a rodin (Tomeš, 2015). Paliativní péče byla uznána jako lékařská specializace ministerstvem zdravotnictví a systémy veřejného zdravotního pojištění nejprve v roce 1997 v podobě lůžkové péče. Uznána byla pouze „zdravotní“ část paliativní péče, tj. činnosti, které poskytují paliativní lékaři a sestry. Lůžková paliativní péče (hospicová) byla uznána zákonem a v rámci prostředků zdravotního pojištění na ni byly alokovány prostředky. Paliativní péče je ve své povaze multidisciplinární. To, že systém zdravotních služeb „uznal“ pouze „zdravotní“ část hospicové péče, je ukázkou fragmentovaného nesystémového řešení postaveného na analytickém přístupu. Paliativní péče je podstatná svým komplexním přístupem k člověku. Pokrytí „částí“ paliativní péče vede k deformaci či „poškození“ celého propracovaného systému paliativní péče. Odborníci nezdravotnických profesí bývali zahrnuti v tzv. „odlehčovacích službách“ v kombinaci se „specializovaným sociálním poradenstvím“. Teprve v roce 2017 se zástupcům nemobilních hospiců podařilo vyjednat vazbu mezi zákonem o sociálních službách a zákonem o zdravotních službách na pokrytí nelékařských (sociálních, psychosociálních, duchovních aj.) složek lůžkových hospicových služeb.

Toto nesystémové neucelené řešení se opakovalo v prostředí terénní a ambulantní formy paliativní péče. Ty byly do legislativy, do systému zavzaty v roce 2018. Na vytvoření

obdobného komplementárního řešení pro nezdravotnické profese, jaké se podařilo lůžkovým hospicům, terénní a ambulantní služby paliativní péče stále čekají.

Vývoj se nezastavil ustavením tzv. mobilních specializovaných týmů paliativní péče a jejich (částečným) zakotvením v systému zdravotních služeb. Pokračoval dále a v následujících letech se v systému objevil další prvek – konziliární paliativní tým v prostředí nemocnic. I u tohoto nového prvku se podařilo v rámci „advokační kampaně“ (Drahokoupil, 2020) zařazení do úhradových mechanismů.

Pro takový rozvoj paliativní péče v České republice a její následné zakotvení bylo několik faktorů klíčových:

- Lidé s vizí systémové změny (resp. postupných změn)
- Finanční zdroje
- Rozvoj mimo strukturu systému

Lidé s vizí systémové změny: Služby paliativní péče usilovala od 90. let o legitimitu v rámci systému zdravotních služeb, tj potvrzení, že jde o nedílnou součást zdravotní péče a jako taková má být dostupná všem občanům (na základě indikace) a současně má být uhrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Obdobně procházela nutností „sebeobhajoby“ i lékařská specializace v paliativní medicíně. Z hlediska systémové změny je pozornosti hodný proces, ve kterém mobilní specializovaná paliativní péče sebevědomě iniciovala pilotní projekt – srovnávací studii, v rámci které testovala hypotézu, že intervence mobilního paliativního týmu předchází zbytečným hospitalizacím v závěru života, ve srovnání s náklady na obvyklé „trajektorie pacienta“ vychází levněji. Tyto věcné argumenty spolu s konsenzuální dohodou o minimálních personálních nárocích pro získání souhlasu s poskytováním zdravotních služeb byly pádným důvodem k úspěchu změny – evidence a vyčíslení dopadů krátkodobých i dlouhodobých. Podstatné bylo to, že skupina lidí, kteří změnu realizovali, byla ochotna „vzout

se z bot“ vlastní organizace a hledat skutečně systémové řešení založené na nelineárním analytickém přístupu, ale na syntetickém přístupu k pojetí systémové změny.

Finanční zdroje: V roce 2013 se mezi organizacemi občanské společnosti výrazně projevil Nadační fond ABAKUS²⁶. Jeho vliv byl podstatný nejen tím, že přinesl v kontextu českého občanského sektoru mimořádně štědré finanční zdroje. Podstatná byla role facilitátora dialogu o potřebě a povaze systémových změny, které povedou k ukotvení, posílení a dalšímu rozvoji paliativní péče. Finanční zdroje pak umožnily designované modely změn testovat, následně ověřit a po domluvenou dobu podporovat jejich zavedení a udržení i v prostředí „mimo systém“.

Rozvoj mimo strukturu systému: Paliativní péče se identifikovala jako součást systému zdravotních služeb. Pevná až rigidní struktura systému zdravotních služeb se integraci tohoto nového prvku intenzivně bránila. Tato „obrana“ se dlouhou dobu projevovala mj. odmítnutím pojišťoven legální a legitimní součást zdravotní péče zaplatit. Rozvoj paliativní péče zcela mimo strukturu tradičně pojímaných formátů služeb zdravotních i sociálních poskytoval velkou svobodu v hledání podoby služeb, možností transferu zkušeností ze zahraničí, aplikaci nových empirických poznatků, uplatnění výsledků akčního učení z realizovaných rozvojových či změnových projektů. Pozice mimo strukturu systému s sebou nese velkou míru nezávislosti, současně však generuje nároky na zajištění klíčových (zejména finančních) zdrojů k pokrytí nákladů souvisejících s rozvíjenými aktivitami.

Rekapitulace vývoje dlouhodobé péče v ČR na příkladu pobytových sociálních služeb a související legislativy a stručný přehled dynamického rozvoje paliativní péče slouží jako kontext, do kterého je zasazena sledovaná tato studie

²⁶ V roce 2013 šlo o nadační fond zakladatelů AVASTu - Nadační fond Avast. V souvislosti se změnami ve vlastnické struktuře firmy AVAST (nyní GEN) založili pánové Pavel Baudiš a Eduard Kučera nový Nadační fond ABAKUS, který převzal programové aktivity původně realizované NF AVAST. Tyto programy dále realizuje a rozvíjí.

5 Empirická část

Účelem studie je zkoumáním procesu této změny nalézt základní principy (pravidla či zjištění získaná zkušeností), která podporují realizaci změny na úrovni organizace a skrze realizaci sociální inovace na mikro úrovni podporují celkovou systémovou změnu. Ve studii nejde o chronologický popis sledu událostí, jde o identifikaci etap změny jakožto období „stability“ a principů (empirických zjištění), které byly facilitátorem přechodu do další etapy, případně principů, které působily stabilizačně „proti změně“.

Studie zaměřená na zkoumání systémové změny pokrývá období 2013–2023 (červen). Klíčovým aktérem na mikroúrovni je sociální služba „domov pro seniory“ v organizaci Domov Sue Ryder, z.ú. (dále Sue Ryder) Jedná se o nestátní neziskovou organizaci, právní formou je zapsaný ústav. Sue Ryder poskytuje dvě registrované sociální služby (domov pro seniory, osobní asistence) a je současně poskytovatelem zdravotních služeb, konkrétně „zvláštní ambulantní péče v rámci odbornosti všeobecná sestra v pobytových sociálních službách“ (tzv. odbornost 913). Ke krytí nákladů na činnost využívá tzv. vícezdrojové financování (platby za vlastní výkony, dotace z veřejných rozpočtů, příjmy z vlastní podnikatelské činnosti a dary).

Pobytová služba domov pro seniory, na kterou je navázána zmíněná zdravotní služba je z hlediska počtu zaměstnanců, kteří se podílejí na jejím zajištění dominantní (cca 70 % zaměstnanců), její podíl na obratu společnosti činí cca 60 %. Organizace má sídlo v objektu, ve kterém je pobytová služba poskytována. V tomtéž objektu sídlí administrativní část organizace, je zde zázemí obslužných provozů (správa, prádelna, gastro provoz). Vývoj a dění v pobytové službě významně ovlivňuje fungování organizace jako celku (organizačně, ekonomicky i kulturně).

5.1 Vývoj organizace Sue Ryder v kontextu systému sociálních služeb

Iniciátorem založení organizace byla v 90. letech 20. století Angličanka Lady Sue Ryder. Humanistické principy a hodnoty se promítaly motta organizace: „*Šance pro důstojné stáří.*“ i do zaměření činnosti organizace. Téma důstojnosti člověka a důraz na ně byl dán mj. některými specifickými skupinami seniorů, na které se služby Sue Ryder zaměřily – čeští letci RAF, veteráni druhé světové války, lidé přeživší šoa a další. Většina klientů potřebovala komplexní pomoc a podporu v podobě dlouhodobé zdravotně-sociální péče postavené na mezioborové spolupráci. Pro poskytování péče lidem s takto výraznou životní zkušeností bylo důležité znát jejich životní příběh. Šlo o atraktivní životní příběhy – autentická svědectví o odvaze, riziku, nebezpečí, lidském utrpení, ohrožení lidské důstojnosti aj. Příběhy spontánně vzbuzovaly zájem. Jistá mimořádnost těchto životních příběhů usnadňovala formování vztahu mezi pečujícími a klientem založeného na respektu, porozumění a zájmu o druhého člověka (Kopřiva, 2000). Péči o potřebné z těchto cílových skupin postupně začaly přebírat specializované instituce (např. Domov Vlčí Mák – Vojenská nemocnice, Domov sociální péče Hagibor).

V návaznosti na to se postupně se měnila struktura klientů (z hlediska životních příběhů). Služby Sue Ryder představovaly systémovou anomálii – strukturou klientů (vyšší míra závislosti), složením týmu služby (zdravotně-sociální tým), poskytování služeb na smluvním základě. Podstatným prvkem byl důraz na komplexní přístup k potřebám klientů, metody práce vycházely z přístupu zaměřeného na člověka. Soustavné úsilí o uznání legitimacy takového typu služby se propsalo do kultury organizace a stylu práce – aktivní účast ve střešních organizacích, zapojení zástupců organizace do legislativního procesu (připomínkování ve všech fázích), kooperativní postoj k vyjednávání s dalšími aktéry v systému aj.

Podobně jako pro celý systém sociálních služeb bylo významným mezníkem vydání zákona o sociálních službách v roce 2006 (108/2006 Sb.), který mj. stanovil pravidla pro

jednání se zájemci o službu (stanovil zákonné důvody k odmítnutí uzavření smlouvy) a tím de facto znemožnil upřednostnit vybrané skupiny zájemců (a poskytovat jim péči s využitím veřejných prostředků poskytovaných podle zákona). Služby Sue Ryder se staly součástí státem organizovaného systému sociálních služeb. Řadu aktivit a činností bylo nutné přinejmenším formálně (pojmenováním, vnějšími znaky) přizpůsobit nové legislativě. Nešlo pouze o změnu struktury klientů z hlediska životního příběhu, ale rovněž z hlediska zdravotního stavu. Zvyšoval se počet klient silně závislých na pomoci druhého člověka (III. a IV. stupeň závislosti)²⁷, zvyšoval se podíl tzv. polymorbidních klientů a současně rostl podíl obyvatel služby s některou z forem demence, zejm. Alzheimerovského typu. Zatímco služby organizace se učily vypořádat s rostoucí komplexností potřeb (zdravotně-sociálních), Ministerstvo práce a sociálních věcí aplikovalo politiku „demedicinalizace“ sociálních služeb popsanou v kapitole 4.4.1. Sue Ryder tedy byl součástí běžné struktury služeb, ale i v rámci systému bylo nutné obhajovat legitimitu aplikovaného komplexního mezioborového přístupu.

Změny ve složení klientely přinesly navíc nové nároky pro každou profesi zapojenou do péče. Pro všechny profese se stalo obtížnější mapovat biografii nových klientů. Tím, že přicházeli „běžní lidé“, chyběly výrazné charakteristiky společensky respektované a spojené s určitým „archetypem“ (válečný veterán, letec RAF, oběť Šoa). Bylo subjektivně náročnější vzbudit v sobě upřímný zájem o příběh druhého člověka. Navíc se příběh právě ve spojení s některými chronickými onemocněními (demence, afázie apod.) stal skrz klienta „nedostupný“. Významný impuls v hledání cesty přišel v podobě Psychobiografického modelu (Böhm, 1988), který nabídl ucelený koncept práce s životním příběhem, angažování blízkých klienta do sestavování biografie. Tento model současně nabízel praktická opatření pro každodenní péči, vytvářel rámec pro angažování rodiny.

²⁷ Zákon o sociálních službách stanovil 4 stupně závislosti na péči s odpovídající výší příspěvku na péči, na kterou má člověk nárok s tím, že s vyšší mírou závislosti roste příspěvek na péči.

Podstatou práce s biografií (Procházková, 2019) není pouhý chronologický přehled událostí. Jde o identifikaci událostí, vztahů, prostředí (vč. předmětů, vůní, míst apod.), osobních rituálů, kterým přiřkládá člověk osobní význam a důležitost. Současně jde o pochopení toho, jak se historické události většího rozsahu (válka, totalita apod.) promítly do života konkrétního člověka, jaký k nim on sám má vztah, postoj. Nejde o formální získání odpovědi jednou provždy. Jde spíše o pobídku aktivní reflexe měnící se životní situace a vytvoření prostoru pro uspokojení měnících se potřeb. Jde o strukturovaný dialog podporující společnému porozumění tomu, co je to „doma“ – oblíbené předměty denní potřeby (křeslo, obraz, polička, povlečení postele), denní rituály (ranní káva, sladká snídaně apod.), vůně, barvy (výmalba tzv. válečkem) apod. Tyto vnější projevy (rituály, dekorace, biografické knihy apod.) představují „artefakty“, hmatatelné projevy kultury organizace založené na hodnotách, ze kterých vychází přístup zaměřený na člověka.

Výsledek aplikace takového přístupu lze popsat tak, že „běžného“ seniora se stává individualita – osobnost se specifickými rysy, zájmy, potřebami, událostmi v životě. Tato znalost posiluje vzájemný vztah založený právě na respektu, zvyšuje citlivost na důstojnost druhého člověka, resp. na momenty jejího ohrožení. Současně představuje cestu k porozumění hodnotám a postojům druhého člověka. Toto hlubší poznání klientů, jejich potřeb, hodnot, postojů, priorit ať přímo z jejich vyjádření či zprostředkovaně od blízkých (tzv. proxy výpověď) umožňuje nejen vyšší míru uspokojení potřeb klientů služby, ale je též zdrojem motivace a uspokojení z práce pro pečující profesionály (radost klientky po výletě do rodného statku, vyhlídkový let a debata s piloty na regionálním letišti pro bývalého letce RAF, fotokalendář „Kdo jsem“ aj.). Současně přináší vysoké nároky a může být zdrojem frustrace v situaci, kdy pečující profesionál zná potřeby, očekávání, přání člověka a podmínky neumožňují je naplnit. Tento zažívaný rozpor může být současně impulzem k uskutečnění systémové změny.

5.2 Systémová změna – integrace paliativní péče do domova pro seniory

Zkoumaný proces systémové změny je možné rozdělit na šest etap, přičemž etapy č.2 – č.6 představují základní etapy a související cykly realizovaného akčního výzkumu, etapa č. 1 představuje vstupní kontext pro formování celé studie a designu výzkumu:

- 1) etapa latentní (2013-2014)
- 2) etapa heuristická (2014–2015)
- 3) etapa evoluční (2015 - 2016)
- 4) etapa strukturní (2016 – 2018)
- 5) etapa standardizační (2018 – dosud)
- 6) etapa dopadová (2020 – dosud)

Tyto etapy nejsou pouhým „chronologickým“ výčtem událostí, datování má přispět k vnímání celkového kontextu v čase, etapy se v řadě případů překrývají. Jejich pojmenování zrcadlí hlavní procesy nahlížené optikou systémového myšlení. Etapy se liší tím, na jaké úrovni (mikro-mezzo-makro) probíhají změny, liší se tempem těchto změn. Předěly mezi etapami nejsou v reálném prostředí „ostré“, ohraničení těchto etap je vázáno na zachycení podstatných „kritických momentů“ – změna vnímání hranic systému a prostředí, změna ve struktuře systému, změna v charakteru interakcí mezi prvky systému či mezi systémem a prostředím. V použitých ilustračních schématech je používáno stále označení jednotlivých aktérů s cílem zajistit srozumitelnost²⁸. Zachycené „kritické momenty“ nejsou výsledkem náhlé krize, je možné je zachytit spíše s odstupem uplatněním syntetického přístupu, tj. sledování chování systému jako celku ve vztahu ke svému prostředí, nikoliv jako analýzu jednotlivých událostí či interakcí. Akční výzkum probíhá jako série opakujících se cyklů (plán – akce – reflexe),

²⁸ Zejména v oblasti paliativní péče došlo k rychlému vývoji. V rámci legislativy byl zakotven pojem Mobilní specializovaný tým paliativní péče (MSPP). Jde o zdravotní komponentu ucelené mezioborové služby mobilního hospice či domácího hospice. S ohledem na různé akcenty použitých pojmů je ve studii v ilustracích použit jednotný pojem „mobilní hospic“.

pomyslné hranice etapy vyplývají z rozsáhlejší reflexe většího počtu, často paralelně probíhajících kratších cyklů, která je realizována za delší období (cca rok) a plánováním a rozhodováním o zaměření dalších intervencí v delším časovém horizontu (1-2 roky). Tato reflexe větších časových úseků byla jedním ze způsobů, jak oddělit roli výzkumníka od role manažera (profesí sociálního pracovníka). Zmiňované osobní postřehy mají funkci ilustrace.

Charakteristika jednotlivých etap není a nemá být vyčerpávajícím popisem všech událostí a věch realizovaných výzkumných cyklů. V rámci každé etapy jsou stručně shrnuty události, dosažené výsledky, případně výstupy, jsou představeny výsledky reflexe realizovaných intervencí optikou teorie sociálních systémů, teorie organizace a systémového myšlení a formulovány principy či zobecnitelné zkušenosti, které z dané etapy vyplývají pro systémový přístup k realizaci širších společenských změn.

5.3 Etapa latentní

Práce s biografií klientů podporovala vznik hlubších vztahů mezi pečujícími profesionály, klienty a jejich rodinami. Spolu s hlubším poznáním potřeb a preferencí klientů domova pro seniory reflektoval v rámci supervizí i pracovních porad tým středního managementu rostoucí frustraci z opakovaně zažívaného konfliktu mezi známými a dokumentovanými preferencemi klientů a průběhem péče v závěru života. Jako příčiny tohoto nesouladu vnímal tým organizace o reakce systému zdravotní péče (návraty nestabilních pacientů z hospitalizace, opakované hospitalizace, pochybnosti o účelnosti těchto hospitalizací aj.), rozdílné preference klienta a jeho blízkých. K tomu se připojoval pocit vlastní bezmoci. Ilustrací této situace je příběh klientky, paní B. V domově pro seniory žila 3 roky. Kromě řady dalších obtíží žila s progredující Alzheimerovou chorobou, měla chronickou srdeční vadu kompenzovanou kardiostimulátorem. S ohledem na dřívější zdravotní problémy a pobyty v nemocnicích měla velký odpor

k nemocniční péči („Jste tam celý den v pyžamu, jste nikdo, jenom diagnóza.“). V roce 2013 jí byla ošetřujícím kardiologem doporučena výměna baterie v kardiostimulátoru. Klientka tento zákrok odmítla, její „negativní revers“ byl řádně zdokumentován. Byla pouze otázka času, kdy se baterie v kardiostimulátoru zcela vybijí a její srdce se zastaví. Při neformálním setkání v létě se na mne klientka obrátila s žádostí: „*Pane řediteli, já vím, že mi moc času nezbyvá. Prosím, ať se děje cokoli, slibte mi, že mne nepošlete do nemocnice, že mne necháte tady.*“ Šlo o jednoznačně vyjádřené přání v souladu se všemi dosavadními vyjádřeními, zcela konzistentní s dříve vyjadřovanými postoji apod. Takto explicitně vyjádřené se stalo zdrojem hluboké frustrace spolupracovníků a zdrojem konfliktu v managementu služby – legitimní preference klientky obhajované sociální pracovníci byly v rozporu s profesní odpovědností všeobecných sester, profesní odpovědnost byla v konfliktu s osobním přesvědčením těchto kolegyně. Můj příslib (manažera): „*Uděláme všechno pro to, abyste do nemocnice nemusela*“, byl zavazující pro organizaci jako celek i pro mne osobně, situace neměla jednoduché řešení.²⁹

Příběh obnažil hluboký rozpor mezi deklarovanými hodnotami a principy organizace a aktuálními možnostmi řešení, obnažil hodnotový a postojový konflikt mezi profesemi a současně mezi pracovníky. Současně přispěl k artikulaci tohoto konfliktu a byl impulsem k nalezení řešení ne tohoto případu, ale uceleného řešení ve vztahu k péči v závěru života řešení. Pro hledání řešení bylo podstatné, že v dané v roce 2013 chybělo systémové řešení, systém zdravotní péče nabízel pouze dílčí odpověď ve formě úhrady části (zdravotních komponent) paliativní péče v lůžkovém hospici. (Lejsal, 2020) Paralelně (mimo státem řízený systém) byla v praxi poskytována týmy „mobilních hospiců“ specializovaná paliativní péče poskytována i v domácím prostředí pacienta, z pohledu systému však šlo o službu mimo systém

²⁹ U klientky došlo k srdeční zástavě ve veřejných prostorách areálu služby. S ohledem na to, že klientka neměla kompletně zdokumentované přání „neresuscitovat“, tzv. DNR a s ohledem na to, že k zdravotnímu selhání došlo ve veřejných prostorách, zahájila přítomná zdravotní sestra resuscitaci, byla zavolána zdravotní záchranná služba a klientka v bezvědomí transportována do nemocnice. Zde třetí den po přijetí zemřela, z bezvědomí se neprobudila.

a mimo úhradové mechanismy z fondů veřejného zdravotního pojištění. Právě tato forma zajištění dostupnosti specializované paliativní péče pro závěrečné fáze života klientů domova se jevila jako vhodné řešení, byť opět mimo systém. Management Sue Ryder inicioval jednání s organizací Cesta domů, z.ú, která službu „domácího hospice“ poskytovala, s žádostí o setkání k možné spolupráci v dané oblasti. Výsledkem setkání na jaře 2014 byla dohoda o hledání vhodné formy spolupráce.

Je vhodné zmínit i události na mezzo úrovni. V rámci organizací občanské společnosti se začal jako významný aktér podporující systémové změny profilovat Nadační fond Abakus (tehdy ještě pod názvem NF Avast). Jako jednu z priorit své činnosti určil cíl zvýšit dostupnost paliativní péče skrze program „Spolu až do konce“. Při tvorbě programových priority využíval širokou škálu participativních technik (fokusní skupiny, kulaté stoly aj.). Ve vztahu k Sue Ryder byla možnost participovat v tomto procesu důležitými vnějším impulsem k přesvědčení o proveditelnosti hlubších systémových změn.

Reflexe vlastní praxe a naplňování funkce organizace jako systému (Čajko-Eibicht, 2022) usnadnila artikulaci potřeby změny, bylo tak možné konstruktivně využít frustraci členů managementu, ale i členů týmu přímé péče. Reflektovaný prožívaného hodnotový konflikt vytvářelo příznivé podmínky pro iniciování změny na úrovni organizace. Tento stav je možné popsat jako „vědomí naléhavosti změny“ (Kotter, 2011), artikulaci konfliktu za „Rozmrazení“ (Lewin, 1947). Pohlížíme-li na organizaci jako sociální systém, šlo o hluboký rozpor mezi „hodnotovým konsenzem“ (Parsons, 2013) a funkcí systému, který je možné shrnout jako „deklarovaná důstojnost vs. nedůstojný konec života“. Z hlediska organizační kultury (Schön) šlo o rozpor mezi hodnotami organizace (přístup zaměřený na člověka) a realizovanou praxí (rozhodování o člověku jako „objektu“ péče). Důležitým faktorem pro další vývoj celé situace byl angažovaný přístup členů managementu organizace v kontextu kritické sociální práce

(Janebová, 2014), který byl v souladu se zažitými vzorci chování organizace v minulosti, tj. vnímání spoluodpovědnosti na neuspokojivé fungování systému organizace i prostředí.

5.4 Etapa heuristická

Pro funkční spolupráci mezi organizacemi je předpokladem dobrý vztah, založený na důvěryplných vztazích jednotlivců (členů organizací), slučitelnost organizačních hodnot a kultur. Za účelem vzájemného poznávání a budování vztahů byla domluvená série facilitovaných setkání členů obou organizací – stejných profesí z obou organizací, pracovníků v manažerských rolích apod. Cílem facilitace bylo zachytit a sdílet vzájemná očekávání od spolupráce, postoje k řešení hlavních problémů v kontextu profese či role, představy o spolupráci, obavy a vnímané příležitosti. To, že proces byl strukturován a dokumentován se ukázalo jako velmi podstatné a bylo impulsem k systematické dokumentaci a sledování dalšího rozvoje tohoto procesu. Současně se to stalo impulsem k realizaci výzkumné studie.

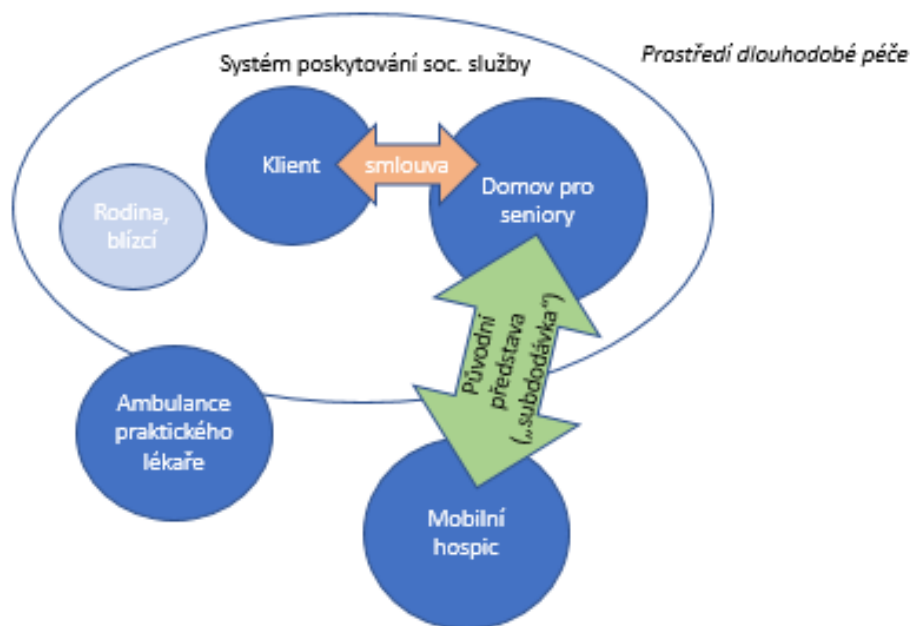
Interpersonální vztahy se formovaly velmi rychle, některé přešly i do neformální podoby. Podrobnější analýza setkání dílčích setkání ukázala podstatné rozdíly v předpokladech o podobě vzájemné spolupráce, protože každá z organizací se pohybovala v jiném systémovém kontextu.³⁰

Domov pro seniory funguje v rámci zákona o sociálních službách (108/2006Sb.). Tento zákon explicitně stanoví povinnost s uživatelem (klientem) služby uzavřít písemnou smlouvu. Povaha tohoto vztahu je ve své podstatě dvoustranná. Smlouva je obvykle uzavírána s delší perspektivou (jednotky let života v domově pro seniory). Zajištění soustavné přímé obslužné

³⁰ Je vhodné připomenout, že tato část procesu probíhala před kodifikací odbornosti 926, tj. mobilní specializovaná paliativní péče, která mj. umožnila hradit podstatnou část zdravotních výkonů (práce zdravotníků).

péče je samo o sobě podstatou služby domov pro seniory. Obdobně existuje předpoklad, že v domově je prostřednictvím všeobecných sester zajištěna nepřetržitá dostupnost zdravotní ošetrovatelské péče³¹. Role rodiny je dána především povahou vztahu mezi klientem a jeho rodinou, dále pak postojem služby (pracovníků, organizace jako celku) k zapojování rodin do poskytování služeb, otevřenosti k dialogu s rodinou. Lékařskou péči, případně jinou, než běžnou ošetrovatelskou péči si formálně zajišťuje klient pobytové služby sám, pracovníci mu poskytují v případě potřeby podporu či pomoc s obstaráním. V praxi obvykle tuto koordinaci zdravotní péče a její zajištění zprostředkovává tým domova. Klient je nadále registrován u praktického lékaře podle své volby. V reálných podmínkách se situace liší, registrující praktický lékař klienta je klíčový pro zajištění potřebné zdravotní péče, přitom působí obvykle v rámci soukromé ambulance, která není součástí sociální služby. Vzhledem k tomu, že z nastavení systému zdravotní péče předpokládá, že o vhodných intervencích rozhoduje lékař (indikuje péči), je postoj k zajištění péče (ochota vést dialog s nelékařskými profesemi v domově pro seniory, intenzita návštěvní služby, postoj k paliativní péči apod.) faktorem, který přímo ovlivňuje kvalitu, rozsah a formu dostupné zdravotní (lékařské, ošetrovatelské i rehabilitační) péče. V případě potřeby využít lékařskou péči jiných odborníků, zprostředkovávají obvykle tuto péči po dohodě s klientem pracovníci služby domov pro seniory.

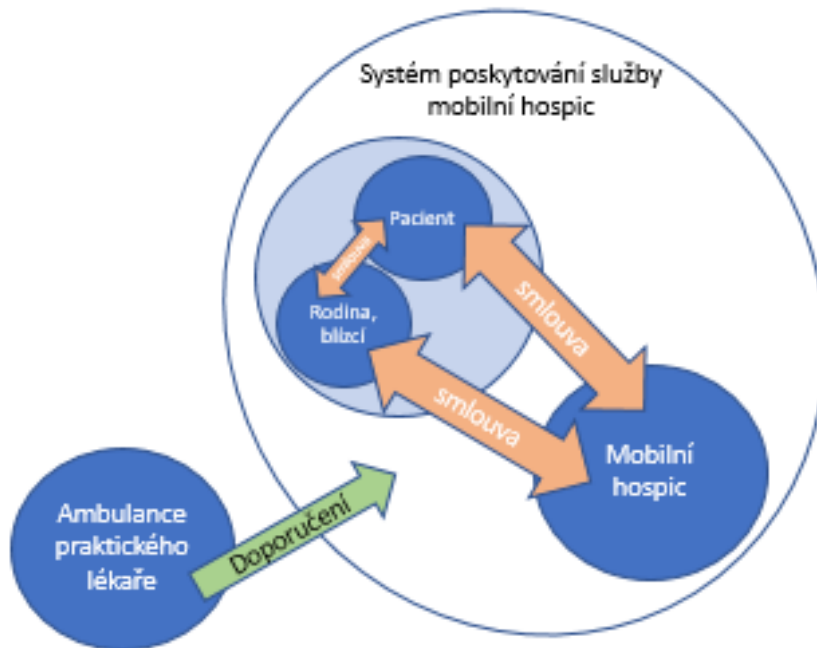
³¹ Jde konkrétně o zvláštní ambulantní péči realizovanou v rámci odbornosti 913 – Všeobecná sestra v pobytových sociálních službách. Výkony indikované praktickým (výjimečně ošetřujícím) lékařem jsou hrazeny z prostředků veřejného zdravotního pojištění na základě zvláštní smlouvy uzavřené mezi poskytovatelem zdravotních služeb (domov pro seniory) a zdravotními pojišťovnami.



Obrázek 4: Systém poskytování sociální služby (autor)

Domácí hospic byl výrazně silněji propojen se systémem zdravotních služeb, byť byl v dané době stále anomálií, protože pracoval komplexně v multidisciplinárním týmu. Vztah mezi mobilním hospicem, pacientem a jeho rodinou (blízkými) je obvykle definován pomocí třístranné smlouvy. Podstatným prvkem v této smlouvě bylo mj. to, že rodina zajistí nepřetržitou přítomnost druhé osoby v domácnosti pacienta, aby bylo možné zajistit přímou obslužnou péči např. na základě telefonické konzultace s členy hospicového týmu. Třístranná smlouva implicitně předpokládá, že obsah smlouvy všechny strany znají a souhlasí s ním. Jde o opatření, které podporuje dialog mezi rodinou a pacientem a přispívá k tomu, že cíle péče, způsob jejich dosažení je výsledkem vzájemné shody. Smlouva pokrývá obvykle relativně krátké období života pacienta v řádu dní.³²

³² Průměrná doba péče o pacienta v MSPP byla v době zahájení procesu cca 5 dnů, v období posledních dvou let se tato doba ještě zkracuje.



Obrázek 5: Systém poskytování služby mobilní hospic (autor)

Původní myšlenka realizace změny vycházela z předpokladu, že v případě potřeby bude do systému sociální služby přizván domácí hospic, který poskytne potřebné služby. Vedle navázání důležitých mezilidských vztahů a postojů ke spolupráci, ukázala analýza výsledků setkání, že nejde o jednoduchý „subdavatelský vztah“, ale ve skutečnosti jde při hledání možností spolupráce domova a domácího hospice o propojení dvou velmi odlišných systémů. Jednou z odlišností byla povaha vztahů mezi aktéry systému poskytování služby domácí hospice, která byla formována třístrannou smlouvou, ve které byly vymezeny vzájemné povinnosti a odpovědnosti všech aktérů, mj. i mezi pacientem a rodinou. Vzájemný vztah nebyl explicitním předmětem smlouvy, ale uzavřená smlouva byla implicitním výrazem shody o postupu v péči v závěru života.

Vstup dalšího prvku do existujícího (relativně křehkého) systému kladl nárok v podobě vzniku nových vztahů, které s ohledem na řešené téma péče v závěru života předpokládají

vzájemnou důvěru podloženou kompetentností jednotlivých aktérů (jednotlivců i organizací). Specifické nároky kladl rozdílný slovník, kontext prostředí, ve kterém se agentury (služby) pohybovaly a odlišné kultury organizací. Měl-li mobilní hospic vstoupit do systému klienta domova pro seniory, přinesl tento nový prvek v systému čtyři nové vazby (vztahy) mezi prvky systému (vztah domácí hospic – pacient, domácí hospic – rodina, domácí hospic – praktický lékař, domácí hospic – domov pro seniory). Navíc samotný fakt, že do systému vstoupí nový prvek s novými vazbami změní povahu (obsah, intenzitu) existujících vazeb mezi dosavadními prvky v systému, rovněž ovlivní chování dalších prvků v systému.

Tato analýza ukázala, že jde o systémový problém, který není řešitelný lineárně v rámci organizace (objednání služeb v případě potřeby). Je řešitelný tak, že se na péči o klienta budou podílet obě organizace současně. Taková spolupráce předpokládá intenzivní komunikaci mezi všemi aktéry. A přijmeme-li Luhmannův názor, že systémy tvoří ne lidé, ale komunikace (Luhmann, 1995), lze říci, že se tak fakticky vytváří nový komplexnější systém. Pro design nového systému se nabízí aplikovat systémové myšlení. Vědomí, že jde o design nového systému (systémovou změnu) je třeba revidovat i očekávání související s rychlostí realizované změny (Senge, 2006). Mikro změny na úrovni praxe v rámci konkrétního případu je možné realizovat v krátkém časovém horizontu, současně je třeba počítat, že životnost takového „ad-hoc“ systému je krátká (Luhmann, 1995), případně že jde o nestandardní proces v rámci stabilní struktury, který pravděpodobně stabilizační a kontrolní mechanismy systému eliminují. Má-li být vytvořen funkční systém, je třeba pracovat s dalším časovým horizontem.

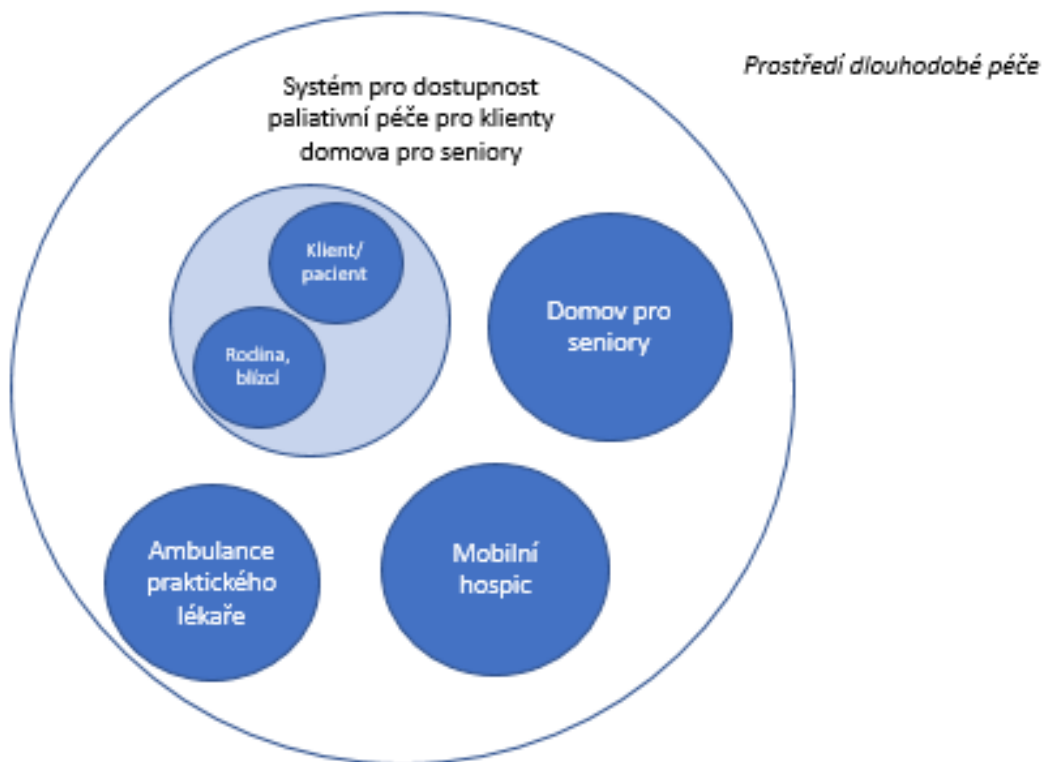
Výsledkem společné reflexe dosaženého poznání se manažeři obou organizací shodli na základních předpokladech dalšího postupu:

- shodujeme se na povaze problému – Mnoho lidí umírá jinde, než si přeje.³³

³³ Podíl uživatelů služby domov pro seniory, kteří zemřou „doma v domově byl v této době 17 %.

- v současné době není možné problém vyřešit v rámci organizace Sue Ryder
- jde o problém systémový, týká se velkého počtu lidí
- máme zájem spolupracovat na řešení problému, a to
 - změnou praxe (každodenní – mikro úroveň)
 - změnou postupů (delší horizont – mezzo úroveň)
 - změna systému (vize, legislativa, financování – makro úroveň)
- k designu řešení využijeme systémové myšlení
- budeme se společně učit, hledat, testovat a vyhodnocovat výsledky, proces budeme dokumentovat a zkoumat a sdílet s dalšími
- nalezené řešení má pomoci společnosti, ne pouze Sue Ryder či Cestě domů
- volíme pragmatický přístup – jde o užitečnost, předpokladem je legálnost řešení
- v procesu učení a sdílení výsledků budeme otevření dalším partnerům

Tato bazální shoda se stala jádrem systémové změny. Pro realizaci změny v představeném pojetí bylo zcela zásadní, že se navržený přístup rozhodl podpořit NF ABAKUS skrze finanční dar poskytnutý k realizaci tohoto záměru s tím, že má zájem o další využití výsledků celého procesu.



Obrázek 6: Nový sebeurčující systém "pro dostupnost paliativní péče" (autor)

Pohled na spolupráci v péči o člověka (seniora) optikou teorie sociálních systémů pomohl porozumět nárokům, které s sebou nese sblížení a intenzivních interakce několika systémů (Sue Ryder, Cesta domů, ambulance praktického lékaře, klient a rodina), lze dokonce kvantifikovat nárůst počtu propojení mezi prvky. Současně pomohl identifikovat možná rizika. Zvolený způsob řešení (učit se a porozumět, plánovat, testovat a vyhodnocovat) současně znamenal, že aktéři tvoří nový systém (sebeurčující, autopoietický), který sám určuje své hranice a uplatňuje sebetvořící a sebeřídící mechanismy (Luhmann, 1995). Nebylo tedy účelné ani možné tvořit a-priori strukturu systému, protože zapojeným aktérům chyběly potřebné informace a znalosti, pro řešení problému nebyl v dané době k dispozici či vhodný model, ani analogické řešení. Přijetí perspektivy „autopoietického“ systému bylo i užitečné vzhledem k tomu, že postupným poznáním celého problému mohlo být užitečně do systému zapojt další

prvky (organizace, systémy). Získaná podpora navíc potvrdila legitimitu zvoleného řešení „mimo stávající systém“ a zajistila potřebné zdroje pro realizaci změny.

Uplatnil se mechanismus integrace kolem společného cíle popsany Musilem (2004), původně případová, ad hoc “týmová” povaha organizace řešení daného problému byla rozšířena o zapojené “agentury” (domov pro seniory, mobilní hospic a ambulance praktického lékaře). Tento posun z týmové úrovně (či kazuistického přístupu) byl záměrný a představoval jeden z podstatných prvků pro dosažení systémové změny. Samotné řešení jednotlivých případů je z hlediska jednotlivců nesmírně důležité. Tím, že “týmové” organizování je založeno a-priori na spolupráci jednotlivců, je bez hlubšího porozumění fungování takového “týmového systému” obtížně replikovatelné v obecnější podobě na úrovni “meziagenturní” interakce u dalších či nových pracovníků organizace.

5.5 Etapa evoluční

Tato etapa může být vnímána jako soustavná, nepřetržitá změna. Vyplývá to z četnosti opakování cyklu „plán – akce – reflexe“. Právě tato cyklická struktura však byla prostředkem, jak „dojem permanentní změny“ strukturovat a podpořit orientaci všech aktérů v procesu změny. Dominantním procesem v této fázi bylo společné učení (Senge, 2006), významným zdrojem učení bylo zkušenostní učení (Kolb, 2017) postavené na intenzivní reflexi a sebereflexi. Šlo o na hlubší poznávání celého tématu, současně probíhalo testování různých řešení v dílčích situacích, zkoumání rozvojových potřeb jednotlivých profesí a pracovních týmů a testování vhodných způsobů rozvoje potřebných kompetencí (znalostí a dovedností). Jedná se o velmi dynamickou etapu změny, nabízí příležitost k experimentování (i myšlenkovému), probíhá intenzivní učení. Frekvence drobných změn a tempo, ve kterém se tyto změny odehrávají, nerespektovalo obvyklé procesy a postupy, ad hoc testovaná řešení neodpovídala

zažité struktury organizace a služby. Vznikaly ad hoc struktury, které se zakrátko rozpadaly. Vznikaly konflikty mezi ad hoc vytvořenými strukturami a sub-systémy a základní strukturou systému organizace. Mezi tyto dočasné struktury patří i „projektový“ tým a další pozice, které byly vytvořeny na dobu určitou (trvání projektu, resp. finanční podpory NF ABAKUS).

V souvislosti se společným učením, důrazem na participaci co největšího počtu pracovníků celé organizace (včetně pracovníků mimo přímou péči – z kuchyně, úklidu, administrativy apod.) vznikala celá řada nových propojení mezi prvky organizace jakožto systému. Zajistit participaci v takovém rozsahu bylo časově i technicky náročné, neboť preferované byly formát osobních setkání, společného učení. Současně se skrze participaci dařilo udržovat zájem o celou změnu, sjednocovat jazyk a budovat propojení mezi organizační kulturou a probíhající změnou. Vznikající ad hoc struktury urychlovaly učení a nalézání řešení.

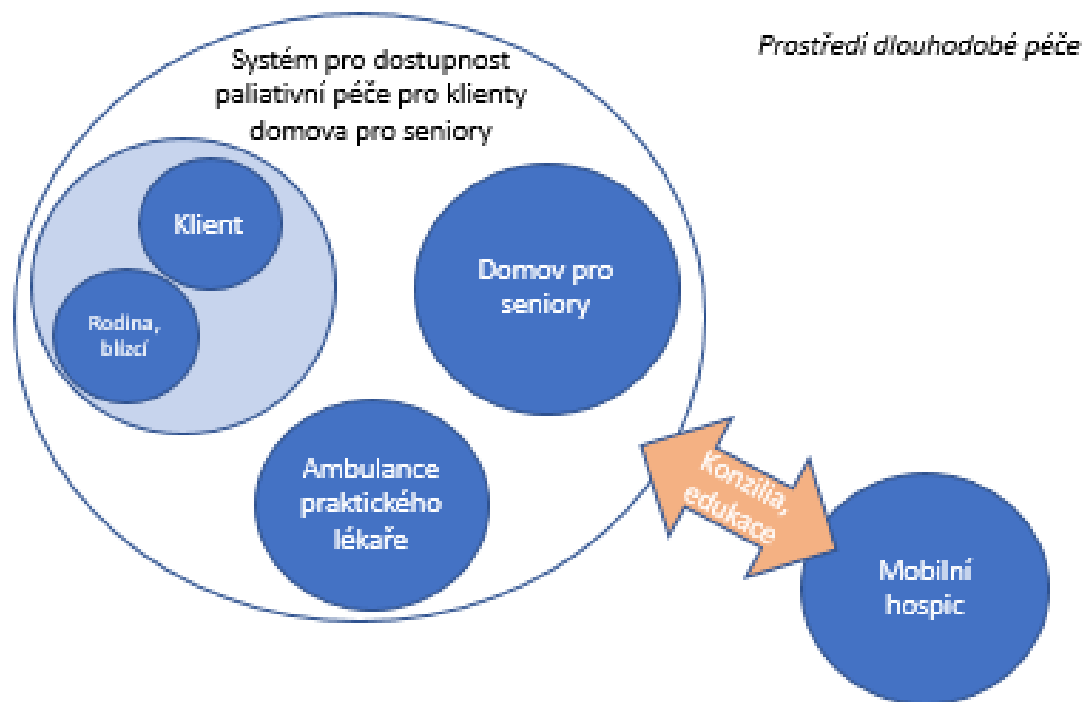
Tato dynamická fáze měla i své odvrácené stránky. Několik pracovníků organizaci opustilo zejména kvůli rychlosti změn. Reflektovali to, že se nestíhají / nechťejí / neumí adaptovat, potřebují stabilní prostředí a neorientují se ve stálých a dočasných strukturách. Šlo o jakousi paralýzu z neutuchajícího proudu změn.

V souvislosti s hlubším porozuměním tématu paliativní péče a toho, že téma závěru života klientů je relevantní pro všechny profese v organizaci, několik kolegů reflektovalo konflikt kulturní povahy na úrovni svých předpokladů a předpokladů „organizace“, resp. managementu (Schein, 2010). Tento konflikt vystihla jedna z odcházejících kolegyň: „Do domova pro seniory chodí lidé žít, ne umírat. To by šli do hospice.“ Cestou k tomuto uvědomění bylo hlubší porozumění obsahu změny – paliativní péči a nutnost konfrontovat se s tématem závěru života, smrti a umírání. V této fázi se projevil význam sdílení mentálních modelů (Senge, 2006). Z rozhovorů dále vyplynulo, že přestože je paliativní péče přístup zaměřený na kvalitu života, pro odcházející kolegy (z důvodu kulturního konfliktu), v jejich mentálním modelu je paliativní péče o smrti a umírání. Tato zkušenost byla významným impulsem pro

revizi celého způsobu, jak o paliativní péči v organizaci komunikujeme a posílení fokusu se na kvalitu života a péči v závěru života.

Náročné v této etapě bylo udržet dílčí změny v širším kontextu systémové změny přesahující hranice organizace. Změny na úrovni mikro praxe kompenzovaly počáteční frustraci a pocit bezmoci, současně s tímto nasycením klesalo „vědomí naléhavosti změny“ (Kotter, 2011). Na straně druhé bylo cennou zkušeností, že strukturovaný, reflektovaný „proud“ mikro změn byl pro většinu členů týmu akceptovatelný či dokonce oceňovaný.

Kritickým momentem v této etapě byl výsledek společné reflexe celého procesu mezi Sue Ryder a Cestou domů. Vytváření ad-hoc struktur, objevování řešení a učení se začalo převažovat nad stabilní strukturou a běžnými rutinními procesy (Parsons, 2013). Tím, že šlo o pomalý proces, pro ty, kdo byli jeho součástí, byl obtížně rozpoznatelný. Cenná byla reflexe spolupracující organizace, pro kterou tento model práce začal být příliš zahlcující, náročný na kapacitu a z jejich pohledu neefektivní: *„Popravdě řešíme vlastně pořád stejné situace a učíme znovu a znovu členy týmu ty samé věci. Možná by bylo užitečnější je to všechny naučit, jasně, podpořit je, ať si to zkouší a klidně se zeptají. A společně pak řešit věci, které jsou nové a nečekané.“* Lze říci, že se v novém sebeurčujícím systému uplatnily prvky sebeřízení, které iniciovaly vytváření struktury, která podpoří funkce tohoto společného systému. V reakci na tento podnět se podařilo vytvořit dočasnou strukturu pro rozvoj kompetencí členů týmu Sue Ryder (školení, konzultace, stínování), která byla oddělena od struktury „sdílená péče“. Toto oddělení přineslo dva výsledky – struktura pro rozvoj kompetencí relativně rychle naplnila hlavní cíle (rozvoj znalostí a podpora jejich využití) a zůstala na úrovni komunikační linky pro konzultace.



Obrázek 7: Změna systému pro dostupnost paliativní péče (autor)

V návaznosti na posílení kompetencí členů týmu Sue Ryder se pak druhé struktury (sdílená péče) se postupně změnil obsah, a to od „sdílené péče“ na „konziliární službu lékaře – paliatra“. Tento vývoj snížil intenzitu interakci vůči domácímu hospici. Fakticky došlo k „překreslení“ hranic systému s tím. Zůstala zachována aktivní role ambulance praktického lékaře v celém systému. Cennou zkušenost získal tým služby domov pro seniory i z formy třístranného vztahu, na jehož základě byly poskytovány služby domácího hospice. Tato zkušenost změnila intenzitu a povahu vztahů mezi službou domov pro seniory a rodinami a blízkými klientů. Byť nadále je po formální stránce řešen smluvně pouze vztah mezi domovem a klientem, fakticky je (např. skrze záznamy z jednání, záznamy v dokumentaci, interních postupech) službou akcentována třístranná povaha vzájemného vztahu.

5.6 Etapa strukturní

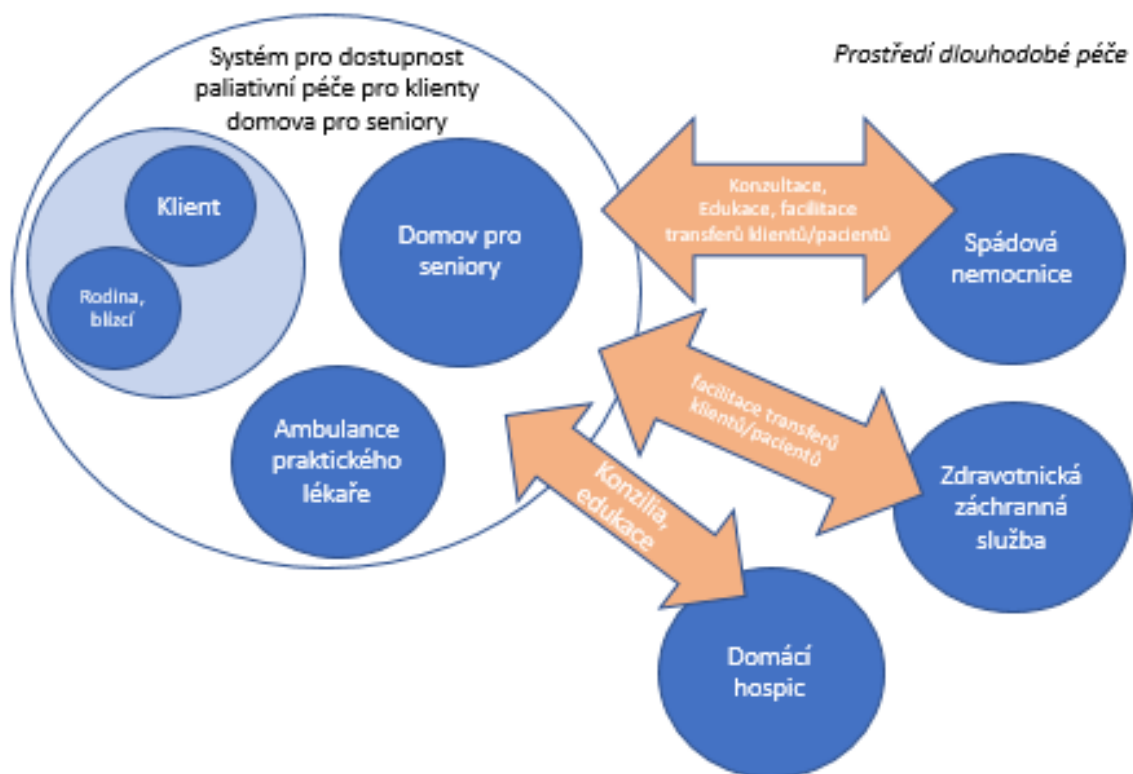
Zatímco v předchozí fázi bylo dominantním cílem objevování řešení, testování možností, fáze strukturní přinesla potřebu poznatky a porozumění celému systému nejen aplikovat v praxi, což se dělo již v předchozí etapě. Víceúrovňový rámec využívaný v oboru systémového designu zdůrazňuje, že pro realizaci systémové změny je nezbytné přenést inovaci realizovanou na úrovni praxe na úroveň obvyklých postupů a procesů (Rotmans, 2009). Tento krok neznamená nové postupy zdokumentovat a popsat, ale zajistit, aby těmto obvyklým postupům odpovídala celá struktura systému, zde organizace. Tento přenos vyžaduje přiměřenou míru zobecnění praxe, aby bylo možné tyto obvyklé postupy a procesy uplatnit opakovaně v běžném fungování.

Ze struktur širšího systému zůstaly v zásadě jedna – konziliární služba lékaře. Ostatní struktury byly tvořeny především komunikací. S tím, jak se snížila četnost výzkumných cyklů, tyto struktury zanikly. Tento efekt může být vysvětlen prostě samořídícími mechanismy uvnitř systémů. Stejně tak může být posilován sebeudržujícími a stabilizujícími mechanismy organizace jakožto systému a jeho struktury. Kontingenční teorie (Burns, 2011) vysvětluje, že organizace v úsilí o své vlastní zachování přizpůsobím svou strukturu novým podnětům z prostředí. Lze říci širší systém „sdílené péče“ se tak stal nástrojem, který je možné využít v případě potřeby na základě domluvených principů, ale nejde o stabilní systémové řešení. Podobně další interakce mezi Cestou domů a Sue Ryder jsou vítané, ale nepotřebují mít vytvářenu stabilní systémovou strukturu.

Zkušenost „správného zadání“, tj. posun od „pečujte s námi“ k „naučte nás pečovat“ byla podstatná pro interakce s dalšími organizacemi v prostředí (spádová nemocnice, ordinace praktického lékaře aj.). Součástí předané zkušenosti ze spolupráce s Cestou domů byla i „kouzelná otázka“, která velmi pěkně ilustruje systémový přístup ke změně. Poprvé ji kolegyně – koordinátorka paliativní péče uplatnila v situaci, kdy spádová nemocnice ve čtvrtek oznámila,

že v pátek propustí z ošetřování klienta Sue Ryder. Vedoucí sestra jela klienta navštívit. Z jejího pohledu byl klient/pacient ve velmi nestabilním stavu, bylo pravděpodobné, že by transfer do domova situaci zhoršil a bylo by nutné jej posílat zpět do nemocnice. Vyhledala ošetřujícího lékaře a položila mu dvě důležité otázky: „Překvapilo by Vás, kdyby se klient XY během víkendu do nemocnice vrátil?“ po chvíli ticha položila druhou otázku „Co můžeme společně udělat pro to, aby se během víkendu nevrátil?“ Výsledkem bylo odložení překlady klienta zpět do domova na pondělí následujícího týdne a kompletní příprava lékařských indikací pro péči v závěru života.

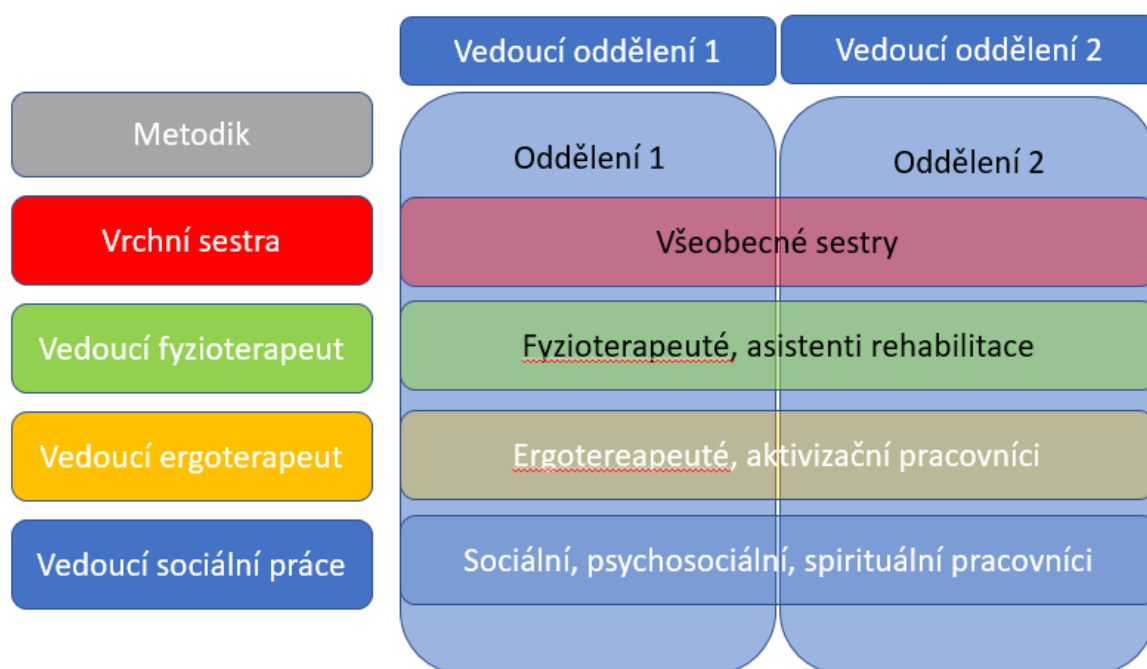
Jde o ukázkou uplatnění systémového myšlení, zejména v poloze myšlení o příčinách a vlivech (Richmond, 1994) usnadňuje proaktivní přístup k řešení problému v systému. Myšlení v kontextu příčin přenáší odpovědnost za důsledky sil v prostředí dovnitř systému, vede k zamyšlení, proč na nás prostředí a jeho síly tak působí. Nabízí možnost zaujmout k řešenému problému aktivní pozici, tj. dát najevo vnímanou sdílenou odpovědnost. Současně může přispět zásadním způsobem ke změně chování dalších prvků v systému a tím ke změně chování celého systému.



Obrázek 8: Schéma interakcí Systému s prostředím (autor)

Uvnitř organizace se zformovala silná struktura, jejíž přínos byl pro integraci paliativní péče velmi významný. Šlo o strukturu Multidisciplinární tým. Tato struktura se „křížila“ s hierarchickou liniíovou strukturou. Na toto riziko upozorňují i studie věnované organizačním strukturám (odkaz). Toto „maticové uspořádání“ klade nároky nejen na řízení takové struktury, ale především na pracovníky, kteří se v ní pohybují. Byť management realizoval pokus zapracovat multidisciplinární tým do stabilní organizační struktury organizace, již ve fázi dialogu nad návrhem se ukázalo, že taková změna struktury není realizovatelná. Jedním z důvodů byla i profesní kultura nesená zdravotnickými pracovníky (všeobecnými sestrami), v rámci které je empiricky ověřená preference jasných hierarchických systémů. Pokud tato struktura formálně vytvořená není, má tato profese tendenci vytvářet strukturu neformální (na principu seniority aj.) (Diefenbach, 2011).

Domov pro seniory – maticové uspořádání



Obrázek 9: Schéma maticové struktury (autor)

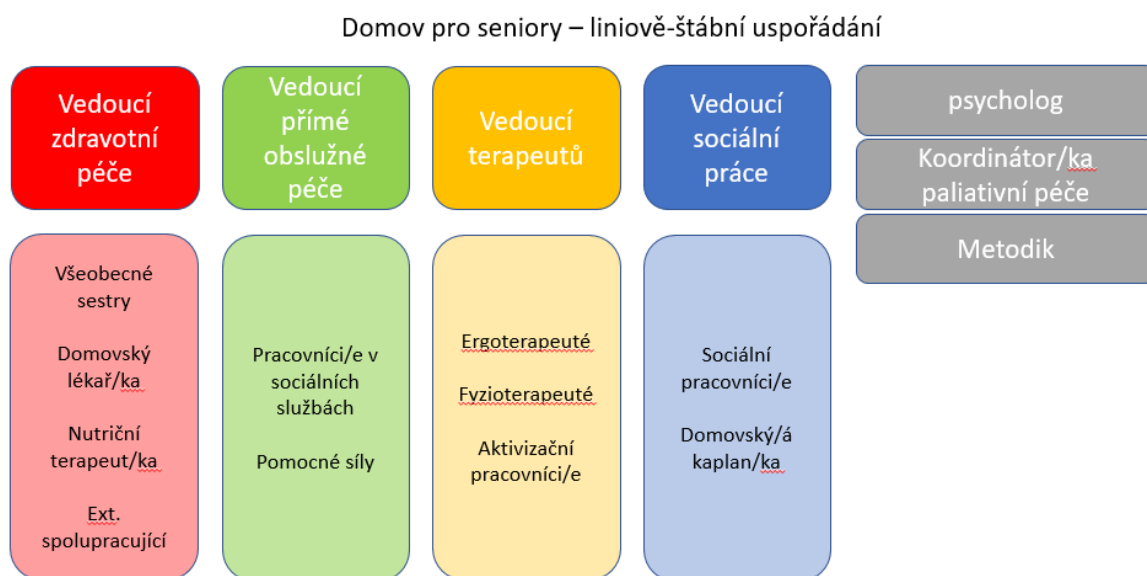
Maticové uspořádání nebylo po pečlivé analýze a ověřujících rozhovorech aplikovatelné. Křížení horizontálních a vertikálních linií řízení klade velké nároky na výkonné pracovníky, u kterých dochází k souběhu dvou linií řízení. Funkčnost maticového systému předpokládá dostatečné kompetence u všech aktérů a odpovídající podmínky, zejména pro sdílení a předávání informací, dostatečná a přehledná alokace zdrojů apod. Dialog nad vhodným uspořádáním a strukturou multidisciplinárního týmu v kontextu organizace otevřel otázku vnímání hierarchie mezi jednotlivými profesemi multidisciplinárního týmu a rovněž uvnitř profesních skupin. Předmětem dialogu se tak stala sama struktura týmu, respektive služby a celé “agentury”. Paralelně s tímto dialogem pokračovala dál fungující “týmová” struktura zaměřená především na řešení jednotlivých případů.

Funkce multidisciplinárního týmu (MDT) byla důležitá zejména v souvislosti s procesy v paliativní péči, která je svou podstatou multidisciplinární. Podrobnější vhléd od fungování MDT ukázal, že členové týmu se navzájem respektují v profesních rolích, mají funkční mezilidské vztahy, ale týmu jako celku chybí zkušenost s principy týmové práce, členům chybí např. komunikační kompetence potřebné pro týmovou práci. Současně se při řešení náročnějších situací (rozhodování o zahájení poskytování paliativní péče aj.) projeví různé profesní kulturní vzorce, například zmiňovaná potřeba hierarchického uspořádání. Pro udržení dosažených změn v souvislosti s paliativní péčí bylo důležité strukturu MDT udržet. V návaznosti na to připravil management organizace program nazvaný Akademie MDT, který za využití společného učení (Senge, 2006) pracoval na rozvoji týmové dynamiky a posílení mechanismů týmové spolupráce. Tento proces byl samostatně popsán a zpracován v publikaci *Multidisciplinární tým v akci* (Hrdá, 2018)



Obrázek 10: Schéma multidisciplinárního týmu (převzato z Hrdá, 2018)

Přenesení poznatků z úrovně praxe na úroveň obecných postupů a zdokumentování těchto postupů umožnilo standardizovat nová řešení (evidence, měřitelnost, kontrolním mechanismy apod.). Je třeba připomenout, že dosavadní etapy probíhaly paralelně se státem organizovaným systémem sociálních služeb. Některé změny (ošetřovatelské postupy, podávání opiátů apod.) bylo možné včlenit do běžných činností standardní služby, což představovalo ohrožení udržitelnosti dosažených změn. Pro část změn nebyla v zákoně o sociálních službách opora, tj. nebyly nezákonné, jen je zákon neznal. Šlo zejména o činnosti, které souvisejí i s poskytováním paliativní péče a reagují na potřeby klientů (potřeba spirituální péče, vyrovnávání se se strachem aj.) a které zajišťují potřebnou koordinaci a integraci potřebných služeb v podobě mezioborové a meziorganizační spolupráce a které byly zajišťovány novými pozicemi, dočasně zřízenými v organizační struktuře: pozice domovského kaplana, domovského psychologa, konzultujícího lékaře, koordinátora paliativní péče.



Obrázek 11: Schéma liniově-štabní struktury služby (autor)

Výsledkem procesu změn a pokračujícího dialogu bylo zobecnění poznatků, jejich provázání s teoretickými rámci a empirickým poznáním. Zdokumentování nové praxe, včetně zpřehlednění vnitřní struktury systému organizace umožnilo jednak stabilizovat dosažené změny v rámci organizace a dále sdílet dosažené výsledky s odbornou veřejností a dalším aktéry z prostředí dlouhodobé péče a tím ovlivňovat na prostředí na mezzo-úrovni. Právě evidence (zdokumentování procesu, výsledků), které bylo součástí realizované změny a souběžně probíhajícího akčního výzkumu přispělo k tomu, že získané kompetence a poznatky se staly sdílitelné. Hmatatelným výstupem tohoto úsilí se stala publikace Průvodce poskytováním paliativní péče (Hrdá, 2018 – 2). Členové organizace měli opakovaně příležitost sdílet jak výsledky, tak zkušenost s celým procesem na odborných seminářích, konferencích, případně sdílet se zájemci formou stáží apod.

Dalším důkazem úspěšného přenosu nové praxe do podoby standardizovaných procesů a postupů bylo získání podpory z prostředků Evropského sociálního fondu k podpoře udržitelnosti paliativní péče v domově pro seniory³⁴. Tento krok znamenal ověření, že výsledky předchozích etap změny jsou sdílitelné a akceptovatelné státem řízeným systémem a že jsme schopni obstát i v kontaktu se silnou byrokratickou organizací Weberovského typu.

Realizace změny, prezentace jejího průběhu a výsledků na veřejných fórech, vč. praktických metodických publikací je určitou formou diferenciací (systém versus prostředí) na úrovni výsledků, tj. především důkaz o přispění k vyšší kvalitě života uživatelů služby, případně k vyšší kvalitě života pracovníků, např. skrze multidisciplinární týmovou spolupráci (Nancarow, 2013). Konkrétním doložitelným výsledkem byla i podstatná kvantifikovaná změna – proti 80 % klientů, kteří na začátku realizace změna zemřeli v nemocnici se tento podíl snížil na 30 %, 70 % klientů zemře doma v domově. Tyto výsledky jednak představují impuls pro

³⁴ Jedná se po projekt Podpora udržitelnosti paliativní péče v domově pro seniory Sue Ryder
CZ.03.2.63/0.0/0.0/16_134/0008174

změnu prostředí (je možné dosahovat lepšího výsledku), současně posilují legitimitu organizace (DiMaggio, 1983)

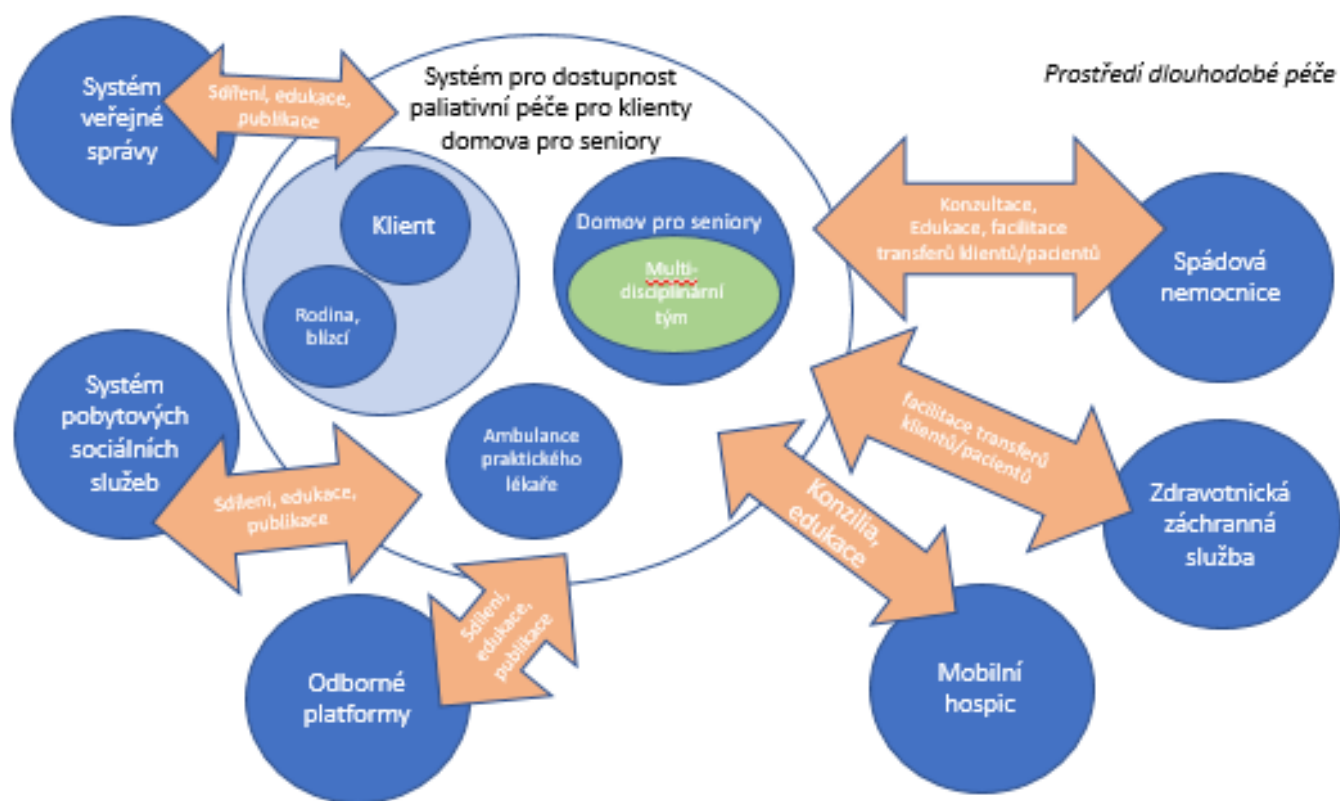
5.7 Etapa standardizační

Průběh této etapy byl významně zasažen pandemií COVID-19. Opatření související s pandemií přinesla řadu výzev celému systému zdravotních i sociálních služeb. Běžné mechanismy, postupy a procesy byly zpřetrhány a narušeny a bylo nutné v mnoha oblastech improvizovat, rozhodovat se za nejistoty a rizika. Z pohledu integrace paliativní péče do prostředí domovů pro seniory obnažila jiné systémové problémy (nedostatek zdravotnického personálu, nepřiměřená očekávání od tohoto druhu služby). Podstatně však narušila i obvyklé postupy a proces související s paliativní péčí. Z pohledu systémové změny přes veškerá úskalí představovala pandemie především zpomalení běžících změn. Po odeznění hlavní vlny pandemie a uvolnění omezujících opatření se obnovily obvyklé postupy a procesy i v oblasti paliativní péče.

V organizaci běžně dochází k obměně části pracovníků, pandemie tento proces ještě zintenzivnila. Zvýšená fluktuace obnažila podstatný, do té doby ne tak zřetelný důsledek probíhající systémové změny. Sociální systém organizace, jeho struktura a kultura kladou v souvislosti s již dosaženou úrovní změny vyšší nároky na pracovníky, než je tomu v okolním prostředí. V praxi to znamená nutnost věnovat mnohem větší úsilí výběru pracovníků (vybírat ne podle kompetencí, ale podle potenciálu si potřebné kompetence osvojit). Současně je třeba intenzivně podporovat rychlou adaptaci nových členů týmu. Tím, že se z „inovativního řešení“ stává standard na úrovni organizace, zvětšuje se diferenciací nároků na nové pracovníky přicházející z běžného prostředí. Zatímco řadu dalších problémů týkajících se zejména kvality života klientů či vnitřních procesů se podařilo v rámci cyklu „plánování – akce – evaluace“

zachytit a některým díky souběžnému rozšiřování poznatku předcházet a předjímat je (například problematiku týmové spolupráce u MDT), tento důsledek systémové změny (nedostatek kompetentních pracovníků) byl identifikován až s velkým odstupem a jeho řešení je teprve v počátku.

Zvýšené nároky na kapacitu služebně staršího týmu, adaptaci nováčků a s tím spojené potřebné zdroje na udržení stavu dosaženého změnou (včetně pozic souvisejících s dostupností paliativní péče a návazné podpory) nebyly v plánu změny včas v dostatečné míře reflektovány.



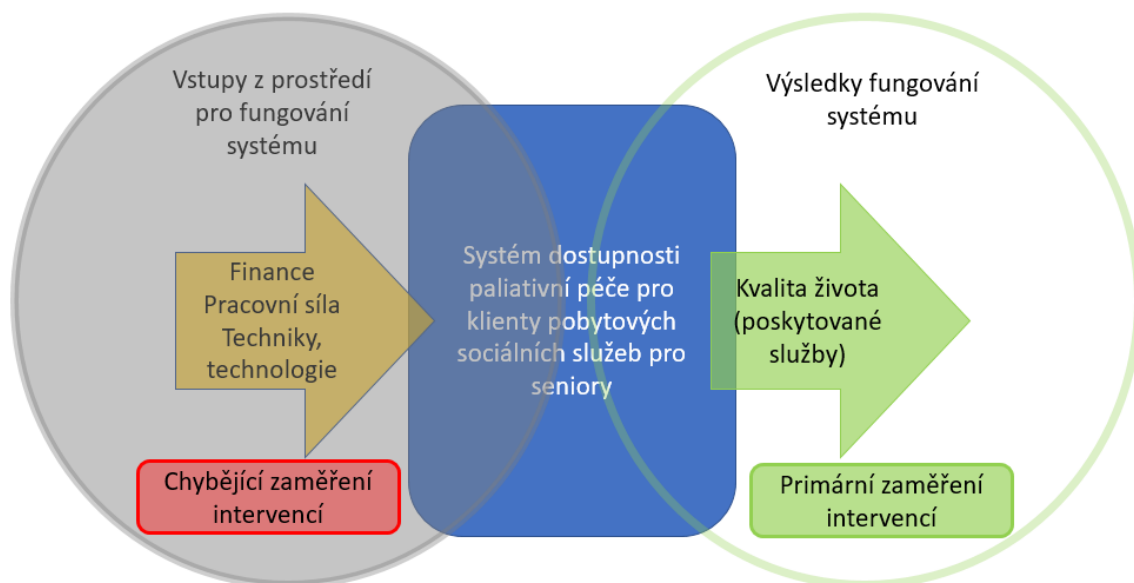
Obrázek 12: Schéma interakcí systému s prostředím (autor)

Schéma v hlavních rysech znázorňuje širší souvislosti probíhající systémové změny. Na jedné straně došlo k výraznému posílení interakcí existujícího systému s dalšími systémy v prostředí dlouhodobé péče. Tato interakce byla klíčovým předpokladem v transferu změny na vyšší úroveň (mezzo a makro). Současně však rostoucí počet interakcí kladl větší nároky na

kapacitu existujícího systému, na jeho prvky. Kládl vyšší nároky na “vyladování” podmínek (Musil, 2004), a to jak uvnitř organizace, tak na straně zdrojů (nárok na finanční zdroje, na kompetentní pracovníky apod.). Rozsah interakcí a nároky na dostupné zdroje rostly rychleji, než potřebné zdroje dostupné v prostředí dlouhodobé péče. To vedlo k otevřenému konfliktu v rámci organizace ohledně priorit - cíl udržet dosaženou změnu na úrovni organizace (mikro úroveň) začal konkurovat paralelním cílům – realizace změny na mezo úrovni (zejména skrze rozvíjení meziorganizační spolupráce, udržování sítí kontaktů, sdílení dobré praxe, zapojení do výzkumu apod.) a plánování změny (designu systémové změny) na makro-úrovni (zahrnutí paliativní péče jako standardní součásti sociálních služeb, rozsáhlejší programy podporující integraci paliativní péče do sociálních služeb, úprava profesní přípravy relevantních odborníků aj.).

V rámci teorie systémů jsou jedním z klíčových konceptů vztahujících se na interakce systému a prostředí toky “do systému” (inflow) a “ze systému” (outflow) a “zásoba” (stock). Autonomie systému se mj. projevuje tím, že součástí systému jsou mechanismy, kterými je možné nezávisle na sobě ovlivňovat oba toky a tím regulovat dostupnou “zásobu” v systému. (Meadows, 2008) Původní model pracuje s fyzickými toky (zboží, surovin apod.), které poskytují názorný obrázek. Aplikovat tento koncept na sociální systém je náročnější, přesto je možné i ve sledovaném případě identifikovat popsané “toky” a “zásobu”. Jako zásobu je možné vnímat zdroje dostupné v organizaci (systému) - finanční prostředky, techniku a technologie a především kapacitu pracovní síly. Realizovaná změna byla od začátku deklarována jako systémová s ambicí širšího dopadu (za rámec organizace) a jako taková byla členy organizace přijímána a podporována. Zintenzivnění interakcí s prostředím dlouhodobé péče a současně vyšší nároky na udržení vnitřních podmínek, zejména na zajištění dostatku kompetentních pracovníků (Musil, 2004) kladlo mimořádně vysoké nároky na spotřebovávání zdrojů.

Zaměření intervencí v rámci systémové změny



Obrázek 13: Schéma zaměření interakcí v sledovaném procesu změny (autor)

Většina intervencí byla zaměřena především na výstupy ze systému - ve schématu znázorněno obecným pojmem "kvalita života". Tyto intervence byly úspěšné a současně se rozšiřovalo jejich spektrum a zaměření mimo organizaci. Etapa standardizační přinesla zakotvení paliativního přístupu do kultury organizace do té míry, že členové organizace považují tento přístup za "samozřejmý". Tento postoj je možné považovat za "standardizaci" stavu dosaženého změnou, něčím, co není považováno za mimořádné. Současně s tím je však novým standardem objem a struktura využívaných zdrojů systému (finance, odborné kompetence pracovníků, počet pracovníků). Tím, že zavedený "nový standard na mikro-úrovni organizace" není součástí "konformního" přístupu k poskytování sociální služby, je obtížnější zajistit udržení vnitřních podmínek pro udržení vyšší dosažené kvality výstupu (kvalita služeb organizace). Objem vstupů do systému (zdrojů) byl dlouhodobě nižší, než spotřebovávané zdroje, což se podařilo zřetelněji zachytit až při analýze příčin interního konfliktu. Docházelo k poklesu "zásoby" uvnitř systému (kapacity týmu, entusiasm, angažovanosti apod.). Tento jev odhalil zásadní slabinu designu realizované změny - podcenění objemu "toku ze systému"

a nedostatečnou intenzitu intervencí zaměřených na “toky do systému”. Hlubší analýza tohoto jevu a jeho příčin, včetně relativně pozdního zachycení problému, ukázala, že v rámci sledované organizace se jedná o opakující se jev, který může být částečně ovlivněn prostředím a historickou zkušeností organizace a manažera. Jde částečně o důsledek jednoletého cyklu financování základního provozu sociálních služeb, kdy až 60% provozních zdrojů je poskytováno veřejnou správou na období jednoho kalendářního roku a tomuto cyklu je přizpůsobena řada procesů v organizaci (plánování, realizace apod.). Dále jde pravděpodobně o důsledek “dárcovské politiky”, kdy soukromí dárci (zejména institucionální, tj. nadace, obchodní korporace apod.) nabízejí podporu především za účelem zlepšení výsledků (kvality života uživatelů služeb) či na zavádění inovací v oblasti sociálních služeb. Atraktivita rychlých výsledků představuje úskalí především pro manažera organizace. Změna na úrovni výsledků poskytuje v krátkém období velkou satisfakci celé řadě aktérů v systému (pracovníkům, managementu, dárcům, klientům atd.). Dopady a přínosy systémových změn často přicházejí s delším časovým odstupem.(Senge, 2006) Přestože je zřejmé, že organizace procházející změnou je otevřený systém, který je závislý na zdrojích z prostředí, byly intervence na prostředí z hlediska zdrojů nedostatečné a ohrozily udržení již dosažených výsledků změnového procesu. Z toho důvodu není možné tuto etapu považovat za ukončenou.

V rámci posledního zdokumentovaného cyklu byly naplánovány intervence zaměřené na vnitřní podmínky organizace (posílení procesů udržení pracovníků, rozvoje kompetencí stávajících pracovníků a mechanismy podporující osvojení kompetencí nově příchozích spolupracovníků), intervence zaměřené na rozvoj zdrojů v prostředí systému nejsou dosud zformovány a vyžadují hlubší dialog s širším spektrem aktérů a dalšími systémy působícími v prostředí dlouhodobé péče (např. vzdělavatelé pomáhajících profesí). Velkou výhodou je, že do dialogu o povaze vhodných intervencí se postupně zapojilo širší spektrum aktérů díky paralelně probíhajícím intervencím v rámci “dopadové etapy”. Právě zahájení dopadové etapy v podobě

rozvojového programu pro další aktéry v prostředí dlouhodobé péče - další pobytové sociální služby pro seniory bylo jedním z klíčových okamžiků, který vyvolal otevřený konflikt v rámci organizace a ukázal podstatná rizika nedůsledného uplatnění systémového přístupu v podobě nerovnováhy mezi zacílením intervencí.

5.8 Etapa dopadová

Etapa nazvaná dopadová probíhá paralelně s etapou standardizační. Důležitým předpokladem pro zahájení dopadové etapy byla existující evidence dosavadní realizované změny na mikro-úrovni a vysoká otevřenost všech zapojených aktérů sdílet zkušenost s celým dosavadním procesem. Dosažené výsledky byly průběžně předkládány odborné veřejnosti jako podklad pokračujícího dialogu vhodné podobě dalších opatření podporujících přenesení změny a jejích výsledků z mikro na mezo a makro úroveň. Dělo se tak v rámci odborných konferencí, pracovních skupin a platforem³⁵. Tento otevřený dialog podpořil povědomí o realizované změně mezi dalšími klíčovými aktéry v oblasti dlouhodobé péče a umožnil získání finančních zdrojů na realizaci systémových intervencí v širším měřítku, a to v podobě vytvoření rozvojového programu pro několik desítek dalších aktérů z prostředí dlouhodobé péče.

Svébytným aktérem působícím v prostředí dlouhodobé péče je Nadační fond Abakus. Jde o soukromého institucionálního dárce, který programově působí v oblasti sociální, zdravotní a v oblasti vzdělávání. Tyto oblasti, stejně jako oblast dlouhodobé péče podporuje jednak prostřednictvím finančních zdrojů, současně působí jako facilitátor anebo účastník dialogu o systémových změnách v těchto oblastech. Z hlediska studie je relevantní především působení tohoto aktéra v oblasti rozvoje paliativní péče v Česku. Nadační fond Abakus podpořil (zejména

³⁵ Členové realizovaného změnového procesu konzultovali vzájemně s dalšími aktéry a iniciativami, např. se zástupci projektu Paliatr Vysočina (www.paliatr-vysocina.cz), jako členové přinášeli téma na půdu České paliativní společnosti České lékařské společnosti J.E. Purkyně (www.paliativnimedicina.cz) či s Asociací poskytovatelů sociálních služeb ČR (www.apsscr.cz).

finančně a aktivní účastí v dialogu o celém procesu) realizaci tří etap realizované změny - etapu heuristickou, evoluční a strukturní. V rámci pokračujícího dialogu během let 2018 a 2019 vznikl návrh využití poznatků z předchozích etap změny ve formě vytvoření uceleného víceletého programu, který by přispěl ke zvýšení dostupnosti paliativní péče pro obyvatele pobytových sociálních služeb pro seniory.

Nadační fond Abakus následně na jaře 2019 oslovil Sue Ryder a organizaci Centrum paliativní péče, z.ú., aby se stali odbornými partnery připravovaného programu, který by měl přispět k dalšímu rozvoji paliativní péče a její dostupnosti v prostředí pobytových služeb pro seniory.. Vznikla tak jedinečná příležitost využít získané poznatky z předchozích etap změny realizované Sue Ryder, výsledky probíhajícího akčního výzkumu a to provázat se zkušeností Centra paliativní péče, zejména v oblasti vzdělávání v paliativní péči. Velmi cenná byla současně zkušenost tohoto partnera s realizací rozsáhlého projektu zavádění nemocniční paliativních týmů v předchozích letech (2013-2018). Design programu vycházel z principů sledování dopadu (Epstein a Yuhats, 2014) a byl následně realizován v prvním běhu v letech 2021-2022. Podpořil proces integrace paliativní péče do patnácti domovů pro seniory ve třinácti krajích ČR, v současné době je dokončována jeho evaluace, v řízeném připomínkovém procesu je v rámci programu vytvořena metodika a byl zahájen druhý ročník pro dalších 15 podpořených organizací. Současně běží ve čtyřech krajích krajské programy, které proces paliativní péče podporují a odkazují mj i na výstupy a výsledky zkoumaného procesu iniciovaného Sue Ryder, Cestou domů, Nadačním fondem Abakus a dalšími zapojenými aktéry.. Z hlediska procesu systémové změny lze tento výsledek považovat za uznání Sue Ryder a jeho legitimacy jeho role aktéra změny.

Zatímco předchozí etapy na sebe navazovaly, respektive přecházely plynule jedna do druhé, v případě etapy standardizace a etapy dopadové běží dosud obě. Tento závěr vyplynul až z reflexe celého procesu, analýzy zpracovávaných dat a při snaze najít v procesu změny

zřetelné vzorce a schémata skrze uplatnění principů systémového myšlení. S velkou jistotou lze říci, že intervence v rámci systémové změny, které se zaměřují na výsledky fungování systému v podobě kvality života pro klienty, mohou pokračovat, neb přibývá aktérů, kteří se k této části změny přidávají a dosažené výsledky se stávají obvyklou praxí mezi rozšiřující se skupinou aktérů. Je však třeba na mezzo a makro úroveň přenést riziko identifikované v rámci standardizační fáze na úrovni Sue Ryder, a to kritickou závislost všech aktérů na dostupnosti zdrojů v prostředí dlouhodobé péče, a to jak zdrojů finančních, tak především pracovní síly. V současné době je možné využívat výsledky v oblasti kvality výsledků fungování organizace (systému) jako dílčí výhodu při získávání zdrojů z prostředí (finančních i pracovních sil), jde však spíše o přesuny “mezi agenturami”.

Ve střednědobém horizontu (2-5 let) je vhodné designovat intervence, které umožní udržení dosaženého stavu u aktérů, kteří se aktivně zapojili do realizace sledované změny (prohlubování kompetencí stávajících pracovníků, urychlený rozvoj kompetencí u nových pracovníků, rozvoj finančních zdrojů a sdílení úspěšných intervencí mezi sebou). Rizika podcenění diferenciací “zásob zdrojů” v etapě standardizace se týkají všech dalších zapojených aktérů. Je třeba dedikovat dostatečnou kapacitu, která bude podporovat udržování nového standardu a bude vytvářet podmínky pro to, aby než prostředí zareaguje, byly zajištěny potřebné vstupy (kompetentní pracovníci, vzdělávací programy apod.).

Z dlouhodobějšího hlediska nejsou dosavadní modely řešení (meziagenturní přesuny, izolované modely rozvoje kompetencí pracovníků realizované jednotlivými aktéry) udržitelným a efektivním řešením. Pro dosažení zásadnější změny je třeba identifikovat vhodné intervence nyní především na straně vstupů do systému, a to zejména z hlediska pracovních sil s odpovídajícími předpoklady pro výkon pomáhajících profesí a využívat synergií mezi současnými aktéry zapojenými do společenské změny.

6 Závěr – shrnutí:

Základní cílem studie bylo najít odpověď na otázku, jaké principy mohou pomoci skrze změnu na mikro-úrovni přispět k systémové změně. Zaměřovala se na oblast dlouhodobé péče a sledovala konkrétní realizovanou změnu, kterou se podařilo úspěšně realizovat na mikro úrovni, výsledky přenést na mezo úroveň a vytvořila předpoklady pro pokračování změny na makro úrovni. Formát akčního výzkumu umožnil autorovi propojit profesní, pracovní i výzkumnou roli, byť se potenciál konfliktu rolí významně projevil zejména v pozdější fázi realizovaného výzkumu a probíhajícího procesu změny. Sama metoda akčního výzkumu byla oporou při realizaci změny, poskytovala silnou oporu pro zakotvení celého procesu a reflexi jednotlivých etap. Studie pracovala s předpokladem, že uplatnění systémového přístupu přispěje k úspěšné realizaci změny, zajištění přenosu zkušeností mezi jednotlivými úrovněmi mikro – mezo – makro. Systémové myšlení umožnilo realizovat změnu s výrazným celospolečenským dopadem. Lze říci, že na rozdíl od tradičně lineárně a sektorově realizovaných změn poskytuje systémové myšlení zcela odlišnou perspektivu a chápání společenské změny jakožto změny systému včetně vnitřní struktury, vazeb a interakcí s okolím a nabízí nejen poznání, ale především porozumění těmto systémům.

V průběhu změny bylo možné identifikovat šest hlavních etap celé změny. Jejich pojmenování vychází z hlavní povahy dominantních procesů zachycených, zdokumentovaných a analyzovaných v průběhu jednotlivých etap, etapy nebyly ostře oddělenými časovými úseky, šlo spíše o plynulé přechody mezi jednotlivými etapami, pomyslné oddělení tvořily “kritické události”, které měnily výrazným způsobem dynamiku či zaměření probíhajících intervencí a cílovou úroveň těchto intervencí. S postupujícími etapami se zvyšovala komplexnost procesu změny.

Reflexe celého dosavadního procesu změny pak přinesla podstatné zjištění, že i přes uplatnění systémového myšlení a uvažování o organizaci jako sociálním systémem došlo při realizaci změny k zásadnímu podcenění závislosti organizace na zdrojích z prostředí a nedostatku intervencí zaměřených na zajištění “toků do systému”. Toto zjištění je nesmírně podstatné, o to více, že analýza příčin ukazuje, že nejde pouze o “chybu v mikro-systému”, ale že část příčin je součástí povahy prostředí dlouhodobé péče (krátkodobý horizont uvažování o systémech, vč. související krátkodobé alokace finančních zdrojů, zaměření dárců jako aktérů v tomto prostředí na inovace a rozvoj, méně na standardizaci na mezzo a makro úrovni) Pokračování v systémová změna pokračovat v dosavadním tempu a intenzitě s primárním zaměřením pouze na stranu výstupů systému (kvalita života a služeb), může vést k paralýze celého procesu, protože prostředí nebude připraveno reagovat na potřeby dalších aktérů (organizací), zejména v souvislosti s potřebou pracovníků s potenciálem osvojit si klíčové kompetence. Alternativní scénář nese riziko, že organizace rezignují na dosahování výsledků (vyšší kvality života) a téma paliativní péče, resp. péče v závěru života bude diskreditováno nedostatečně kvalitními službami.

Pro realizaci systémových změn realizovaných na bázi systémového přístupu přinesl zkoumaný proces změn sadu principů a zkušeností, které mohou být relevantní i v jiném kontextu, zejména pro změny iniciované na mikro-úrovni jednotlivými aktéry (organizacemi či dokonce jednotlivci):

1. Etapa latentní:

- Reflektující přístup k praxi v pomáhajících profesích usnadňuje artikulaci potřeby změny.
- Kritický postoj sociálního pracovníka je účinný katalyzátor komplexní sociální změny.

2. Etapa heuristická:

- Systémovou změnu je možné iniciovat i bez konkrétní představy budoucí struktury systému s tím, že aktéři (jednotlivci a agentury) jsou organizovány kolem společného sdíleného cíle s důrazem na funkční mezilidské a meziagenturní vztahy.
- Je legitimní diferencovat se jako „nový systém“, který není hierarchicky podřízen širšímu systému.
- V počáteční fázi změny není zásadní struktura systému, ale jeho vymezení (hranice) a interakce s prostředím.

3. Etapa evoluční:

- Mikro změny prováděné strukturovaně (plán – akce – reflexe) a participativně jsou nástrojem udržování dynamické stability v organizaci, resp. v “novém systému”.
- Využívání ad hoc struktur v systému generuje poznání a nová řešení a umožňuje nefunkční struktury opouštět a nahrazovat novými.
- Stabilní struktury usnadňují opakování a umožňují standardizaci, klíčovou strukturou v sebeurčujícím systému je otevřená komunikace.

4. Etapa strukturní:

- Vize systémové změny není argument, legitimitu nositele změny posiluje výsledek založený na důkazech
- Myšlení v logice příčin dává prostor převzít odpovědnost za řešení problému na své straně.

5. Etapa standardizační

- Standardizace, která jde za rámec “konformního řešení” nese vyšší nároky na udržení vnitřních podmínek v systému (kompetence, pracovní síly, finanční zdroje, rozvoj nových pracovníků aj) i na zajištění potřebných vstupů, které organizace/systém potřebuje získat z prostředí pro udržení dosažené úrovně změny a další nároky na pokračující proces změny - přenos na mezzo a makro úroveň.

6. Etapa dopadová

- Komplexní změna musí zahrnout jak intervence zaměřené na výstupy systému (kvalita a objem výstupu odpovídající očekávání prostředí), tak působit cílenými intervencemi na prostředí na straně vstupů do systému, aby bylo možné zajistit potřebné zdroje pro zajištění fungování systému.

Systémový přístup ke změně podporuje porozumění systému, jeho komplexitě, tomu, jak ovlivňuje okolí a současně přispívá i zvědomění závislosti na prostředí, ve kterém systém existuje. Studie byla realizována v prostředí dlouhodobé péče. Demografické prognózy upozorňují na dramatický nárůst potřeby dlouhodobé péče v blízké době. Současně upozorňují na budoucí potřebu lidských zdrojů v této oblasti. Bez vnímání oboru dlouhodobé péče jakožto uceleného systému, který má odpovídat na potřeby společnosti, ale současně je silně závislý na zdrojích z této společnosti, budou změny designované a realizované v lineární perspektivě neúčinné, stejně jako změny realizované pouze na straně “výstupů” z existujících systémů. Předkládaná studie ukazuje, že změny odehrávající se na mikro-úrovni mohou být s využitím systémového myšlení impulsem k rozsáhlejším komplexním společenským změnám. Systémové myšlení a přístup k designu takové změny současně umožňuje reflektovat důsledky dalších paralelních změn probíhajících na jiném místě (v jiném systému/organizaci) či v prostředí, ve kterém systém funguje. Právě nahrazení lineárního pojetí změny zpětnovazebnými mechanismy (“feedback-loops”) zvyšuje efekt realizovaných intervencí. Systémové myšlení je jedním ze způsobů, jak formovat očekávání související s komplexními změnami a zaměřit se na delší časový horizont, ve kterém se změny v systému projeví na jeho výsledcích.

Seznam obrázků:

Obrázek 1 Kategorizace systémů podle Luhmann (1995) přeloženo.....	27
Obrázek 2 Konceptuální model organizace, podle Hatch (2008), přeloženo.....	31
Obrázek 3 Model kultury organizace podle Scheina (2010) přeloženo autorem.....	38
Obrázek 4: Systém poskytování sociální služby (autor)	82
Obrázek 5: Systém poskytování služby mobilní hospic (autor).....	83
Obrázek 6: Nový sebeurčující systém "pro dostupnost paliativní péče" (autor).....	86
Obrázek 7: Změna systému pro dostupnost paliativní péče (autor)	90
Obrázek 8: Schéma interakcí Systému s prostředím (autor)	93
Obrázek 9: Schéma maticové struktury (autor).....	94
Obrázek 10: Schéma multidisciplinárního týmu (převzato z Hrdá, 2018).....	95
Obrázek 11: Schéma liniově-štabní struktury služby (autor).....	96
Obrázek 12: Schéma interakcí systému s prostředím (autor).....	99
Obrázek 13: Schéma zaměření interakcí v sledovaném procesu změny (autor).....	101

Reference:

- Ackoff, R. L. (1994). Systems thinking and thinking systems. *System Dynamics Review*, 10(2-3), 175-188.
- Beck, U. (1992). *Risk society: Towards a new modernity* (Vol. 17). sage.
- Boggatz, T. (2020). Person-Centred Care and Quality of Life. In: *Quality of Life and Person-Centered Care for Older People*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-29990-3_7, str. 449)
- Böhm, E. (1988). Verwirrt nicht die Verwirrten. *Neue Ansätze geriatrischer Krankenpflege*, 14. Eva, P. (2019). *Biografie v péči o seniory*. Grada Publishing, as.
- Burns, D., Harvey, B., & Aragón, A. O. (2012). Introduction: Action research for development and social change. *IDS Bulletin*, 43(3), 1-7.
- Burns, T., & Stalker, G. M. (2011). Mechanistic and organic systems of management. *Sociology of Organizations: Structures and Relationships*, 14.
- Čajko Eibicht, M., Lorenz, W., & Havrdová, Z. (2022). Enhancing reflectivity in social, care and health professionals—identifying students’ abilities and needs. *European Journal of Social Work*, 25(4), 732-744.
- Diefenbach, T., & Sillince, J. A. (2011). Formal and informal hierarchy in different types of organization. *Organization studies*, 32(11), 1515-1537.
- DiMaggio, P. J., & Powell, W. W. (1983). The iron cage revisited: Institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American sociological review*, 147-160.
- Drahokoupil, Š., Machálek, P (2020) *Příručka advokační kampaně Rukověť zdánlivě bezmocných*. Nadace OSF
- Epstein, M. J., & Yuthas, K. (2014). *Measuring and Improving Social Impacts : A Guide for Nonprofits, Companies, and Impact Investors*. [online]. [cit. 2020-01-11]. Dostupné na WWW: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=nlebk&AN=642564&lang=cs&site=eds-live&scope=site>
- Esping-Andersen, G. (1996). Welfare states in transition: National adaptations in global economies. *Welfare States in Transition*, 1-288.
- Evropská komise, Generální ředitelství pro zaměstnanost, sociální věci a sociální začleňování, (2021). Long-term care report : trends, challenges and opportunities in an ageing society. Volume II, Country profiles, Publications Office. <https://data.europa.eu/doi/10.2767/183997>
- FRUMAROVÁ, K. (2013). Kompetenční spory rozhodované Nejvyšším správním soudem. *Správní právo*, 313-331.
- Fulmer, T. (1982). A special report: The world assembly on aging. *Journal of Gerontological Nursing*, 8(12), 702-705.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. AldineTransaction.
- Gray, M., Dean, M., Agllias, K., Howard, A., & Schubert, L. (2015). Perspectives on neoliberalism for human service professionals. *Social Service Review*, 89(2), 368-392.

- Greenwood, D. J. (2007). Pragmatic action research. *International journal of action research*, 3(1+ 2), 131-148.
- Greenwood, D. J. (2007). Pragmatic action research. *International journal of action research*, 3(1+ 2), 131-148.
- Greger, D., Simonová, J., Chvál, M., & Straková, J. (2020). KDYŽ VÝZKUM MĚNÍ PRAXI.
- Hatch, M. J. (2018). *Organization theory: Modern, symbolic, and postmodern perspectives*. Oxford university press.
- HENDL, J. (2006). Kvalitativní výzkum v pedagogice. In *Současné metodologické přístupy a strategie pedagogického výzkumu. Sborník 14. konference České asociace pedagogického výzkumu* (Vol. 5, No. 7).
- Horecký, J., Potůček, M., Cabrnach, M., & Kalvach, Z. (2021). Reforma dlouhodobé péče pro Českou republiku. *APSS ČR*.
- Hrdá, K. (2018). *Multidisciplinární tým v akci*. Domov Sue Ryder
- Hrdá, K., Tollarová, B., Hájková, A., Krejčířiková, H., Brunerová, T., Lejsal, M., ... & Hildebrandová, K. (2018). *Průvodce poskytováním paliativní péče v pobytových sociálních službách pro seniory: metodický materiál projektu Proces integrace paliativní péče do domova pro seniory podpořený NF AVAST*. Domov Sue Ryder.
- Cháb, M., Chábová, R., & Johnová, M. (2004). *Svět bez ústavů*. QUIP-Společnost pro změnu.
- Janebová, R. (2014). Kritická sociální práce. *Hradec Králové: Univerzita Hradec Králové, Gaudeamus*.
- Kahneman, D. (2012). *Myšlení, rychlé a pomalé*. Jan Melvil Publishing.
- Kaushik, V., & Walsh, C. A. (2019). Pragmatism as a research paradigm and its implications for social work research. *Social sciences*, 8(9), 255.
- Kolb, A. Y., & Kolb, D. A. (2017). Experiential learning theory as a guide for experiential educators in higher education. *Experiential Learning & Teaching in Higher Education*, 1(1), 7-44.
- Kopřiva, K. (2000). *Lidský vztah jako součást profese: psychoterapeutické kapitoly pro sociální, pedagogické a zdravotnické profese*. Portál, sro.
- Kotter, J. P., Kim, W. C., & Mauborgne, R. A. (2011). *HBR's 10 Must Reads on Change Management (including featured article "Leading Change," by John P. Kotter)*. Harvard Business Press.
- Lawrence, P. R., & Lorsch, J. W. (1967). Differentiation and integration in complex organizations. *Administrative science quarterly*, 1-47.
- Lejsal, M., & Havrdová, Z. (2020). Nurturing Opportunities to Advance the European Values in Specific Contexts—Examples from the Czech Republic. In *European Social Work After 1989: East-West Exchanges Between Universal Principles and Cultural Sensitivity* (pp. 33-49). Cham: Springer International Publishing.
- Lewin, K. (1946) Action research and minority problems. *Journal od Social Issues*. roč. 2, č. 4, s. 34 - 46.)

- Lewin, K. (1947). Frontiers in group dynamics: Concept, method and reality in social science; social equilibria and social change. *Human relations*, 1(1), 5-41.
- Lies, J. (2020). Imagining Niklas Luhmann as a “change manager”: scrum as an example of a closed system for the self-organized stabilization of corporate agility. *Journal of Organizational Change Management*, 33(7), 1417-1429.
- Luhmann, N. (1995). *Social systems*. stanford university Press.
- Meadows, D. H. (2008). *Thinking in systems: A primer*. chelsea green publishing.
- MESEC, B.: Action Research. In FLAKER, V., SCHMID, T. (Hg.). Von der Idee zur Forschungsarbeit. Forschen in Sozialarbeit und Socialwissenschaften. Wien – Köln – Weimar, BSB Böhlaus, 2006, pp. 191–222.
- Mullaly, R. P. (1993). Structural Social Work Ideology, Theory, Practice.
- Musil, L. (2004). „Ráda bych vám pomohla, ale...” Dilemata práce s klienty v organizacích.
- Musil, L., & Talašová, R. (2012). Sebevýzkum jako nástroj řešení problémů práce s klientem. *Sociální práce/Sociální práce*, (2).
- Nancarrow, S. A., Booth, A., Ariss, S., Smith, T., Enderby, P., & Roots, A. (2013). Ten principles of good interdisciplinary team work. *Human resources for Health*, 11(1), 1-11.
- Organizace. In: Sociologická encyklopedie [online]. 2018 [cit. 2023-09-14]. Dostupné z: <https://encyklopedie.soc.cas.cz/w/Organizace>. Nijman, T., & van Soest, A. (2018). Effective and sustainable private pensions. In *The Future of Ageing in Europe: Making an Asset of Longevity* (pp. 79-106). Singapore: Springer Nature Singapore.
- OECD (2023), Time for Better Care at the End of Life, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/722b927a-en>.
- Parsons, T. (2013). *The social system*. Routledge.
- Procházková, E. (2019). *Biografie v péči o seniory*. Grada Publishing, as.
- Pukeliene, V., & Starkauskiene, V. (2011). Quality of life: Factors determining its measurement complexity. *Engineering Economics*, 22(2), 147-156.
- Richmond, B. (1994). System dynamics/systems thinking: Let’s just get on with it. *System Dynamics Review*, 10(2-3), 135-157.
- Rocard, E., & Llana-Nozal, A. (2022). Supporting informal carers of older people: Policies to leave no carer behind.
- Rogers, C. (2000). Person-centred therapy. *Six key approaches to counselling and therapy*, 1, 98-105.
- Rotmans, J., & Loorbach, D. (2009). Complexity and transition management. *Journal of industrial ecology*, 13(2), 184-196.
- Senge, P. M. (2006). *The fifth discipline: The art and practice of the learning organization*. Broadway Business.
- Schein, E. H. (2010). *Organizational culture and leadership* (Vol. 2). John Wiley & Sons. 18
- Schulmann, K., Reichert, M., & Leichsenring, K. (2018). Social support and long-term care for older people: The potential for social innovation and active ageing. In *The Future of*

Ageing in Europe: Making an Asset of Longevity (pp. 255-286). Singapore: Springer Nature Singapore.

Spolander, G., Engelbrecht, L., & Pullen Sansfaçon, A. (2016). Social work and macro-economic neoliberalism: Beyond the social justice rhetoric. *European Journal of Social Work*, 19(5), 634-649.

Šubrt, J. (2008). *Soudobá sociologie II. Teorie sociálního jednání a sociální struktury* (Vol. 10). Karolinum Press.

Tomeš, I. (2010). *Úvod do teorie a metodologie sociální politiky*. PORTÁL sro.

Van der Bijl-Brouwer, M., & Malcolm, B. (2020). Systemic design principles in social innovation: A study of expert practices and design rationales. *She Ji: The Journal of Design, Economics, and Innovation*, 6(3), 386-407.

Veenhoven, R. (1999). Quality-of-life in individualistic society. *Social indicators research*, 48, 159-188.

Walker, A. (Ed.). (2018). *The future of ageing in Europe: Making an asset of longevity*. Springer.

Weber, M. (2009). *From Max Weber: essays in sociology*. Routledge.

World Health Organization. (2004). *The world health organization quality of life (WHOQOL)-BREF* (No. WHO/HIS/HSI Rev. 2012.02). World Health Organization.

Zákony:

zák. 100/1988 Sb. Zákon o sociálním zabezpečení

zák. 1/1993 Sb., Ústava české republiky

zák. 48/1997 Sb., Zákon o veřejném zdravotním pojištění

zák. 108/2006 Sb., o sociálních službách

Online zdroje:

HORECKÝ, J. Analýza inspekcí poskytování sociálních služeb.[online].[cit. 2011--12--28]. Dostupné z WWW: http://www.horecky.cz/down/spa/analyza_inspekci.pdf.

Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2020). *Zemřeli 2020*. <https://www.uzis.cz/res/f/008370/demozem2020.pdf>

Merriam-Webster. (n.d.). Social system. In Merriam-Webster.com dictionary. Retrieved September 16, 2023, from <https://www.merriam-webster.com/dictionary/social%20system>

Bell, K. (Ed.) (2013). Open education sociology dictionary. Retrieved from <https://sociologydictionary.org/>

Místo úmrtí detailně <https://www.paliativnidata>