

Ulrich Otto

Friedrich-Schiller-Universität, Jena

***Usamodzielniające państwo (enabling state)
i praca socjalna.
Zintegrowane formy pomocy jako mocna strona
„miękkiego” zawodu***

Państwo opiekuńcze, a tym bardziej takie państwo opiekuńcze, które stawia sobie za cel aktywizowanie obywateli, nie mogłoby funkcjonować bez pracy socjalnej. Praca socjalna jest obecnie stosowana we wszystkich krajach rozwiniętej gospodarki, przy czym jej formy i skala zależą w znacznej mierze od tego, jak postrzega się jej zdolność do rozwiązywania problemów społecznych. W państwach zachodnich widoczne są oznaki tego, że znaczenie pracy socjalnej będzie prawdopodobnie wzrastało. Niniejszy artykuł analizuje tę tendencję na przykładzie Niemiec.

Kryzys profesjonalizacji?

W historię pracy socjalnej rozumianej jako profesja wpisuje się długi katalog dostrzeżonych problemów tej dyscypliny. Wymieniano więc następujące deficyty pracy socjalnej: brak specjalistycznej wiedzy, brak specyficznego, odrębnego obszaru zadań (działania z zakresu pracy socjalnej wpisują się bowiem często w sfery zadań innych grup zawodowych) i brak wiarygodnych danych, które określałyby, w jakim stopniu wiedza naukowa służy w pracy socjalnej działaniom zorientowanym praktycznie. Wskazywano także na brak precyzyjnie wyodrębnionego „zestawu wiedzy” eksperckiej oraz niejednoznaczność metod

– poczynając od diagnozy, poprzez interwencję – aż do metod ewaluacji. Zauważano, że skutkuje to daleko idącą konkurencją o różne diagnozy społeczne, które stwierdzają przydatność pracy socjalnej w danym obszarze, a poprzez które dąży się do ustalenia określonego *status quo* dla tego różnorodnego i sfragmentaryzowanego pola zawodowego.

Rozważania o słabościach czy wręcz zacofaniu pracy socjalnej odciskają piętno na aż nadto dyskutowanym problemie grupy zawodowej, która aspiruje do statusu profesji. Niniejsze refleksje, jak to ukaże dalsza część tekstu, zmierzają do odwrócenia takiego oglądu. Jakkolwiek wiele czynników rzeczywiście świadczy o wspomnianych słabościach pracy socjalnej, zagadnienia te nie są jednak tematem tego artykułu. Omawiam tylko te czynniki, które na różne sposoby oddziałują na pracę socjalną: począwszy od mankamentów nietworzącego identyfikacji z zawodem procesu specjalizacji i kształcenia pracownika socjalnego, poprzez nużące i nie zawsze owocne spory wokół paradygmatów tej dyscypliny czy posługiwanie się bardzo szerokimi koncepcjami teoretycznymi, wyrażanymi w sposób na tyle dowolny, że z zewnątrz trudno je postrzegać jako koncepcje, co wyraża stwierdzenie: „systematyczna wiedza jest synkretyczna, zbyt szeroka, zbyt mglista, zbyt niejasna, zbyt silnie zależna od mody, by mogła się wybronić i by mogła być praktykowana” (Gross 1985, s. 75). Trudnością jest także jednoznaczne sprecyzowanie i upowszechnienie „własnych” osiągnięć naukowych dyscypliny. Lista tych problemów jest zresztą znacznie dłuższa.

Kłopotliwą obecnie sytuację pracy socjalnej należy więc postrzegać w kontekście tej krytyki, wskazującej na „zewnętrznie” generowane czynniki i wewnętrzne uwarunkowania dyscypliny. Wśród przykładowych aktualnych problemów znajduje się np. publiczny spór dotyczący tego, czy związana z pracą socjalną pedagogika (a także kształcenie nauczycieli) powinna być w ogóle wykładana na uniwersytetach. Innym przykładem jest zjawisko wynajdowania wciąż nowych kategorii kształconych na chybcika „asystentów socjalnych” czy też konstatacja, że praca socjalna w wielu dziedzinach coraz silniej wykonywana jest pod egidą innych dyscyplin, a przynajmniej coraz bardziej odczuwalna jest kontrola profesjonalistów tej dyscypliny przez zewnętrzne organizacje, które realizują ściśle ekonomiczne cele. Wskutek wymuszanych przez inne dyscypliny procesów profesjonalizacji, nawet na dawniej relatywnie „miękkich” polach zawodowych o niedookreślonych, a przez to stwarzających wiele szans ścieżkach dostępu i zdobywania kwalifikacji, występuje obecnie silna konkurencja. W Niemczech odnosi się to ostatnio przede wszystkim do dziedziny *public health*, nauk o opiece zdrowotnej czy wiedzy z zakresu usług opiekuńczych.

Zobrazowana powyżej perspektywa – i tu dochodzimy do centralnej tezy tego artykułu – nie uwzględnia jednak w wystarczającym stopniu nowszych tendencji. Wiele bowiem wskazuje, że mamy obecnie do czynienia z przewartościowaniem znaczenia pracy socjalnej na określonych polach, ponieważ **nowoczesne państwo opiekuńcze jako „państwo usamodzielniające” (*enabling state*) potrzebuje specyficznego rodzaju profesjonalizmu i fachowości** (mam tu na myśli mniej status profesji, a bardziej – kompetencje). Liczne przesłanki przemawiają za tym, że **wspomnianej fachowości poszukiwać można wyłącznie w związanych z tą profesją słabościach**: po pierwsze w tym, że praca socjalna, ze względu na swój status, jest mniej hermetyczna niż inne dyscypliny, które wykonywane są wyłącznie według „modelu eksperckiego” i, po drugie, za „słabością” pracy socjalnej polegającą na

tym, że nie odwołuje się do żadnych wąskospecjalistycznych wskazań – kryje się właśnie jej potencjalna siła. Ostatecznie bowiem, obszarem jej zainteresowania jest „cały człowiek” – jak określiła to już pionierka pracy socjalnej Alice Salomon. Z tej perspektywy wiele przemawia za tym, że **istnieje z tej dziedziny zapotrzebowanie na pewnego rodzaju „nie-specjalistyczny profesjonalizm” oraz ekspertyzę integralną, nie zaś ograniczoną wyłącznie do jednej dyscypliny.**

W ramach debaty na temat profesjonalizacji podejmowana jest kolejna próba ukazania „skromności” pracy socjalnej (por. Schütze 1992) jako jej szczególnej zalety czy też tego, by owo „mniej niż” [pracy socjalnej, w porównaniu do innych zawodów – przyp. tłum.], pojawiające się w temacie tzw. semiprofesji (Etzioni 1969) rozumieć jednocześnie, z drugiej strony, jako „więcej możliwości rozwoju”. Dotyczy to, przykładowo, świadczeń materialnych, które w klasycznym strukturalno-funkcjonalistycznym ujęciu Parsonsa są kluczowym elementem tłumaczącym rozwój profesji. „Stare zawody”, jak pisze Luhmann w odwołaniu do Parsonsa, „wykształciły się dla pomocy w specyficznych sytuacjach, związanych przede wszystkim z ryzykami życiowymi (...). [Zawody te – przyp. tłum.] zabiegają o pewność i zdolność rozwiązywania problemów poprzez specjalistyczne techniki obchodzenia się z nimi” (Luhmann 1973, s. 29), a w szerszej perspektywie zmierzają do gwarantowania psychosomatycznej i społecznej integralności w ramach konkretnych form życia (jednostka, rodzina, większe wspólnoty). Odpowiednie działania dotyczą częściowo konkretnych przypadków, a częściowo pracy organizacyjnej.

W niniejszych rozważaniach odnoszę się do obydwu tych kontekstów – poruszam zagadnienia kompetencji i sięgam do teorii organizacji i teorii usług społecznych, tylko fragmentarycznie wskazując na teorie dotyczące władzy¹. Oprócz tego traktuję dziedzinę pracy socjalnej jako agregat empiryczny i staram się unikać przyjmowania założeń teoretycznych dla przedstawianej przeze mnie argumentacji.

Pomoc osobom starszym jako nowy obszar pracy socjalnej

Obszar pomocy osobom starszym wnosi do pracy socjalnej pewien „ożywczy powiew” i dopiero od niedawna stwarza w tej dyscyplinie godne uwagi możliwości zawodowe. W porównaniu np. z pomocą młodzieży nie jest to sfera, która byłaby tradycyjną domeną pracy socjalnej. Jednocześnie dłużej i wyraźniej niż w przypadku pomocy młodzieży widoczna jest w tym obszarze „wojna profesjonalistów” i presja w duchu nowego zarządzania oraz celowej ekonomizacji (przy minimalnej zresztą gwarancji jakości). Sfera ta jest przy tym specyficzną mieszanką: z jednej strony „twardego” profesjonalizmu, z drugiej zaś – „miękkiej” praktyki opiekuńczej. Współcześnie dostrzega się więc szanse rozwoju w dziedzinach odnoszących się do zdrowia oraz do społecznych świadczeń socjalnych na rzecz osób starszych, a segment pomocy osobom starszym jest dla pracy socjalnej paradygmatyczny.

¹ Pełną argumentację w odniesieniu do teorii organizacji i zarządzania społecznego rozwinąłem w: Otto (2002).

Gdy sięgniemy 20 lat wstecz, dotrzemy do początków zawodowej pracy socjalnej w wielu obszarach. Ciągłemu wzrostowi ilości usług społecznych zaczynała towarzyszyć wówczas łagodnie naradzająca się świadomość kwestii demograficznej (przeгляд zagadnienia w: Otto 2001). Do zagadnień związanych z „trzecim wiekiem” (Laslett 1995) odnosi się, od tamtego okresu, przede wszystkim problematykę kształcenia ustawicznego (z dyskusyjną próbą ukształtowania dyscyplin pedagogicznych zajmujących się edukacją dorosłych i starszych osób), a w odniesieniu do rozszerzającej się indywidualnie i społecznie „czwartej fazy życia”² mówi się raczej o usługach społecznych. Podstawowe znaczenie ma przy tym komunalna struktura finansowania (*Bundessozialhilfegesetz* §75). Stwarza ona miejsce na cały szereg „otwartych pól zawodowych”, o które konkuruje ze sobą wiele różnych grup.

Pracownicy socjalni nie mają wprawdzie specjalistycznej wiedzy gerontologicznej, mogą się jednak wykazać szeroką perspektywą widzenia problemów, często wynikającą z długiego stażu zawodowego, dłuższego niż w przypadku np. większości znacznie młodszych pielęgniarzy. Pracownicy socjalni zaangażowani są w kierowanie domami opieki społecznej, w pracę służb społecznych, w działanie punktów mediacyjnych, zajmujących się zarządzaniem przypadkiem (*case management*), wprowadzają oni w życie profesjonalizację służb ambulatoryjnych itp. Jakkolwiek ich dyscypliny pierwotne – pedagogika, pedagogika socjalna czy nauka o pracy socjalnej, nie są przy tym wcale uwzględnione w wielodyscyplinarnym ujęciu gerontologii (poza nielicznymi znaczącymi przypadkami, takimi jak „kształcenie ustawiczne”), to właśnie dzięki tej wielodyscyplinarnej gerontologii – zorientowanej praktycznie „gerontologii interwencyjnej” (por. Wahl, Tesch-Römer 2000) w widoczny sposób dostają „wiatru w żagle”. Gerontologia interwencyjna nie stworzyła bowiem (jeszcze) żadnej profesji, która byłaby w stanie wcielać w życie wielo- i interdyscyplinarną wiedzę na temat interwencji, poza profesjami medycznymi. Nie obserwuje się jeszcze w Niemczech gwałtownych zmian profesjonalizacji w sferach *public health*, nauki o opiece zdrowotnej i pielęgniarstwie.

Prawie 10 lat temu sytuacja zmieniła się praktycznie w mgnieniu oka: wraz z wprowadzeniem społecznych ubezpieczeń pielęgnacyjnych cały system został przekształcony z dnia na dzień. Od tego momentu profesjonalnie wykonywane jest wyłącznie to, co będzie opłacone, a dokładniej – co będzie opłacone poprzez ubezpieczenie pielęgnacyjne. Ono stanowi tu forpocztę procesów ekonomizacji usług i świadczeń socjalnych. W odniesieniu do rynku pracy w sferze pomocy osobom starszym trudno wyobrazić sobie skuteczniejsze rozwiązanie. Można wprawdzie znaleźć jeszcze kilka argumentów za przeprowadzeniem np. ekspertyzy w pracy socjalnej, ale ta już nie jest refinansowana, a co za tym idzie – przynajmniej na razie nie ma dla niej świetlanej przyszłości. Wprowadzone rozwiązania są tym skuteczniejsze, że gerontologia interwencyjna może kształcić coraz więcej absolwentów w dziedzinie nauk o zdrowiu i pielęgniarstwa, jak też się dzieje³.

² Tzw. czwarta faza życia była między innymi tematem Berliner Alterstudie (Baltes, Mayer 1999).

³ W związku z powyższym należałoby również zbadać strukturę preferencji pracowników socjalnych. W większości podstawowych kierunków kształcenia pracowników socjalnych w niewielkim stopniu uwzględnia się perspektywy pytań i grup docelowych związane z gerontologią. Nie jest to

Jak wykorzystać nowe szanse

Na tym mogłaby się zakończyć względnie krótka historia swoistych „pięciu minut” pracy socjalnej w dynamicznie rozrastającym się obszarze pomocy osobom starszym. Tak się jednak stać nie musi, jeśli wykorzysta się nowo pojawiającą się szansę. Zamierzam tu ją przedstawić i opierając się na trzech celowo odmiennych przykładach, wskazać jak bardzo zmieniły się warunki świadczenia profesjonalnych usług w dziedzinie pomocy osobom starszym w ciągu ostatnich 10 lat.

Pierwszym widocznym obszarem zmian, będącym jednocześnie podstawą materialną pracy socjalnej jest polityka społeczna. Już tylko w czasie obowiązywania nowych ubezpieczeń opiekuńczych, w związku z ostrymi cięciami budżetowymi na cele socjalne, zrealizowano poprzez ustawę stawiającą jak żadna inna na twarde, ekonomiczne wzorce profesjonalizmu co najmniej dwie istotne zmiany. Dzięki niej po raz pierwszy otwarty został katalog pełnionych usług (Schmidt 2005). Po drugie, nowa ustawa mówi o budżecie zorientowanym na klienta, co jest nową próbą realizacji zarządzania ukierunkowanego na skuteczność⁴ – klient zyskuje znacznie większą swobodę wyboru i definiowania działań, a nacisk kładzie się na możliwość pertraktacji, kto ma być wykonawcą poszczególnych zadań. Tymi sposobami można by znacznie zmodyfikować opisywane już przez Etzioniego zjawisko małej autonomii działania, powodowanej silnym zakotwiczeniem w strukturach biurokratycznych. Celu tego nie uda się jednak osiągnąć bez pewnego złagodzenia podejścia – doświadczenia międzynarodowe wykazują, jak podstawowe znaczenie w tym kontekście ma opieka środowiskowa oraz udzielanie szeroko pojmowanego wsparcia (por. Eggers, Römer-Kirchner, Schmidt 2005, s. 46)⁵.

Oczywiście nie odbiera to w żadnym stopniu mocy ekspertyzom przedstawiającym przeciwnie wnioski. Według nowej logiki rozliczania (np. *diagnosis related groups*) rozszerza się „przepaść kulturowa” między ekspertyzami medycznymi i społecznymi – najwyraźniej na niekorzyść tych ostatnich⁶. *Implicite* uznaje się jednak (mimo niezmiennej polityki ścisłych oszczędności), że **opieka nastawiona wyłącznie na kompensowanie deficytów nie jest adekwatną odpowiedzią na aktualny problem społeczny ogromnych rozmiarów**. Staje się też coraz bardziej oczywiste, że przy malejącej uniwersalizacji, słabszym wsparciu ze strony państwa socjalnego oraz zindywidualizowanych programach aktywizowania

zjawisko specyficznie niemieckie: „Most social work students prefer to work with nonelderly clients” (Cummings, Adler, DeCoster 2005, s. 644).

⁴ Więcej na temat zarządzania zorientowanego na skuteczność w kontekście lokalnych ofert domowej opieki nad osobami starszymi zob. Schröder (2005).

⁵ Więcej na temat praw socjalnych związanych ze zdrowiem oraz zmian wprowadzanych w dziedzinie integralnego zaopatrzenia i zadań pracy socjalnej w tym zakresie: zob. Greuel, Mennemann (2006).

⁶ Nie oznacza to w żadnym wypadku, że w ten sposób klasyczne zawody i ich poszczególni przedstawiciele zyskują na ważności i zwiększają swą władzę w zakresie definiowania problemów. Dzięki wprowadzaniu nowych systemów przeliczeniowych zwiększa się raczej rola nowych organizacji (szpitale, kasy chorych) i ich pozycja w branżowych związkach zawodowych.

istnieje konieczność zapewnienia większej swobody działania. Stwarza to szansę i kusi możliwością zdobycia władzy, co wcale nie musi przynieść korzyści pracy socjalnej.

W ostatnich 10 latach nasiliła się debata dotycząca potencjału zaangażowania i sieci społecznych. W przypadku zaangażowania obywatelskiego debata ta wkracza w kolejny etap – również i tu sfera pomocy osobom starszym zaczyna mieć znaczenie paradygmatyczne dla dalszego szerokiego rozwoju⁷. Coraz szerzej akceptuje się więc opinię, że praca wykonywana społecznie powinna się stać stałym elementem usług społecznych (dobrym przykładem jest opieka nad osobami starszymi). W debacie nad korzystaniem z segmentów sieci społecznych pojawiają się przy tym nowe kategorie, jak *long distance caring*. W tym kontekście mówi się o wielkim **wyzwaniu dla badania sieci społecznych w krajach zachodnioeuropejskich, gdzie coraz szerzej uwzględniać należy kontekst życia w społeczności coraz bardziej mobilnej, pluralistycznej i zindywidualizowanej i gdzie losy jednostki są coraz bardziej niepewne i zmienne** (Kahn, Antonucci 1980), a historia życia dzieli się na etapy coraz to nowych związków z dziećmi bądź bez dzieci...

Także w dyskusjach międzynarodowych, między innymi za sprawą inicjatyw Światowej Organizacji Zdrowia (Gröne, Garcia-Barbero 2001) kształtuje się w sferze opieki nad osobami starszymi nowe podejście. **Reorientacja na „opiekę zintegrowaną” (*integrated care*) także polega na łączeniu działań pielęgnacyjnych i opiekuńczych, dążeniu do współpracy wielu profesji we wspólnym procesie kierowania przypadkiem i koncentrowaniu się raczej na wpływie (*impact*) niż na wydajności (*output*) profesji⁸**. Jednak kwestia wspólnego osiągnięcia wpływu, zdolności rozwiązywania problemów w ramach coraz bardziej wyspecjalizowanych instytucji jest problematyczna, zarówno zresztą w dziedzinie pomocy osobom starszym, jak i w całym sektorze opieki. Ta dezintegracja pomocy nie jest w wielu krajach zachodnioeuropejskich już tylko marginalnym problemem, na co uczuła WHO w jednym ze swych dokumentów: „It may be concluded that much work has been carried out regarding the division of labour, however, the coordination and integration of the parts of the health systems has been neglected. There is a lot that can be learned from the industrial sector, from technological developments and from international comparisons. Payment mechanisms, referral systems, guideline and professional education are major means to guide structures and processes in the health system in order to achieve high quality outcomes” (Gröne, Garcia-Barbero 2001, s. 5).

Sytuacja przedstawia się jeszcze gorzej, gdy uwzględni się wyzwania demograficzne, potrzeby jednostek, ich prawa, a wreszcie kryterium efektywności. W tekście Światowej Organizacji Zdrowia opisane jest to jako ponadnarodowa tendencja w dziedzinie leczenia: „the driving forces for the reform process are similar in many countries. On the

⁷ Więcej na temat tej dyskusji zob.: Lessenich, Otto (2005).

⁸ „A care chain is a well-planned entity of inter- and intra-organisational care processes, which are focused to solve the complexity of problems by an individual client, and accompanied with systematic follow-up actions. Care chains are integrated to the extend that there are no gaps, barriers or breaks in the process leaving the client without proper care“ (Carmen Network 2003). Kwestie definicyjne zob. w: Kodner, Spreeuwenberg (2002). Przegląd dotyczący krajów Europy Zachodniej w: Leichsenring, Alaszewski (2004).

demand side, demographic and epidemiological changes, rising expectations of the population and patients' rights require a reform of the health system. On the supply side, the development of medical technology and information systems and restrictions from economic pressures call for reforms to contain costs. Whereas demand-side factors mainly force the integration of services, supply-side factors such as medical technology and information systems may facilitate it" (Gröne, Garcia-Barbero 2001, s. 2).

W ramach podejścia zintegrowanego próbuje się wzmacniać kompetencje samopomocy u klientów, wydobywać ich własny potencjał autonomii i systematycznie wspierać źródła autonomii w ramach sieci społecznych, ograniczając związane z tym negatywne oddziaływania (por. Bauer, Otto 2005; Otto, Bauer 2005)⁹. Poparcie dla tego typu podejścia odnaleźć można zarówno w debatach toczących się w ramach tej dyscypliny, jak i w dyskusjach wykraczających daleko poza jej granice.

Zarysowane powyżej tendencje wskazują na istnienie granic, jakie napotyka się przy zastosowaniu konwencjonalnych wzorców profesjonalizacji w odniesieniu do radzenia sobie z „przeciętnymi ryzykami życiowymi” w pomocy osobom starszym. Napotykanne ograniczenia nie są zjawiskiem nowym, jednak właśnie w opisywanej tu dziedzinie stają się one szczególnie szkodliwe. W dalszej części artykułu bariery te będą jednak przedstawiane jako wyzwania. Postrzegać je można bowiem w perspektywie interwencji całościowych, a więc świadczeń i usług o wysokiej jakości oraz adekwatnych kompetencji rozwijanych w ramach sensownej całości organizacyjnej. Ten sposób myślenia wpisuje się w perspektywę „ujęć zintegrowanych”.

Współpraca między profesjami

Punktem wyjścia, który stwarza szansę dla rozwoju pracy socjalnej, jest coraz częstsza możliwość **współpracy między profesjami**. Praktykując ją, bazuje się na dwóch kompleksowych wskazaniach teoretycznych. Po pierwsze, wiedza i kompetencje jednej dziedziny nie wystarczają (już) do skutecznego i długofalowego opracowywania wielu zagadnień. Współcześnie znacznie częściej mamy do czynienia ze **złożonymi, kompleksowymi problemami** – klientami pracowników socjalnych są osoby obciążone problemami bardzo roz-

⁹ Przykładem tego typu podejścia jest debata wokół zintegrowanych systemów pomocy: „Who ever has worked with mixed groups consisting of medical, socio-medical and social professionals, knows about the cultural cleavages between these groups but also about the fact that structural and hierarchical divisions are often much more significant. Once the various professionals start talking to each other, conflicts and different perspectives often can be resolved. Still, hierarchies remain to be decisive of it comes to develop a common understanding, for instance the definition of ‘autonomy’, or a shared care concept. In particular, the medical orientation towards ‘healing’ often clashes with the needs of persons who depend on long-term care. Also, wrong incentives presented by, for instance, DRG-financing of hospitals, have contributed to the so-called ‘cultural’ divide between health and social care systems. Furthermore, differences in status and hierarchy that are increasingly challenged by the nursing professions complicate the cooperation between physicians and nursing professions” (Leichsenring 2004).

maitego pochodzenia i charakteru – materialnymi, socjalnymi, psychicznymi, zdrowotnymi i prawnymi.

Drugie wskazanie teoretyczne mówi o **silnie narastających problemach**. Dostrzega się tu znaczne „przeciążenie” klasycznych zawodów i systemów zawodowych oraz „przeciążenie teoretyczne” całościowych ujęć w pracy socjalnej, które poszukują rozwiązań, odnosząc się do pojedynczej osoby. W tym ujęciu dostrzega się szansę dla pracy socjalnej jako profesji wykraczającej poza granice dyscyplin, łączącej różne dziedziny, interakcyjnej i zorientowanej na dyskurs¹⁰.

Funkcja polityki społecznej we współpracy między profesjami polega więc na radzeniu sobie z wysokim stopniem niepewności w dziedzinach, które zmagają się z problemami coraz bardziej oddalającymi się od normalności, ze szczególnymi i niemożliwymi do standardowego opisanie konstelacjami problemów. Jej zadanie jest w każdym razie znacznie poważniejsze niż zwykła koordynacja działań.

We współpracy między profesjami ważną i solidną bazą okazuje się być często porozumienie co do narzędzi oceny (o ile jest ono w ogóle możliwe). Może być ono tworzone w danym układzie lub opierać się na istniejących klasyfikacjach i instrumentach¹¹, przy czym nie musi być to koniecznie proces interdyscyplinarnych poszukiwań. W ramach przeprowadzania ocen, na przykład w dziedzinie geriatry, wykazać można, że ewaluacja przeprowadzona wielostopniowo „w majestacie danej dyscypliny” może prowadzić do właściwych wyników.

W zintegrowanym planie pomocy i podejściu do przypadku chodzi jednak właśnie o to, by **podejmować działania odpowiadające na konstelacje wielu problemów, względnie takie rozwiązania, które służą „wytwarzaniu dobrobytu” poprzez powiązane działania wieloprofesjonalne i całościowe**. Dlaczego często nie udaje się zrealizować takich planów? Częściowo wytłumaczyć to można, odwołując się do teorii organizacji. Definiowanie i rozwiązywanie problemów przez organizacje zależy, na jej gruncie, nie tylko od czynników środowiskowych, lecz również strukturalnych. Organizacje konstruuja koncepcje i interpretacje oraz tworzą własne środowisko na podstawie „map poznawczych” (*cognitive maps*) (Weick 1985). Problemy te są analizowane, rozpracowywane i niwelowane jedynie w kategoriach dostępnych rozwiązań (March, Olsen 1976). Aktualnie podejmowane decy-

¹⁰ Pola zawodowe, na których pracuje się zgodnie z taką filozofią, to oprócz usług socjalnych w szpitalach, domach starości czy placówkach psychiatrycznych takie dziedziny jak: praca z narkomanami, ofiarami gwałtów, młodocianymi przestępcami oraz punkty poradnictwa socjalnego. Wiele z tych pól zawodowych nie jest jeszcze w pełni ukształtowanych. A tam, gdzie są praktykowane, nie doczekały się – oprócz może pomocy młodocianym przestępcom oraz pewnych praktyk w ramach pracy socjalnej w szkołach, rehabilitacji i psychiatrii – konkretnych regulacji instytucjonalno-profesjonalnych. Liczne zawody powstają w swej „fazie pionierskiej” poniekąd w związku z implementacją innej profesji w tradycyjnym polu zawodowym.

¹¹ Na tym opiera się propozycja, by również ze strony pracy socjalnej sprawdzać dokładnie, na ile RAI (*Resident Assessment Instrument*) czy też schemat ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*) dadzą się sensownie zastosować jako język przekraczający jedną tylko dyscyplinę.

zje odwołują się przy tym do decyzji wcześniejszych, tych przewidywanych w przyszłości (por. March, Simon 1958; March 1988; Luhmann 2000).

Z tego punktu widzenia „profesjonalizacja współpracy między zawodami” wydaje się opcją bezalternatywną, podobnie jak zarządzanie przypadkiem, gdzie w perspektywie sieci społecznych próbuje się łączyć pracę nad przypadkiem z rozwojem strukturalnym. Inaczej mówiąc, chodzi tu raczej o świadczenia i usługi o coraz wyższym stopniu profesjonalizacji w perspektywie całego systemu organizacyjno-kulturowego niż o izolowaną profesjonalizację indywidualnie działających jednostek.

Faktem wytłumaczalnym teoretycznie jest, że **współpraca między zawodami napotyka uparcie linie konfliktów – zwłaszcza gdy chcą się w nią włączyć „słabe” profesje**. Wątku tego nie będę tu jednak szeroko omawiał¹². Wystarczy wspomnieć, że wytwarza się hierarchia zawodowa, która ustalana jest w uproszczeniu, na podstawie uznania, statusu, pozycji i wynagrodzeń. W konkretnych sieciach społecznych oraz wielodyscyplinarnych zespołach jest ona ustawicznie pertraktowana, a praca socjalna nie jest zresztą w tej walce „o uznanie” bez szans. Z punktu widzenia tej „teorii profesji” nie dziwi więc, że szczególnie w trakcie konfrontacji dyscyplin naukowych reprezentujących odmienne pozycje w danym obszarze uruchamiane zostają procesy hierarchizowania – na jednym biegunie mamy tu zorientowaną na nauki przyrodnicze medycynę oraz bazującą na dowodach ujęcia w obrębie różnych dziedzin, na drugim biegunie – wciąż dewaluowane podejścia opierające się na dyskusowaniu, na doświadczeniu i badaniu środowiska. Hierarchia jest szczególnie silna w polach zawodowych hierarchizowanych na etapie kształcenia, jak dzieje się to w sektorze opieki medycznej, gdzie przypisania statusowe wiążą się z rodzajem posiadanego dyplomu. Hierarchia występuje natomiast w łagodniejszej formie, gdy współpracują ze sobą posiadacze różnych dyplomów oraz przedstawiciele zawodów „starych” (np. lekarze, prawnicy, psychologowie), młodszych (np. pracownicy socjalni) oraz całkiem nowych (naukowcy zajmujący się opieką).

Po przedstawionych powyżej argumentach, uzasadniających rolę współpracy między profesjami w kategoriach kompleksowego zapotrzebowania oraz warunków brzegowych zatrudnienia, warto także zauważyć, że duże znaczenie dla analizowanych zagadnień mają czynniki związane z władzą, uznaniem i habitusem. W tych właśnie obszarach uruchamiane są kolektywne procesy zdobywania, osiągnięcia, zabezpieczania i legitymowania zakresów kompetencji (Abbott 1988), one stanowią ośrodek procesów zmian splotów zależności i podziału pracy między profesjami walczącymi o swe uznanie (Hughes 1984).

Poszukiwanie szerszego kontekstu

Drugim czynnikiem, który stwarza dla pedagogiki socjalnej nowe możliwości w sferze pomocy osobom starszym, jest specyfika klientów. W tej bowiem dziedzinie, odmiennie niż w innych, regułą jest, że **poszczególne przypadki nie dotyczą wyizolowanych, niez-**

¹² Na temat porównania możliwości pracowników pedagogiki socjalnej w środowisku szkolnym i szpitalnym zob. Bauer, Otto (2005a).

leżnych od otoczenia osób. Jest to rozumienie charakterystyczne dla zawodów refleksyjnych – w przeciwieństwie do koncepcji traktujących przypadki w perspektywie klinicznej, a więc zorientowanej na odosobnione wypadki, tu pojęcie przypadku ujęte jest w ramy rekonstruktywnej kategorii z dziedziny nauk społecznych. O tyle przedstawienie, historia, sprawozdanie i rekonstrukcja przypadku nie odwołuje się do poszczególnych klientów w ich jednostkowej egzystencji, w więc do indywidualnych przypadków jako takich, lecz orientuje się (w przeciwieństwie do klasycznej pracy nad przypadkiem) na kontekst społeczny i konstelacje, w których żyje jednostka, badając w tej perspektywie rodziny, inne grupy pierwotne i organizacje, takie jak: szkoły, zakłady pracy, kliniki itp. (por. Dewe, Otto 2001). **Chodzi tu o człowieka w jego przestrzennych i społecznych układach** – co jest ujęciem zbyt pojemnym dla wielu „właściwych profesji”, które się przed takim właśnie podejściem wzdragają. Na przykładzie sfery pracy z osobami starszymi da się wyraźnie pokazać, jak mogłaby wyglądać radykalna realizacja zasady „od zobowiązania – do poszukiwania szerszego kontekstu” – w sensie zarówno jej pozytywnych, jak i negatywnych aspektów¹³.

Przyjmowanie szerokiej perspektywy sieciowej jest atutem pracy socjalnej, wymaga ono jednak pewnych szczególnych kompetencji. Obejmują one metody diagnozy społecznej, ocenę zasobów indywidualnych, sytuacyjnych i społeczno-przestrzennych, bezpośrednie i pośrednie interwencje w sieci społeczne, a także dostarczanie zorganizowanego wsparcia opierającego się na całościowej analizie przypadku i coraz wyższych kwalifikacjach jednostek i instytucji. Z jednej strony zastanawiające jest, jak wiele rozpowszechnionych metod, koncepcji i paradygmatów pracy socjalnej odwołuje się do sieci społecznych i ich kontekstu społecznego, a więc do „przypadku rozszerzonego kontekstualnie” (por. Otto 2005b). Z drugiej strony, to odwołanie się do sieci społecznych ogranicza się często do uzasadnień teoretycznych i retoryki i rzadko jest konsekwentnie stosowane w pracy. Oprócz tego, „profesjonalne ograniczenie profesjonalizacji” jest nad wyraz delikatnym zadaniem. Bardzo trudno jest pracować z klientami, orientując się na sieci społeczne, ponieważ większość z nich woli uciekać od uszczuplającego autonomię uścisku nieformalnych układów pomocowych w kierunku jednoznacznie bezosobowej pomocy, odbieranej jako mniej inwazyjna.

Koprodukcja

Trzecim czynnikiem, który przysparza szans rozwoju nowej pedagogice socjalnej w takich polach jak pomoc osobom starszym jest **koprodukcja**, rozumiana znacznie szerzej niż tylko jako udział klientów (por. Herder-Dorneich, Kötz 1972). Jest to podejście pojawiające się nie tylko w dynamicznie rozwijających się obszarach usług, lecz zyskuje ono

¹³ Niemieckie ubezpieczenie pielęgnacyjne stwarza tu problematyczne warunki brzegowe. Po pierwsze, nie operuje pojęciem zintegrowanych wyników i zintegrowanej opieki. Po drugie, nie dąży do wykrystalizowania się tych pojęć. Po trzecie – co gorsza – utrudnia procesy integrowania. Nie troszczy się ani o klimat zintegrowanej opieki instytucjonalnej, ani o zintegrowane podejście do przypadku.

także coraz większe znaczenie w polityce społecznej¹⁴. Przykład pomocy osobom starszym pokazuje tu szczególnie dobitnie, że profesjonalna pomoc jest tylko „wierzchołkiem góry lodowej” i że w społeczeństwie długiego oczekiwanego życia oraz kruchych sieci społecznych (Otto 2005; 2005a) niezbędne jest konsekwentne kształtowanie profesjonalnej pomocy jako samopomocy i „autonomicznej praktyki życiowej”. Oznacza to jednocześnie, że bezpośrednia pomoc, profesjonalne działanie „w zastępstwie” (Dewe, Otto 2001) – a więc **model „opieki i pielęgnacji” – musi ustąpić miejsca zarządzaniu przypadkiem opartemu na aranżacji, budowaniu sieci, aktywizowaniu i stwarzaniu możliwości działania. Żadna inna profesja nie ma tylu doświadczeń w dziedzinie tak rozumianej koprodukcji jak praca socjalna.**

Dotychczas przedstawiałem pewne zjawiska jako szanse. Na koniec tych rozważań należy postawić pytanie: co czyni z pracowników socjalnych cennych profesjonalistów „państwa usamodzielniającego” (*enabling state*)? Nasuwa się także pytanie, co pracownicy socjalni muszą uczynić, by się takimi stać.

Realne perspektywy?

Należałoby oczywiście dużo dokładniej zbadać, jakie kwalifikacje muszą posiadać pracownicy socjalni, by móc wykazać się kompetencjami adekwatnymi do opisywanych przeze mnie wyzwań. Obecnie przewaga pracowników socjalnych wynika w dużym stopniu z faktu, że inne profesje zbyt daleko zapędziły się z dążeniu do profesjonalizacji. Fascynujące jest w każdym razie obserwowanie, jak niektóre z nowych i starych profesji odwołują się do wiedzy i koncepcji pracy socjalnej¹⁵ (i to w perspektywie międzynarodowej, w zgodzie z ujęciem WHO i już dwudziestoletnimi koncepcjami amerykańskimi). Dokonuje się w nich przemiana – od podejścia zorientowanego na deficyty w opiece nad chorymi do rozwijania pracy nad zdrowiem, w której opiekę definiuje się jako „uzyskanie, wspieranie bądź przywrócenie autonomii w codziennym życiu” i gdzie dąży się do uwzględniania nie tylko stanu fizycznego osoby, ale również aspektów psychicznych i społecznych¹⁶.

Te atuty pracy socjalnej da się zachować tylko przy systematycznej dbałości **o jej podstawy w sferze kwalifikacji zawodowych oraz otwarte i refleksyjne, a nie „technologiczne” metody.** Wymaga to dalszego rozwoju form pracy uwzględniających biografię klienta oraz ocenę odwołującą się do sieci społecznych. Do tego trzeba dodać konieczność budowania opierających się na sieciach społecznych strategii wsparcia, podnoszenia kompetencji osób

¹⁴ Engelbert i Kaufmann piszą, odnosząc się do polityki na rzecz dobrobytu dzieci, że podstawowe rozważania w perspektywie mikro „doprowadziły do relatywizacji znaczenia ujęć dotyczących państwa o rozbudowanym systemie ubezpieczeń społecznych” i że w związku z tym „istnieje potrzeba rozwoju skutecznej koprodukcji z rodzinami. Indywidualny dobrobyt dzieci nie jest w żadnym razie – tak jak i dobrobyt członków innych grup społecznych – jedynie funkcją dostępnych środków, lecz rezultatem odpowiednich preferencji oraz kompetencji do ich mobilizacji i realizacji” (Engelbert, Kaufmann 2003, s. 87). Por. również Engelbert (1999) oraz BMFSFJ (2005).

¹⁵ Na temat koncepcji działań, oznak habitusu, częściowo także teorii: Riemann 2000.

¹⁶ <http://www.deutscher-pflegerat.de/documents/MDK-10Jahre-PV2005-04-01.pdf>. Por. również różnice między *caring* i *nursing* w języku angielskim.

prowadzących dane przypadki, zwiększania umiejętności organizacji i sieci wieloprofesjonalnej oraz nieformalnej współpracy, które prowadzą do rzeczywiście zintegrowanych działań. Warto pokusić się także o refleksję na temat warunków brzegowych. Otwarte pozostaje pytanie, w jakim stopniu opisywane tendencje ograniczają się do segmentów pomocy osobom starszym, podczas gdy na bezpośrednio sąsiadujących obszarach stosuje się nadal dawne metody „podziałów kulturowych” (*cultural divide*), co działa zdecydowanie na niekorzyść pracy socjalnej.

Trzeba także zauważyć, że aby aktywnie wykorzystać istniejącą szansę, nie należy owych „eksperymentalnych” pól działania pozostawiać na długo w rękach przedstawicieli innych grup zawodowych (błąd taki popełniono w dziedzinach związanych ze zdrowiem oraz w kierowaniu wsparciem). Nie należy ryzykować utraty perspektywy zorientowanej na „całego człowieka”, czym grozi praca ograniczająca się ściśle do pojedynczych przypadków. Problemem okazuje się tutaj jednak pewna niesygnalizowana przeze mnie wcześniej „słabość” pracy socjalnej, a mianowicie nieumiejętność przekonania do siebie tych pól zawodowych, które byłyby dla niej szczególnie cenne ze względu na bazę teoretyczną, instrumentarium metodologiczne oraz tradycje zawodowe. To zresztą, jak często w taki właśnie sposób marnowano tę szansę, jest ciekawym zagadnieniem, ale wykraczającym poza ramy tego artykułu.

Otwarte pozostaje pytanie, kto oprócz pracowników socjalnych zyskałby, gdyby w pracy socjalnej udało się wykorzystać naszkicowaną przeze mnie szansę. Odpowiedź jest niejednoznaczna. Z jednej strony nie o to wszakże chodzi, by w polu pracy socjalnej „stworzyć sztuczne linie demarkacyjne” (Riemann 2000, s. 30), które z założenia są przecież także kształtowane interdyscyplinarnie, a przy ich podtrzymywaniu wymóg współpracy między profesjami byłby zresztą absurdalny. Z drugiej jednak strony, gdyby praca socjalna w przekonujący sposób dalej rozwijała się wokół przedstawionych przeze mnie kompetencji, to – oprócz tworzenia konkretnych szans zawodowych – byłaby nośnikiem postępu w sferze rozwiązywania i lepszego radzenia sobie z opisywanymi, narastającymi problemami i nowymi zespółami potrzeb.

Tłumaczenie: Ewa Bacia i Maria Theiss

Bibliografia

- Abbott, A. (1988), *The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor*, Chicago, London.
- Baltes, P.B., Mayer, K.U. (red.) (1999), *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*, New York, Cambridge University Press.
- Bauer, P., Otto U. (red.) (2005), *Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten*. vol. 2: *Institutionelle Netzwerke in Sozialraum- und Kooperationsperspektive*, DGVT, Tübingen.
- Bauer, P., Otto, U. (2005a), *Kooperationsprobleme in der Schulsozialarbeit – Perspektiven im Vergleich von Schule und Krankenhaus*, „Zeitschrift für Sozialpädagogik”, nr 3, (1), 11–36.

- BMFSFJ (2005), Bundesministerium: 12 Kinder- und Jugendbericht.
- Carmen Network, 2003, *A glossary of terms for Integrated care for older people*. Internet <http://carmen.projects.boercroon.com/servlet/nl.gx.bnc.client.http.ShowObject?id=314895> (12.07.2006).
- Cummings, S.M., Adler, G., DeCoster, V.A. (2005), *Factors Influencing Graduate-Social-Work Students' Interest in Working with Elders*, „Educational Gerontology”, nr 31, 643–655.
- Cummings, S.M., Kropf, N.P., Cassie, K.M., Bride, B. (2004), *Evidence-based Treatment for Older Adults*, „Journal of Evidence-Based Social Work”, nr 1 (4), 53–81.
- Dewe, B., Otto, H.-U. (2001), *Professionalisierung*, (w:) H.-U. Otto, H. Thiersch (red.), *Handbuch Sozialarbeit/Sozialpädagogik* (s. 1399–1429), Luchterhand, Neuwied u.a.
- Eggers, S., Römer-Kirchner, A., Schmidt, R. (2005), *Budgets in der Pflege: Rechtliche Impulse und erste Erfahrungen*, (w:) S. Dieffenbach i in. (red.), *Management Handbuch Pflege*, Economica, Heidelberg. Internet www.fh-erfurt.de/so/homepages/schmidt/Managementhandbuch_Endfassung_04-12-21.pdf (13.03.2005).
- Engelbert, A. (1999), *Familien im Hilfenetz. Bedingungen und Folgen der Nutzung von Hilfen für behinderte Kinder*, Juventa, Weinheim und München.
- Engelbert, A., Kaufmann, F.-X. (2003), *Der Wohlfahrtsstaat und seine Kinder*, (w:) R. Kränzl-Nagl, J. Mierendorff, T. Olk (red.), *Kindheit im Wohlfahrtsstaat. Gesellschaftliche und politische Herausforderungen* (s. 59–94).
- Erlinghagen, M., Hank, K. (2005), *Participation of Older Europeans in Volunteer Work*. Discussion paper 71-2005, Mannheim Research Institute for the Economics of Aging (MEA), University of Mannheim. Internet www.mea.uni-mannheim.de/mea_neu/pages/files/nopage_pubs/0v0ohjjzj0wt6j7e_dp71-05.pdf (14.09.2005).
- Etzioni, A. (red.) (1969), *The Semi-Professions and their Organizations*, New York, London.
- Evers, A., Wintersberger, H. (red.) (1990), *Shifts in the Welfare Mix. Their Impact on Work, Social Services and Welfare Policies*, Frankfurt/M., Boulder: Campus/Westview.
- Greuel, M., Mennemann, H. (2006), *Soziale Arbeit in der Integrierten Versorgung*, Reinhardt, UTB, Stuttgart.
- Gröne, O., Garcia-Barbero, M. (2001), *Integrated Care. A Position Paper of the WHO European Office for Integrated Health Care Services*, „International Journal of Integrated Care”, nr 1, June – *Research and Theory*.
- Gross, P. (1985), *Liebe, Mühe, Arbeit. Abschied von den Professionen?* „Soziale Welt”, nr 36 (1), s. 60–82.
- Herder-Dorneich, P., Kötz, W. (1972), *Zur Dienstleistungsökonomie*, Berlin.
- Hughes, E.C. (1984), *Studying the Nurse's Work*, (w:) E.C. Hughes (red.), *The Sociological Eye. Selected Papers*, New Brunswick (USA), London.
- JSB GmbH (Bearbeiter: Asghari J., Bernzen C., Borsutzky A., Grote A. & Schöder J.W.), (2003), *Beispiele und Ansatzpunkte wirkungsorientierter Vertragsgestaltung auf dem Gebiet der sozialen Dienste unter besonderer Berücksichtigung der Hilfen zur Erziehung nach den §§ 27 ff. SGB VIII*, Projektbericht der JSB GmbH. Internet www.agj.de/pdf/themen/expertise.pdf (14.09.2005).

- Kahn, R.L., Antonucci, T.C. (1980), *Convoys Over the Life Course: Attachment Roles and Social Support*, (w:) P.B. Baltes, O.G. Brim (red.), *Life-Span Development and Behaviour* (s. 253–286), Academic Press, New York.
- Kodner, D.L., Spreeuwenberg, C. (2002), *Integrated Care: Meaning, Logic, Applications, and Implications – a Discussion Paper*, „International Journal of Integrated Care”, 14 November. Internet www.ijic.org/publish/articles/000089/article_print.html (15.10.2004).
- Laslett, P. (1995), *Das Dritte Alter. Historische Soziologie des Alterns*, Juventa Weinheim, München.
- Leichsenring, K., Alaszewski, A.M. (red.) (2004), *Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons. A European Overview of Issues at Stake* (European Centre for Social Welfare Policy and Research, Vienna), Ashgate, Aldershot, Kurzüberblick im Internet www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/procare-providing-europe-01.pdf (11.03.2005).
- Lessenich, S., Otto, U. (2005), *Das Alter in der Aktivgesellschaft – eine Skizze und offene Fragen zur Gestalt eines „Programms“ und seinen Widersprüchen*, (w:) U. Otto (red.), *Partizipation und Inklusion im Alter – aktuelle Herausforderungen* (s. 5–18), IKS Garmond, Jena.
- Luhmann, N. (1973). *Formen des Helfens im Wandel gesellschaftlicher Bedingungen*, (w:) H.-U. Otto, S. Schneider (red.), *Gesellschaftliche Perspektiven der Sozialarbeit 1* (s. 21–44), Luchterhand, Neuwied.
- Luhmann, N. (2000), *Organisation und Entscheidung*, Westdeutscher Verlag, Opladen.
- March, J.G., Simon, H.A. (1958), *Organizations*, Wiley, New York, London.
- March, J.G., Olsen, J.P. (1976), *Ambiguity and Choice in Organizations*, Univ.-Forl, Bergen.
- March, J.G. (1988), *Decisions and Organizations*, Blackwell, Oxford.
- Mittelstrass, J. (2002), Transdisciplinarity – New Structures in Science, (w:) U. Opolka, H. Schoop (red.), *Max Planck Forum 5: Innovative Structures in basic research* (s. 43–54), Max-Planck-Gesellschaft, München.
- Oevermann, U. (2000), *Professionalisierungsbedürftigkeit und Professionalisiertheit am Beispiel pädagogischen Handelns*, Ms.
- Otto, U. (2001), *Stichwortartikel „Altenarbeit“*, (w:) H.-U. Otto, H. Thiersch, (red.), *Handbuch Sozialarbeit/Sozialpädagogik* (s. 11–20), Luchterhand, Darmstadt, Neuwied.
- Otto, U. (2000), *Zwischen Drinnen und Draußen. Aspekte des Sozialmanagement in pädagogischen Handlungsfeldern*, „Neve Praxis”, nr 32.
- Otto, U. (2005), *Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung älterer Pflegebedürftiger – Potenziale, Grenzen und Interventionsmöglichkeiten im Lichte demografischer Befunde*, (w:) U. Otto, P. Bauer (red.), *Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. Vol. 1: Soziale Netzwerke in Lebenslauf- und Lebenslagenperspektive* (s. 471–514), DGVT, Tübingen.
- Otto, U. (2005a), *Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung Älterer – Status quo und Perspektiven im Lichte demografischer Befunde*, (w:) U. Otto, P. Bauer (red.), *Mit Netz-*

- werken professionell zusammenarbeiten. Vol. 1: Soziale Netzwerke in Lebenslauf- und Lebenslagenperspektive (s. 433–470), DGVT, Tübingen.
- Otto, U. (2005b), *Sozialtheoretische und -interventorische Paradigmen im Licht der sozialen Netzwerk- und Unterstützungsperspektive – Konvergenzen und Herausforderungen*, (w:) U. Otto, P. Bauer (red.), *Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. Vol. 1: Soziale Netzwerke in Lebenslauf- und Lebenslagenperspektive* (s. 85–129), DGVT, Tübingen.
- Otto, U., Bauer, P. (red.) (2005), *Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. Vol. 1: Soziale Netzwerke in Lebenslauf- und Lebenslagenperspektive*, DGVT, Tübingen.
- Riemann, G. (2000), *Die Arbeit in der sozialpädagogischen Familienberatung. Interaktionsprozesse in einem Handlungsfeld der sozialen Arbeit*. Weinheim, Juventa, München.
- Schmidt, R. (2005), *Geteilte Verantwortung: Angehörigenarbeit in der vollstationären Pflege und Begleitung von Menschen mit Demenz*, (w:) U. Otto, P. Bauer (red.), *Mit Netzwerken professionell zusammenarbeiten. Vol. 1: Soziale Netzwerke in Lebenslauf- und Lebenslagenperspektive* (s. 575–616), DGVT, Tübingen.
- Schröder, J.W. (2005), *Wirkungsorientierte Steuerung lokaler Angebote der häuslichen Altenhilfe und -pflege*, (w:) U. Schneekloth, H.W. Wahl (red.), *Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung in privaten Haushalten (MuG III)* (s. 203–226). München, Internet www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/mug3-ingerietter-gesamtbericht.property=pdf.pdf (30.09.05).
- Schütze, F. (1992), *Sozialarbeit als „bescheidene“ Profession*, (w:) B. Dewe i in. (red.), *Erziehen als Profession* (s. 132–170), Opladen.
- Wahl, H.-W., Tesch-Römer, C. (red.) (2000), *Angewandte Gerontologie in Schlüsselbegriffen* (s. 3–11), Stuttgart u.a.
- Weick, K.E. (1985), *Der Prozeß des Organisierens*, Suhrkamp, Frankfurt/M.

‘Enabling state’ and its social work. Integrated help as a strength of a weak profession

All the developed economies in the world use social work to deal with the current social problems, however in very different models. The number of social workers varies significantly among the countries, which results from the different assessments of social work capacity of solving the problems. In Western Countries the symptoms are to be seen that point to the growing importance of social work. This article analyses this tendency at the example of Germany. However Germany refutes the low status of this profession, it can demonstrate a new tendency in the field of social work. Strong points of social work derive surprisingly from its weaknesses, that is: a) social work is, because of its status, less hermetic than other professions that are practiced in expert manner exclusively, b) the fact that social work doesn't refer to narrow specialist indications means its potential strength – namely the interest in the “human being as a whole”. Taking that perspective, the German example allows to show in the article that in different areas of social policy there is a need for sort of “unprofessional professionalism” and the integral expertise, differing from those conducted in solely one discipline.