27

Elizabeth Harlow
Stephen A. Webb

Technologie informacyjno--komunikacyjne w pracy służb społecznych

Człowiek – najlepsza inwestycja!

Nowa Praca Socjalna

Elizabeth Harlow
Stephen A. Webb

Technologie informacyjno--komunikacyjne w pracy służb społecznych

Warszawa 2014

Redakcja:
Elizabeth Harlow
Stephen A. Webb

Copyright © Jessica Kingsley Publishers
First published in the UK in 2003 by Jessica Kingsley Publishers Ltd
73 Collier Street, London, N1 9BE, UK
www.jkp.com
All rights reserved

Wydawca:
Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich
Aleje Jerozolimskie 65/79, 00–697 Warszawa
Tel.: 22 237 00 00
Fax: 22 237 00 99
e-mail: sekretariat@crzl.gov.pl
www.crzl.gov.pl

Opracowanie merytoryczne, druk i dystrybucja serii publikacji na zlecenie CRZL:
WYG International Sp. z o.o.
ISBN 978–83–7951–301–7 (seria)
978–83–7951–328–4 (27)

Skład:
AgrafKa Sp. z o.o.

Publikacja bezpłatna

Nakład: 3000 egzemplarzy

Publikacja współfinansowana ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY

Słowo wstępne

Oddajemy do rąk Czytelników serię publikacji będących efektem pracy ekspertów i specjalistów z zakresu polityki społecznej, w szczególności pomocy społecznej. Celem niniejszej serii było przybliżenie najważniejszego dorobku teoretycznego i praktycznego państw Europy Zachodniej i USA w zakresie nowatorskich koncepcji i metod prowadzenia pracy socjalnej. Chodziło o przybliżenie nie tylko rozwiązań i teorii zupełnie nowych także w tamtych krajach, ale także i takich, które już zdążyły „okrzepnąć" i były poddawane wielostronnym ocenom, choć w naszym kraju wiele z nich wciąż pozostaje nieznanymi lub niedocenianymi. Część publikacji dotyczy nowych rozwiązań, co prawda już funkcjonujących w naszych realiach, jednak często realizowanych jedynie w ramach pojedynczych projektów, wartych jednak szerszego upowszechniania, adoptowania i testowania w polskich warunkach. Przykładem może tu być chociażby tworzenie sieci franszyzy społecznej czy asystentury dostępnej w różnych sferach życia osób z niepełnosprawnością.

Adresatami opracowań są przede wszystkim praktycy, działający w jednostkach pomocy społecznej i realizujący jej ustawowe cele. Szczególnie ważnymi odbiorcami są pracownicy socjalni, których chcemy wyposażyć w nowe informacje oraz dostarczyć im wiedzy, która może zaowocować nowymi przedsięwzięciami, podejmowanymi przez nich w społecznościach lokalnych. Pracownicy socjalni w naszym kraju są bowiem grupą zawodową, której powierzono w ostatnich latach wiele zadań z zakresu pomocy społecznej, nie zawsze jednak wyposażając ich w odpowiednie i niezbędne do ich realizacji instrumenty. Najważniejszym zadaniem pracowników socjalnych jest wsparcie słabszych grup społecznych w pokonywaniu ich problemów: w wychodzeniu z ubóstwa, izolacji społecznej i nieporadności życiowej. Od sposobu zdefiniowania problemu, z którym boryka się człowiek – adresat przedsięwzięć podejmowanych w sferze pracy socjalnej, przyjętej wobec niego postawy (paternalistycznej bądź partnerskiej), dostrzegania całego kontekstu sytuacyjnego, często wiele zależy. Pracownik socjalny może w swojej pracy pełnić wiele ról - być coachem, doradcą, brokerem, pośrednikiem, mediatorem, negocjatorem bądź inicjatorem aktywności lokalnej. Aby unikać zrutynizowanego działania i jednocześnie zwiększać kompetencje zawodowe pracowników socjalnych potrzebna

jest szeroka wiedza w zakresie różnorodności metod ich pracy, obowiązujących standardów, znaczenia tworzenia sieci wsparcia koleżeńskiego, eksperckiego, superwizyjnego – zarówno nieformalnego, jak i ujętego w zasady współpracy, które można i należy wypracowywać lokalnie, także z reprezentantami innych instytucji.

W jaki sposób pracownicy instytucji pomocy społecznej mogą zatem towarzyszyć swoim klientom, beneficjentom, podopiecznym? Jak mogą wspomagać proces ich powrotu do życia w rodzinie i społeczeństwie, nauczyć dbania o istotne relacje międzyludzkie, odpowiedzialności za własny los, pokonywania lęków związanych z podejmowaniem nowych zobowiązań, wskazywać drogi wyjścia z sytuacji kryzysowych? Która z ról, w danym czasie, będzie najodpowiedniejsza w tym konkretnym, indywidualnym przypadku? Ufamy, że na te i wiele innych pytań, pracownicy znajdą odpowiedzi w przekazanych im publikacjach.

W polityce społecznej, w tym pomocy społecznej, coraz częściej zwraca się uwagę na efektywność i racjonalność podejmowanych działań. Zawsze zbyt mała ilość dostępnych środków finansowych w stosunku do zwiększającej się wciąż skali potrzeb, wymusza szukanie i podejmowanie prób implementowania na grunt społeczny rozwiązań wcześniej kojarzonych głównie z biznesem, pochodzących z teorii zarządzania. Od pracownika socjalnego wymaga się umiejętności menadżerskich, jego zadaniem jest „zarządzanie przypadkiem", „generowanie zmiany". Wymaga się od niego znajomości instrumentów nowego zarządzania publicznego oraz rozumienia uwarunkowań decydujących o skuteczności ich stosowania, prowadzących do wpisywania się na trwałe w pejzaż lokalnych partnerstw publiczno – prywatnych.

Opublikowane opracowania mogą być wreszcie użytecznym narzędziem dla innych aktorów polityki społecznej: polityków wyznaczających jej instytucjonalne ramy, naukowców i badaczy spierających się o zasadność przyjmowania za obowiązujące takich, a nie innych paradygmatów, wyznaczających cele i sposoby ich realizacji, a także samych uczestników życia społecznego. Nie chodzi o to, aby działać „na rzecz" osób i grupy, czy „wobec" jakichś problemów, lecz „ z" osobami i grupami, będącymi często niewykorzystanym potencjałem dla samych siebie i swoich środowisk.

Przedstawiana Państwu „Nowa Praca Socjalna" ma szansę stać się źródłem inspiracji dla przedstawicieli wielu środowisk zaangażowanych w realizację zadań z zakresu pomocy społecznej.

Zachęcam do lektury.

dr hab. Olga Kowalczyk prof. UE
Uniwersytet Ekonomiczny we Wrocławiu

Od Rady Redakcyjnej

Przedstawiamy Państwu ważną serię wydawniczą, która została zatytułowana jako „Nowa Praca Socjalna" wskazując na jej innowacyjny, często nowatorski charakter. Seria składa się z trzydziestu publikacji – dwudziestu przygotowanych przez wybitnych polskich ekspertów i praktyków, zajmujących się zagadnieniami pomocy społecznej i pracy socjalnej oraz dziesięciu, które zostały przetłumaczone z języka angielskiego i ukazują aktualny dyskurs międzynarodowy w omawianej problematyce.

Celem serii poświęconej nowym zagadnieniom lokalnej polityki społecznej, szczególnie w aspekcie systemu pomocy społecznej i pracy socjalnej, jest popularyzacja w Polsce nowych metod i instrumentów wsparcia społecznego oraz ukazanie aktualnych zagadnień instytucjonalno-organizacyjnych oraz prawnych, które kształtują ramy dla działań pracownika socjalnego i środowiskowego.

Treść publikacji niewątpliwie wzbogaca istniejący w Polsce dorobek intelektualny, zarówno naukowy jak i praktyczny, który musi być jednak stale uzupełniany przez nowości płynące z naszych doświadczeń 25 lat transformacji, ale także z rozwiązań, które sprawdziły się w krajach o rozwiniętych systemach zabezpieczenia społecznego. Aby właściwie ocenić w jakim miejscu rozwoju pracy socjalnej, czy szerzej pomocy społecznej, jesteśmy w Polsce, musimy mieć punkty odniesienia w innych państwach, które funkcjonują w różnych modelach polityki społecznej.

Wybór publikacji do druku miał charakter otwartego konkursu, do którego przystępowali eksperci z różnych środowisk akademickich oraz instytucji praktyki społecznej. Dziesięcioosobowa Rada Redakcyjna, składająca się z przedstawicieli nauki oraz instytucji pomocy społecznej, podczas swych posiedzeń oceniała merytoryczne uzasadnienie i cel pracy, strukturę książki oraz jej metodologię z bibliografią. Ważnym aspektem wyboru opracowań do publikacji była ich innowacyjność i nowatorskie podejście, chociaż nie oznacza to, że wszystkie książki prezentują tylko i wyłącznie nowe podejście do zagadnień pracy socjalnej. Siłą wsparcia społecznego jest także istniejąca tradycja i dorobek, który także docenialiśmy łącząc to co wartościowe z przeszłości z tym co konieczne w przyszłości. Daje się to szczególnie zauważyć w niektórych publikacjach, które wskazują na istniejący współcześnie renesans sprawdzonych idei, rozwiązań i metod.

Wszystkie publikacje wydane w ramach serii były recenzowane przez trzech niezależnych ekspertów – specjalistów z zakresu polityki społecznej, pomocy społecznej i/lub pracy socjalnej. Recenzenci byli wybrani przez Radę Redakcyjną w procedurze konkursowej – są to wybitni specjaliści z obszarów: nauki i praktyki, najczęściej dobrze znani w środowisku polityków społecznych. Nierzadko recenzje były bardzo wnikliwe i krytyczne, co skutkowało koniecznością dokonywania uzupełnień i poprawek. Kilka publikacji po recenzjach Rada Redakcyjna odrzuciła.

Wydaje się, że istotną wartością całej serii jest to, że z jednej strony ukazuje ona teoretyczne i praktyczne wątki pracy socjalnej z konkretnym typem klienta lub społecznością lokalną; a z drugiej, że prezentuje szersze powiązania pracy socjalnej z takimi zagadnieniami jak przedsiębiorczość społeczna, nowe zarządzanie publiczne i *governance* czy wreszcie ukazuje swe silne związki z koncepcją *empowerment*. Ukazanie międzynarodowych doświadczeń w realizacji pracy socjalnej jest dodatkowym „ładunkiem" intelektualnym, który poszerza naszą wiedzę o rozwiązaniach w innych *welfare states*.

Jako Rada Redakcyjna zachęcamy wszystkich pracowników systemu pomocy społecznej, w tym pracowników socjalnych, działaczy społecznych oraz decydentów do zapoznania się z treścią rekomendowanych przez nas i opublikowanych publikacji. Mamy nadzieję, że znajdziecie Państwo w części z nich inspirujące wątki teoretyczne i praktyczne, które przydadzą się Państwu w życiu zawodowym.

Życzymy miłej lektury!

dr hab. Mirosław Grewiński prof. WSP
Przewodniczący Rady Redakcyjnej

Rada Redakcyjna:

dr hab. Mirosław Grewiński, prof. WSP – Przewodniczący Rady Redakcyjnej – Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Janusza Korczaka w Warszawie
dr Ewa Flaszyńska – Dyrektor Ośrodka Pomocy Społecznej Dzielnicy Bielany m. st. Warszawy
mgr Hanna Gumińska – Starszy Specjalista Pracy Socjalnej, Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Słupsku
dr hab. Jolanta Grotowska-Leder, prof. UŁ – Wydział Ekonomiczno – Socjologiczny Uniwersytet Łódzki
mgr Barbara Kamińska-Skowronek – Kierownik Miejskiego Ośrodka Pomocy Społecznej w Tyszowcach
prof. zw. dr hab. Janusz Kirenko – Wydział Pedagogiki i Psychologii Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej w Lublinie
mgr Danuta Koczkodaj – Starszy Specjalista Pracy Socjalnej, Miejski Ośrodek Pomocy Rodzinie w Słupsku
mgr Krzysztof Kratofil – Starszy Specjalista Pracy Socjalnej, Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej w Tarnowskich Górach
dr hab. Jerzy Krzyszkowski, prof. UŁ – Wydział Ekonomiczno – Socjologiczny Uniwersytet Łódzki
dr Anna Zasada-Chorab – Wyższa Szkoła Pedagogiczna im. Janusza Korczaka Warszawa oddział Katowice i Kolegium Pracowników Służb Społecznych Czeladź

Zespół Projektu Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich:
dr Adam Krzyżanowski – Kierownik Projektu
mgr Andrzej Bogdański – Sekretarz Projektu
Dominika Szeląg – Ekspert ds. e-learningu

Zespół realizacyjny WYG International Sp. z o.o.:
mgr inż. Ewa Płodzień-Pałasz – Kierownik Projektu
dr Monika Miedzik – Ekspert merytoryczny
dr Jarosław Pichla – Ekspert merytoryczny

Spis treści

SŁOWO WSTĘPNE ... 3

OD RADY REDAKCYJNEJ ... 5

Rada Redakcyjna: ... 7

WSTĘP: TECHNOLOGIE INFORMACYJNO-KOMUNIKACYJNE W PRACY SŁUŻB SPOŁECZNYCH: CYFROWY RAJ CZY PIEKŁO HIPERTEKSTU? ... 11

TIK, organizacja pomocy społecznej i zarządzanie jej jednostkami ... 13

TIK i realizacja usług z obszaru pomocy społecznej ... 18

TIK, płeć i seksualność ... 20

Uwagi krytyczne ... 22

Podsumowanie ... 25

Literatura: ... 26

1. PROFESJE POMOCOWE I TECHNOLOGIE INFORMACYJNE: W POSZUKIWANIU TEORI ... 31

1.1. Informatyka społeczna ... 34

1.2. Organizacja ucząca się ... 37

1.3. Zarządzanie wiedzą ... 39

1.4. Wiedza, władza i etyka zawodowa ... 41

1.5. Literatura: ... 45

2. UŻYCIE INTERNETU W OPARCIU O SPRAWDZONE PRAKTYKI ... 49

2.1. Dostęp do wiedzy przed epoką Internetu ... 50

2.2. Dostęp do wiedzy przez Internet ... 52

2.3. Wnioski ... 56

2.4. Literatura: ... 57

3. RZETELNE DANE, WIRTUALNI KLIENCI ... 61

3.1. Era informacyjna ... 62

3.2. Systemy oceny sytuacji w pracy socjalnej: modele i dyskusja ... 64

3.3. Ocena w pracy socjalnej- informacjonalizacja ... 67

3.4. Uwagi końcowe ... 70

3.5. Literatura: ... 71

4. TECHNOLOGIA I SYSTEM SKIEROWAŃ W SŁUŻBACH SPOŁECZNYCH ... 75

4.1. Technologia: wzmacnianie kontroli kodu ... 76

4.2. Tło do badania ... 80

4.3. Przenoszenie skierowań – od obsługi klientów do zespołów terenowych ... 86

4.4. Wnioski ... 92

4.5. Literatura: ... 93

5. WYKORZYSTYWANIE DZIECI W INTERNECIE ... 95

5.1. Wyzwania dla instytucji zajmujących się ochroną dziecka ... 97

5.2. Przypadki przestępstw seksualnych z wykorzystaniem Internetu ... 99

5.3. Kwestie praktyczne wynikające z doświadczenia i studiów indywidualnych przypadków ... 102

5.4. Wykrywanie, ocena i śledztwo a internetowe wykorzystywanie dzieci ... 105

5.5. Leczenie i monitorowanie przestępców seksualnych ... 107

5.6. Leczenie ofiar ... 107
5.7. Wzrost świadomości społecznej ... 107
5.8. Rozwój technologicznych rozwiązań ... 108
5.9. Podsumowanie ... 108
5.10. Literatura: ... 109

6. TECHNOLOGIA INFORMACYJNA ORAZ ORGANIZACJA OPIEKI NAD PACJENTEM ... 113
6.1. Od funkcjonalnych podziałów do opieki skoncentrowanej na pacjencie ... 114
6.2. Model opieki zdrowotnej ... 118
6.3. Systemy informacyjne ... 122
6.4. Podsumowanie ... 127
6.5. Literatura: ... 127

7. ZDROWIE, KOOPERATYWNE UCZENIE SIĘ I UPADEK PROFESJONALIZMU? INFORMACYJNY BAŁAGAN ... 131
7.1. Tło polityczne dla informatyzacji zdrowia ... 134
7.2. Typologia systemów informatyki zdrowia ... 135
7.3. Telediagnoza i praca oparta na współdziałaniu ... 138
7.4. SEZAMIE, otwórz się – 'karty smart', farmaceuci i kodeks napoleoński ... 141
7.5. SEAHORSE – upodmiotowienie dla nosicieli HIV i ludzi chorych na AIDS ... 144
7.6. Wnioski ... 147
7.7. Literatura: ... 150

8. OD SAMOOBSŁUGOWEJ OPIEKI DO WIRTUALNEJ SAMOPOMOCY ... 153
8.1. Wirtualna samopomoc ... 154
8.2. Znaczenia wirtualnej samopomocy ... 155
8.3. Wirtualna samopomoc i wsparcie społeczne ... 156
8.4. Alternatywna perspektywa ... 160
8.5. Dyskusja ... 161
8.6. Literatura: ... 163

9. KONSUMENCI, INTERNET I REKONFIGURACJA SPECJALISTYCZNEJ WIEDZY ... 167
9.1. Wiedza specjalistyczna i kultura konsumencka ... 168
9.2. Osobista strona domowa: wiedza laików i doradztwo ... 170
9.3. Podłoże wiedzy specjalistycznej: grupy dyskusyjne i czaty ... 173
9.4. Profesjonalna wiedza specjalistyczna: sektor państwowy, handel i organizacje charytatywne ... 177
9.5. Informacja i dylemat kontroli ... 179
9.6. Wnioski końcowe ... 181

10. PODSUMOWANIE: TECHNOLOGIE TROSKI ... 185
10.1. Zarządzanie i technologie pomocy ... 185
10.2. Racjonalność techniczna jako technologia zarządzania ... 187
10.3. Wzrost aktuarializmu w opiece społecznej ... 190
10.4. Podsumowanie ... 196
10.5. Literatura: ... 197

11. REDAKTORZY TOMU I AUTORZY ROZDZIAŁÓW ... 199

WSTĘP: TECHNOLOGIE INFORMACYJNO-KOMUNIKACYJNE W PRACY SŁUŻB SPOŁECZNYCH: *Cyfrowy raj czy piekło hipertekstu? (Elizabeth Harlow)*

W czasach gdy technologie informacyjno-komunikacyjne (ICT/TIK)[1] stały się częścią naszego życia we wszystkich jego aspektach[2], ich wpływ jednocześnie staje się przedmiotem zainteresowania licznych kierunków akademickich, a także teoretyków z różnych dziedzin. Podczas gdy tzw. postfordyści[3] badają wpływ TIK na zmiany w procesach produkcji i konsumpcji (Amin 1994), teoretycy kultury pisząc z perspektywy imitujących, ich zdaniem, życie elektronicznych obrazów, pytają co sprawia, że przyjmujemy określone kryteria „prawdziwości" (przykład w: Webb 1998). Teoretycy społeczeństwa tacy

1 Skrót ICT – Information and Communication Technologies w polskim piśmiennictwie jest tłumaczony jako "Technologie Informacyjno-Komunikacyjne" lub jako „Technologie Informacyjne i Komunikacyjne" (TIK). Potocznie, TIK są najczęściej rozumiane jako Internet wraz z urządzeniami (komputery, smartfony) służącymi do obsługi jego rozmaitych zastosowań i aplikacji.

2 Warto zwrócić uwagę, że pierwsze wydanie przedstawianej Państwu książki ukazało się w 2003 roku a więc zdanie mówiące o znaczeniu nowoczesnych technologii informacyjno-komunikacyjnych w życiu zarówno jednostek, organizacji i społeczeństwa w ogóle, nabiera po ponad 10 latach szczególnego znaczenia. Wynika ono między innymi z ogromnego tempa zmian w opisywanym obszarze, rozwoju zarówno ilościowego jak i jakościowego tzw. nowych mediów, których jedną z immanentnych cech (w odróżnieniu od mediów tradycyjnych np. telewizji) jest możliwość generowania treści przez użytkowników. Ta ostatnia właściwość w zasadniczy sposób zmienia ich sytuację i umożliwia zmianę statusów – nie tylko bycie „konsumentem" treści przygotowanych przez kogoś innego ale także ich produkcję (np. poprzez prowadzenie kanału na Youtube, pisanie bloga, umieszczanie zdjęć, materiałów video w serwisach społecznościowych, udzielanie wsparcia poprzez dodawanie komentarzy na forach dyskusyjnych, ich moderowanie etc.). Przykładem takiego medium jest facebook (powstały w 2004 roku a więc rok po pojawieniu się oryginalnego wydania przedstawianej publikacji) umożliwiający wiele różnych aktywności charakterystycznych dla obecnej fazy rozwoju sieci. Początek lat dwutysięcznych był areną rewolucji w dziedzinie rozwoju technologii informacyjno-komunikacyjnych i wyewoluowania Internetu do postaci nazywanej Web 2.0, czyli w uproszczeniu mówiąc Internetu społecznościowego, Siłą rzeczy, prezentowana książka bardziej odnosi się do początkowej fazy rozwoju TIK w obszarze pomocowym a w mniejszym stopniu odnosi się do fazy „uspołecznionego" Internetu. Znaczenie jej jednak polega przede wszystkim na częściowym przynajmniej wypełnieniu poważnej luki jaką był brak wydawnictwa ukazującego różne aspekty wykorzystania nowoczesnych technologii informacyjno-komunikacyjnych w obszarze pomocy społecznej (uwzględniając zarówno potencjalne korzyści jak i zagrożenia). Możliwości wykorzystywania TIK w pracy z zakresu usług społecznych, medycznych, edukacyjnych są tematem fascynującym, wymagającym ciągłego namysłu nad ich miejscem w pracy z drugim człowiekiem. Współcześnie są nieodzownym jej składnikiem. Pomoc, wsparcie, edukacja prowadzone z ich wykorzystaniem nie są „wirtualne" a stanowią niezbędne uzupełnienie tradycyjnych („twarzą w twarz") metod. Same w sobie nie są też złe ani dobre – decyduje o tym sposób ich używania. Gorąco zachęcamy Państwa do lektury i samodzielnych rozważań na temat miejsca nowoczesnych technologii informacyjno-komunikacyjnych w Państwa życiu oraz pracy zawodowej na rzecz osób wykluczonych i zagrożonych wykluczeniem. Osoby zainteresowane tematem odsyłamy m.in. do następujących opracowań:

Aouil, B. (2008), Pomoc Psychologiczna Online – Teoretyczne podstawy i praktyczne wskazówki. Bydgoszcz: WM

Batorski D. (2011), Diagnoza wykluczenia cyfrowego w Polsce, ICM UW

Plichta P., Pyżalski J. (2013), Wychowanie i kształcenie w erze cyfrowej, Łódź: Regionalne Centrum Polityki Społecznej w Łodzi
http://www.depot.ceon.pl/bitstream/handle/123456789/3236/Plichta%20P.%2c%20Py%C5%BCalski%20J.%20Wychowanie%20i%20ksta%C5%82cenie%20w%20erze%20cyfrowej.pdf? sequence=1&isAllowed=y

Plichta P. (2013), Niepełnosprawni intelektualnie użytkownicy nowych mediów – między korzyściami i zagrożeniami w: „Dziecko Krzywdzone", vol. 12 nr 1
http://fdn.pl/sites/default/files/file/kwartalnik/Vol_12_Nr_1_42/Plichta_P_2013_Mlodzi_uzytkownicy_nowych_mediow.pdf

Pyżalski J. (2012), Agresja elektroniczna i cyberbullying jako nowe ryzykowne zachowania młodzieży, Kraków: Impuls

3 Fordyzm jest wprowadzoną przez H. Forda formą organizacji pracy i masowej, seryjnej („taśmowej") produkcji skierowanej do masowego odbiorcy. Postfordyzm z kolei to bardziej elastyczny system produkcji i konsumpcji który był odpowiedzią na rozczarowanie masowym, standardowym produktem.

jak Bell (1973) twierdzili, że TIK były przyczynkiem do rewolucji społecznej polegającej na przejściu z epoki industrialnej do informacyjnej. Castells (2000) przyznaje, że wkroczyliśmy w nową erę, dodaje jednak, że poza samą informacją, bardzo istotne są kanały elektroniczne, które ułatwiają jej gwałtowne i globalne rozpowszechnienie: staliśmy się społeczeństwem sieciowym. O ile kwestia rozpoczęcia nowej epoki może być kwestionowana, o tyle teoretycy społeczeństwa są zgodni, że dzisiejsze czasy charakteryzuje fragmentaryzacja, pluralizm i indywidualizm (Kumar 1995), a badacze reprezentujący różne dziedziny starają się zrozumieć oraz ustalić rolę i znaczenie TIK. Skupiając się na ich implementacji w pomocy społecznej, książka ta wnosi własny wkład do tej rozwijającej się dziedziny. Użycie sprzętu komputerowego w obszarze pomocy społecznej nie jest zupełnie nowym tematem, a stosowna literatura pojawiła się już w połowie lat 80-tych (przykład w: Glastonbury 1985).

Jednak zainteresowanie ich implementacją wraz z koncentracją na TIK w sensie ogólnym, od tamtego czasu stale rośnie (Rafferty 1997). W ciągu ostatnich 15 lat[4], dwie międzynarodowe organizacje, Implementacja Technologii Informacyjnej w Opiece Społecznej (HUSITA – Human Services Information Technology Applications) i Europejska Sieć Technologii Informacyjnych w Opiece Społecznej (ENITH – European Network for Information Technology in the Human Services) wpłynęły na rozwój i zrozumienie TIK w pomocy społecznej poprzez organizowanie konferencji i publikowanie literatury (przykład w: Colombi, Rafferty i Steyaert 1993; Steyaert, Colombi i Rafferty 1996).

Wzrost zainteresowania i tempo implementacji TIK nie były jednakowe. Zdaniem Goulda (w prezentowanej Państwu książce) zaangażowanie we wdrażanie TIK najpierw pojawiło się służbie zdrowia, a stosunkowo niedawno zaczęło pojawiać się w pomocy społecznej: innymi słowy, technologie informacyjno-komunikacyjne w służbie zdrowia były działaniem bardziej pionierskim, podczas gdy ich zastosowanie w pomocy społecznej obecnie jest lustrzanym odbiciem tamtych procesów.

Książka „Technologie informacyjno-komunikacyjne w pracy służb społecznych" składa się z rozdziałów dotyczących TIK zarówno w służbie zdrowia jak i w pomocy społecznej. Książka jest podzielona tak, aby skupić się na obu tych dziedzinach z osobna, są jednak wątki wspólne. Do takich należą: sposób w jaki TIK zmieniają i wpływają na organizację i sposoby zarządzania; wpływ TIK na świadczenie usług pomocy społecznej; używanie i nadużywanie TIK w kontekście płci i seksualności oraz krytyczne spojrzenie na wprowadzanie technologii informacyjno-komunikacyjnych w obszar opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. W przedstawianym wstępie tematy te zostaną przedstawione w kontekście debaty społecznej i w oparciu o stosowną literaturę.

4 Mowa to o latach poprzedzających pierwsze anglojęzyczne wydanie tej książki z 2003 roku.

TIK, organizacja pomocy społecznej i zarządzanie jej jednostkami

Starając się przedstawić podstawy tematyki dotyczącej TIK w ujęciu ogólnym, praca ta skupia się jednak przede wszystkim na roli TIK w zarządzaniu i organizacji jednostek pomocy społecznej. Zarówno jedno jak i drugie stanowią przedmiot zainteresowania od czasu zakwestionowania takiego stanu rzeczy, w którym to państwo było głównym dostawcą usług pomocy społecznej w Wielkiej Brytanii. Po kryzysie paliwowym na początku lat 70-tych, ustaniu powojennego rozkwitu gospodarczego i końcu ery keynesizmu[5], fundamenty państwa opiekuńczego przestały być postrzegane jako prawidłowe. Zbiegło się to w czasie z coraz większą popularnością neoliberalizmu, pojawieniem się nowych metod produkcji i inicjatyw technologicznych, a także rozwojem rynków globalnych (Leonard 1997). Castells podkreśla rolę, jaką odegrały wspomniane inicjatywy technologiczne: „dostępność nowych kanałów telekomunikacyjnych oraz systemów informatycznych przygotowały grunt pod globalną integrację rynków finansowych oraz segmentowego połączenia produkcji i handlu na całym świecie..." (Castells 2000, str. 60). Globalna konkurencja powoduje, że inwestycje finansowe i produkcja przenoszone są do regionu, w którym przyniosą największe korzyści. Kraje tzw. zachodu nie mogąc konkurować z regionami o niskich płacach, mają nadzieję poprawiać swoją pozycję poprzez zaawansowane metody produkcji, badania, informację i zarządzanie marką. Wysoko wykwalifikowana i wykształcona siła robocza jest konieczna, a dochody podatkowe bardziej inwestowane są w rozwiązania służące osiągnięciu tego celu niż w krótkoterminową „konsumpcję" usług pomocy społecznej (Hughes 2000). W efekcie, dostępne usługi z tego obszaru muszą być ekonomiczne, efektywne i skuteczne, co wiąże się z koniecznością restrukturyzacji organizacyjnej i wprowadzeniem nowych zasad zarządzania (Clarke i Newman 1997; Cutler i Waine 1994; Kelly 1991; Lawler 2000). W dobie wzrostu znaczenia neoliberalizmu, ekonomia, efektywność i skuteczność są coraz częściej kojarzone z wolnym rynkiem.

Mimo, że rządy tzw. trzeciej drogi Laburzystów (wybranych w 1997 i 2001 roku) częściowo zmieniły podejście do wolnego rynku prezentowane przez wcześniejsze rządy konserwatystów, nie widać chęci powrotu do wizji państwa opiekuńczego Beveridge'a. Dzieje się tak nie tylko z powodu powyższego kontekstu gospodarczego, ale także dlatego, że bezosobowa przerośnięta biurokracja nie jest już postrzegana jako odpowiadająca potrzebom beneficjentów pomocy społecznej, którzy z kolei coraz częściej traktowani są jako konsumenci. Według Siddalla (2000), który w swoich pracach koncentruje się na pomocy społecznej, do jej realizowania w dzisiejszych czasach konieczna jest nowa rola władz lokalnych i centralnych, nowe metody oferowania usług i nowy język:

5 Keynesizm (od nazwiska twórcy Johna M. Keynes'a) – jedno z kluczowych podejść w makroekonomii które zakłada aktywną rolę państwa na rynku i dopuszcza interwencjonizm państwowy

> Przykłady powyższych przemian obejmują następujące przekształcenia: od oceny zapotrzebowania do popytu konsumenckiego; od świadczenia usług przez państwo do wzrostu roli wolontariatu oraz prywatnych świadczeniodawców; od odgórnie narzucanej przez państwo drogi do partnerstwa. W tej sytuacji mieszana gospodarka usług pomocy społecznej jest akceptowana oraz uznawana za rzetelne i zinstytucjonalizowane podejście do świadczenia usług społecznych. (Siddhall 2000, str. 26)

Mimo, iż instytucje/wydziały pomocy społecznej (SSD – Social Services Departments) nigdy nie były jedynymi dostawcami usług z zakresu pomocy społecznej, ich rola jako głównego podmiotu zmienia się wraz ze wzrostem znaczenia sektora prywatnego i wolontariatu. Wprowadzono inicjatywy rządowe mające na celu polepszenie dobrobytu społeczności znajdujących się w niekorzystnej sytuacji (np. Sure Start), a władze lokalne wraz z angażują się w nowe formy współdziałania. Współpraca to także klucz do rozwijającej się relacji pomiędzy służbą zdrowia (National Health Service) i instytucjami pomocy społecznej.
Zmiany zasad dotyczących sposobu dostarczania usług spowodowały konieczność reorganizacji i podziału na jednostki zakupowe oraz dostarczające, także wewnątrz samych instytucji pomocowych. Powyższe zmiany zakładają dla instytucji pomocy społecznej konieczność bycia zdecentralizowanymi, elastycznymi, sieciowymi, partycypującymi i motywującymi jednostkami – zgodnie z charakterystyką post-biurokratycznych organizacji (Thompson i McHugh 1995). Niektórzy twierdzą, że biurokracja ustępuje miejsca adhokracji[6] (Toffler 1970 za: Lawton i Rose 1994). Mimo iż pionowa struktura zarządzania pozostaje kluczowa w organizacjach pomocy społecznej, próby oferowania usług w naturalny sposób pokazują, że poziome siatki komunikacyjne stają się coraz bardziej popularne. Łatwo przewidzieć w tym kontekście, jaka może być rola TIK:

> Nowe technologie informacyjno-komunikacyjne pozwalają... na decentralizowanie zadań i ich koordynację poprzez interaktywną sieć komunikacyjną w czasie rzeczywistym, niezależnie od tego, czy odbywa się to pomiędzy kontynentami czy piętrami tego samego budynku. (Castells 2000, str. 282)

Komunikacja elektroniczna wewnątrz organizacji i poza jej granicami nadaje nowe znaczenie czasowi i miejscu – jedno i drugie zostają skompresowane (Harvey 1989 za: Frissen 1997). Taka kompresja może ułatwić szybsze odpowiadanie na potrzebę dystrybucji usług pomocy społecznej, a nawet stanowić nowe rozwiązania dla tradycyjnych problemów.

6 Adhokracja (ang. adhocracy; od łac. słów ad hoc) – określenie instytucji z możliwie zredukowaną strukturą, zatrudnieniem. Pracownicy działają w małych zespołach (wysoko wyspecjalizowanych, z mało formalnymi relacjami) powoływanych do rozwiązania konkretnych zadań.

W dalszej części prezentowanej książki, Sermeus, Cullen, Watson i Regan zastanawiają się nad sposobem w jaki TIK są wprowadzane do organizacji pomocy społecznej w celu polepszenia wydajności, ekonomiki i efektywności. Sermeus, poprzez wprowadzenie analizy systemowej funkcjonowania szpitali w różnych lokalizacjach, odkrywa sposób w jaki TIK mogą poprawić komunikację interdyscyplinarną i pracę zespołową, a co za tym idzie, wzbogacić usługi opieki zdrowotnej. Wcześniej, ten sam autor opisuje kompleksowość zarządzania szpitalem i odsłania problemy, dla których rozwiązaniem mogą być TIK. Ten rozdział, w optymistyczny sposób ocenia wprowadzenie technologii informacyjno-komunikacyjnych, zaznaczając jednak trudności, które mogą się pojawić. W efekcie, w rozdziale tym zawarto wartościowy opis dominującego podejścia do informatyzacji służby zdrowia. Podobnie jak Sermeus, Cullem podejmuje kwestię informatyzacji służby zdrowia. Twierdzi, że sposoby na obniżenie kosztów zabiegów medycznych to: zmniejszenie kosztów pracy; skrócenie pobytów w szpitalu i polepszenie podstawowej, społecznej i indywidualnej opieki zdrowotnej. TIK także mogą odgrywać swoją rolę w osiągnięciu tych celów. Technologie informacyjno-komunikacyjne mogą poprawić ogólną skuteczność systemu poprzez m.in.: pogłębienie badań; elektroniczne kartoteki; lepszą komunikację oraz diagnozę „w samą porę" (just-in-time), która powinna zaowocować krótszym czasem oczekiwania dla pacjentów. Wszystkie te korzyści wiążą się ze stosowaniem zarządzania, wiedzą i poparciem podejścia prezentowanego przez entuzjastów takiego rozwiązania, zakładającego, że obniżenie kosztów nie musi automatycznie oznaczać pogorszenia się jakości usług. Skupiając się na jednostkach pomocy społecznej, zarówno Regan jak i Huntington i Sapey, prezentują sposób, w który TIK usprawniłyby zadania praktyków „pierwszej linii". Dla większości władz lokalnych, generyczne usługi pomocy społecznej zlokalizowane wewnątrz środowisk, którym miały służyć, są już przeszłością. Wyspecjalizowane zespoły opieki działające z poziomu centralnego są częścią nowych, sieciowych struktur organizacyjnych. Regan opisuje system opieki wpracowany przez centra obsługi telefonicznej, przez co rozumie centralny zespół korzystający z telefonów, faxów, komputerów i poczty e-mail w celu przyjmowania zleceń od społeczeństwa czy praktyków z innych organizacji pomocowych. Informacje i zlecenia są następnie przekazywane dalej wewnątrz lub pomiędzy agencjami.

Nacisk na ekonomię, skuteczność i efektywność organizacji spowodował pojawianie się kilku nowych ujęć zarządzania. Po modelu „idealności" (excellence approach) (patrz Peters i Waterman 1982), zarządzania przez jakość (Total Quality Management) (patrz Oakland 1989) i nacisku na procesy grupowe pojawia się zarządzanie wiedzą (knowledge management) (Abell i Oxbrow 2001), misternie powiązane z zasadą „organizacji uczącej się" i często traktowane jest raczej jako filozofia niż sposób zarządzania.

Mówiąc wprost, organizacja ucząca się to taka, która potrafi dostosowywać się aby sprostać wyzwaniom wciąż zmieniającego się otoczenia. Szkolenia skutkujące korzyściami dla poszczególnych pracowników nie są już wystarczające. Organizacje muszą wypracować

własną kulturę i praktykę, w której nauka i dzielenie się tym, czego się nauczyło, wpływają na stałą poprawę dóbr i usług. To z kolei buduje rynkową przewagę konkurencyjną w sektorze przedsiębiorstw prywatnych. Zarówno zasada organizacji uczącej się jak i zarządzanie wiedzą, skupiają się na maksymalizacji kapitału intelektualnego, który według Abell i Oxbrow (2001) może być rozumiany jako połączenie „kapitału ludzkiego" i „kapitału strukturalnego". Kapitał ludzki to ludzie, zwyczaje, współpraca, umiejętności i wiedza na temat organizacji. Kapitał strukturalny to, mówiąc wprost, infrastruktura i procesy, które wspierają ludzi. Mimo, trudności definicyjnych:

> Zarządzanie wiedzą można szeroko definiować jako „zdobywanie, dzielenie się, i wykorzystywanie wiedzy w organizacji wraz z procesem uczenia się i systemami informatycznymi". Wschodząca dziedzina zarządzania wiedzą zdaje się odzwierciedlać całą konstelację zmian w środowisku biznesowym. Niektóre z nich są głębokie, inne kosmetyczne. (BPRC 2000, za: w Abell i Oxbrow 2001, str.34)

Zgodnie ze współczesnymi koncepcjami zarządzania, ważne są „niewidzialne" atrybuty organizacji: wiedza, umiejętności i związki pomiędzy pracownikami oraz pomiędzy pracownikami i klientami. W tym podejściu najistotniejsze jest jednak to, w jaki sposób wiedza jest przekazywana, a uczenie się i związki są pogłębiane. TIK pełnią tu kluczową rolę. Mimo, że zostały wypracowane gdzie indziej, te rozwiązania wykorzystuje rząd Wielkiej Brytanii i za ich pomocą wpływa na wewnętrzny rozwój organizacji oraz zarządzania pomocą społeczną. Przykładowo, brytyjski Departament Zdrowia wypracował systemy wspierające wprowadzanie rozwiązań, szkolenia dotyczące używania informacji, dokumentów elektronicznych i kartotek. Dodatkowo, zachęcił przedsiębiorstwa do dzielenia się informacją (Abell i Oxbrow 2001). Wszystko to ma na celu realizowanie zasad obowiązujących w zarządzaniu wiedzą. W tej części książki, Gould rozważa koncepcje organizacji uczącej się oraz zarządzania wiedzą. Demonstruje ich zastosowanie w kontekście rosnącej roli TIK w organizacjach pomocy społecznej.
Kiedy profesjonaliści z dziedziny opieki zdrowotnej są na bieżąco z obowiązującymi osiągnięciami organizacyjnymi i rozwojem medycyny, sprzyja to w znacznym stopniu poprawie jakości usług. Mając ten fakt na uwadze, rząd brytyjski powołał Narodową Elektroniczną Bibliotekę Zdrowia. Ta instytucja jest ważnym elementem aktualnej polityki służby zdrowia opartej na empirycznych dowodach. Oznacza to, że praktykujący lekarze mają możliwość pogłębiania swoich umiejętności diagnostycznych i stosowania najbardziej skutecznych technik dzięki informacjom i wynikom badań rozpowszechnianym przez bibliotekę. Jej elektroniczna forma sprawia, że lekarze mają do niej dostęp z własnych biurek. Tego typu sieciowa dostępność jest według Sermeusa kluczowa w poprawie jakości usług.

Pracownicy socjalni także powinni podnosić swoje kwalifikacje korzystając z szerokich źródeł informacji i wiedzy. Pomimo ostrej krytyki (patrz Webb 2001), rząd zachęca do praktyki opartej na dowodach, także w tej dziedzinie. Watson z kolei (w prezentowanej książce) śledzi sposób, w jaki informacja może być w tym celu rozpowszechniana. Wraz z powołaniem Instytutu Doskonalenia Opieki Społecznej (Social Care Institute of Excellence), zachęca się do podwyższania standardów pracy społecznej oraz kontynuowania rozwoju zawodowego. TIK odgrywają tu ważną rolę, pomagając pracownikom socjalnym w pogłębianiu własnej wiedzy poprzez rozwiązania elektroniczne. Podobnie jak w przypadku opieki zdrowotnej, wyniki badań mogą być rozpowszechniane za pomocą elektronicznych publikacji. Dodatkowo, popularne czasopisma, (np. takie jak *Community Care* oraz *Care and Health)* posiadają swoje wersje internetowe (np. www.community-care.co.uk i www.careandhealth.com). Tego typu strony dostarczają informacji i zachęcają do publikacji artykułów dotyczących kluczowych tematów z dziedziny pomocy społecznej. Berman (1996) inspirując się pracami takich autorów jak Goldstein (1992), Carew (1979), Lyotard (1984) and Dyson, Keyworth i Toffler (1994), pyta czy specjalistyczne internetowe grupy dyskusyjne nie są najbardziej odpowiednim medium, dzięki któremu pracownicy socjalni powinni dzielić się swoją wiedzą praktyczną bez niepotrzebnie „naukowego" skrępowania, którym charakteryzują się publikacje akademickie. Tak więc, poprzez TIK, pracownicy zaangażowani w świadczenie usług pomocowych mogą, niezależnie od odległości geograficznej, porozumiewać się w związku ze swoją pracą, a poprzez to, tworzyć nowe, wirtualne społeczności zwane przez Bainbridge'a (1995 za: Gifford 1998) „cyburgami". Innymi słowy, społeczeństwo sieciowe ułatwia tworzenie nowej, wirtualnej społeczności praktyków, badaczy, decydentów i edukatorów, z których wszyscy skupiają się na wiedzy i poprawie sposobu dystrybucji świadczeń opieki zdrowotnej i społecznej. Zarządzanie wiedzą oraz produkcja i rozpowszechnienie usług poprzez elektroniczny przepływ informacji nie kończą się na poziomie pracowników oraz dostawców dóbr i usług: kluczowy jest przepływ informacji do klientów, usługobiorców oraz pacjentów. W Wielkiej Brytanii, rząd zadbał o polepszenie warunków korzystania osób korzystających z systemu opieki zdrowotnej poprzez narzędzia oparte na TIK. Zgodnie z założeniami reform do 2004 roku, wszyscy pacjenci powinni byli mieć dostęp do elektronicznej wersji ich kartoteki, a do 2005 możliwość umawiania wizyt w sposób elektroniczny. Celem było zapewnienie pacjentom dostępu do ich lekarzy pierwszego kontaktu za pośrednictwem transmisji wideo, a wszystkim pacjentom szpitali, telefonu i telewizora przy łóżku (Jellineck, Lambden i Lilley 2000). Obecnie, część szpitali (lub zakładów opieki zdrowotnej) ma strony internetowe, jednak zwykle są to szpitale kliniczne, gdzie jeden lub dwóch pracowników bierze odpowiedzialność za zarządzanie stroną (Jellineck *i in.* 2000). Według Jellincka *i współpracowników*, dobre strony zawierają informacje na temat dojazdu i transportu do szpitala, lokalizację bliskich punktów noclegowych oraz informacje o kondycji finansowej szpitala. Serwis NHS Online Direct jest znaczącym krokiem

naprzód w tej kwestii. Strona ta dostarcza społeczeństwu informacji nie tylko na temat usług, ale także na temat stanu zdrowia.

Cullen (w prezentowanej pracy) opisuje rozwój w dziedzinie telezdrowia. Biorąc pod uwagę kontekst informatyzacji służby zdrowia w ogóle, wyjaśnia i opisuje sposób, w jaki przyrost wiedzy społeczeństwa na temat chorób i ochrony zdrowia, jest rozumiany przez polityków, decydentów i menedżerów służby zdrowia, jako drogę do obniżenia kosztów świadczenia usług. Zamiast poszukiwać (drogich) porad ekspertów, społeczeństwo może z pomocą narzędzi TIK, przynajmniej do pewnego stopnia, zadbać o siebie samych. Hardey także rozważa publiczną dystrybucję informacji o zdrowiu. Cullen, korzystając z dowodów empirycznych, skupia się na sposobie w jaki laicy we współpracy z ekspertami, mogą wspólnie kreować wiedzę. Taka pomoc wywodzi się i wzbogaca debatę na temat wiedzy eksperckiej i zmiennej natury związków pomiędzy ekspertami a laikami.

TIK i realizacja usług z obszaru pomocy społecznej

Konstrukcja, zarządzanie oraz świadczenie usług pomocy społecznej i zdrowotnej są powiązanymi ze sobą częściami większej całości. W departamentach zajmujących się pomocą społeczną, TIK mogą być przykładowo używane przy kontraktowaniu usług innych agencji, a także do budżetowania pakietów opieki dla indywidualnych użytkowników (patrz Catchpole i O'Higgins 1991). Innymi słowy, świadczenie usług nigdy nie może być oddzielone od zarządzania i organizacji w sensie ogólnym. W tym miejscu warto skupić się na stosowaniu narzędzi TIK w momencie, kiedy następuje „konsumpcja" usług pomocy społecznej. TIK w tym zakresie nie są niczym nowym – np. pomoc telefoniczna była po raz pierwszy oferowana osobom chcącym popełnić samobójstwo już w 1953 roku (Wiener 1998 za: Grumet 1979). Komputery polecane były (patrz: Hapgood 1988) jako środek komunikacji z wycofanymi nastolatkami a użycie technologii komputerowej i multimediów przy oferowaniu usług opieki społecznej, zostało również udokumentowane (np. Freddolino i Han 1999 oraz Wiener 1998). Tego typu technologie umożliwiają m.in to że terapia grupowa może być stosowana w przypadku osób, które nie mogą lub nie chcą opuszczać swoich domów lub wobec osób żyjących w odizolowanych geograficznie lokalizacjach. Zrozumienie dla powyższego podejścia do dostarczania usług pomocy społecznej było na tyle duże, że aktualnie dostępne są opracowane teoretyczne oraz praktyczne wskazówki oparte na tzw. przykładach dobrych praktyk (patrz Schopler, Abell i Galinsky 1998).

Prace Schoplera *i współpracowników* (1998) mogą być przydatne m.in. dla praktyków planujących tworzenie i pracę z grupą, gdzie narzędziem będą technologie informacyjno-komunikacyjne. Inną korzyścią wynikającą z wykorzystywania TIK jest poprawa umiejętności samopomocowych osób cierpiących z powodu przyczyn społecznych lub zdrowotnych. W efekcie, czasem będą one w stanie pomóc sobie samym,

względnie niezależnie od specjalistów z zakresu opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. Użytkownicy mogą za pośrednictwem Internetu znaleźć informacje o swoim stanie zdrowia, a ponadto dołączyć do odpowiednich czatów, gdzie znajdą wsparcie osób znajdujących się w podobnej sytuacji. W niektórych przypadkach, mamy również do czynienia ze specjalistycznymi stronami poświęconymi możliwościom samopomocy takie jak np. „Jooly's Joint" (za: Jellineck *i ln*.. 2000). Wspomnianą witrynę założyła chora na stwardnienie rozsiane Julie Howell, która chciała pomóc innym osobom cierpiącym na to schorzenie. Pleace (*ze współpracownikami*) oraz Hardey (w przedstawianej książce) badają tego typu samopomoc, która jest również znana pod nazwą pomocy społecznej zapośredniczonej komputerowo (Computer Mediated Social Support – CMSS). Opisują różne metody udzielania oraz korzystania ze wsparcia, a także związane z tym korzyści i zagrożenia. Przykładowo, Pleace zauważa, że poza dostarczaniem informacji, CMSS może zapewnić towarzystwo, a także budować lub pomagać w utrzymywaniu poczucia własnej wartości. Nie może natomiast zapewnić praktycznego wsparcia. Mimo tego, CMSS umożliwia jednostkom bardziej aktywne uczestnictwo w procesie korzystania z pomocy społecznej.

Zarówno Pleace jak i Hardey nie dostarczają wyjaśnienia w duchu determinizmu technologicznego, które wyjaśniałoby nagły wzrost popularności CMSS. Zamiast tego, zwracają się ku modelowi zmian społecznych opisanemu przez Giddensa (1991, 1994). Zgodnie z nim, społeczeństwo płynnej nowoczesności charakteryzuje się ryzykiem i niepewnością. Nauka i specjaliści nie są już postrzegani jako zdolni do przewidzenia lub kontrolowania świata społecznego, a co za tym idzie, nie są już obdarzani takim zaufaniem jak wcześniej. W rezultacie, obywatele stają się coraz bardziej refleksyjni, polegają na sobie i szukają własnej drogi do zapewnienia sobie bezpieczeństwa. Castells (1997), który częściowo zgadza się z Giddensem, twierdzi jednak, że wzrost popularności społeczeństwa sieciowego w sposób fundamentalny zmienił schemat budowy tożsamości. Dla większości ludzi, możliwość refleksyjnego budowania tożsamości nie istnieje. Zamiast tego, Castells wyróżnia trzy rodzaje tożsamości: typu legitymizującego, oporu i projektujące. Spośród tych typów, najważniejsza jest tożsamość oporu, która prowadzi do tworzenia społeczności przez osoby wykluczone. Grupy samopomocowe oraz ruch niepełnosprawnych to przykłady jednostek, które znajdując się w podobnie niekorzystnym położeniu, zjednoczyły się, aby zapewnić sobie wsparcie poza formalnymi strukturami służby zdrowia i pomocy społecznej. Zgodnie z terminologią Castellsa, mogą być przykładem „wykluczonych, którzy wykluczają wykluczających" (the excluded excluding the excluders). Niezależnie od tego czy preferujemy podejście Giddensa czy Castellsa, jednym z aktualnych problemów, który należy rozważyć, jest specyfika relacji pomiędzy laikami a profesjonalistami. Dostępność informacji w Internecie oraz spadający poziom zaufania do profesjonalistów mogą powodować napięcia w relacjach między nimi. Jellineck *ze współpracownikami* (2000) zaznaczają nawet, że duma specjalistów opieki zdrowotnej

i ich poczucie bycia godnym zaufania, są obecnie mocno kwestionowane. Pisząc z perspektywy wspomnianych profesjonalistów, Jellineck nalega aby pacjenci stawiając się na operację, nie przynosili ze sobą stosu wydruków na temat ich stanu zdrowia i nie przekraczali pewnej delikatnej granicy w relacji ze swoim lekarzem rodzinnym. Patrząc z innej perspektywy, można pokusić się o stwierdzenie, że dostęp pacjentów do informacji z dziedziny zdrowia zrównuje laików i profesjonalistów. Rozwijając tę koncepcję, Hardey (1999) zastanawia się co jest „prawdą" w Internecie. Z jednej strony specjaliści opieki zdrowotnej i społecznej powinni bazować na jak najbardziej „naukowych" wynikach badań, jednak z drugiej strony, opierające się na takiej wiedzy usługi specjalistyczne mogą zostać zakwestionowane w czasach osobistych komentarzy tworzonych przez osoby uczestniczące w internetowych samopomocowych grupach dyskusyjnych.

TIK, płeć i seksualność

Zarówno płatna, czy świadczona nieformalnie, praca z zakresu pomocy społecznej, to przede wszystkim domena kobiet. Jednak w państwach rozwiniętych, kobiety mają mniej czasu na pracę nieodpłatną, ponieważ coraz bardziej obecne są na rynku pracy zarobkowej. W ciągu ostatnich 25 lat XX wieku, udział kobiet w rynku pracy płatnej gwałtownie wzrósł. Miały na to wpływ informacjonalizacja[7] (wejście w erę informacji), sieciowość, globalizacja gospodarki, a także konkretne uwarunkowania społeczne związane z samymi kobietami (Castells 1997). Według Castellsa, kobiece umiejętności zarządzania i budowania relacji, które uznaje się za bardziej społecznie niż biologicznie uwarunkowane, są dobrze dopasowane do potrzeb dzisiejszej sytuacji gospodarczej i organizacyjnej. Dodatkowo, kobiety za tę samą pracę, otrzymują niższe wynagrodzenie niż mężczyźni, a z racji obowiązków domowych chętnie godzą się na elastyczne godziny pracy. Na rynku pracy zarobkowej, kobiety wciąż najczęściej znajdują zatrudnienie w sektorze usług, szczególnie socjalnych i indywidualnych, aczkolwiek coraz więcej z nich rozpoczyna pracę w sektorze usług biznesowych. Z powodu niezbyt wysokich wynagrodzeń, małych perspektyw awansu i niskiego morale w sektorze usług socjalnych, alternatywa w postaci zatrudnienia w sektorze biznesowym może być jedną z przyczyn kryzysu w zatrudnieniu w sektorze usług socjalnych (patrz Harlow 2000 i Miller 2002).

Podczas gdy TIK wpływają na zmieniające się możliwości zawodowe kobiet, Haughton (2002, str. 2) zauważa, że nie wydają się one być szczególnie zainteresowane pracą w sektorze technologii informacyjno-komunikacyjnych a „przewaga" mężczyzn nad kobietami wynosi pięć do jednego. Jest to problem, gdyż, jak pisze Haughton, w ciągu najbliższych pięciu lat potrzebnych będzie milion dodatkowych specjalistów z branży TIK. Podczas gdy sektor ten dokłada wszelkich starań, aby zachęcić więcej kobiet do pracy

7 Informacjonalizacja oznacza wzrost znaczenia informacji oraz wiedzy we współczesnym świecie

w nim, z wątpliwości Haughtona rodzi się kolejne pytanie: jak kobiety zatrudnione w placówkach usług społecznych reagują na zwiększające się znaczenie i zastosowanie TIK? Dostępnych jest coraz więcej opracowań na temat powiązań płci i technologii, a feministyczni teoretycy tacy jak Wajcman (1994) twierdzą, że technologia jako produkt kultury nie jest płciowo obojętna: silniej powiązana jest z męskością. W odniesieniu do prac Cokburna (1983) mówi:

> Różny kontakt z technologią w dzieciństwie, inne wzory do naśladowania, odmienne sposoby nauczania i ekstremalna segregacja na rynku pracy, prowadzą zdaniem Cockburna do „przekonania, że mężczyźni są silni i uzdolnieni technologicznie, podczas gdy kobiety są słabe w sensie fizycznym i technologicznie nieporadne" (Wajcman 1994, str. 224).

Skutkuje to tym, że pracownicy socjalni (oraz sektora społecznego w ogóle) płci żeńskiej mogą czuć się mniej komfortowo używając narzędzi TIK z obszaru technologii informacyjno-komunikacyjnych nawet przy wprowadzeniu pewnych ułatwień. Wajcman twierdzi, że w stosunkach władzy „techniczna sprawność jest źródłem faktycznej lub potencjalnej przewagi mężczyzn nad kobietami" (str. 224). Faktycznie, w świecie organizacji opieki społecznej specjaliści od technologii oraz starsi menedżerowie, którzy podejmują decyzje o implementacji TIK, to zwykle mężczyźni, podczas gdy, zgodnie z powyższymi wnioskami, osoby wykonujące zadania to najczęściej kobiety. Porównanie używania narzędzi TIK przez kobiety i mężczyzn było poddawane empirycznej weryfikacji (patrz Brosnan i Davidson 1996). Pomimo tego, opór we wprowadzaniu TIK w opiece społecznej napotykany jest nie tylko w kontekście podziałów płciowych czy związanych z władzą (przykład w Riley i Smith 1997; Semke i Nurius 1991). Współczesne kobiety od dawna już nie są komputerowymi "outsiderami", jak przewidywano pod koniec lat 70-tych (Tijdens 1999). Szczególnie kobiety wywodzące się z klasy średniej rozwijają specjalistyczne umiejętności w dziedzinie TIK i są bardzo aktywnymi użytkownikami stron internetowych o tematyce zdrowotnej. Badania empiryczne dotyczące różnic płciowych i korzystania z narzędzi TIK w pracy pokazują złożony i pełen niuansów obraz (przykład w Duncle *et al*. 1994; Parry i Wharton 1994). Ponadto, stan ten wciąż ewoluuje wraz ze wprowadzaniem technologii, które zapewniają nowe możliwości w miejscu pracy (Sundin 1998). Przykład tych nowych szans pojawia się w części książki autorstwa Cullena, który opisuje sposób w jaki telemedycyna pomaga w nabywaniu umiejętności pielęgniarkom, dzięki czemu mogą one bardziej rozwijać swoje kariery. Dzięki takim zmianom możliwe są dalsze zmiany podziału ról w służbie zdrowia, dzięki którym pielęgniarki (głównie kobiety) mogą nie poddawać się tradycyjnym stosunkom władzy, w których są one zdominowane przez konsultantów (głównie mężczyzn).

Debaty dotyczące płci, TIK i pomocy społecznej dotyczą nie tylko działań organizacyjnych i nierównościom w pracy ale także sposobu, w jaki nowe technologie ułatwiają wykorzystywanie i wyzysk kobiet
np. seks turystyka (Hughes 1997 za: Hearn i Parkin 2001), handel kobietami, dziećmi, rozpowszechnianie pornografii, także dziecięcej (Karlen 1996 za: Hearn i Parkin 2001). Uprzedmiotowienie i pogwałcenie praw kobiet i dzieci wiąże się nie tylko z seksizmem ale także z rasizmem, kolonializmem i wykorzystywaniem globalnych nierówności ekonomicznych. Castells (1998) twierdzi, że zorganizowana przestępczość także czerpie korzyści z rozwoju sieci elektronicznych. Relph i Webb (w przedstawianej książce) także podkreślają, że zorganizowany międzynarodowy wyzysk wiąże się z jego kontaktem z sieciami globalnymi i przepływem dziecięcej pornografii. Jako, że Internet jest narzędziem globalnym, nie uznającym granic, nawet próby wprowadzenia odgórnych zasad cenzury lub określonej polityki nie muszą zostać zaakceptowane przez wszystkie kraje: np. Wenezuela i Japonia to kraje, które w przeszłości miały mało restrykcyjna politykę wobec stron internetowych zawierających dziecięcą pornografię.
O ile problemy związane z przepływem dziecięcej pornografii nie są niczym nowym, to nieustanny rozwój TIK generuje nowe wyzwania dla służb odpowiedzialnych za ochronę młodego pokolenia.

Uwagi krytyczne

Większa część prezentowanej publikacji, podobnie jak literatura przedmiotu w ogóle, prezentuje optymistyczne podejście do TIK. Narzędzia te są w większości przypadków traktowane jako rozwiązania starych problemów i ekscytujące źródło nowych możliwości. Entuzjazm ten może być rozumiany jako efekt współczesności, w której żyjemy: zwiększona racjonalność techniczna automatycznie wiąże nas z uczestnictwem w rozwoju (Ravetz 1996). Jednak nieco wcześniej opisano aspekty TIK, które mogą generować nowe trudności lub pogłębiać już istniejące.
Zastosowania TIK nie są „neutralne" – są odzwierciedleniem trendów gospodarczych, wpływów kulturowych i relacji władzy, w których funkcjonują. Wraz ze wzrostem znaczenia „nowego menedżeryzmu" w sektorze publicznym autonomia pracowników socjalnych jest ograniczana za pomocą narzędzi TIK. Według Harrisa (1998), używane są przez menedżerów w celu kontroli pracowników socjalnych poprzez ograniczanie swobody ich pracy oraz monitorowanie ich wydajności:

> … Czas potrzebny do poradzenia sobie z konkretnym zadaniem może zostać dokładnie określony, w związku z czym menedżerowie będą mogli skupić się na „powolnych pracownikach". Nadzór w ten sposób może być skoncentrowany na „produktywności" pracownika. (Harris 1998, str. 858)

Jako przykład rozwiązań dla praktyki pomocy społecznej podaje zmiany jakie zaszły w procesie oceniania za sprawą wprowadzenia dokumentów administracyjnych, które po wypełnieniu mogą zostać przeanalizowane za pomocą komputera. Podczas gdy Sapey opisuje to w dziedzinie opieki nad dorosłymi, podobne zmiany zachodzą w usługach skierowanych do dzieci. Kartoteka Oceny i Działań dotyczących Opieki nad Dziećmi (The Looked After Children Assessment and Action Records) może także być traktowana raczej jako narzędzie badawcze niż służące pogłębieniu wrażliwości i refleksyjności pracy socjalnej (patrz Garrett 1999).

W związku z tym, kontakty pomiędzy pracownikami socjalnymi a ich klientami kształtowane są przez przełożonych, którzy potrzebują informacji, a te następnie mogą zostać poddane analizie ilościowej. W przedstawianej publikacji Huntington i Sapey wyjaśniają tę zmianę bazując na tezie Castellsa (1996) dotyczącej epoki informacjonalizacji w której, zbieranie, analiza i dystrybucja informacji stały się częścią nowej, globalnej gospodarki. W konsekwencji, informacja zyskała nowe znaczenie i wartość. Zdając sobie z tego sprawę, służby społeczne przywiązują większą wagę do zbierania informacji poprzez proces oceniania i analizę danych niż do świadczenia usług. W tych kontaktach, beneficjentem jest raczej agencja pracy socjalnej, a nie klient.

Podobnie jak Huntington i Sapey, Regan zgłębia wpływ TIK na pracę socjalną. Jednak ten ostatni zainteresowany jest tezą, zgodnie z którą wprowadzenie narzędzi TIK automatycznie miałoby poprawić wymiar ekonomiczny, skuteczność i wydajność. Stosując się do pewnej presji wywieranej na wprowadzanie e-zarządzania i rozwiązań e-biznesowych, wiele władz lokalnych zreorganizowało swoje systemy przyjmowania zleceń tak, aby zmaksymalizować użycie TIK. Regan, na podstawie dowodów wywiedzionych z badań empirycznych, podsumowuje, że owszem, są pewne korzyści, pojawiają się jednak nowe problemy:

> Zakorzenienie w codziennych zadaniach pracowników używania komputera w celu uruchamiania procesu przyjmowania zleceń było przykładem braku wydajności, duplikowania zadań, niestabilności i fragmentaryzacji, które skutkowały nowymi formami nieładu i nieracjonalności. (str. 106)

Regan wyjaśnia niekwestionowane poparcie dla wprowadzenia TIK odnosząc się do pracy Baudrillarda. Zgodnie z nią, żyjemy w czasach, w których to, co prawdziwe i to, co wyobrażone, przenika się. W tej „hiperrzeczywistości" liczy się wrażenie – w tym przypadku wrażenie, że TIK są efektywne. Ponadto, ich wykorzystywanie w pracy socjalnej może być uprawomocnione tylko w przypadku, gdy skomplikowane sytuacje ludzi i powiązane z nimi zadania pracy socjalnej zostaną przekształcone w „proste" kontakty:

> Obsługa klienta, kwestia „e-zarządzania", lokalne e-władze i współoperatywność systemu wszystkie bazują na rzekomo transformatywnych możliwościach technologii, która miałaby wypełnić lukę pomiędzy fantazją a heterogenicznością świata społecznego i organizacji sektora publicznego (str. 107).

Oczekuje się także, że TIK mogą poprawić jakość pracy socjalnej jeśli jej praktycy poszerzą swoją wiedzę np. poprzez lekturę publikacji online. Jednakże, część pracowników socjalnych nie ma dogodnego dostępu do komputerów i szerokopasmowego internetu.. Badania przeprowadzone w Ohio dowodzą, że pracownicy opieki społecznej zajmujący się świadczeniem usług bezpośrednich mają dostęp do komputera rzadziej niż ich przełożeni (Hughes 1999). Wspominany wcześniej Berman (1996) stawia fundamentalne pytania na temat pracowników socjalnych oraz korzystania przez nich z literatury i dowodów dostarczanych przez naukową metodologię. Publikacje online i bazy danych wcale nie będą bardziej przydatne dla pracowników socjalnych niż ich papierowe odpowiedniki, ponieważ to nie brak dostępności jest tu głównym problemem. Berman zastanawia się również nad tym, czy internetowe grupy dyskusyjne będą lepszą formą przekazywania wiedzy praktycznej. Jednakże, wyniki badań empirycznych wskazują, że nie są to podstawowe problemy. Dwie przebadane grupy dyskusyjne zdominowane były przez pracowników naukowych, którzy skupiali się przede wszystkim na zasadach, a nie na praktyce. Mimo, iż może się to zmienić wraz z większym dostępem do komputerów z Internetem dla pracowników socjalnych, to dotychczas nie byli oni zachęcani do dyskusji na tematy teoretyczne z powodu edukacji skupionej na praktyce, która staje się coraz bardziej antyintelektualna (Jones 1996). Mimo, optymistycznego nastawienia Prestona-Shoota (2002) nastawiony do zachodzących zmian edukacyjnych, zwraca on uwagę na deprofesjonalizację pracowników socjalnych, która może pomóc odpowiedzieć na pytanie „dlaczego oni nie czytają". Czy w takich warunkach, przepływ informacji umożliwiony przez narzędzia oparte na TIK przyniesie spodziewane zmiany? Być może technologie te nie zatrzymają deprofesjonalizacji pracy socjalnej, a wręcz przeciwnie, mogą stać się częścią tego procesu. Komentatorzy tacy jak Cwikel i Cnaan (1991) ponadto sugerują, że wprowadzenie TIK może stawiać pracowników socjalnych przed dylematami etycznymi, a Gelman, Pollack i Weiner (1999) poruszają w tym kontekście kwestię poufności danych klienta. Poufność nie jest jedynie wyzwaniem w pracy pracowników socjalnych, ale także wszystkich, którzy zaniepokojeni są wrażliwością danych osobistych jednostek. Świadczenia pomocy społecznej dostarczane są przez coraz bardziej multidyscyplinarne zespoły, które działają ponad granicami organizacji, co wkrótce spowoduje, że rozpowszechnienie danych klientów odbywać się będzie powszechnie. Zasady i praktyki dotyczące wymiany informacji i zabezpieczenie ich przechowywania w komputerach, to problemy, które będą musiały zostać rozwiązane (patrz Bellamy 1999). Nie wszyscy

komentatorzy mają jednak w tym względzie podejście pesymistyczne, a Gould (w prezentowanej pracy) sugeruje, że obawy związane z poufnością mogą być przesadzone. Podczas gdy krytyczny ogląd głównie skupiał się na pracy socjalnej, optymizm dotyczący zalet implementacji TIK w sektorze zdrowia, także został zakwestionowany. Cullen rozważa emancypacyjne korzyści związane z używaniem TIK. Informacje zgromadzone za pośrednictwem Internetu mogą prowadzić zarówno do „samoopieki" jak i do erozji hierarchii pomiędzy laikami i specjalistami opieki zdrowotnej. Co więcej, TIK mogą umożliwić laikom i specjalistom opieki zdrowotnej wspólne wytwarzanie wiedzy.
Jednakże bazując na wynikach badań empirycznych, okazuje się, że ten ostatni scenariusz jest mało prawdopodobny: jednostki preferują bierny stosunek do technologii bardziej niż aktywne zaangażowanie. Nawet zbieranie informacji w Internecie nie jest aż tak powszechne jak można by się spodziewać, a większość osób preferuje bezpośredni kontakt ze swoim lekarzem. Dla Cullena, który czerpie przede wszystkim z analizy foucaltiańskiej, kontekst społeczny sugeruje, że TIK w opiece zdrowotnej doprowadzą raczej do samoregulacji niż samopomocy. W gruncie rzeczy, wprowadzenie TIK przede wszystkim odtwarza bieżący stan rzeczy, a nie wprowadza w nową epokę usamodzielnienia.
Podczas gdy wielu preferuje bierne relacje z informacjami dostępnymi online, znajdą się tacy, którym początkowo nie spodoba się taka relacja. Jak mówi Bellamy:

> … w kraju, w którym w niektórych dzielnicach dużych miast rozpowszechnienie zwykłej sieci telefonicznej jest na zaskakująco niskim poziomie, nie można oczekiwać, że rynek zapewni ogólny dostęp do informacyjnej superautostrady, nawet na podstawowym poziomie. (Bellamy 1999, str. 140)

W konsekwencji, rosną obawy dotyczące pojawienia się podziału na osoby bogate i biedne w kontekście dostępu do informacji. Mimo, że podjęto działania finansowane z funduszy równościowych, które mają zapewnić dostęp do TIK dla wszystkich środowisk (patrz Carter 1997), istnieje niebezpieczeństwo pogłębienia społecznego wykluczenia.

Podsumowanie

Trudno arbitralnie wyrokować czy TIK są „rajem nowych możliwości" czy „otchłanią elektronicznego wyzysku" – na pewno można wskazywać różne korzyści i niebezpieczeństwa. Nowoczesne technologie informacyjno-komunikacyjne nie istnieją w próżni poza społeczeństwem. Rozwój i implementacja TIK są kształtowane zarówno przez ich wewnętrzną dynamikę jak i kontekst kulturowy. W związku z tym, wprowadzenie ich do organizacji, zarządzania i praktyki specjalistów opieki zdrowotnej i służb społecznych może być rozumiane z perspektywy stosownych teorii społecznych i ekonomicznych. Bazując na pracy Castellsa, rozdział ten powiązał TIK z globalnymi zmianami gospodarczymi oraz

„nowym menedżeryzmem" w sektorze publicznym. Autorzy tej książki czerpali ponadto z prac Baudrillarda, Giddensa i Foucaulta w celu wyjaśnienia pojawiających się problemów i trendów. Potencjalne implikacje stosowania TIK są dalekosiężne i wiążą się z prawdopodobną transformacją opieki zdrowotnej i społecznej w Wielkiej Brytanii i poza nią. Czas pokaże, jak daleko idące będą te zmiany.

Literatura:

Abell, A. and Oxbrow, N. (2001) *Competing with Knowledge: The Information Professional in the Knowledge Management Age*. London: Library Association Publishing.

Amin, A. (ed) (1994) *Post-Fordism*. Oxford: Blackwell.

Bainbridge, W. S. (1995) 'Sociology on the world wide web.' *Social Science Computer Review 13*, 508–523.

Bell, D. (1973) *The Coming of Post-Industrial Society*. New York: Basic Books.

Bellamy, C. (1999) 'Exploiting information and communication technologies.' In S. Horton and D. Farnham (eds) *Public Management in Britain*. Basingstoke: Macmillan.

Berman, Y. (1996) 'Discussion groups on the Internet as sources of information: the case of social work.' *Aslib Proceedings 48*, 2, 31–36.

Bindel, J. (ed) (1996) *Women Overcoming Violence and Abuse. Research Paper No. 15*. Bradford: Research Unit on Violence, Abuse and Gender Relations, University of Bradford.

BPRC (2000) *Business Process Resource Centre*. http://bprc.warwick.ac.uk/Kmweb.html

Brosnan, M. J. and Davidson, M. J. (1996) 'Psychological gender issues in computing. *Gender, Work and Organization 3*, 1, 13–25.

Carew, R. (1979) 'The place of knowledge in social work activity.' *The British Journal of Social Work 9*, 349–364.

Carter, D. (1997) '"Digital democracy" or "information aristocracy"? Economic regeneration and the information economy.' In B. Loader (ed) *The Governance of Cyberspace: Politics, Technology and Global Restructuring*. London: Routledge

Castells, M. (1996) *The Information Age: Economy, Society and Culture. Volume I. The Rise of the Network Society*. Oxford: Blackwell.

Castells, M. (1997) *The Information Age: Economy, Society and Culture. Volume II. The Power of Identity*. Oxford: Blackwell.

Castells, M. (1998) *The Information Age: Economy, Society and Culture. Volume III. End of Millennium*. Oxford: Blackwell (second edition).

Castells, M. (2000) *The Information Age: Economy, Society and Culture. Volume I. The Rise of the Network Society*. Oxford: Blackwell (second edition).

Catchpole, P. and O'Higgins, M. (1991) 'Keying into community care.' *Social Work Today*, 21 March, 15–16.

Clarke, J. and Newman, J. (1997) *The Managerial State*. London: Sage. Cockburn, C. (1983) *Brothers*. London: Pluto Press.
Colombi, D., Rafferty, J. and Steyaert, J. (1993) *Human Services and Information Technology: A European Perspective*. Southampton: University of Southampton and Antwerp, Belgium, UIA-PSW, ENITH.
Cutler, T. and Waine, B. (1994) *Managing the Welfare State*. Oxford: Berg.
Cwikel, J. G. and Cnaan, R. A. (1991) 'Ethical dilemmas in applying second-wave information to social work practice.' *Social Work 36*, 2, 114–120.
Duncle, D. E., King, J. L., Kraemer, K. L. and Danziger, J. N. (1994) 'Women, men and information technology: a gender-based comparison of the impacts of computing experienced by white collar workers.' In V. E. Gattiker (ed) *Women and Technology*. New York: Walter de Gruyter.
Dyson, G. E., Keyworth, G. and Toffler, A. (1994) *Cyberspace and the American Dream: A Magna Carta for the Knowledge Age*. Washington DC: The Progress Freedom Foundation.
Freddolino, P. P. and Han, A. S. (1999) 'Direct service applications of videoconferencing technologies: case examples from Korea and the United States.' In J. A. R. Coe and G. M. Menon (eds) *Computers and Information Technology in Social Work: Education, Training and Practice*. London: The Haworth Press.
Frissen, P. (1997) 'The virtual state: postmodernisation, informatisation and public administration.' In B. Loader (ed) *The Governance of Cyberspace: Politics, Technology and Global Restructuring*. London: Routledge.
Garrett, P. M. (1999) 'Mapping child-care social work in the final years of the twentieth century: a critical response to the "looked after children" system.' *British Journal of Social Work 29*, 27–47.
Gelman, S. R., Pollack, D. and Weiner, A. (1999) 'Confidentiality of social work records in the computer age.' *Social Work 44*, 3, 243–262.
Giddens, A. (1991) *Modernity and Self-identity*. Cambridge: Polity Press.
Giddens, A. (1994) *Beyond Left and Right: The Future of Radical Politics*. Cambridge: Polity Press.
Giffords, E. D. (1998) 'Social work on the internet: an introduction.' *Social Work 43*, 3, 243–251.
Glastonbury, B. (1985) *Computers in Social Work*. Basingstoke: Macmillan/BASW. Goldstein, H. (1992) 'The knowledge base of social work practice: theory, wisdom,
analogue or art? ' *Families in Society: The Journal of Contemporary Human Services 71*, 32–43.
Grumet, G. W. (1979) 'Telephone therapy: a review and case report.' *American Journal of Orthopsychiatry 49*, 574–584.
Hapgood, M. (1988) 'Creative direct work with adolescents: the story of Craig Brooks.' In J. Aldgate and J. Simmonds (eds) *Direct Work with Children: A Guide for Social Work Practitioners*. London: Batsford/BAAF.

Harlow, E. (2000) 'New managerialism and social work: changing women's work.' In E. Harlow and J. Lawler (eds) *Management Social Work and Change*. Aldershot: Ashgate.
Harris, J. (1998) 'Scientific management, bureau-professionalism, new managerialism: the labour process of state social work.' *British Journal of Social Work 28*, 839–62.
Harvey, D. (1989) *The Condition of Postmodernity*. Oxford: Blackwell.
Haughton, E. (2002) 'Gender split.' *educ@guardian The Guardian*, 5 March, 2–3.
Hearn, J. and Parkin, W. (2001) *Gender, Sexuality and Violence in Organizations*. London: Sage.
Hughes, D. M. (1997) 'Trafficking and sexual exploitation on the Internet.' *Feminista! The Online Journal of Feminist Construction 1*, 8. Http://www.feminista.com/v1n8hughes.html
Hughes, L. (2000) 'Crossing, building and breaking the boundaries: social work in a global context.' In E. Harlow and J. Lawler (eds) *Management, Social Work and Change*. Aldershot: Ashgate.
Hughes, R. (1999) 'Access and use of information technology by human service providers.' *Journal of Technology in Human Services 16*, 1, 1–16.
Jellineck, D., Lambden, P. and Lilley, R. (2000) *Your Health and the Internet*. Norwich: The Stationery Office.
Jones, C. (1996) 'Anti-intellectualism and the peculiarities of British social work education.' In N. Parton (ed) *Social Theory, Social Change and Social Work*. London: Routledge.
Karlen, H. (1996) 'Child pornography and paedophiles in Sweden.' In M. Jyrkinen (ed) *Changing Faces of Prostitution*. Helsinki: Unioni – The League of Finnish Feminists. Kelly, A. (1991) 'The "new" managerialism in the social services.' In P. Carter, T. Jeffs and M. Smith (eds) *Social Work and Social Welfare Year Book 3*. Buckingham: Open University Press.
Kumar, K. (1995) *From Post-industrial to Post-modern Society: New Theories of the Contemporary World*. Oxford: Blackwell.
Lawler, J. (2000) 'The rise of managerialism in social work.' In E. Harlow and J. Lawler (eds) *Management, Social Work and Change*. Aldershot: Ashgate.
Lawton, A. and Rose, A. (1994) *Organisation and Management in the Public Sector*. London: Pitman Publishing (second edition).
Leonard, P. (1997) *Postmodern Welfare: Reconstructing an Emancipatory Project*. London: Sage. Lyotard, J. F. (1984) *The Postmodern Condition: A Report on Knowledge*. Manchester: Manchester University Press.
Miller, A. (2002) 'Situations vacant.' *Community Care*, February, II–IV. Oakland, J. S. (1989) *Total Quality Management*. Oxford: Heinmann.
Parry, L. E. and Wharton, R. R. (1994) 'Networking in the workplace: the role of gender in electronic communications.' In V. E. Gattiker (ed) *Women and Technology*. New York: Walter de Gruyter.
Peters, T. J. and Waterman, R. H. (1982) *In Search of Excellence*. New York: Harper Row.
Preston-Shoot, M. (2002) 'Why social workers don't read.' *CareandHealth Guide 11*, 10–12.

Rafferty, J. (1997) 'Shifting paradigms of information technology in social work education and practice.' *British Journal of Social Work 27*, 959–74.
Ravetz, J. (1996) 'The concept of progress and technological rationality in human services.' In B. Glastonbury (ed) *Dreams and Realities: Information Technology in the Human Services. Papers from the HUSITA 4 Conference held in Finland 1996*. Helsinki: Stakes.
Riley, L. and Smith, G. (1997) 'Developing and implementing IS: a case study analysis in social services.' *Journal of Information Technology 12*, 305–21.
Sapey, B. (1997) 'Social work tomorrow: towards a critical understanding of technology in social work.' *British Journal of Social Work 27*, 803–14.
Schopler, J. H., Abell, M. D. and Galinsky, M. J. (1998) 'Technology-based groups: a review and conceptual framework for practice.' *Social Work 43*, 3, 254–67.
Semke, J. I. and Nurius, P. S. (1991) 'Information structure, information technology, and the human services organizational environment.' *Social Work 36*, 4, 353–58.
Siddall, A. (2000) 'From Beveridge to Best Value: transitions in welfare provision.' In E. Harlow and J. Lawler (eds) *Management, Social Work and Change*. Aldershot: Ashgate.
Steyaert, J., Colombi, D. and Rafferty, J. (eds) (1996) *Human Services and Information Technology: An International Perspective*. Aldershot: Arena.
Sundin, E. (1998) 'Organizational conflict, technology and space: a Swedish case study of the gender system and the economic system in action.' *Gender, Work and Organization 5*, 1, 31–42.
Thompson, P. and McHugh, D. (1995) *Work Organisations: A Critical Introduction*. Basingstoke: Macmillan (second edition).
Tijdens, K. G. (1999) 'Behind the screens: the foreseen and unforeseen impact of computerization on female office workers' jobs.' *Gender, Work and Organization 6*, 1, 47–57.
Toffler, A. (1970) *Future Shock*. London: Bodley Head.
Wajcman, J. (1994) 'Technology as masculine culture.' In *The Polity Reader in Gender Studies*. Cambridge: Polity Press.
Webb, S. A. (1998) 'Visions of excess: cyberspace, digital technologies and new cultural politics.' *Information, Communication and Society 1*, 1, 46–69.
Webb, S. A. (2001) 'Some considerations on the validity of evidence-based practice in social work.' *British Journal of Social Work 31*, 1, 57–80.
Wiener, L. S. (1998) 'Telephone support groups for HIV-positive mothers whose children have died of AIDS.' *Social Work 43*, 3, 279–85.

1. PROFESJE POMOCOWE I TECHNOLOGIE INFORMACYJNE: *W poszukiwaniu teorii (Nick Gould)*

> Informacja jest fundamentalną częścią procesu dostarczania wysokiej jakości usług pracy socjalnej, które odpowiadają na potrzeby i oczekiwania świadczeniobiorców. Informacja jest siłą napędową tych usług, a czasami sama jest usługą. (Department of Health 2000)

Według opublikowanego przez Departament Zdrowia (Department of Health) dokumentu z wytycznymi, brytyjskie placówki świadczenia indywidualnych usług z zakresu pracy socjalnej mogą czuć się „zalane" odgórnymi zaleceniami dotyczącymi szeroko rozumianej polityki informacji. Chodzi tu m.in. o oczekiwania, że wszystkie operacje można będzie przeprowadzać w sposób elektroniczny do 2005 roku; wszystkie kartoteki powinny być przechowywane elektronicznie; systemy mają być współoperatywne (kompatybilne), a usługi, które świadczone są użytkownikowi powinny być łatwo dostępne; inicjatywy takie jak: Quality Protects (Ochrona Jakości) czy Best Value (Najwyższa Wartość) mają wspomagać ocenę wydajności i systemu monitoringu; wyłaniający się program modernizacji służby zdrowia wiązać się ma z rozwojem strategii informacyjnych. Postuluje się również uwzględnienie szeregu międzyobszarowych elementów polityki takich jak: wykluczenie społeczne, konkurencyjność gospodarcza czy demokratyczna odnowa, które wszystkie wpływają na program zmian dotyczących informacji w usługach pomocy społecznej. Patrząc z perspektywy oddolnej, czy inaczej mówiąc „od szczegółu do ogółu", istnieje ogromna potrzeba wprowadzenia systemów informacyjnych (np. bezpośrednie systemy płatności i inne zmiany dążące do autonomii użytkownika; obsługa lokalnych ustaleń dotyczących współpracy; koordynacja zarządzania opieką; potrzeby planowania strategicznego i rozwoju sieci informatycznych w organizacji a także wszystkie inne aktywności lokalnych agend politycznych). Z obserwacji autora wynika, że w ciągu 25 lat[8] organizacje świadczące usługi społeczeństwu przeszły od stanu, w którym kopiowanie

8 Mówimy tu o około 25 latach poprzedzających pierwsze wydanie tej książki, które miało miejsce w 2003 roku.

wiadomości przez kalkę było uznawane za rozwiązanie technologiczne, do aktualnej sytuacji, w której intranet, laptop i telefon komórkowy stają się standardowym wyposażeniem każdego pracownika (Gould 1996a).

W tym okresie wyróżnić można kilka faz wprowadzania technologii informacyjnej w sektorze „pomocowym" (Riley and Smith 1997, p.310). Najpierw, w latach 70-tych, zaczęły pojawiać się systemy katalogowania klientów bazujące na komputerach typu mainframe. Specjalistyczne, „samodzielne" bazy danych wykształciły się w latach 80-tych w odpowiedzi na potrzeby usług specjalistycznych takich jak ochrona dzieci czy działalność rodzin zastępczych. Z końcem lat 80-tych wprowadzane były bardziej zintegrowane systemy zarządzania, które działały w sieciach typu klient-serwer i miały na celu ograniczenie kosztów dla całej organizacji. Oczywiście to również nie był „kres technologii" – wciąż pojawiają się nowe aplikacje, które zastępują te, w danym czasie uważane za optymalne. Ma na to znaczący wpływ na stałe powiększanie się przepustowości sieci lokalnych i globalnych, a także na informatykę mobilną, która staje się coraz tańsza i bardziej funkcjonalna.

Niezależnie od rodzaju technologii, pewne cele i problemy wciąż wiążą się z pozyskiwaniem, zarządzaniem i przechowywaniem informacji dotyczących pracy socjalnej. Podczas gdy w planie zmian uwzględnia się zalecenie dotyczące przechowywania informacji w kontekście technologii komunikacyjnych, wciąż nie został określony wspólnie uzgodniony sposób osiągnięcia tego celu. Większość placówek pomocy społecznej korzysta z sieci lokalnych, które zwykle wywodzą się z wypracowanych w danym miejscu rozwiązań gdzie standaryzacja typów danych jest na niskim poziomie, poza dokumentami wymaganymi do statystyk władzy centralnej (Glastonbury 2001). Nie istnieje żadna państwowa sieć władz lokalnych (jak NHSnet w przypadku brytyjskiej służby zdrowia), a rynek usług socjalnych nie jest specjalnie atrakcyjny dla komercyjnych podmiotów, które mogłyby wprowadzić wspólny system zarządzania informacjami. Na poziomie normatywnym funkcjonuje przekonanie, że informatyzacja powinna służyć poprawie jakości opieki zgodnie z czterema wytycznymi (Department of Health):

- Pomoc społeczna powinna skupiać się na obywatelach.
- Pomoc społeczna powinna być łatwo dostępna.
- Pomoc społeczna powinna być zintegrowana.
- Pomoc społeczna powinna budować partycypację.

Jednakże droga do implementacji technologii w celu osiągnięcia powyższych celów jest wciąż niezbadana, nawet po publikacji *Information for Social Care (Informatyzacja Pomocy Społecznej)* przez Departament zdrowia (2000). Czynniki, które powodują, że sprecyzowanie relacji pomiędzy technologią a świadczeniem usług jest trudne, można analizować na trzech poziomach: praktycznym, krajowym i globalnym. Komentarze dotyczące tych poziomów znajdują się poniżej:

Poziom praktyczny: praca socjalna to niezwykle kompleksowa i „niejasna" dziedzina. Procesów pracy socjalnej nie da się wypracować za pomocą algorytmów. Mimo przesłanek wypływających z praktyki opartej na dowodach, nie sposób wpisać jej w ramy racjonalności technicznej.

Poziom państwowy: sposób organizacji pracy socjalnej zmienił się z fordystycznego w postfordystyczny. Zgodnie z tymi założeniami, typowy departament pomocy społecznej funkcjonował zgodnie z zasadą seryjnego „przetwarzania" potrzeb świadczeniobiorców. Z racji bycia monopolistą w dostarczaniu i koordynacji usług, systemy informatyczne departamentów są jedynie adekwatne w obrębie granic konkretnej jednostki. Wprowadzenie mechanizmów quasi-rynkowych, oddzielenie funkcji kupna i świadczenia usług, a przede wszystkim przyciąganie indywidualnych świadczeniodawców spowodowało powstanie środowiska pomocy społecznej, wewnątrz którego taylorystyczna[9] i fordystyczna organizacja dostarczania usług została zastąpiona „organizacją sieciową" (Gould 1996b; James 1994).

W Wielkiej Brytanii, główną siłą napędową tych zmian był raport Griffithsa (Griffiths 1988) dotyczący pomocy społecznej oraz późniejsza Ustawa o Służbie Zdrowia i Opiece Społecznej z 1990 roku *(Information for Social Care)*, natomiast urynkowienie i reprofesjonalizację opieki socjalnej można zaobserwować także w innych krajach zachodnich (Steyaert, Colombi i Rafferty 1996; Steyaert i Gould 1999). Organizacyjna segmentacja pomocy kładzie ogromny nacisk na przepustowość agencji zajmujących się zbieraniem i dystrybucją informacji.

Poziom globalny: globalizacja niesie za sobą ciągłe zmiany w środowisku pomocy społecznej. Według stanowiska wywodzącego się z determinizmu technologicznego, problemy same w sobie generowane są przez nowe technologie. Jakkolwiek kontrowersyjny i budzący wątpliwości, w związku z istotą i zakresem relacji pomiędzy globalną makroekonomią i lokalną konfiguracją usług (Pugh i Gould 2000) byłby taki pomysł, twierdzi się, że zmiany stały się czymś stałym i trudnym do przewidzenia. Powoduje to dla agencji pomocowych powtarzające się problemy i konieczność „nadrabiania zaległości" w związku ze zmianami w środowisku zewnętrznym oraz zdolnością organizacji do poradzenia sobie z własnymi potrzebami informacyjnymi.

W związku z tym, mimo, iż rozwój informatyki w ciągu ostatnich lat miał spektakularny charakter, istnieją istotne dowody empiryczne, które świadczą o tym, że organizacje świadczące usługi pomocy społecznej wciąż wykazują problemy z wprowadzeniem w życie i zaimplementowaniem strategii informacyjnych, które mają odpowiadać potrzebom ich użytkowników i specjalistów, dotyczących zbierania, składowania, aktualizacji, odzyskiwania, udostępniania i korzystania z informacji. W tym rozdziale przedstawiony zostanie ogólny

9 Tayloryzm określany czasem jako „naukowe zarządzanie" to amerykańska metoda organizacji pracy (od nazwiska twórcy Fredericka W. Taylora) w której nacisk kładziony jest na podział produkcji na proste czynności i maksymalizację efektywnego wykorzystywania czasu pracy. Przypomina system akordowy.

obraz trzech koncepcji wprowadzenia i ukształtowania rozwiązań IT (technologii informacyjnych) w organizacji: informatyki społecznej, organizacji uczącej się i zarządzania wiedzą. Pierwsza z nich stosowana była głównie przez europejskich pracowników naukowych, konsultantów i pracowników IT z sektora usług społecznych w celu zbudowania modelu, w którym oddziela się dyskusję o informatyzacji opieki socjalnej od bardziej radykalnych form determinizmu technologicznego i skupiania się na szczegółach technicznych. Podejmowane są próby uczynienia tematu informatyki medycznej bardziej „modnym" i nadania mu statusu dyscypliny.

Teorie organizacji uczącej się i zarządzania wiedzą wiążą się przede wszystkim z zarządzaniem firmą, mogą jednak mieć zastosowanie w usługach społecznych jeśli uda się rozwiązać problem przełożenia kontekstu komercyjnego na socjalny. Zagadnienie organizacji uczącej się analizowane było przez teoretyków zarządzania i zmian organizacyjnych takich jak Seng (1990) oraz Argyris i Schön (1996). Z myśleniem systemowym, pracą zespołową i refleksyjną praktyką, koncepcja organizacji uczącej się wydaje się prezentować wizję, która jest progresywna oraz zgodna z kulturą i etyką specjalistów opieki obszaru pomocowego. Z kolei zarządzanie wiedzą, aktualny trend w zarządzaniu zasobami ludzkimi i teorii zarządzania informacją, niesie za sobą cały zestaw różnych koncepcji (nie zawsze technologicznych) dotyczących tworzenia „pamięci organizacyjnej" w celu zachowywania, organizowania i udostępniania umiejętności w organizacji. Zarządzanie wiedzą wychodzi poza koncepcję elektronicznego biura, która starała się odwzorować papierowy system administracyjny i wykorzystuje potencjał jaki daje Internet i sieci wewnętrzne.

W dalszej części rozdziału podjęte zostaną wątki jak modele te przyczyniają się do myślenia o wprowadzaniu technologii informacyjnej do usług społecznych. Wszystkie jednak muszą zostać rozwinięte w celu dostosowania ich do kwestii związanych z etyką pracy i promowanymi wartościami. Konieczne jest w szczególności rozważenie relacji pomiędzy modelami a trzema tematami, które wydają się najczęściej powtarzać w debatach na temat technologii informacyjnej, zarządzania informacją i etyki pracy:

- poufność i udzielanie świadomej zgody – ograniczenie możliwości dzielenia się informacją do grona osób uprawnionych
- spójność – zapewnienie jakości i dokładności danych osobowych
- dostępność – nadanie dostępu tym, których dotyczą dane.

1.1. Informatyka społeczna

W ciągu ostatnich dziesięciu lat[10], wykształcił się ruch dążący do rozwoju informatyki społecznej równolegle do informatyki medycznej zdefiniowanej w 1988 roku przez Światową

10 Mowa tu o latach poprzedzających pierwsze anglojęzyczne wydanie tej książki. Uwaga ta odnosi się również do innych tego typu przywołań w tekście głównym.

Organizację Zdrowia jako „połączenie technologii i metodologii umożliwiające zbieranie, przechowywanie, przetwarzanie, odzyskiwanie, dystrybucję i zarządzanie informacjami za pomocą komputerów" (Światowa Organizacja Zdrowia 1988, str. 3). Wraz z upływem czasu, informatyka medyczna zaczęła powoli osiągać etap „zamknięcia", charakterystyczny dla procesów, w których grupy zawodowe starają się uzyskać status specjalistów poprzez rozwój wiedzy, szkolenia uniwersyteckie etc. (Macdonald 1995). Profesjonalizacja pomocy społecznej a w szczególności pracy socjalnej, w wielu aspektach przypomina ten rozwój, nie powinno więc dziwić, że pojawiają się głosy, aby „informatykę społeczną" ustanowić odrębną dyscypliną. Ten proces przypisywany jest w szczególności uniwersyteckim specjalistom IT z działów pracy socjalnej, ale ma on także wsparcie w agencjach świadczących usługi oraz strukturach rządowych (oznaki wsparcia można wywodzić z: Kerslake i Gould 1996 oraz Gould i Moultrie 1997).

W tytule swojej pracy, Jan Steyaert pyta: „Technologia informacyjna i usługi pomocy społecznej – więcej niż komputery? " (Steyaert 1996) w czym zawiera się podstawowe twierdzenie dotyczące modelu informatyki społecznej mówiące o tym, że imperatywy usługowe wykraczają poza wąskie techniczne rozważania dotyczące komputeryzacji usług. Steyaert konceptualizuje politykę społeczną, opiekę społeczną i technologię informacyjną jako niezależne zmienne, które wywierają wielokierunkowy wpływ na siebie nawzajem (Steyaert 1996, str. 12). W związku z tym, z jednej strony próbuje się obrać kurs, który oznaczałby wspólne, ustandaryzowane spojrzenie, zgodnie z którym komputery byłyby implementowane w agencjach zgodnie z odgórną polityką, a z drugiej podejście, zgodnie z którym plan zmian w polityce socjalnej jak np. implementacja zarządzania opieką i pobierania opłat za usługi wspomagane byłyby poprzez możliwości przetwarzania informacji, co ułatwiają nowe technologie (Lewis i Glennerster 1996).

Częściowo, odzwierciedla to także historyczną analizę tego, jak różne grupy interesu w dziedzinie indywidualnych usług społecznych próbowały objąć kontrolę nad zarządzaniem informacją. Kerslake (1996) przedstawił ten proces jako walkę dwóch frakcji: „entuzjastycznych amatorów", protagonistów z doświadczeniem w pracy socjalnej, biegłych w obsłudze komputerów, którzy wprowadzali technologię informacyjną do swoich organizacji oraz „programistów-neofitów", specjalistów IT oddelegowanych z centralnych departamentów odpowiedzialnych za komputeryzację lub zatrudnionych z firm informatycznych, którzy stali się entuzjastami rozwoju nowych technologii w środowisku usług pomocy społecznej (Kerslake 1996, str. 7). Wniosek płynący z twierdzenia Kerslake'a jest taki, że ani jedni, ani drudzy nie są w stanie rozwiązać problemów z zarządzaniem informacją, które pojawiają się przy okazji modernizacji usług opieki społecznej. Taki proces wymaga specjalisty, który będzie w sobie łączył zrozumienie zawodowego i organizacyjnego charakteru usług opieki społecznej z głęboką wiedzą na temat technologii informacyjnej.

> Jeśli władze chcą zbudować bazę danych klientów lub jakikolwiek inny system IT bazując na nieodpowiednich analizach i rozwiązaniach problemów z informacją, to takie bazy danych nigdy nie odniosą oczekiwanego sukcesu. W jednostkach zarządzających pomocą społeczną konieczne jest przekazanie tego obowiązku personelowi kierowniczemu wyższego stopnia, który rozumie wartość informacji, będzie w stanie zaimplementować, kontrolować i ocenić koszt strategii zarządzania informacją i dostrzec potencjał drzemiący w technologii. (Kerslake 1996, str. 9)

Ten cytat zawiera w sobie istotę podejścia informatyki społecznej, która jest wschodzącą dziedziną profesjonalizacji łączącą w sobie dyscyplinę zawodową, jaką jest praca socjalna i wiedzę oraz umiejętności specjalistów technicznych. Ta perspektywa została podjęta na poziomie międzynarodowym w sieciach takich jak Europejska Sieć Technologii Informacyjnych w Opiece Społecznej (ENITH – European Network of Information Technology In Human Services) i Stowarzyszenie Wykorzystywania Technologii Informacyjnych w Służbach Społecznych (HUSITA Human Services Information Technology Association). Sieci te stanowiły impuls i podwaliny rozwoju zgodnego z perspektywą informatyki społecznej.
Na podstawie literatury można zobaczyć jak model informatyki społecznej jako zrozumienia dialektycznej relacji pomiędzy polityką społeczną, organizacjami świadczącymi usługi pracy socjalnej, jej praktykami oraz technologią informacyjną. Rozwój modelu ma swoje odzwierciedlenie w szeregu badań przeprowadzonych w środowisku europejskiej ENITH w 1992 i 1993 roku (Colombi, Rafferty i Steyaert 1993; Qvortrup, Glastonbury i De Graaf 1992), które zostały wprowadzone na poziom globalny wraz z badaniem dotyczącym tego, w jaki sposób technologia informacyjna jest wprowadzana do placówek usług społecznych. Zrealizowane zostało w 1996 roku i wzięło w nim udział osiemnaście krajów (Steyaert, Colombi i Rafferty 1996) a następnie było analizowane i rozwijane (Steyaert and Gould 1999). Powyższe badania pokazały, jak nacisk przenoszony był z wydajności, na skuteczność, a później na przebudowę sposobu świadczenia pomocy (Steyaert *i i in.* 1996, str. 250–255).

Paradygmat wydajności
Bazując na wprowadzeniu edytorów tekstu i baz danych, początkowo skupiano się na zwiększaniu tempa realizacji zadań administracyjnych poprzez „elektroniczne biuro". Spodziewany wpływ na świadczenie usług nie był bezpośredni, a czas „odzyskany" z prac administracyjnych był wykorzystywany na bezpośrednie świadczenie usług użytkownikom.

Paradygmat skuteczności
Wraz ze wzrostem nacisku na odpowiedzialność i menedżeryzm w sektorze publicznym w latach 80-tych i 90-tych, kiedy to dostawcy usług zaczęli odpowiadać przed

fundatorami i politykami, a nie tylko świadczeniobiorcami, pojawił się nowy imperatyw dotyczący wprowadzenia systemów informatycznych w zakresie zarządzania i obsługi klienta tak aby generować dane, które miałyby być monitorowane i analizowane. „Nacisk kładziony był na zarządzanie budżetem, mierzenie przepływu w różnych kategoriach i ilościowe określanie „sukcesu" według dość arbitralnych kryteriów (Steyaert *i in.* 1996, p.252). Spowodowało to zwrot ku rozszerzonej koncepcji skuteczności, która obejmowała wsparcie informatyczne dla praktyków w postaci systemów wspierających ich decyzje.

Paradygmat przebudowy sposobu świadczenia usług pomocowych
Steyaert i Gould pisali w swoich pracach o tym, jak w warunkach europejskich, struktury bazowe zostały przetworzone i jak nowe technologie zmiany te wspomagały (Steyaert and Gould 1999). Wyróżnili cztery wymiary, w których te zmiany miały miejsce: odejście państwa od bezpośredniego świadczenia usług; rozdzielenie procesów zakupu i świadczenia usług, a także wprowadzenie quasi-rynków; reprofesjonalizacja pracy socjalnej w ramach tego splotu rynków oraz początki dostarczania usług kreowanych przez popyt użytkowników. Takie powiązanie zachodziło równocześnie ze zmianami w informatyce społecznej począwszy od technologii elektronicznego biura do możliwości komunikacji i bycia podłączonym do Internetu i intranetu; przejście od paradygmatu informacyjnego do komunikacyjnego. To także następstwo transformacji organizacyjnej usług pracy socjalnej, które czasami nazywane jest przejściem do modelu postfordystycznego (Gould 1996) lub powstaniem „agencji sieciowej".

1.2. Organizacja ucząca się

Koncepcja organizacji uczącej się jest bardziej holistycznym modelem wpływu technologii informacyjnej na specjalistów opieki. Mimo, że dyskurs dotyczący uczenia się organizacji (tego w jaki sposób organizacja się uczy) ma dłuższą historię, to koncepcja organizacji uczącej się (charakterystyka organizacji, która się uczy) zaczęła krystalizować się w połowie lat 80-tych. W warunkach globalizacji gospodarki, gdzie konkurencyjność zależy od utrzymywania procesów ciągłego ulepszania, pojawił się pogląd sugerujący, że zależy to od poświęcenia się ciągłej nauce (Jarvis 1999). Mówiąc w skrócie, spór polega na tym, że mimo możliwości krótkoterminowych zysków, które mogą zostać osiągnięte poprzez obniżkę kosztów i inne rozwiązania efektywnościowe, najbardziej skutecznym zabezpieczeniem przed zostaniem „w tyle" są szybkie zmiany technologiczne oraz zaimplementowanie wewnątrz organizacji środowiska, które wspomaga uczenie się (Senge 1990). Dotychczas, większość dyskusji i działań w tym obszarze wywodziła się z teorii zarządzania i biznesu oraz była do tych dziedzin ograniczona (jej przykłady można było zaobserwować w organizacjach komercyjnych). Jednakże od pewnego czasu okazuje się, że indywidualne usługi społeczne są także pod wpływem globalizacji z oddolnym

naciskiem na zasoby i gwałtownie zmieniającymi się wzorami potrzeb socjalnych (Gould 2000; Pugh i Gould 2000; Steyaert i Gould 1999). Powiązania pomiędzy organizacją uczącą się, zmianami technologicznymi i globalną gospodarką są klarownie przedstawiane w literaturze przedmiotu:

> Rozwój dziedziny [organizacji uczących się] można wytłumaczyć w oparciu o co najmniej trzy zewnętrzne czynniki: szybkość zmian technologicznych, postęp globalizacji i rosnącą konkurencję między korporacjami. Szybkość zmian technologicznych oznacza, że istnieje ciągła presja na firmy, aby zmniejszały czas upływający od pomysłu do wprowadzenia nowego produktu na rynek, a innowacje komunikacyjne takie jak Internet oznaczają, że firmy (i pracownicy umysłowi wewnątrz nich), będą musiały dostosowywać się gwałtownie i w trudny do przewidzenia sposób. (Easterby-Smith, Snell i Gherardi 1998, str.259–260).

Koncepcja organizacji uczącej się odzwierciedla wiele założeń wynikających z teorii globalizacji, szczególnie tych, które podkreślają wpływ nowych technologii informacyjnych na życie organizacji. W efekcie, budowana jest na dłuższej socjologicznej tradycji teoretyzacji związków zachodzących pomiędzy strukturą organizacji a jej zachowaniem. Według klasycznej teorii biurokracji Webera (Weber 1947), uczenie się jest silnie związane z tradycyjnymi pojęciami profesjonalizacji, gdzie budowa hierarchiczna oddziela teoretyków i decydentów od wykonawców. W późniejszych naukowych lub taylorystycznych teoriach organizacji, nacisk kładziony był na przyswojenie umiejętności technicznych w celu skutecznego wykonywania zadań. Jednostki były szkolone do wykonywania części procesu produkcyjnego w wysoko wystandaryzowanym systemie. Wraz z upływem czasu pojawiły się napięcia pomiędzy dehumanizującymi efektami taloryzmu (Beynon 1973) a ruchami społecznymi z lat 60-tych i 70-tych (Maslow 1968), które skupiały swoją uwagę na odpowiadaniu na ludzkie potrzeby poprzez samorozwój i poprawę jakości życia zawodowego.

W warunkach globalizacji, do głosu dochodzić zaczął pogląd, w myśl którego osiągnięcie stanu nauki dla permanentnej zmiany nie może być zdefiniowane przy użyciu pojęć uczenia się czy szkolenia. Bazując na teorii aktywnego, analitycznego uczenia się na własnym doświadczeniu (action learning) Revansa (Revans 1980) i późniejszym paradygmacie refleksyjnego uczenia się (reflective learning) Schöna (Schön 1983), można określić naukę jako coś, co może być promowane poprzez wspólne uczenie się, rozwiązywanie problemów lub zdobywanie doświadczenia w pracy. Wiąże się z tym konieczność zmiany metafory życia firmy z jej taylorystycznego obrazu jako maszyny na organizację przedstawianą jako system, który poprzez uczenie się musi dostosowywać się do zmieniających się potrzeb kreowanych przez otoczenie (Senge 1990).

U podwalin powyższej perspektywy systemowej leżą dwie fundamentalne przesłanki. Po pierwsze, uczenie się indywidualne jest koniecznym, lecz niewystarczającym warunkiem uczenia się organizacji. Po drugie, proces uczenia się rozprzestrzenia się łatwiej niż wiedza dostarczana za pośrednictwem kursów czy szkoleń (co ma istotny wpływ na implementację technologii informacyjnej):

> …uczenie się zawiera w sobie szeroką dynamikę adaptacji, zmiany i dopasowania się środowiskowego organizacji; odbywa się na wielu poziomach organizacji oraz obejmuje konstruowanie i rekonstruowanie znaczeń oraz światopoglądów wewnątrz organizacji. (Gould 2000, str. 587)

Koncepcja organizacji uczącej się jest w istocie teorią cybernetyczną lub systemową w związku z czym, czerpie energię z zaadoptowania technologii informacyjnej poprzez systemy, które dystrybuują wiadomości, wydobywają informacje zwrotne i dostosowują się do zmienności otoczenia. W obszernej analizie literatury, Rosengarten (1999) zidentyfikował bazowe elementy organizacji uczącej się. Są to swobodny, pionowy i poziomy przepływ informacji. Wszystko wskazuje na to, że dyskurs dotyczący organizacji uczącej się, przenosi się na grunt indywidualnych usług socjalnych, które chcą dostosować się do tych samych nacisków, które zmuszają globalne korporacje do skupienia się na elastyczności, odpowiedzialności i wydajności (Khan i Dominelli 2000). Zarządzanie informacją i wykorzystanie technologii informacyjnej są kluczowymi strategiami w tym procesie (Gould 2000). Przykładem niech będzie Społeczeństwo Dzieci (Children's Society) z dokumentem strategii zbiorowej przesyconym językiem organizacji uczącej się: „Stworzymy środowisko nauki oparte na współdzielonym dostępie do informacji i wiedzy, uznające wszystkie doświadczenia, także porażkę, za część procesu uczenia się" (Children's Society 2000 str. 9). Jest to silnie, wręcz nierozerwanie powiązane z implementacją obejmującej całą organizację sieciowej bazy danych zorientowanej na gromadzenie i dystrybuowanie informacji. Wykształcona zostanie zbiorowa strategia dotycząca zarządzania wiedzą i informacją" (Children's Society 2000, str. 15).

1.3. Zarządzanie wiedzą

Współczesna gospodarka, to gospodarka oparta na wiedzy. Rozpowszechnienie technologii informacyjnych i komunikacyjnych stwarza warunki dla gospodarki opartej na wiedzy (Tapscott 1996). Jednocześnie, pomimo początkowego optymizmu dotyczącego potencjału sztucznej inteligencji, ostatnio dominuje pogląd, że nośnikiem wiedzy eksperckiej w organizacji są ludzie, a nie sprzęt: „W nowej ekonomii, najważniejsze są aktywa intelektualne, a one 'skupiają się' w pracownikach umysłowych" (Tapscott 1996, str. 46).

Po uświadomieniu sobie tego, okazuje się, że pracownik umysłowy, czyli składnik aktywów organizacyjnych, co wieczór opuszcza biuro i w przypadku braku satysfakcji może nie wrócić następnego dnia. Ta podatność na straty dotyczy również sektora pracy socjalnej, a także w bardziej oczywisty sposób, komercyjnego sektora gospodarki opartej na wiedzy. Prasa brytyjska opisywała historię neurologa, który będąc niezadowolonym z dostępnych zasobów, opuścił państwową służbę zdrowia na rzecz praktyki prywatnej, zabierając ze sobą wysoko wyspecjalizowany „wycinek" wiedzy. Jednym z powodów jego odejścia był brak udogodnień informatycznych:

> Dr Gross, który do minionego tygodnia był szefem neurobiologii w szpitalu Royal Surrey w hrabstwie Guildford w Surrey, napisał w London Evening Standard, że nigdy nie otrzymał komputera ani dostępu do technologii informacyjnej, mimo iż pracował w NHS od 31 lat. (Vasagar 2001)

Jak widać, koncepcja organizacji uczącej się stała się jednym ze sposobów znalezienia rozwiązania dla tempa zmian zainicjowanych przez rozwój technologii informacyjnych. Jest ona także modelem rozwoju organizacyjnego, który wykorzystuje potencjał technologii informacyjnej dla integracji i rozpowszechnieniu informacji. Można wiązać to z powstaniem „pamięci organizacji", elektronicznej sieci przypominającej układ neuronowy, w której przechowywane są zbiorowe, dostępne od ręki doświadczenia agencji (Gould 2000).
Pojęcie „pamięci organizacji" zapowiada i antycypuje trzeci model, który w trakcie tworzenia miał jedynie marginalny wpływ na specjalistów opieki a mianowicie zarządzanie wiedzą (KM). Zarządzanie wiedzą traktuje wiedzę jako podstawową walutę w strategiach IT. Złożone organizacje mają tendencję do generowania „składnic" (repozytoriów) wiedzy, baz danych i innych temu podobnych które zazwyczaj są słabo ze sobą powiązane i skoordynowane. W efekcie, poszczególne zespoły, działając niezależnie od siebie na nowo „wynajdują koło", nie mogąc odnaleźć istotnych dla nich informacji. Niedawny raport przeprowadzony na zlecenie Inspektoratu Usług Socjalnych Departamentu Zdrowia (Social Services Inspectorate i Audit Commission 2001) opisuje sytuację, w której dobre praktyki wypracowane w jednej sferze aktywności, nie były znane personelowi pracującemu dla danej społeczności, mimo, że wzbudzały zainteresowanie na poziomie krajowym. Pojawiły się także obawy dotyczące organizacji komercyjnych i ich podatności na utratę pracowników, którzy zabierają ze sobą nie tylko wartościową wiedzę, ale często także umiejętności korzystania z systemów, które sami zaprojektowali. Zarządzanie wiedzą ma być odpowiedzią na te problemy i próbą ich rozwiązania poprzez zbieranie i rozpowszechnianie wiedzy w organizacji zamiast skupiania jej przy konkretnych jednostkach czy sekcjach.
W czasie pierwszej „fali" zarządzania wiedzą, pojawił się problem natury technologicznej dotyczący sieciowych systemów wymiany informacji. Okazało się, że to podejście pomija

istotne elementy kapitału społecznego – sieci i powiązań – które tworzą podbudowę motywacji jednostek oraz zespołów do gromadzenia informacji. W kulturze, która może być postrzegana, jako defensywna z powodu zewnętrznych zagrożeń takich jak fuzje, racjonalizacja kosztów, racjonalną odpowiedzią osób dysponujących istotnymi informacjami będzie gromadzenie ich i budowanie opinii niezastąpionych jednostek. Koncepcja zarządzania wiedzą zakłada pewien poziom zaufania, który w opinii pracowników może wydawać się sprzeczny z ideą kolektywizacji informacji, ponieważ generuje korzyści konkurencyjne. Uświadomienie sobie tego może sugerować zwrot od postrzegania zarządzania wiedzą, jako sposobu na usprawnienie zintegrowanych systemów od strony technicznej, w stronę zainteresowania wiedzą w kontekście definiowania wymiaru relacji międzyludzkich w organizacji:

> Początkowo, wiele firm traktowało zarządzanie wiedzą, jako zadanie natury technicznej i przekazywało je specjalistom IT, którzy w efekcie tworzyli skomplikowane systemy informatyczne. W rzeczywistości, jest to kwestia społeczna, nie technologiczna. Koncepcja ta okazała się skuteczna tam, gdzie większy nacisk kładziony był na pierwiastek ludzki – kontekst społeczny, emocjonalny i dotyczący relacji międzyludzkich. (Profesor Sumatra Ghoshal, za: *The Times* (2000)

Dyskusja na temat zarządzania wiedzą, nie jest jeszcze powszechna w obszarze usług społecznych, ale wydaje się, że w przyszłości to się zmieni. Szczególnie w warunkach dużej rotacji personelu. W obliczu podatności na „uszkodzenia" powstałe w wyniku odejścia pracownika i zabrania przez niego pewnego „wycinka" (obszaru) umiejętności, agencje mogą zwracać się w stronę strategii defensywnych i zabezpieczać się przed utratą wiedzy.

1.4. Wiedza, władza i etyka zawodowa

Dyskusje na temat związków etyki z praktyką zawodową i nowymi technologiami zwykle bazują na przekonaniu, że technologia wnosi jakościowo inny zestaw kwestii etycznych. W dalszej części rozważań pojawią się również poglądy, że kwestie etyczne są takie same, jak te które od dawna pojawiały się w dyskursie o etyce zawodowej, aczkolwiek wpływ technologii spowodował, że niektóre aspekty stały się bardzie niż znaczące.
Problem poufności informacji jest powracającą kwestią w dyskusjach o etyce zawodowej, wywodzących się z podejścia Kanta (Banks 2001). Biestek, najczęściej cytowany przedstawiciel tego podejścia w dziedzinie pracy socjalnej, zdefiniował poufność jako zachowanie tajnych informacji dotyczących użytkowników usług, które są przekazywane w trakcie relacji zawodowych (Banks 2001). Dla Biesteka, poufność oznacza podstawowe prawo użytkownika usług i podstawowy obowiązek etyczny pracownika. Jednakże

to „podstawowe prawo" można obejść powołując się na konieczność ochrony szerszej społeczności. Ten wątek jest od dawna przedmiotem sporów entuzjastów teorii Kanta i utylitarystów. Czasami pojawia się tendencja do przyjmowania wąskiej prawniczej perspektywy przy omawianiu etyki zachowywania poufności, np. poprzez skupianie się wyłącznie na kwestii uwarunkowań prawnych dotyczących ochrony danych zamiast na nie poddającej się uproszczeniu istocie etycznej podmiotu, co zostało szerzej określone w medycynie:

Poufność jest podstawowym fundamentem etyki lekarskiej. To, co przekazywane jest w ramach relacji zawodowej lekarz-pacjent jest poufne lub tajne. Złamanie powyższej umowy pomiędzy stronami nie było nigdy przedmiotem procesów sądowych, pozostaje, więc zasadą etyczną, a nie prawem, gdzie stosowane musiałyby być sztywne zasady. (Croner's Health Service Manager, June 2000, str. 245)

Zakładanie poufności zawsze wiązało się z posiadaniem papierowych kartotek dotyczących poszczególnych „przypadków". Problem poufności można przeanalizować bardziej wnikliwie w celu odsłonięcia kwestii leżących u jego podłoża, a dotyczących prywatności i specyfiki danych osobistych. W wielu przypadkach, sposób przechowywania i przekazywania informacji jest drugorzędny, niezależnie od tego czy jest to papier, dane komputerowe czy przekaz słowny. To, co jest istotne, to zasady określające zachowanie poufności. W 1997 roku Caldicott Committee wyróżnił sześć zasad ramowych, które wprawdzie dotyczą informatyki medycznej, ale mogą mieć również zastosowanie w pomocy społecznej:

- Uzasadnij cel użycia informacji poufnych.
- Używaj ich tylko jeśli jest to absolutnie konieczne.
- Używaj jak najmniej informacji.
- Zapewniaj dostęp tylko do informacji niezbędnie potrzebnych.
- Każdy musi rozumieć zakres swojej odpowiedzialności.
- Obowiązujące zasady powinny być znane, a działania muszą mieścić się w ich ramach.

Dystopijna koncepcja, w myśl której komputeryzacja jest zagrożeniem dla poufności, ma swoje źródło w przeświadczeniu, że informacje przechowywane w sposób elektroniczny są bardziej podatne na dostanie się niepowołane ręce, niż te przechowywane na papierze. Z powodu natury połączeń komputerowych, ryzyko nieautoryzowanego dostępu do informacji miałoby być wyższe niż w przypadku pracowników noszących informacje zapisane w zeszytach w torbach, leżących w samochodach lub przechowywanych w szafkach na dokumenty. To ciekawe, że w Wielkiej Brytanii, proces konstrukcji prawa dotyczącego przechowywania informacji osobistych bazował na przeświadczeniu, że konieczna jest ochrona danych w formie elektronicznej (the Data Protection Act 1984 – Ustawa o Ochronie Danych 1984), a dopiero później nastąpiło rozszerzenie ustaleń

o kartoteki fizyczne (the Data Protection Act 1988 – Ustawa o Ochronie Danych 1998). Innymi słowy, prawo nie zostało zmienione, aby być na bieżąco ze zmianami technologicznymi, ale w efekcie zrównania podejścia do danych fizycznych i elektronicznych oraz uświadomienia sobie, że w obu formach mogą być one narażone na niebezpieczeństwo. W związku z tym, na mocy ustawy z 1998 roku oraz odpowiednich dyrektyw unijnych, placówki opieki zdrowotnej i społecznej będą musiały dostosować się do ośmiu zasad ochrony danych:

- uczciwe i zgodne z prawem pozyskiwanie danych osobistych
- przechowywanie danych osobistych w konkretnych i zgodnych z prawem celach
- dane mogą być przetwarzane tylko w ramach zasad określonych w ustawach
- dane osobiste powinny być konkretne, odpowiednie i ograniczone do celu ich pozyskania
- dane powinny być dokładne i aktualne
- dane nie powinny być przechowywane dłużej niż to konieczne
- powinny być chronione przed utratą, uszkodzeniami czy niepowołanym dostępem
- dane osobiste mogą być udostępniane poza Wspólnotą Europejską tylko jeśli otrzymujący je kraj dysponuje mechanizmami ich ochrony.

Niezależnie od tego, który z wymienionych wyżej sposobów implementacji technologii informacyjnej wybierzemy, czy będzie to informatyka społeczna, organizacja ucząca się czy zarządzanie wiedzą, ważne jest to, że wszystkie trzy podejścia sprzyjają większej integracji, rozpowszechnieniu i dzieleniu się danymi. W organizacjach zajmujących się opieką, praktycznie zawsze będzie to oznaczać zajmowanie się koordynacją udostępniania danych osobowych. Przykładowo, kiedy pracownik rozpoczynający proces świadczenia usług pomocowych użytkownikowi zapisze jej przebieg na swoim laptopie, dane te okresowo będą wysyłane do większego systemu informacji o klientach, który znajdował się będzie na serwerze podłączonym do sieci, a informacje mogą zostać użyte na potrzeby monitoringu i planowania strategicznego oraz zebrane i uwzględnione w raportach statystycznych. Wraz z modernizacją opieki medycznej i pracy socjalnej, może dojść do sytuacji, w której część tych procesów odbywać się będzie ponad granicami organizacji, np. pomiędzy instytucjami opieki zdrowotnej, socjalnej i agencjami mieszkaniowymi. Wiąże się z tym przeświadczenie, że ograniczenie poufności, które wiąże się z tymi procesami oznaczać będzie skupienie się na uzyskiwaniu świadomej zgody użytkowników na udostępnianie informacji na ich temat. To z kolei, wiązać się będzie ze wzrostem niepokoju niektórych komentatorów, którzy obawiają się, że procedury konieczne do zagwarantowania świadomej zgody na udostępnianie jakichkolwiek informacji utrudnią realizację podstawowego celu, czyli szybkiej i skutecznej interwencji:

> Zawsze znajdzie się znacząca grupa ludzi potrzebujących pomocy, często będących w nagłej potrzebie, którzy dotąd nie przeszli procesu udzielenia świadomej zgody na wykorzystywanie ich informacji osobistych. Jak powinni zareagować pracownicy? Uznać brak zgody i w efekcie nie móc udzielić pomocy na najwyższym poziomie? To z kolei byłoby w sprzeczności z ich podstawowym obowiązkiem udzielania pomocy. Czy można zignorować brak zgody i skupić się na swojej pracy (co jest powszechną praktyką)? Pojawia się tu dylemat, który należy rozwiązać. (Glastonbury 2001, str. 9–10)

Możliwość łamania zasady zachowania poufności według powyższego scenariusza, z którym mierzymy się od strony technologicznej poprzez ciągły rozwój protokołów kryptograficznych takich jak szyfrowanie, zapory (firewall) czy zarządzanie hasłami dostępu, nie powinna być ignorowana. Jednakże, może pojawić się niebezpieczeństwo, że skupimy się głównie na „konwencjonalnych" problemach etycznych zamiast wziąć pod uwagę szerszego kontekstu politycznego, zarządzania informacjami i konsekwencji dla pracowników oraz osób korzystających z usług socjalnych.

W tym miejscu warto przeanalizować niektóre z socjologicznych podejść do społecznej konstrukcji technologii. Czasami teoria aktora-sieci (actor network approach), która jest formą mikrokonstrukcjonizmu społecznego (Mackay 1995) stawiana jest w opozycji do neomarksistowskiego podejścia autorów takich jak Braverman (1984), którzy kładą nacisk na społeczno-gospodarcze siły kształtujące implementację technologii.

Pierwsze z nich, funkcjonujące na poziomie analizy mikro, usuwa różnice między technologią i społeczeństwem, tak że obiekty nieożywione, w tym samym stopniu co jednostki, stają się aktorami zaangażowanymi w implementację systemów technologicznych. Przedmioty i ludzie stają się aktorami zwerbowanymi do funkcjonowania wewnątrz sieci. Tego typu sieci istnieją w ramach niepewnych i problematycznych procesów, takich jak praca socjalna; werbują i integrują aktorów z czynnościami, szerzą konkretne formy racjonalności, mobilizują wsparcie dla poszczególnych podejść czy następstw, a także mogą skutkować niezamierzonymi skutkami (Gould 1996b).

Neomarksizm praktykowany przez Bravermana, próbuje zidentyfikować cele rozwoju technologicznego kształtowanego przez chęć kapitału do osiągnięcia zwiększonego zysku z siły roboczej, w szczególności poprzez odejście od wyspecjalizowanych pracowników oraz poprzez wyzysk kapitalistycznych ekonomii. Mackay komentuje: „Zmiana spojrzenia na technologię z produktu społecznego na polityczny nie jest żadnym wielkim krokiem dla społecznego kształtowania technologii społecznej" (1995, p.43).

Wraz z poszerzeniem rozumienia technologii o powyższe koncepcje z dziedzin społecznych i politycznych, można dojść do przeświadczenia, że te wnioski są przeważnie ignorowane lub minimalizowane z powodu obowiązującego nacisku na prywatność

i poufność jako jedynych problemów natury etycznej czy związanej z wartościami, które pojawiają się przy okazji wprowadzenia nowych technologii w służbach społecznych. Dominujące obecnie modele wprowadzania nowych technologii w niewielkim stopniu zbliżały się do szerszej politycznej czy etycznej perspektywy. Informatyka społeczna, teoria organizacji uczącej się czy zarządzanie wiedzą – wszystkie wyrosły z koncepcji menedżeryzmu, która w niewielkim stopniu skupiała się na tym, w jaki sposób interes osób będących beneficjentami świadczeń może wpłynąć na zwiększenie kontroli nad systemami technologicznymi lub określić cele, dla których systemy te zostały wprowadzone. Teoria organizacji uczącej się może być traktowana jako dyskurs akademicki, który „podejrzewany jest o bycie w zmowie z sądami, które mają władzę nad organizacjami oraz o angażowanie się w dyskurs na temat demokracji i liberalizmu w sposób ideologiczny" (Ghradi 1999, str. 105).

Można to dostrzec również w odniesieniu do informatyki społecznej i zarządzania wiedzą. Innymi słowy, humanistyczne „roszczenia" w stosunku do tych modeli (Dovey 1997) sugerujące, że one mają charakter wspierający i uczestniczący, są w sprzeczności z ich właściwą, strategiczną rolą polegającą na pogłębianiu zgodności z odgórnymi podmiotami zarządzającymi. To również modele, które „milczą" na temat kwestii dostępu i kontroli informacji przez beneficjentów świadczeń. Pojawia się coraz więcej dowodów wypływających z przeprowadzonych badań, że „podział cyfrowy" (digital divide) umacnia poczucie winy wiążące się z wykluczeniem społecznym; jak sugerują Blackler, Crump i McDonald (1998) informacje i wiedza są umiejscowione kulturowo i przetwarzane z pomocą technologii oraz rozprowadzane społecznie. Odbiorcy świadczeń mają niewielki wpływ na kształtowanie nowych technologii tak, aby pomagała dostarczać bardziej odpowiednich usług (Fabian Society 2001).

Rozpocząłem pisanie tego rozdziału zastanawiając się, jak innowacje technologiczne i praktyka w usługach pomocy społecznej oddziaływały na siebie wraz z odejściem komputerów typu mainframe i pojawieniem się baz danych opartych na komputerach typu PC, a ostatnio także telefonii komórkowej. Technologia została stworzona po to, aby pomoc społeczna nadal przekształcała się w „inteligentną organizację" z hierarchicznym systemem, który nie tylko zapewnia rutynowe wsparcie administracyjne i jest źródłem wskaźników wydajności organizacji, ale także zapewnia dostęp do skomplikowanych umiejętności i wiedzy poprzez sieć internetową. Na szczęście etyczne i polityczne koncepcje, które leżą u podstaw praktyki pomocy społecznej, nie mogą być zastąpione przez technologię.

1.5. Literatura:

Argyris, C. and Schon, D. (1996) *Organizational Learning II: Theory, Method and Practice*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Banks, S. (2001) *Ethics and Values in Social Work*. Basingstoke: Macmillan. Beynon, H. (1973) *Working For Ford*. London: Penguin.
Blackler, F., Crump, N. and McDonald, S. (1998) 'Knowledge, organizations and competition.' In G. von Krogh, J. Roos and D. Kleine (eds) *Knowing in Firms: Understanding, Managing and Measuring Knowledge*. London: Sage Publications.
Braverman, H. (1984) *Labour and Monopoly Capital: The Degradation of Work in the Twentieth Century*. London: Monthly Review Press.
Children's Society (2000) The Corporate plan 2000–02. London: The Children's Society.
Colombi, D., Rafferty, J. and Steyaert, J. (eds) (1993) *Human Services and Information Technology: A European Perspective*. Antwerp: European Network for Information Technology.
Croners Health Service Manager, June 2000. Kingston upon Thames: Croner.CCH.
Department of Health (1997) *The Caldicott Committee: A Report on the Review of Patient-identifiable Information*. London: Department of Health.
Department of Health (2000) *Information For Social Care: A Framework for Improving Quality in Social Care through Better Use of Information and Information Technology. London: Department of Health*.
Dovey, K. (1997) 'The learning organization and the organization of learning: power, transformation and the search for form in learning organizations.' *Management Learning 29*, 3, 331–349.
Easterby-Smith, M., Snell, R. and Gherardi, S. (1998) 'Organizational learning: diverging communities of practice? ' *Management Learning 29*, 3, 259–72.
Fabian Society (2001) *Beyond Access: ICT and Social Exclusion*. London: Fabian Society.
Gherardi, S. (1999) 'Learning as problem-driven or learning in the face of mystery.' *Organization Studies 20*, 1, 101–24.
Glastonbury, B. (2001) 'Calling the tune in social care information.' *New Technology in the Human Services 13*, 3 and 4, 1–10.
Gould, N. (1996a) 'Introduction.' In A. Kerslake and N. Gould (eds) *Information Management in Social Services*. Aldershot: Avebury.
Gould, N. (1996b) 'Care management and information technology: science or reading the tea-leaves? ' In J. Steyaert (ed) *Information Technology and Computers: More Than Computers*? Utrecht: Netherlands Institute for Care and Welfare.
Gould, N. (1996c) 'Social work, information technology and the post-Fordist welfare state.' In B. Glastonbury (ed) *Dreams and Realities: Information Technology in the Human Services*. Helsinki: STAKES.
Gould, N. (2000) 'Becoming a learning organisation: a social work example.' *Social Work Education 19*, 6, 585–596.
Gould, N. and Moultrie, K. (eds) (1997) *Information Management and Social Services: Effective Policy, Planning and Implementation*. Aldershot: Ashgate.

Griffiths, R. (1988) *Community Care: Agenda for Action*. London: The Children's Society.
James, A. (1994) *Managing To Care*. Harlow: Longman.
Jarvis, P. (1999) *The Practitioner Researcher: Developing Theory from Practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
Kerslake, A. (1996) 'Information management: beyond information technology.' In A. Kerslake and N. Gould (eds) *Information Management in Social Services*. Aldershot: Avebury
Kerslake, A. and Gould, N. (eds) (1996) *Information Management in Social Services*. Aldershot: Avebury.
Khan, P. and Dominelli, L. (2000) 'The impact of globalization on social work in the UK.' *European Journal of Social Work 3*, 2, 95–108.
Lewis, J. and Glennerster, H. (1996) *Implementing the New Community Care*. Buckingham: Open University Press.
Macdonald, K. (1995) *The Sociology of the Professions*. London: Sage.
Mackay, H. (1995) 'Theorising the IT/society relationship.' In N. Heap, R. Thomas, G. Einon, R. Mason and H. Mackay (eds) *Information Technology and Society*. London: Sage Publications.
Maslow, A. (1968) *Towards a Psychology of Being*. New York: Van Nostrand.
Pugh, R. and Gould, N. (2000) 'Globalization, social work and social welfare.' *European Journal of Social Work 3*, 2, 123–138.
Qvortrup, L., Glastonbury, B. and de Graaf, H. (1992) *European Resource Book: Information Technology and Human Services*. Utrecht: ENITH/NIZW.
Revans, R. (1980) *Action Learning*. London: Blond and Biggs.
Riley, L. and Smith, G. (1997) 'Developing and implementing IS: a case study analysis in social services.' *Journal of Information Technology 12*, 4, 305–21.
Rosengarten, P. (1999) *The Characteristics, Outcomes and Sources of the Learning Organization: The Case of Car Component Suppliers in Britain*. Unpublished MPhil thesis, London School of Economics.
Schon, D. (1983) *The Reflective Practitioner*. New York: Basic Books. Senge, P. (1990) *The Fifth Discipline*. London: Random Century.
Social Services Inspectorate and Audit Commission (2001) *Delivering Results: Joint Review Team Fifth Annual Report 2000/1*. London: Department of Health.
Steyaert, J. (1996) 'Information technology and human services, more than computers? ' In J. Steyaert, (ed) *Information Technology and Human Services, More than Computers? Utrecht: Netherlands Institute for Care and Welfare.*
Steyaert, J., Colombi, D. and Rafferty, J. (eds) (1996) *Human Services and Information Technology: An International Perspective*. Aldershot: Ashgate.
Steyaert, J. and Gould, N. (1999) 'Social services, social work and information management: some European perspectives.' *European Journal of Social Work 2*, 2, 165–75.
Tapscott, D. (1996) *The Digital Economy: Promise and Peril in the Age of Networked Intelligence*.

New York: McGraw-Hill.
Times, The (2000) 'A lesson in the way to make knowledge pay.' *Delivering Results: Joint Review Team Fifth Anual Report 2000/1*. London: Department of Health.
Vasagar, J. (2001) 'NHS in chaos from top down, says consultant.' *The Guardian*, 5 July, p.5.
Weber, M. (1947) *Theory of Social and Economic Organizations*. New York: Free Press. World Health Organization (1988) *Informatics and Telematics in Health: Present and Potential Uses*. World Health Organization: Geneva.

2. UŻYCIE INTERNETU W OPARCIU O SPRAWDZONE PRAKTYKI *(Mark Watson)*

Rozdział ten bada zasięg, do jakiego stopnia biblioteki i związane z nimi usługi wspomagały pracowników socjalnych oraz ich kierownictwo w nabywaniu wiedzy związanej z zadaniami do wykonania. Omówiony zostanie potencjał Internetu jako medium ułatwiającego dostęp do zasobów bibliotecznych a rozdział zakończy się identyfikacją przeszkód powstrzymujących pomoc społeczną przed korzystaniem w pełni z potencjału Internetu w tym zakresie. Skupienie się na praktyce opartej na dowodach (evidence-based practice) w pomocy społecznej w Zjednoczonym Królestwie nastąpiło po opublikowaniu *Szerszej Strategii dla Badania i Rozwoju Odnośnie Personalnej Społecznej Usługi* (Ministerstwo Zdrowia 1994). Jednym z rezultatów tego sprawozdania było wdrożenie projektu pilotażowego w południowo-zachodniej Anglii, sponsorowanego przez trzy lata przez Ministerstwo Zdrowia i Stowarzyszenie Dyrektorów Usług Społecznych. Podczas gdy początkowym celem projektu miało być rozpowszechnianie wyniki badania, to został uruchomiony z bardziej specyficzną nazwą – centrum dla Usług Społecznych Opartych na Dowodzie (CEBSS) Prowadzone przez Profesora Briana Sheldona, który aktywnie promował debatę 'skuteczności' od późnych lat 70-tych (zobacz Sheldon 1979), badania praktyk opartych na dowodach były w tym czasie bardzo nowatorskim rozwiązaniem. Zbiegło się to z zainteresowaniem rządu i sektora zdrowia tym tematem. Jednakże, troska o uważne skupianie się na 'przypadkowości kontrolowanych procesów' jako 'złotym standardzie' w CEBSS (Centrum Dobrych Praktyk w Służbach Społecznych) doprowadziła do żywej naukowej dyskusji na temat tego, co rzeczywiście tworzy dowód (zobacz Fisher 1997) i bardziej zasadniczo, o istotność samej praktyki opartej na dowodzie (zobacz Webb 2001). W rozdziale tym prezentujemy pragmatyczne podejście do tematu i będziemy starać się przedstawić najszersze spektrum dotyczące 'dowodu' i 'wiedzy'. Rozdział koncentruje się głównie na rozwiązaniach przyjętych w Anglii.

2.1. Dostęp do wiedzy przed epoką Internetu

Aktualne zainteresowanie 'praktyką opartą na dowodzie' w pomocy społecznej pojawia się 5 lat po tym, gdy zagadnienie wykorzystania literatury przez pracowników socjalnych w ogóle zostało podniesione. W redaktorskim wydaniu *Dziennika Sił Społecznych* zatytułowanym 'Nawyk czytania pracownika socjalnego' Jesse F. Steiner „opłakiwał" marne zwyczaje dotyczące czytania przez pracowników socjalnych i promował lekturę jako wzbogacenie życia kulturalnego:

> Niezwykła natura zadań pracy społecznej czyni niesamowicie trudnym duchowy rozwój. Codzienny kontakt z trudnymi warunkami i ciężarem odpowiedzialności za poziom usług skłania, by rozwinąć pogląd na życie w którym pesymizm, niezadowolenie, brzydota, cierpienie i niesprawiedliwość grają zbyt dużą rolę … pracownicy pomocy społecznej przed wszystkim potrzebują spokojnego czasu na kontakt z mistrzami literatury, poetami i filozofami, którzy myśleli w pogłębiony sposób i refleksyjnie wypowiadali się o tajemnicach życia. (Steiner 1923, s. 477).

Podczas gdy natura pracy w obszarze pomocy społecznej mogła niewiele się zmienić od tego czasu, skupienie na sposobie wsparcia pracownika opieki społecznej „poszło" nieco do przodu. Znaczące jest, że praca socjalna przeszła do bardziej naukowej, niż filozoficznej, podstawy dla praktyki. Mniej więcej pół wieku po tych komentarzach, potrzeba dostępu do literatury nadal było podejmowana:

> Profesjonalny, rozwój powinien być widziany jako proces, jednakże, powinniśmy mieć nadzieję, że znacznie więcej pracodawców będzie dostrzegało wartość tworzenia i umożliwiania dostępu do odpowiedniej „społecznej" literatury w każdej formie dostępnej dla ich pracowników. (McCulloch i Brown 1968, s. 570).

Niechęć pracowników socjalnych, do korzystania z bibliotek była później zidentyfikowana podczas projektu finansowanego przez Biuro Naukowej i Technicznej Informacji. Ich sprawozdanie zatytułowane *Potrzeby Informacyjne Pracowników Socjalnych* (zobacz Line, Brittain i Cranmer 1971) ujawniło nieformalną naturę prób pracowników socjalnych, by dotrzymać kroku rozwojowi na tym polu – i fakt, że często realizowali go przez osobisty kontakt bardziej niż przez studiowanie literatury.

> Sądzę, że każdy lekarz i pracownik w terenie potrzebuje numeru telefonu kompetentnej osoby gdy potrzebuje dostępu do konkretnych istniejących zasobów informacji. (Grose 1974, s. 22).

W 1977 Narodowy Instytut Pracy Socjalnej (NISW) opublikował sprawozdanie, w którym ujawniono trudności w przechowywaniu wzrastającej liczby publikacji i wyników badań (zobacz Webley 1977). Dalszy impuls do rozwoju nastąpił ze strony Ministerstwa Zdrowia i Bezpieczeństwa Społecznego (DHSS) w bibliotecznej publikacji *Pomoc społeczna – abstrakty*. Sprawozdanie cytowało 12 kluczowych społecznie ukierunkowanych dzienników – bardzo niewielką liczbę w porównaniu do dzisiejszej sytuacji. W 1975 został uruchomiony projekt INISS (Potrzeby Informacji i Serwisy Informacyjne w Usługach Społecznych). Sfinansowane najpierw przez Bibliotekę Brytyjską a później przez DHSS, to główne badanie trwało przez ponad pięć lat i miało być nowatorską pracą badawczą. Jednakże, patrząc retrospektywnie, wpływ tego badania nie był tak duży jak mógłby być. Autorzy badania podjęli próby ustanowienia podstaw dla polityki informacji i komunikacji. To sprawozdanie dało podstawy do zbudowania infrastruktury w obiegu informacji w pomocy społecznej. Przez następne lata, podejmowano wysiłki by utrzymać kierunek i tempo pracy INISS. W latach1983–1984 NISW było gospodarzem serii seminariów badających rozpowszechnianie innowacyjnych praktyk na polu pracy socjalnej. Te seminaria zakończone były opublikowaniem sprawozdania, które konkludowało, że wtedy gdy ilość dostępnej informacji powiększa się, niekoniecznie odnosi się to do wykorzystywania ich przez osoby zajmujące się pracą socjalną. Stanowiło to impuls do powstania Serwisu informacji NISW (NISWIS) początkowo sfinansowanego przez Fundację Josepha Rowntree. Serwis sprawił, że Biblioteka NISW jest dostępna dla rozmaitych agencji mogących subskrybować dostęp. To umożliwiło wypożyczanie książek za pośrednictwem poczty, usługi ksero, wprowadzanie kart bibliotecznych i wyszukiwarkę literatury. Ta ostatnia usługa początkowo została oparta na fizycznym przeszukiwaniu zasobów biblioteki w poszukiwaniu konkretnego materiału. Godnymi uwagi zwiastunami rozwoju usług bibliotecznych były Kent i Essex zatrudniające wykwalifikowanych bibliotekarzy. Warta odnotowania jest wizja pokazana przez Profesora Roya Parkera w 1983 roku, który zasugerował, że technologia informacyjna mogłaby w końcu doprowadzić do ułatwionego 'sieciowego' dostępu dla lekarzy w celach diagnostycznych i naukowych (zobacz Społeczna Jednostka Badawcza Dartingtona 1983). Gdy dostęp do literatury stawał się coraz bardziej powszechny, wśród pracowników socjalnych zidentyfikowano problem polegający na preferowaniu kontaktów osobistych bardziej niż materiałów drukowanych w sytuacji poszukiwania informacji potrzebnych do pracy. Pracownicy opieki społecznej nie byli w tym czasie wykwalifikowanymi „wyszukiwaczami" informacji i wymagania w ich pracy pozostawiały im zbyt mało czasu na poszukiwania odpowiedzi na pojawiające się problemy. (Forrest i Williams1987, s. 81) W lipcu 1994 Ministerstwo Zdrowia opublikowało *Szerszą Strategię dla Badania i Rozwoju wiążącego się z rynkiem usług społecznych*, która uwypukliła problem w dostępie do wiedzy pochodzącej np. z dobrej jakości badań naukowych. Odpowiedzią

na to było ustanowienie jednostki zajmującej się gromadzeniem sprawdzonej wiedzy z obszaru usług społecznych. Mieliśmy stopniowo do czynienia z wzrastającą liczbą usług i serwisów ułatwiających dostęp do wyników badań (np. baza danych 'Caredata', 'ChildData', baza danych dotycząca polityki starzenia się, przekształcona w bazę' AgeInfo' itp.). Te inicjatywy utorowały drogę do kolejnych jak 'Volnet' CD – ROMdatabase założoną przez Kevina Harrisa z Fundacji Rozwoju Społeczności. Niezależnie czy oparte na wersjach papierowych czy na bazach danych CD-ROM, kluczowa trudność dla lekarzy polegała na dostępie do tych usługi i otrzymywaniu dostępu do literatury. Przez włączenie prenumerat do Usługi Informacji NISW i Bazy danych Caredata NISW, miejscowe władze mogły dysponować usługami,„na wyciągnięcie ręki". Telefon od zajętego lekarza do specjalisty od spraw informacji rozpoczynał właściwe poszukiwania literatury. Lista odpowiedniej bibliografii była wysłana, faksowana albo (później) wysłana pocztą elektroniczną. Dzięki temu lekarz mógł wybrać, które książki albo artykuły, których potrzebował najbardziej i otrzymywał je we właściwym czasie. W 2001 ta usługa była podstawą stworzenia Społecznego Instytutu Doskonałości (SCIE), w którym nie było dotąd biblioteki, na której ta usługa była oparta. Część racjonalnego uzasadnienia dla tej decyzji polegała na tym, że Internet był postrzegany jako czynnik sprawiający, że tradycyjne usługi biblioteczne stawały się częścią przeszłości.

2.2. Dostęp do wiedzy przez Internet

Ostatnie pięć lat pokazało jak Internet radykalnie przedefiniował sposoby, dzięki którym komputery mogą zostać użyte, by dostarczyć i wyszukiwać informacje. Ponieważ szybkie łącza stają się coraz powszechniejsze, dostęp rozszerza się poza domowego „peceta" (PC), telewizję, ale też wykorzystywany jest przez publiczne biblioteki i kawiarenki internetowe. "Radykalnie" nowa forma wymiany wiedzy i jej przekazywania stała się dość powszechnie dostępna. Podczas gdy Internet może być postrzegany jako stosunkowo nowoczesne zjawisko, elektroniczny dostęp do społecznych baz danych przez modem został ustanowiony we wczesnych latach 80-tych. Elektroniczne rozpowszechnianie pomiędzy pracownikami opieki społecznej było dostępne, ale nie miało wtedy powszechnego charakteru. W tamtym czasie 'gospodarze' sieciowi tacy jak Data – Star i Dialog ułatwiły dostęp do DHSS – DATA i Bazy danych Pracy Socjalnej, które były wyprodukowane przez Bibliotekę DHSS i Narodowe Stowarzyszenie pracowników opieki społecznej (Waszyngton DC). Późniejszy rozwój płyt CD-ROM zaoferował szansę na coraz bardziej powszechny dostęp. Na pewno, dostępność baz danych CD-ROM, takich jak wspomniane już Caredata (NISW), AgeInfo, ChildData) i Volnet (Fundacja Rozwoju Społeczności) w latach 1994 i 1995, umożliwiło dostęp szerokiemu kręgowi użytkowników. Interfejsy wyszukiwarek były ogólnie bardziej przyjazne użytkownikowi

niż roczna prenumerata, nie było też żadnych opłat za usługi online, które mogłyby stanowić przeszkodę dla poszukujących. Dla bardziej zaawansowanych badaczy, szczególnie tych którzy chcieli uzyskać systematyczne przeglądy i recenzje literatury, istniało juz w początkach lat dwutysięcznych bogactwo baz danych dostępnych na CD-ROM i w sieci, głównie na podstawie prenumeraty (zobacz Watson 2001). W dodatku do wersji sieci bazujących na prenumeracie – nauki społeczne i społeczne bazy danych, dołączono kilka „społecznych" bibliotek, by uczynić ich zasoby bardziej dostępnymi np. Alkohol Concern, Drugscope i NSPCC. W przypadku braku miejscowych bibliotek zawierających publikacje z zakresu usług społecznych, elektroniczny dostęp do informacji jest znaczną drogą naprzód. W naukowym sektorze Zjednoczonego Królestwa, inicjatywa Ingenta torowała drogę dostępu do elektronicznego pełnego tekstu wydawnictw akademickich i naukowych. Wielu wydawców ułatwiło dostęp do swoich publikacji poprzez tworzenie własnych stron internetowych.

Jednakże, poważniejszą przeszkodą w użyciu elektronicznych wydawnictw w pomocy społecznej było, to że praktycy nie mieli dostępu do informacji. Stało to w kontraście do sektora zdrowia, gdzie regionalne biblioteki zasadniczo dysponowały udogodnieniami dostępu elektronicznego dla swoich pracowników. Większość głównych dzienników jest obecnie publikowana w elektronicznym formacie i są one dostępne obok drukowanych wersji. Istnieją jednak nieliczne wyjątki w warunkach wolnego dostępu Np. jeden z wiodących darmowych e – dzienników, Brytyjski Dziennik Medyczny (znany jako eBMJ) oferuje link do bazy Medline, powiadomienie e-mailem kiedy artykuł z interesującą nas treścią ukazuje się i możliwość dostępu do forum dyskusyjnego online umożliwiającego korespondencję z autorami. EBMJ jest częścią dużego wydawniczego imperium, które może pozwolić sobie, by uczynić swoją zawartość darmową. W obszarze pomocy społecznej sytuacja jest pod tym względem trudniejsza. Jedyny[11] wolny w dostępie naukowy periodyk o opiece społecznej to Polityka Badań i Planowania (Research Policy and Planning). Dostarczany przez Społeczną Grupę Badania Usług przez elektroniczną Bibliotekę dla Pomocy Społecznej (http://www.scie-socialcareonline.org.uk/). Dalszy brak wsparcia dla rozwoju i upowszechniania sprawdzonych praktyk opartych na dowodach badań należy uznać za znaczący problem. Istnieją dwa główne narodowe zasoby informacji o zdrowiu i pomocy społecznej: obydwa są bazami danych Ministerstwa Zdrowia. Narodowy Rejestr Badań zawiera kilka baz danych z zakresu szeroko rozumianego zdrowia. Jednakże, jego przydatność jest ograniczona m.in. przez ograniczoną zawartość dotyczącą pomocy społecznej. Główna baza danych zawiera tylko badania sfinansowane przez Ministerstwo Zdrowia. Elektroniczny Rejestr Wyszukiwania Badań przynosi podobne trudności dla zainteresowanych pomocą społecznej. Dotyczy to np. układu strony, który w niewielkim stopniu zachęca do wyszukiwania. Przykładem przyjaznej dla

11 Mówimy o sytuacji z przełomu lat 90-tych i dwutysięcznych.

użytkownika internetowej bazy danych zawierających prowadzone badania jest ta założona przez Fundację Josepha Rowntree (www.jrf.org.uk). Fundacja Josepha Rowntree była wczesnym pionierem w tworzeniu przyjaznych wyszukiwarek sieciowych. Jako model dobrej praktyki można uznać umożliwianie odwiedzającym dostępu do strony z której dowiadywali się jakie badanie jest na etapie zlecenia, w jakiej fazie jest obecnie a jakie projekty zostały ukończone. Baza danych REGARD Rady Badań Ekonomicznych i Społecznych (ESRC), stworzona przez Instytut Nauki i Badań Technologicznych (ILRT) Uniwersytet w Bristolu, również jest dobrze zaprojektowana, łatwa w użyciu i zawiera bogatą treść. Funkcjonalność takich baz danych jest znaczącym elementem w pozyskiwaniu aktualnych informacji na temat dostępnych badań ale sama zawartość ma oczywiście największe znaczenie. Zapewnienie żeby konkretna informacja o badaniu ukazała się w bazie danych nie jest wcale łatwą sprawą. Pomimo wszechobecności Internetu, dostępność informacji na temat badania jest mniej zadowalająca niż to było dekadę temu. W połowie lat 80-tych, drukowany *Rejestr Społecznych Badań* zawierał kilka setek opisów projektów badań i miał taki stopień kompleksowości, który uczynił go cennym narzędziem dla specjalistów. Niestety wraz z upływem czasu sytuacja w tym względzie zaczęła się pogarszać. Periodyk, przemianowany na *Badanie Usług Społecznych* przerwał ukazywanie się tylko kilka lat wcześniej zanim powstała inicjatywa rządowa „Największa Wartość". Literatura o treści z zakresu pracy w obszarze usług społecznych jest kierowana do szeregu odbiorców – badaczy, nauczycieli, studentów, planistów albo przeciętnych czytelników. Droga do identyfikacji i dostępu do materiałów które pomogłyby w rozwiązywaniu problemów wynikających z praktyki nie jest zawsze bardzo łatwa. Badania, ich opisy, recenzje, zostały szeroko użyte w zakresie służby zdrowia i coraz częściej w pomocy społecznej aby określić 'co działa, jakie są skuteczne czynniki w procesie pomagania. Profesor Dick Schoech z Uniwersytetu Teksas w Arlington, przetestował nowatorskie rozwiązania w tej materii. Szczególnie nowatorskim użyciem multimediów był moduł ochrony dziecka 'Keisha' (http://www2.uta.edu/cussn/keisha/default.htm) który rozwinął się podczas pierwszej połowy ostatniej dekady XXw. Symulacja, która umożliwia oparte na komputerze badanie zarzutów zaniedbywania dziecka na podstawie otrzymanych informacji i dowodów, wiadomości telefonicznych i wywiadów. Ostatnio, Schoech też rozwinął funkcjonalność aWorker Safety Advisor (http://www2.uta.edu/cussn/wsa/default.htm) która pomaga pracownikowi socjalnemu w identyfikowaniu prawdopodobieństwa przemocy. W pewnych sytuacjach podczas korzystania z takiego „symulatora" pracownikowi pomocy społecznej pojawia się końcowa „rada" z ekranu 'Pamiętaj – chroń dziecko! ' Z tego ostatniego źródła można swobodnie korzystać w Internecie. W Zjednoczonym Królestwie, multimedia z wykorzystaniem płyt CD-ROM rozwinięte przez lekarza Tarsem Singh Cooner pokazują jak uwaga pracowników opieki społecznej może zostać przyciągnięta w bardziej interaktywny sposób, by w nowocześniejszy sposób podejmować mogące wystąpić w pracy wyzwania. Jego zestaw multimedialny 'Wyścig i Praca Socjalna

(Race and Social Work) ' zawiera filmy wideo z interwencji w praktyce społecznej które są użyte by zilustrować jak wyglądają 'niewłaściwe praktyki. Osoba używająca tego "symulatora" musi zidentyfikować złą praktykę, jaka jest prezentowana na ekranie.

W rozdziale wcześniejszym skupiliśmy się na lekarzach uzyskujących dostęp do opublikowanych i trwających badań, przeważnie będących biernymi odbiorcami informacji. Potencjał Internetu aby umożliwić rozpowszechnianie wiedzy pomiędzy lekarzami, nie może jednak zostać w tym miejscu pominięty. Pozostaje on w większości niewykorzystany. Internet został oparty na połączeniu istniejących sieci komputerowych, takich jak m.in. akademicka sieć JANET w Zjednoczonym Królestwie i BITnet w Stanach Zjednoczonych. Dla tych, którzy nie mogli uczestniczyć w naukowych sieciach internetowe 'tablice ogłoszeń' (bulletin boards) były popularne. Pozwoliły innym użytkownikom pecetów z modemami wymienić wiadomości i pliki. Głównie hobbistycznie, istniała międzynarodowa sieć zwana 'Fidonet'. Innym przykładem był Cussnet (Użytkownicy Komputera w Sieci Usług Społecznych) który najaktywniejszy był w latach 80-tych (http://www2.uta.edu/cussn/cussn.html). Piętnaście lat temu Forrest i Williams (1987) zasugerowali, że rozdźwięk pomiędzy "poważnym" użyciem tablicy ogłoszeń i ich używaniem przez entuzjastów był niewielki. Istnieje mało dowodów, że zrobiliśmy w tym względzie znaczący krok. Osobiste doświadczenie związane z listą mailowych adresów i wiadomości na stronach internetowych sugeruje, że stosunkowo w niewielkim stopniu przejmowano tę nową technologię. Pionierzy użytkowania adaptujący do swoich potrzeb Internet w latach 90-tych byli typowo zaangażowanymi klientami, dla których liczne serwery list e-mailowych oferowały ekscytujące nowe okazje dla wymiany wiedzy. Berman (1996) zbadał trzy takie listy i odkrył, że, tam gdzie było dużo wiadomości zawierających informacje o wydarzeniach, publikacjach itd., stosunkowo mało było w tym „wymiany" wiedzy między uczestnikami. Jedynym prostym przykładem ułatwiania wymiany wiedzy była seria seminarium 'Teoretyzująca Edukacja Pracy Społecznej ' (http://www.nisw.org.uk/tswr) zorganizowana przez Połączoną Uniwersytecką Radę – Komitet Edukacji Pracy Socjalnej jako część programu sfinansowanego przez ESRC. Materiały były opublikowane w Internecie na kilka dni przed seminarium, umożliwiając uczestnikom zapoznanie się z nimi wcześniej. Podczas samego seminarium, autorzy materiałów poświęcili pewną ilość czasu na podsumowanie, pozwalając aby więcej poświęcić dyskusji. Zamieszczanie materiałów w sieci nie było postrzegane jako problematyczne, jednakże, próba „zmuszenia" naukowców aby wykorzystali opcję komunikowania się za pomocą elektronicznej poczty nie był tak pomyślny. W dodatku żeby umożliwić dostęp do wspomnianych wcześniej źródeł informacji i okazji do wymiany wiedzy, konieczny jest warunek, że ci, którzy mogą używać zasobów posiadają adekwatne umiejętności. Możliwość stosowania przynajmniej w podstawowym stopniu wiedzy o świecie cyfrowym w sytuacji pomocy społecznej jest wspomagana przez zasoby takie jak 'Podręcznik korzystania z Internetu dla Pracowników Społecznych.

Doskonałym przykładem zasobu sieciowego, który dostarcza informacji na temat badań i ich zastosowań w praktyce, jest moduł 'Research Mindedness' sfinansowany przez

Ministerstwo Zdrowia i rozwinięty przez Centrum dla Technologii Usług w Uniwersytecie Southampton. Moduł ma wpływ od czasów inicjatywy Celii Atherton 'badania w praktyce' (i później od Gerry Smale z NISW), na zarządzanie zmianą. Moduł ten ma wiele sekcji, które mogą być sterowane swobodnie – w zależności od własnej woli. Umożliwia to użytkownikom zaspokojenie ich własnych potrzeb bardziej niż pójście ustanowioną ścieżką. Powiązany z tym przykładem jest Program Oceny Krytycznych Umiejętności. Został przystosowany do obszaru pomocy społecznej przez zlecenie Centrum Dobrych Praktyk w Służbach Społecznych. Jest to dość „surowy" program mający na celu pomoc lekarzom, W krytycznej ocenie opublikowanego badania. Główny rozwój w społecznym sektorze związany był z powstaniem elektronicznej Biblioteki dla Pomocy Społecznej (eLSC). Sfinansowany przez Ministerstwo Zdrowia w celu umożliwienia współpracy z Narodową Elektroniczną Biblioteką dla Zdrowia (NeLH). Współpraca między tymi podmiotami odbywa się w formie pilotażowej. Data zakończenia dla tej fazy, jest nieustannie opóźniana. Podjęto różne próby dotyczące wirtualnej biblioteki. Niektórzy byli w stanie utworzyć Narodową Elektroniczną Bibliotekę na rzecz Zdrowia Psychicznego. Inne, takie jak Narodowa Elektroniczna Biblioteka Nauczania Osób z Niepełnosprawnością były nieaktywne z powodu braku finansowania i odpowiedniej infrastruktury w tym sektorze. Brytyjski Instytut Nauczania Niepełnosprawnych opiera się na dochodzie pochodzącym z opłat za korzystanie z jego usług informacyjnych. W pomocy społecznej, elektroniczna Biblioteka dla Opieki Społecznej do tej pory przyczyniła się do kilku godnych uwagi osiągnięć – takich jak uczynienie NISW ' Caredata' bezpłatną bazą danych i czyniąc dziennik Badania Społecznej Usługi *Polityka Badania Planowania* podobnie łatwo dostępnym.

2.3. Wnioski

Istnienie prawidłowo założonej sieci tradycyjnych bibliotek w służbie zdrowia jest założeniem na którym NeLH (narodowa biblioteka dotycząca zasobów związanych ze zdrowiem) może być zbudowana.

Ustanowienie pozycji Doradcy Biblioteki NHS kilka lat temu zagwarantowało, że rola bibliotek i powiązanych usług była promowana na najwyższym politycznym poziomie. Odpowiedzialność za funkcję biblioteki w NHS przeniosła się do niedawno założonej Struktury Konfederacji Rozwoju Siły Roboczej w 2001. Dla pomocy społecznej jest to dobra wiadomość, gdyż została ona zobligowana do realizowania usług bibliotecznych. *Jakościowa Strategia dla Opieki Społecznej* Ministerstwa Zdrowia wymogła na organizacjach pomocy społecznej by stały się 'organizacjami uczącymi' (Ministerstwo Zdrowia 2000a). Kontynuowanie profesjonalnego rozwoju będzie kluczowym elementem oceny pracy by a jednym z wyznaczników zawodowego profesjonalizmu jest oparcie praktyki na sprawdzonych rozwiązaniach, dowodach. Jednakże, sposoby na osiągnięcie tego są już mniej jasne. Strategia *Informacji dla Opieki Społecznej Ministerstwa Zdrowia*

(Ministerstwo Zdrowia 2000b) zawarła praktykę opartą na dowodach tylko jako przejściową. Nieobecność narodowej strategii dla upowszechniania badań mogących wzbogacić praktykę prowadzi do szeregu kwestii dyskutowanych w tym rozdziale. To, co powinno być kluczowym elementem praktyki opartej na dowodach nie jest jeszcze na porządku dziennym w w obszarze pomocy społecznej. Powinna istnieć narodowa strategia doprowadzająca do założenia 'Infrastruktury wiedzy' dla pomocy społecznej. Glastonbury (2001) argumentuje dość mocno, że jakkolwiek pomoc społeczna podąża za osiągnięciami w obszarze opieki zdrowotnej, nie może jednak do końca ustalić swojego własnego planu. W konsekwencji, zdrowie jest „kołem zamachowym" rozwoju informacji w sektorze pomocowym. Innymi słowy tam gdzie zmierza publiczna służba zdrowia usługi społeczne podążają w tym samym kierunku. Nieobecność organu polityki informacyjnej (zarządzania informacją) w pomocy społecznej pozostaje problematyczna. Powinno się robić znacznie więcej niż samo ustanawianie norm wymagających aby działania praktyczne zostały oparte na dowodach. Na poziomie podstawowym, istnieje potrzeba dostępu do bibliotek i, co ważniejsze, bibliotekarzy – specjalistów od zarządzania informacją. (zobacz Upton i Watson 2001). Dodatkowo, pracownicy powinni mieć dostęp, zarówno w pracy jak i w domu, do Internetu. Ułatwiłoby to użycie elektronicznych baz danych, publikacji i różnych narzędzi przydatnych w pracy. Pracodawcy powinni wspierać procesy, które pomogą pracownikom w nauce i doskonaleniu się: 'uczące organizacje' powinny stać się rzeczywistością a nie tylko teorią. Organizacje potrzebują procesów i narzędzi aby zapewnić pełne wykorzystanie zasobów wiedzy, a te znajdują się zarówno wewnątrz jak i poza granicami organizacji. Używanie TIK w społecznej edukacji często zależy od obecności 'entuzjasty informatycznego' wśród pracowników. Niestety w sektorze pomocowym liczba takich entuzjastów wydaje się być ograniczona. Takimi pozytywnymi „agentami" zmian mogą być młodzi absolwenci kierunków społecznych. Brak zasobów jest główną przeszkodą do rozwoju wykorzystywania TIK w obszarze pomocy społecznej. Finansowanie musi być na takim poziomie by dostarczyć infrastrukturę techniczną (sprzęt, sieci), która umożliwi organizacjom społecznym zbudowanie wysokiej jakości a ta współcześnie musi być oparta na nowoczesnych technologiach informacyjno-komunikacyjnych. Jeżeli system służby zdrowia może wydać 6 milionów funtów rocznie na biblioteki i serwisy związane z wiedzą w samym Londynie, jak organizacje społeczne mogą zacząć realizować postulat praktyki opartej na dowodach dysponując tylko ułamkiem tej kwoty?

2.4. Literatura:

Atherton, C. (1999) 'Getting a grip.' *Research Policy and Planning 17*, 1, 1–4.

Berman, Y. (1996) 'Discussion groups on the Internet as sources of information: the case of social work.' *ASLIB Proceedings 48*, 2, 31–36.

Dartington Social Research Unit (1983) *The Dissemination of Research Findings in Social Work: Report of a Seminar held at Dartington Hall, January 27th and 28th, 1983*. Dartington: Dartington Social Research Unit.
Department of Health (1994) *A Wider Strategy for Research and Development Relating to Personal Social Services*. London: Department of Health.
Department of Health (1998) *An Information Strategy for the Modern NHS 1998–2005: a National Strategy for Local Implementation*. London: Department of Health.
Department of Health (2000a) *A Quality Strategy for Social Care*. London: Department of Health.
Department of Health (2000b) *Information for Social Care: A Framework for Improving Quality in Social Care through Better Use of Information and Information Technology*. London: Department of Health.
Fisher, M. (1997) 'Research, knowledge and practice in community care.' *Issues in Social Work Education 17*, 2, 17–30.
Forrest, J. and Williams, S. (1987) *New Technology and Information Exchange in Social Services*. London: Policy Studies Institute.
Francis, J. (1986) *Strategy for the Achievement of a Departmental Library Service*. Winchester: Hampshire Social Services Department.
Glastonbury, B. (2001) 'Calling the tune in social care information.' *New Technology in the Human Services 13*, 3/4, 1–10.
Grose, D. (1974) 'Some deprived information users.' *ASLIB Proceedings 26*, 1, 9–27.
Line, M. B., Brittain, J. M. and Cranmer, F. A. (1971) *The Information Needs of Social Workers*. Bath: Bath University.
McCulloch, J. W. and Brown, M. J. (1968) 'What do social workers read? ' *New Society*, 17 October, 570–571.
NHS Executive London (2001) *The Library is Open: Building the Future of Library Services for Health and Social Care in London*. London: NHS Executive London.
Sheldon, B. (1979) 'Theory and practice in social work: a re-examination of a tenuous relationship.' *British Journal of Social Work 8*, 1, 1–22.
Smale, G. (1984) *Information Exchange: Swamp or Desert*? London: National Institute for Social Work.
Steiner, J. F. (1923) 'The reading habits of the social worker.' *Journal of Social Forces 1*, 4, 477–484.
Upton, A. and Watson, M. (2001) 'Human services.' In D. Fisher, S. P. Price and T. Hanstock (eds) *Information Sources in the Social Sciences*. Munich: K.G. Saur.
Watson, M. (1996) 'The Internet as a virtual social work library.' *New Technology in the Human Services 9*, 4, 28–32.
Watson, M. (2001) 'Social and behavioural sciences.' In C. J. Armstrong and A. Large (eds) *Manual of Online Search Strategies, Volume III*. Hampshire: Gower.

Webb, S.A. (2001) 'Some considerations on the validity of evidence-based practice in social work.' *British Journal of Social Work 3*, 1, 57–59.
Webley, M. (1977) *Information Needs in Social Welfare: a Survey of Resources*. London: National Institute for Social Work.

3. RZETELNE DANE, WIRTUALNI KLIENCI (*Annie Huntington i Bob Sapey)*

Ostatnimi laty pomoc społeczna coraz bardziej skupia się na ocenie sytuacji, a nie na wypełnianiu swoich zadań programowych. Jednocześnie wydaje się, że następuje ograniczenie ilości usług świadczonych petentom w stosunku do ich potrzeb. Tendencje te wydają się sprzeczne, gdyż z jednej strony służby oferujące pomoc społeczną są w stanie zwiększyć ilość i ulepszyć jakość oceny problemów lecz jednocześnie nie potrafią znaleźć zasobów w celu zapewnienia świadczeń. Istnieje kilka wyjaśnień tych tendencji:

1. Szeroko stosowane przyrostowe podejście do zarządzania często skutkuje bezkrytyczną akceptacją konieczności szczegółowego monitorowania ryzyka przy założeniu, że państwo nie może być jedyną jednostką odpowiedzialną za zwiększające się zapotrzebowanie na pomoc społeczną wynikającą ze zmian demograficznych. W rzeczy samej, po rozpatrzeniu sprawy niepełnosprawnego mężczyzny z hrabstwa Gloustershire (Coren 1998) Izba Lordów uznała, że rodzaj pomocy, która nie może być zapewniona przez państwo nie klasyfikuje się jako pomoc niezapewniona lecz jako pomoc, której nie trzeba zapewniać.
2. Alternatywne wyjaśnienie oferowane jest przez analityków, na przykład Holmana (1993), który twierdzi, iż za zaistniałą sytuację odpowiedzialna jest zmiana w ideologicznym podejściu idąca w kierunku bardziej zindywidualizowanego, neoliberalnego podejścia do pomocy socjalnej. Według tego schematu kluczowym pojęciem definiującym zależności pomiędzy obywatelami i państwem staje się niezależność, a nie współzależność. W ten sposób państwo wywiązuje się ze swojej odpowiedzialności dokonując oceny potrzeb lecz bez założenia, że potrzeby te będą zaspokojone. W rzeczywistości, ocena potrzeb pozwala państwu monitorować sposoby zachowania się jednostki.
3. Można również wnioskować, że pojawiające się tendencje są wynikiem sporu o wpływy pomiędzy zarządzaniem (menedżeryzmem) i profesjonalizmem, w którym poprzez proces menedżerskiej kontroli ten pierwszy próbuje przejąć kontrolę nad drugim.

Jednakże, nasze refleksje nad zmieniającą się naturą interwencji socjalnej prowadzą do innego wniosku. Mianowicie, następuje zmiana paradygmatu, według którego efektywność pomocy społecznej mierzona jest ilością pozyskanej informacji na temat klientów, a nie ilością pomocy materialnej im zaoferowanej. Takie podejście znacząco zmieniałoby relację pomiędzy stroną oferującą pomoc i jej beneficjentami. Role odwracają się i służby socjalne nie oferują już pomocy potrzebującym, gdyż to oni stają się dostarczycielami informacji potrzebnych służbom do wykonania zadań programowych. W takiej sytuacji, pozyskanie danych nabiera nowego znaczenia i staje się samo w sobie celem dla organizacji pomocy społecznej, a poprzez zmienienie roli klienta z beneficjenta na osobę dostarczającą dane przekształca się go w klienta wirtualnego w sposób podobny do tego jak Izba Lordów uznała potrzebę, której nie można było zapewnić za nieistniejącą.
Obserwacja ta oparta jest na historyczno-materialistycznej analizie ekonomii. Mówiąc dokładnie, nasze wyjaśnienie dla zmian następujących w pomocy społecznej ma odniesie do pracy Manuela Castellsa (1996), który twierdzi, że żyjemy w czasach rewolucji informacyjnej na miarę rewolucji przemysłowej z XIX wieku. Celem niniejszego rozdziału jest zanalizowanie procesu oceny pracy socjalnej przy zastosowaniu założeń Castellsa oraz udowodnienie, że nacisk na pozyskanie danych, zamiast na namacalne efekty pracy będzie osłabiał zarówno pozycję pracowników socjalnych, jak i ich klientów. Na początek przedstawione zostaną wybrane aspekty tezy informacyjnej, a potem przejdziemy do przeglądu najnowszych trendów w ocenianiu potrzeb.

3.1. Era informacyjna

Stosowanie niniejszego podejścia do analizowania zagadnień w dziedzinie pomocy społecznej nie jest nowością i w wielu przypadkach okazało się bardzo skuteczne na przykład przy tworzeniu socjalnego modelu niepełnosprawności (Oliver 1990). Błędem byłoby nie wzięcie pod uwagę kwestii makroekonomicznych gdyż prowadziłoby to do zdekontekstualizowanej analizy opieki socjalnej, wykażemy również, że tylko poprzez zrozumienie natury rewolucji informacyjnej można w pełni zaznajomić się z trendami występującymi w pracy społecznej.
Castells celowo używa terminu 'era informacyjna' w celu odróżnienia go od powszechnie stosowanej frazy 'era informacji'. Twierdzi, że:

> … informacja, w swoim najszerszym znaczeniu np. jako akt przekazywania wiedzy była istotnym elementem wszystkich społeczności, wliczając w to średniowieczną Europę będącą ustrukturyzowaną kulturowo i do pewnego stopnia ujednoliconą, skupioną wokół scholastycyzmu, a więc mającą intelektualny zarys. (Castells 1996: 21)

Jednakże, w erze informacyjnej tworzenie, przetwarzanie i rozpowszechnianie informacji stało się istotną częścią nowej globalnej ekonomii, która kwestionuje dominację produkcji przemysłowej i rolniczej. Wpływ informatyzacji nie jest ograniczony do sfer ekonomicznych życia, podobnie jak nieograniczony był wpływ uprzemysłowienia.

> Społeczeństwo uprzemysłowione (podstawowy koncept w tradycji socjologicznej) nie jest tylko społeczeństwem gdzie rozwinął się przemysł, ponieważ wszystkie dziedziny życia są odmienione poprzez wpływy socjalnych i technologicznych form uprzemysłowienia, począwszy od działań głównych dotyczących systemów ekonomicznych i technologii wojskowych, aż po przedmioty i działania życia codziennego. Pojęcia *społeczeństwa informacyjnego* oraz *ekonomii informacyjnej* w moim użyciu starają się precyzyjnie charakteryzować bieżące transformacje sięgając poza stwierdzenie, iż informacja i wiedza są istotne dla społeczeństw. (Castells 1996:21)

Castellsowi udało się zebrać znaczącą ilość danych z całego świata pozwalających mu wyrazić pogląd, że ekonomia informacyjna rozwija się razem z ekonomią przemysłową i współzawodniczy z nią w kwestiach wielkości i wagi. Co więcej, rozwój ten przoduje szczególnie w Stanach Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii. Gdyby oceniać zaistniałą sytuację jako ciąg dalszy ekonomii przemysłowej, zachodzące zmiany są bardziej istotne niż można by przypuszczać. Jonscher (1999) pisze:

> W gruncie rzeczy rewolucja informacyjna nie opiera się na technologii opracowującej dane lecz na ludziach posługujących się wiedzą. To spójne przesunięcie wysiłków dokonywanych przez ludzkość od tworzenia dóbr namacalnych do kreowania pomysłów, wyobrażeń i analiz – danych, informacji i wiedzy z różnych dziedzin. (str.26)

Wśród specjalistów zajmujących się opieką społeczną słychać odgłosy sprzeciwu wobec wprowadzania nowych technologii. Dla przykładu, Sapey (1997) wykazuje jak na poziomie instytucjonalnym zastosowanie technologii może zmienić naturę świadczonej opieki i ostrzega przed niebezpieczeństwem wynikającym z traktowania komputera jako powszechnego narzędzia. Zarówno Nellis (1991) jak i Whitfield (1998) podkreślali konieczność krytycznej analizy stosowania elektronicznego monitorowania przestępców, a Thornton (1993) dochodzi do podobnych wniosków dotyczących oceny nierównych relacji wpływających na stosowanie elektronicznych systemów komunikacji w stosunku do osób starszych. Jednakże, nasze podejście jest szersze i wychodzi poza wpływy wywierane przez technologiczne nowinki. Koncentrujemy się na stopniu, do którego zmiany ekonomiczne wywołane użyciem technologii mogą powodować głębokie przekształcenia w naturze i praktyce opieki socjalnej. Szczególnie interesują nas różnice dotyczące zmiany podejścia do wartości posiadanej informacji. Prawdziwym może wydawać się

stwierdzenie, że praca socjalna stała się profesją będącą częścią ewolucyjnej przemiany, jednak najnowsze przemyślenia dotyczące oceny mogą być postrzegane jako odbicie rewolucyjnych przemian dotyczących celu oraz działań praktycznych. To jednak wymaga modyfikacji sposobu w jaki pracownicy socjalni postrzegają swoje zadania i rolę w procesie.

3.2. Systemy oceny sytuacji w pracy socjalnej: modele i dyskusja

Ocena nie jest nowością w procesie pracy społecznej, gdyż zawsze była integralną częścią działań interwencyjnych lecz w ostatnich latach jej wynikiem są podziały i urzeczowienie, co odzwierciedla instrumentalne podejście do menedżerowania pomocą socjalną (Blaug 1995). Najlepsze przykłady takiej sytuacji można dostrzec w wytycznych Inspektoratu Pomocy Społecznej dotyczących zarządzania opieką (Wydział Zdrowia Szkocji 1991a, 1991b) oraz założeń przedstawionych przez Centralną Radę Edukacji oraz programie Szkoleń Opieki Społecznej (CCETSW 1989) prowadzących do uzyskania dyplomu Pracownika Opieki Społecznej (DipSW). Kolejne przykłady pojawiają się w procesie jednotorowego oceniania (Wydział Zdrowia 2001).

Tendencja ta nie ogranicza się do pomocy środowiskowej lecz jest stosowana we wszystkich jednostkach pomocy, zawsze gdy następuje kontakt petenta z jednostkami społecznymi. Przy pracy z dzieckiem i rodziną Wydział Zdrowia (2000a) nie tylko podkreśla istotę oceny lecz także klarownie przedstawia sposoby, w które jednostki pomocy powinny reagować w przypadkach kontaktu z rodziną szukającą pomocy. Wymóg ten jest stosowany przez cały okres kiedy udzielana jest pomoc oraz kiedy nowe rodzaje wspomagania są wprowadzane (Bannister 1997). Postępowanie takie nie dziwi szczególnie dlatego, iż rządowa polityka postrzega ocenę (Goodinge 2000) oraz pozyskiwanie informacji (Wydział Zdrowia 2000b) jako elementy kluczowe swojego działania przy zapewnieniu opieki.

Z pozoru, centralizacja oceny związana jest z pragnieniem zapewnienia dobrej jakości oferowanych usług opartych na rozpoznaniu potrzeb. Rozpoznanie to powinno opierać się na partnerskim związku pomiędzy pracownikiem socjalnym i klientem (Wydział Zdrowia 2000b, 2000c). Indywidualną ocenę umieszcza się następnie w ramy rządowego planu naprawy, którego celem jest poprawa spójności systemów reagowania (Wydział Zdrowia 1998). Kryteria kwalifikujące do uzyskania opieki są przedstawione jako mechanizm zapewniający parytet reakcji, a nie jako pierwszy etap 'ochrony' niewielkich środków pomocowych. W schemacie tym umiejętności pracowników socjalnych są docenione, gdyż wymaga się od nich dokonania oceny potrzeb w skomplikowanych i często nieprzewidywalnych sytuacjach. Dla przykładu, w opiece nad dziećmi dostrzega się, iż umiejętność właściwej oceny wymaga szczególnych zawodowych predyspozycji (Wydział Zdrowia, Ministerstwo Spraw Wewnętrznych, Ministerstwo Edukacji i Pracy

1999). Co więcej, oczekuje się, że klienci będą traktowani jak konsumenci mający zarówno prawa, jak i obowiązki, których należy przestrzegać w sposób prowadzący do pozyskania przez nich wiary w siebie, a nie do bezsilności spowodowanej kontaktami ze służbami socjalnymi.

Zakres, do którego tak doskonałe systemy informacji oraz komunikacji mogą być realizowane jest kwestią otwartą. Istnieją przekonujące dowody (dla przykładu Ellis 1993) pokazujące, że systemy oceny potrzeb socjalnych powinny ulec radykalnej przemianie jeśli wzmacnianie osobowości klienta ma stać się celem służb socjalnych. Smale i in. (1993) definiują trzy osobne modele oceny: proceduralny, oparty na wywiadzie oraz oparty na wymianie. Stosując tę typologię okazuje się oczywistym, że model oparty na wymianie wykazujący więcej cech wzajemności niż model oparty na wywiadzie ma większy potencjał w upodmiotawianiu. Proceduralne podejście do oceny, które są najczęściej stosowane przez Wydział Zdrowia w celu uzyskania wymiernych porównawczych danych mogą przynosić odwrotny efekt (Ross 1997). Różnorakie podejścia do oceny albo osłabiają albo ułatwiają drogę do upodmiotowienia beneficjentów (Barnes i Warren 1999). Za całą pewnością ocena potrzeb w rozumieniu szkoleń prowadzących do uzyskania dyplomu Pracownika Opieki Społecznej jest oparta na modelu techniczno-racjonalnym i jest niewystarczającym narzędziem do rozwoju systemu efektywnego uprzedmiotowiania potrzebujących (Froggett i Sapey 1997). Tylko poprzez powrót do systemów komunikacyjnych walka z dyskryminacją na polu opieki społecznej może zostać wygrana, a według Wydziału Zdrowia, Ministerstwa Spraw Wewnętrznych, Ministerstwa Edukacji i Pracy jest to kluczowym wymogiem praktyki zawodowej.

Rzeczywistość pokazuje, iż zarówno klienci, jak i pracownicy opieki społecznej borykają się z dysonansem wynikającym z konieczności stosowania modelu opartego na wymianie i proces uprzedmiotowiania jest trudny do osiągnięcia, gdyż większość wytycznych do przeprowadzenia oceny opiera się na zastosowaniu podejścia proceduralnego w celu spełnienia wymogów organizacyjnych. Badanie przeprowadzone przez Huntingtona (2000) dotyczące pomocy dla dzieci i rodzin potwierdza istnienie problemu ale również pokazuje wiele przykładów frustracji wśród pracowników oraz menedżerów, do których obowiązków należało przeprowadzenie proceduralnych ocen, nawet w przypadkach kiedy nie było możliwości zaoferowania pomocy. Nacisk na potrzebę oceny, a nie na oferowanie pomocy stał się centralną zasadą polityki pomocy socjalnej i dotyczy to zarówno pracy z dziećmi, jak i z dorosłymi. Z jednej strony można postrzegać tę zmianę jako element pozytywny, gdyż proces oceny przestaje być oparty na bezwzględnej biurokracji, jednakże pojawia się wiele negatywnych aspektów dotyczących beneficjenta. W świetle takiego zarządzania, nie ma właściwie możliwości uprzedmiotowiania klientów.

Niemożność zastosowania modelu opartego na wymianie również osłabia potrzebę docenienia umiejętności pracowników socjalnych. To co da się zauważyć w czasie rozwijania podejść proceduralnych to zwiększającą się tendencja do stosowania nowych

technologii, które mogą zapewnić sprawiedliwą i bardziej racjonalną metodę oceny. Jednakże, istnieją poważne problemy dotyczące prób oferowania pomocy socjalnej poprzez analizowanie wypełnionych formularzy i stosowanie programów komputerowych (Corner 1997). Proces podejmowania decyzji oparty na wyciąganiu wniosków jest esencją pomocy socjalnej oraz działań w wielu innych dziedzinach i nie może być zastąpiony poprzez algorytmiczną logikę mikroprocesora (Ravetz 1993). Istnieją jednak głosy propagujące mechaniczne metody mające na celu wspomaganie pracy socjalnej (Ypren 1996 i Manning 2000). Podejścia takie są krytykowane, gdyż patologizują jednostkę zamiast wyszukiwać mechanizmy odpowiedzialne za wysuwanie na margines grup społecznych. Sapey (1996) uważa, że Ypren wybrał system Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób jako podstawę narzędzia oceny, ponieważ jego konstrukcja odpowiadała technicznie wymogom nowych technologii. Podejście to nie bierze pod uwagę krytyki przedstawionej przez teoretyków modelu socjalnego na temat możliwego istnienia relacji przyczynowej pomiędzy diagnozą medyczną a potrzebą socjalną.

Podejścia do opieki społecznej dostarczają informacji i kształtują modele pomocy, które następnie wpływają na tworzenie oraz zastosowanie w praktyce modeli oceny (Cooper 1993). W konsekwencji, wszelkie założenia określające modele oceny lub praktyk jako pozytywne stają się problematyczne. Co więcej, analiza podkreślająca sposoby, w których fakty konstruowane są na podłożu socjalnym osłabia założenie, że ocena jest racjonalnym technicznym działaniem wymagającym podejścia instrumentalnego. (Milne i O'Bryne 1998; Tylor i White 2000). Wydaje się, że rozwój instrumentalnych podejść do oceny odpowiada menedżerom i politykom, którzy mają potrzebę kontrolowania specjalistów, a nie doceniania ich pracy.

Twierdzimy również, iż obok retoryki na temat oceny opartej na określeniu potrzeb, etap planowania procesu zarządzania opieką przyjęty zarówno przez rząd, jak i służby socjalne powoduje, że oferowana pomoc jest ograniczana. Oznacza to, że ocena zajmuje się limitowaniem pomocy, a sprawiedliwy do niej dostęp nie istnieje. Jesteśmy przekonani, że w celu efektywnego zarządzania konsekwencjami usług opartych na zasobach przeprowadzanego w ramach retoryki opartej na określeniu potrzeb, jednostki pomocy skupiły się na ocenie ryzyka, co może mieć znaczące implikacje dotyczące zasobów. Posłużymy się przykładem studenta MBA, który razem z lokalną organizacją wolontariuszy podjął się zorganizowania wieczornej wycieczki do pubu dla grupy dorosłych cierpiących na trudności w nauce. Ocena ryzyka oraz przeprocesowanie stosownej dokumentacji zajęła pracownikom agencji siedem dni. W tym przypadku waga przykładana aspektowi biurokratycznemu była nieproporcjonalna do oferowanej pomocy.

Podejście to wydaje się być zgodne z rozwojem kultury odpowiedzialności w sektorze państwowym, na przykład ośrodki rządowe próbują przekształcić usługi świadczone dzieciom poprzez plany, określone punkty odniesienia, audyty i oceny wyników (Wydział Zdrowia 1998, 1999, 2000d). Istnieje wewnętrzna sprzeczność w polityce

społecznościowej polegająca na konieczności spędzania większej ilości czasu na zbieraniu i rejestrowaniu danych podczas kiedy zmniejsza się ilość oferowanej pomocy w stosunku do pomocy oczekiwanej. W tej sytuacji rejestrowanie danych, które staje się systemem odpowiedzialności nabiera nowego znaczenia. Istnieje prawdopodobieństwo, iż strona rządowa zaaprobuje ograniczenia wynikające z koncentrowania się na ryzyku, ale jego analiza obarcza pracowników socjalnych i menedżerów odpowiedzialnością za ocenienie oraz zarządzanie nim (dla przykładu Wydział Zdrowia 1995). Nie brane są również pod uwagę globalne obawy związane z ryzykiem, które w konsekwencji wpływają na strukturę lokalnych agencji świadczących opiekę socjalną. Frogett (2002) twierdzi, że reorientacja pracowników służb socjalnych w kierunku oceny i zarządzania ryzykiem jest czymś więcej niż tylko pragmatyczną reakcją na lokalne wydarzenia, prawdopodobnie jest częścią globalnej aktuarialnej świadomości. Czy możliwym jest, że zajęcie się ryzykiem powoduje rewolucję informacyjną? Waga przykładana ocenie ryzyka powoduje rewolucję informacyjną gdyż pasuje do cyklu innowacji technologicznych oraz aplikacji prowadzących do kolejnych innowacji, co zostało opisane przez Castellsa (1996) jako element kluczowy obecnych zmian.

3.3. Ocena w pracy socjalnej- informacjonalizacja[12]

Jesteśmy przekonani, że poprzez analizę zmian odzwierciedlającą szerszą ekonomiczną rewolucję informacjonalizacji (Castells 1996) istnieje możliwość wyjaśnienia niektórych sprzeczności. Rejestrowanie informacji zawsze było istotnym elementem pracy socjalnej lecz mamy obawy, że zbieranie i porównywanie danych stało się celem samym w sobie. Gomm (2000) twierdzi, że dane przechowywane są z dwóch powodów, jako systemy wspierające decyzje menedżerskie lub decyzje dotyczące poszczególnych przypadków. Zwyczajowo, dane na temat klientów indywidualnych były stosowane do podejmowania działań w poszczególnych przypadkach, a dane dotyczące zasobów służyły do podejmowania decyzji menedżerskich. Jednakże, w wyniku osiągnięcia technologicznych możliwości organizacje pomocy społecznej próbują stosować dane klientów indywidualnych jako podstawę systemów menedżerskich. Strategiczne zarządzanie opieką społeczną rozwija się w ten właśnie sposób (Sapey 1995). Sapey twierdzi, że powyższy sposób zarządzania wpływa na naturę działań, mianowicie pracownicy socjalni bardziej koncentrują się na zbieraniu danych niż na ocenianiu przypadków.
Niepokój związany z wpływem informacjonalizacji na system opieki społecznej jest wyrażany nie tylko przez pracowników służb społecznych. Yalom wykazuje, że:

12 „Informacjonalizacja" oznacza wzrost roli informacji oraz wiedzy we współczesnym świecie

> Współcześnie stosowany mechanizm w opiece zdrowotnej stanowi śmiertelne zagrożenie dla dziedziny psychoterapii... Zarządzający służbą zdrowia koncentrują się na maksymalizacji zysku i razem ze swoimi nieprofesjonalnymi doradcami wychodzą z założenia, że skuteczna terapia jest wynikową informacji otrzymanych lub zaprezentowanych, a nie wynikiem relacji pomiędzy pacjentem i terapeutą (Yalom 2000: 152).

Chociaż Yalom omawia problematykę z perspektywy amerykańskiego psychoterapeuty, jego słowa mają duże znaczenie dla naszych rozważań. W tym zastrzeżeniu ukryta jest wskazówka pokazująca do jakiego stopnia psychoterapia została zredukowana do funkcjonowania na zasadach banku danych. Pozyskiwanie informacji oraz jej prezentowanie staje się podstawą interakcji zorganizowanych wokół instrumentalnych schematów wytworzonych przez inne jednostki mające różne priorytety, których pracownicy pomocy społecznej nie muszą podzielać, ale z którymi muszą się zgadzać. Według definicji Yaloma to podejście do przetwarzania informacji jest dehumanizujące i przeciwstawne jego percepcji podstawowej roli związków i pomocy oferowanej na spotkaniach terapeutycznych. Twierdzimy, że namacalny efekt pomocy socjalnej jest współcześnie rejestrowaniem oceny potrzeb, a nie oferowaniem pomocy materialnej. Spostrzeżenie Yaloma dotyczące psychoterapii również może być zastosowane do praktyki w pracy socjalnej gdzie widoczne jest odchodzenie od konceptu pracownika oferującego pomoc terapeutyczną, a zamiast tego jego zadaniem jest zebranie informacji i ich przetworzenie. Tym sposobem zbudowanie baz danych staje się celem, a funkcją klientów jest ich dostarczanie.

W ciągu ostatniej dekady ośrodki pomocy społecznej podejmują zakrojone na szeroką skalę działania zmierzające do określenia potrzeb swoich klientów lecz nie czynią tego w celu zaoferowania im pomocy lecz po to, aby usprawiedliwić jej odebranie. Niektórzy akademicy widzą konieczność zdobycia nowych kwalifikacji potrzebnych do wykonywania pracy socjalnej, gdzie oprócz umiejętności przeprowadzenia oceny potrzeb, należy również nauczyć się odmawiania pomocy. Tendencję tę widać w pomocy społecznej dla dzieci gdzie specyfikacja i respecyfikacja kryteriów progowych stosowanych przy udzielaniu pomocy prowadzi do odmowy jej udzielenia lub odebrania wsparcia już wcześniej oferowanego. Ocena i jej weryfikacja stają się normą dla dzieci i ich rodzin szukających pomocy. Coraz częściej od pracowników opieki społecznej wymaga się wypełnienia kryteriów polegających na uzupełnieniu i zebraniu ocen i analiz w formacie standardów wypracowanych dla danej organizacji (Huntington 2000). Tendencja ta została również zauważona przez pracowników akademickich, na przykład Clough (1990) sugeruje, że uprzejma odmowa jest integralną częścią roli pracownika pomocy społecznej.

Ewaluacja oferowanej pomocy często skupia się na jej wymiernym aspekcie i relatywnie prostych pojęciach określających poziom zadowolenia z poszczególnych funkcji agencji.

Takie podejścia są krytykowane pod kątem metodologii, ponieważ nie udaje im się opisać doświadczeń klientów korzystających z pomocy socjalnej oraz odnotować niemożliwości zaprezentowania szczerej opinii (Wilson 1993). W przypadkach kiedy kwestie te były wzięte pod uwagę, wyniki badań pokazują, że beneficjenci są bardziej zainteresowani kwestiami jakości relacji i otrzymania pomocy niż prezentowaniem informacji i zarządzaniem nią (Willis 1995). Jedna z klientek opisująca proces oceny swojej sytuacji mówi, że „służby socjalne spowodowały, że czułam się, no, nie ważne jak ale naprawdę czułam, że warto mi pomóc" (Sapey i in. 1996:20). Wyniki obserwacji jasno pokazują, że jakość działań opartych na wytworzonych relacjach oraz zaoferowanie pomocy powinny stać się priorytetem, jednak ośrodki pomocy nadal skupiają swoją uwagę na instrumentalnych aspektach pracy.

Przedstawione powyżej tendencje mogą stanowić próbę ulepszenia systemu świadczenia pomocy lub pokazywać rzetelność oceny i ewaluacji (Woolham 1996). Niestety, podejście to nie bierze pod uwagę czynników makroekonomicznych. Spostrzeżenie Castellsa mówiące o informacjonalizacji, która „wkroczy do wszystkich sfer działania... obejmując przedmioty i elementy życia codziennego" musi być wzięte pod uwagę przy wyjaśnianiu dlaczego kładziony jest nacisku na pozyskiwanie i analizowanie danych klienta. Według Castellsa wartość informacji wzrosła i nabrała ona nowego znaczenia. Obserwujemy proces zbierania danych przez ośrodki, które w ten sposób zwiększają swoje zasoby i miałoby to wartość ekonomiczną gdyby ośrodki należały do sektora komercyjnego. Wyraźnie widać, że istnieją strukturalne i kulturowe przeszkody do zastosowania tej wartości w sektorze publicznym, jednakże w obecnych okolicznościach odrzucenie możliwości wyrównania szal poprzez odmowę bycia częścią systemu ekonomicznego byłoby dla każdego menedżera wyższego szczebla rozwiązaniem nierozsądnym.

Pojawiają się głosy, że nowa rola klienta jako dostarczyciela danych służy ośrodkom do zwiększenia własnej wartości. Zakładając, że owe dane przechowywane w wirtualnym środowisku, stają się celem interwencji socjalnych, stają się one nową rzeczywistością. Jednocześnie klient, który dostarcza dane, a którego szanse na otrzymanie pomocy materialnej maleją staje się również wirtualnym bytem w tej relacji.

Nowa percepcja klienta jako dostarczyciela danych oraz ośrodków jako ich konsumenta zmieniła naturę powiązań w opiece społecznej. Tradycyjnie, relacja ta miała rolę terapeutyczną, nie w sensie klinicznym oczywiście, lecz poprzez zapewnienie skrajnie zmarginalizowanym jednostkom pozytywnej percepcji bytu. Stosowane podejścia humanistyczne oraz podejścia zorientowane na jednostkę zdominowały pracę socjalną nie tylko ze względu na swoją efektywność w udzielaniu klientom pomocy w zrozumieniu swoich potrzeb lecz również dlatego, że dobrze dopasowują się do pomocy socjalnej, której celem jest humanizowanie świadczonej pomocy. Scenariusz opisany w niniejszym rozdziale sugeruje, że terapeutyczna wartość pomocy społecznej została utracona.

3.4. Uwagi końcowe

Zapewnienie pomocy jednostkom zmarginalizowanym odbywało się często poprzez oferowanie im aktywności opartych na nawiązaniu relacji oraz wytworzeniu działania socjalnego będącego usługą samą w sobie. Informacjonalizacja pracy socjalnej może być postrzegana jako element osłabiający dwa istotne elementy tradycji pracy społecznej tzn. jej utrzymania oraz podejść terapeutycznych jednocześnie tworząc nowe obszary gotowe na nowe, nietradycyjne działania.

Wiele osób nie ma dostępu lub nie jest zainteresowanych stosowaniem nowych technologii (Morrison i Svennevig 2001) i należy do nich większość osób potrzebujących pomocy od ośrodków pomocy społecznej ze względu na materialne lub kulturowe uwarunkowania. Morrison and Svennevig twierdzą, że pewne grupy ludzi celowo unikają stosowania technologii informacyjnych i komunikacyjnych, jednakże to co można zaobserwować w działaniu jednostek pomocy społecznej to pojawiający się wzorzec postępowania, który nie tylko ignoruje strukturalne problemy lecz również narzuca sposoby reagowania. Dlatego zdarza się, że osoby ubiegające się o pomoc materialną mogą nie otrzymać jej, a pomimo tego przechodzą pełną ocenę pod kątem tych elementów, które państwo uważa za im potrzebne. Uważa się wtedy, że konkretne osoby są odpowiedzialne za swoją sytuację, ponieważ zostały im udzielone szczegółowe informacje. Co więcej, państwo często odmawia pomocy, której potrzebują obywatele ale jednocześnie gromadzi od nich cenny towar, mianowicie informacje. Stanowi to odwrócenie niegdysiejszych stosunków, w których obywatel w potrzebie stawał się odbiorcą pomocy, podczas gdy państwo było jej dostarczycielem.

Było by błędem twierdzić, że informacjonalizacja jest fenomenem powstającym z technologicznej determinacji, ponieważ zmiany tego typu mogą nastąpić tylko poprzez interakcję sił politycznych i społecznych. Podczas gdy technologia może silnie wpływać na ich stosowanie, jest ono zależne od naszego postępowania. Należy więc przeprowadzić analizę sięgającą poza aspekty użytkowe (McCurry 1999), aby rozpatrzeć również wpływ na porządek społeczny (Couch 1996). Celem nie jest wykazanie, że przeprowadzona na mniejszą skalę analiza wpływu technologii IT jest zbędna. Jesteśmy przekonani, że istnieje potrzeba odbycia konkretnej dyskusji na temat stosowania technologii w szerszych ramach biorących pod uwagę aspekty strukturalne. Dla przykładu, pomimo obietnic rządu zapewniających, że technologia w erze informacji „będzie używana to sprostania potrzebom obywateli i firm" (Wydział Środowiska, Transportu i Regionów 1998:5), należy zastanowić się którzy obywatele i w jaki sposób będą z niej korzystać. Istnieją przekonujące dowody na niespełnione obietnice, według których nowe technologie miały położyć kres niepełnosprawności uniemożliwiającej pracę zawodową, (Finkelstein 1980), jednak

okazuje się, że osoby niepełnosprawne częściej znajdują pracę w sektorze rolniczym niż w sektorze technologii informacyjnych (Sapey 2000). Pomimo tego, iż niektórzy autorzy (dla przykładu Bates 1995) rozważają potencjalną możliwość upodmiotowienia poprzez zastosowanie technologii IT, musimy również rozważyć stopień, do którego nowoczesne technologie mogą uprzedmiotowić i wykluczyć, ale także upodmiotowić i włączyć (Anderson i in.1995; Regan-Shade 1998; Thornton 1993). Pracownicy socjalni mogą stosować swoją znajomość organizacji tak, aby technologiczny rozwój odzwierciedlał walory pomocy społecznej (Sapey 1997). Aby to nastąpiło, należy dokonać krytycznej oceny innowacji technologicznych, jako że nowe technologie mogą zostać użyte w celu kontrolowania funkcji systemu opieki społecznej, a nie do upodmiotawiania obywateli. Teza informacjonalizacji sugeruje również, że „w rewolucji informacyjnej nie chodzi o współpracę technologii i danych lecz o współpracę ludzi i wiedzy". W konsekwencji, nacisk jest kładziony na cele pracy socjalnej. Pracownicy socjalni powinni zastanowić się nad sposobami w jaki makroekonomiczne zmiany wpływają na ich funkcje. W naszym przekonaniu następują zmiany fundamentalne nie tylko w funkcjach, ale także w celach jednostek opieki społecznej. Możliwe, że informacjonalizm jest siłą sprawczą zmian w systemie opieki społecznej lecz nie prowadzi jednak do upodmiotowienia klientów, którzy w tym środowisku powoli stają się klientami wirtualnymi, ale jednocześnie są źródłem informacji dla organizacji i pracowników, którzy po przeprowadzeniu oceny potrzeb nie są w stanie zaoferować im jej zaproponować. Uzyskane dane stają się ważniejsze niż pomoc potrzebującym. Dane te istnieją jako właściwy produkt systemów opieki socjalnej ustanowionych w erze informacyjnej. Podjęliśmy się próby przeprowadzenia analizy krytycznej potencjalnego wpływu informacjonalizacji na dostarczycieli i odbiorców opieki socjalnej. Wyniki nie są jednoznaczne, ponieważ stosowanie technologii może mieć różnorakie konsekwencje, które będą się różniły zakładając, że nierówności w strukturach społecznych ciągle będą miały miejsce. Burnes, Knights i Willmot (1988) twierdzą, ze należy zakwestionować założenie, iż wszystkie nowe technologie prowadzą do postępu. Takie krytyczne podejście jest potrzebne jeśli celem jest oparcie się przyszłościowemu fatalizmowi, który od początku towarzyszy informacyjnej rewolucji.

3.5. Literatura:

Anderson, R., Bikson, T., Law, S. and Bridger, M. (1995) *Universal Access to E-Mail: Feasibility and Societal Implications*. Santa Monica: Rand.

Bannister, A. (1997) *The Healing Drama: Psychodrama and Dramatherapy with Abused Children*. Chadlington: FAB.

Barnes, M. and Warren, L. (1999) *Paths to Empowerment*. Bristol: The Policy Press.

78 INFORMATION AND COMMUNICATION TECHNOLOGIES IN THE WELFARE SERVICES
Bates, J. (1995) 'An evaluation of the use of information technology in child care services and its implications for the education and training of social workers.' *Social Work Education 14*, 1, 60–76.
Blaug, R. (1995) 'Distortion of the face to face: communicative reason and social work practice.' *British Journal of Social Work 25*, 4, 423–439.
Burnes, B., Knights, D. and Willmot, H. (1988) *New Technology and the Labour Process*. Basingstoke: Macmillan.
Castells, M. (1996) *The Information Age: Economy, Society and Culture: Volume 1 – The Rise of the Network Society*. Massachusetts: Blackwell Publishers Inc.
Central Council for Education and Training in Social Work (1989) *Requirements and Regulations for the Diploma in Social Work*. London: CCETSW.
Clarke, J. (1995) *Doing the Right Thing? Managerialism and Social Welfare*. Paper for ESRC Professionals in Late Modernity seminar, Imperial College, 26 June.
Clough, R. (1990) *Practice, Politics and Power in Social Services Departments*. Aldershot: Avebury.
Cooper, D. (1993) *Child Abuse Revisited: Children, Society and Social Work*. Buckingham: Open University Press.
Coren, E. (1998) 'Unmet needs – a contradiction in terms? ' *Social Services Research 1*, 1–13.
Corner, R. (1997) *Pre-birth Risk Assessment in Child Protection*. Norwich: Social Work Monographs.
Couch, C. (1996) *Information Technologies and Social Orders*. New York: Aldine.
Department of the Environment, Transport and the Regions (1998) *Modern Local Government In Touch with the People*. London: DETR. http://www.local-regions.detr.gov.uk/lgwp/index.htm (accessed January 1999).
Department of Health (1995) *Child Protection: Messages from Research*. London: HMSO.
Department of Health (1998) *Modernising Social Services: Promoting Independence, Improving Protection, Raising Standards*. London: The Stationery Office.
Department of Health (1999) *The Government's Objectives for Children's Services*. London: Department of Health.
Department of Health (2000a) *Framework for the Assessment of Children in Need and their Families*.London: The Stationery Office.
Department of Health (2000b) *A Quality Strategy for Social Care*. London: Department of Health.
Department of Health (2000c) *Undertaking Assessments of Children and Families: A Directory of Training Materials, Courses and Key Texts*. London: Department of Health.
http://www.Department of Health.gov.uk/quality3.htm (accessed June 2000).
Department of Health (2000d) *The Children Act Report 1995–1999*. London: Department of Health.
Department of Health (2001) *The Single Assessment Process: Guidance for Local Implementation*.

London: Department of Health. http://www.Department of Health.gov.uk/scg/sap/locimp.htm (accessed January 2002).
REAL RECORDS, VIRTUAL CLIENTS 79
Department of Health, Home Office and Department for Education and Employment (1999) *Working Together to Safeguard Children: A guide to Inter-agency Working to Safeguard and Promote the Welfare of Children*. London: The Stationery Office.
Department of Health and Scottish Office (1991a) *Care Management and Assessment: Practitioners' Guide*. London: HMSO.
Department of Health and Scottish Office (1991b) *Care Management and Assessment: Managers' Guide*. London: HMSO.
Ellis, K. (1993) *Squaring the Circle: User and Carer Participation in Needs Assessment*. York: Joseph Rowntree Foundation.
Finkelstein, V. (1980) *Attitudes and Disabled People: Issues for Discussion*. New York: World Rehabilitation Fund.
Froggett, L. (2002) *Love, Hate and Welfare*. Bristol: The Policy Press.
Froggett, L. and Sapey, B. (1997) 'Communication, culture and competence in social work education.' *Social Work Education 16*, 1, 41–53.
Gomm, R. (2000) 'Agency information for better practice.' In R. Gomm and C. Davies (eds) *Using Evidence in Health and Social Care*. London: Sage.
Goodinge, S. (2000) *A Jigsaw of Services: Inspection to Support Disabled Parents in their Parenting Role*. London: Department of Health.
Holman, B. (1993) *A New Deal for Social Welfare*. Oxford: Lion.
Huntington, A. (2000) *Differing Perceptions of Legislative and Policy Change in Children and Families Services: A Vertical Analysis*. PhD Thesis, University of Central Lancashire.
Jonscher, C. (1999) *Wiredlife: Who Are We in the Digital Age*? London: Anchor.
Manning, B. (2000) 'Psyco-social needs classification: an aid to identifying best practice.' *New Technology in the Human Services 13*, 1/2, 18–26.
McCurry, P. (1999) 'Wired for work.' *Community Care*. 14–20 January, 18–20.
Milne, J. and O'Bryne, P. (1998) *Assessment in Social Work*. Basingstoke: Macmillan.
Morrison, D. and Svennevig, M. (2001) 'The process of change: an empirical examination of the uptake and impact of technology.' In S. Lax (ed) *Access Denied in the Information Age*. Basingstoke: Palgrave.
Nellis, M. (1991) 'The electronic monitoring of offenders in England and Wales: recent developments and future prospects.' *British Journal of Criminology 31*, 2, 165–185.
Oliver, M. (1990) *The Politics of Disablement*. Basingstoke: Macmillan.
Ravetz, J. (1993) 'Information technology support systems in the human services.' In B. Glastonbury (ed) *Human Welfare and Technology: Papers from the HUSITA 3 Conference on IT and the Quality of Life and Services*. Assen: Van Gorcum and Comp.

Regan-Shade, L. (1998) 'A gendered perspective on access to the information infrastructure.' *The Information Society 14*, 1, 33–44.
Ross, L. (1997) 'What is an assessment? Services users, their carers and the community care assessment visit.' *Social Services Research 4*, 26–38.
80 INFORMATION AND COMMUNICATION TECHNOLOGIES IN THE WELFARE SERVICES
Sapey, B. (1995) 'Social services and communication technology: a user perspective of the implementation of a care management system in a social services department.' *New Technology in the Human Services 8*, 1, 2–9.
Sapey, B. (1996) 'Coding and classification – two problems in social welfare.' *New Technology in Human Services 9*, 4, 25–27.
Sapey, B. (1997) 'Social work tomorrow: towards a critical understanding of technology in social work.' *British Journal of Social Work 27*, 6, 803–814.
Sapey, B. (2000) 'Disablement in the informational age.' *Disability and Society 15*, 4, 619–636.
Sapey, B., Pashley, G., Burchell, D. and Sherman, C. (1996) 'An investigation into the appropriate means of assuring quality in the delivery of social work services.' *Social Services Research 1*, 15–23.
Smale, G. and Tuson, G. with Biehal, N. and Marsh, P. (1993) *Empowerment, Assessment and the Skilled Worker*. London: HMSO.
Taylor, C. and White, S. (2000) *Practising Reflexivity in Health and Social Welfare: Making Knowledge*. Buckingham: Open University Press.
Thornton, P. (1993) 'Communications technology – empowerment or disempowerment? ' *Disability, Handicap and Society 8*, 4, 339–349.
Whitfield, D. (1998) 'The magic bracelet.' *Criminal Justice Matters 31*, 18–19.
Willis, M. (1995) 'Customer expectations of service quality at community team offices.' *Social Services Research 4*, 57–67.
Wilson, G. (1993) 'Users and providers: different perspectives on community care services.' *Journal of Social Policy 22*, 4, 507–526.
Woolham, J. (1996) 'The effectiveness of assessment and care planning in a care at home service: a plea for reliability in social work assessments to improve equity in provision.' *Social Services Research 4*, 8–28.
Yalom, I. (2000) *Momma and the Meaning of Life: Tales from Psychotherapy*. London: Piatkus.
Ypren, T. A. van (1996) 'On coding and classification in social welfare.' *New Technology in the Human Services 9*, 3, 3–10.

4. TECHNOLOGIA I SYSTEM SKIEROWAŃ W SŁUŻBACH SPOŁECZNYCH *(Suzanne Regan)*

Scentralizowane usługi takie jak „polityka jednego okienka", "zespoły interwencji kryzysowej" i „punkty dostępu" stały się wyrazistymi cechami rozwoju służb społecznych od wczesnych lat 90-tych kiedy beneficjenci państwowej (instytucjonalnej) pomocy społecznej stali się jej klientami środowiskowymi. Jednakże, z nadejściem nowego programu Blaira modernizacji i rządowej strategii dla 'ery informacyjnej' nadano pomocy społecznej nowe znaczenie. Rozdział ten opiera się na etnograficznym badaniu przeprowadzonym w 59 punktach pracy socjalnej wśród 13 miejscowych agencji usług społecznych. W centralnych punktach kierowania podejmowane są decyzje i poprzez technologię komputerową są kierowane do miejscowego specjalistycznego zespołu pracy społecznej. Szczególna uwaga jest poświęcona kierowaniu[13], odwołującemu się do troski o dzieci. Podejmowanie badań jest oparte na wierze, że kierowanie do organizacji pomocy społecznej jest zadaniem specjalisty wymagającym wiedzy środowiskowej, doświadczenia w pomocy społecznej i umiejętności w interpretacji i kategoryzowaniu wypowiedzi. Przekazanie tego zadania do pracowników, którzy działają z pewnej odległości od miejscowego biura może tylko być możliwe przez wykorzystanie technologii informacyjnej, która ułatwia skomputeryzowane połączenie między rozproszonymi miejscami. Castells (2000) zachodzące zmiany nazywa 'fundamentalnym znaczeniem rewolucji formacyjno- technologicznej'.

Pierwsza część rozdziału krótko podejmuje kwestię założeń o transformatywnym potencjale nowych technologii. Ustanowienie scentralizowanego miejsca obsługi klientów, jak w przypadku umowy między nabywcą a dostarczycielem, staje się jednolitym, widocznym i wymiernym wskaźnikiem postępu. Druga część rozdziału rozpoczyna się od dyskusji o tle badania i opisuje zróżnicowanie organizacyjne 59 środowisk badania. W ocenie szczególnego wkładu technologii informacyjnej do ulepszania systemów

13 Kierowanie zarówno może odnosić się do skierowania do placówki pomocy społecznej lub kierowania przez placówkę pomocy społecznej do innego specjalisty np. lekarza, terapeuty uzależnień itp.

realizacji usług, współdziałania między pracownikami, komputerami i innymi technicznymi środkami dokonywano rejestracji video codziennej pracy. Analiza danych identyfikuje podstawowe rozbieżności między żądaniami w stosunku do poprawy opartej na technologii a cechami kierowania przyjętego w specjalistycznym obszarze pracy socjalnej. Dowody sugerują, że kiedy kierowanie jest realizowane przez pracowników zajmujących się obsługą klienta może wydarzyć się kilka rzeczy. Dzwoniący mogą otrzymać szybką i pomocną i informację w odpowiedzi na swoje pytania. Czasami występuje potrzeba dodatkowych informacji i pracownicy ponownie kontaktują się z klientami w terenowej siedzibie jednostki pomocowej. Często wymaganie aby wszystkie nowe sprawy były rejestrowane w elektronicznym serwisie obsługi klientów tworzy zbyteczną pętlę w łańcuchu komunikacji. Podczas innych okazji skierowanie może zostać zakodowane (zaszeregowane) i wskutek tego powstaje więcej a nie mniej pracy dla przedstawicieli służb pomocowych. Czasami ma to miejsce, ponieważ procedury pracy pracowników obsługi klienta nie dotyczą uzyskiwania dostępu do opisowej informacji z pliku w danej sprawie. Przykłady tych wszystkich sytuacji są opisane w dalszej części rozdziału. W końcowej analizie niewłaściwe praktyki wyłaniają się z wprowadzania reform polityki społecznej, zorientowanych w kierunku rozwiązań „idealnego świata", zamiast zwrócenia się w stronę złożoności i zmiennych kolei prawdziwego życia, to znaczy świata doświadczanego przez zwykłych ludzi (Abercrombie, Hill i Turner 1988).

4.1. Technologia: wzmacnianie kontroli kodu

Wiele rządowych inicjatyw politycznych, powołanych w celu modernizacji usług i poprawy jakości poprzez użycie technologii informacyjnej ucieleśnia niewypowiedziane założenia o transformatywnym potencjale technologii. Na przykład, w inicjatywie politycznej, Informacja dla Pomocy Społecznej technologia informacyjna jest uznana za podstawową zarówno w ulepszaniu jakości pomocy społecznej jak i do sprostania rządowej e-agendy (Ministerstwo Zdrowia 2001). Wzrastający dostęp do informacji przez komunikację zapośredniczoną i technologię cyfrową tworzy inną kluczową kwestię w dążeniu rządu, by wszystkie usługi były dostępne online do roku 2005. Przedstawiciel administracji rządowej Ian McCartney stwierdził, że „Struktura Interoperacyjna" będzie 'pomagać pracownikom w ich pracy poprzez uproszczenie wynikające z elektronicznego sposobu jej realizacji. Przez ograniczanie pracownikom tzw. „papierkowej pracy" -możemy podnieść jakość usług publicznych'. Podczas inicjowania innej narodowej strategii dla 'przekształcania usług publicznych „ Nick Raynsford przedstawiciel samorządu lokalnego powiedział, że celem powstania swego rodzaju e-rządu jest 'dobro obywateli i klientów we wszystkich działaniach doradczych„ 'przekształcanie sposobu w jaki usługi są dostarczane' i 'skłanianie do społecznego zaangażowania' tak aby około 2005 roku wszystkie miejscowe usługi były' połączone tak, żeby to miało sens dla klienta; dostępne

w każdym czasie i miejscu i najdogodniejsze dla klienta oraz dostarczane bez zwłoki' (db@ socialworkalliance.net kwiecień 2002). Flynn (2002)uważa, że porządek modernizacji jest wypracowaną przez Partię Pracy tendencją rządu do narzucania arbitralnych celów dla reform zamiast koncentracji na ważnych detalach. Nic dziwnego, że firmy komercyjnie zajmujące się implementacją technicznych e-rozwiązań są bardziej niż entuzjastyczne w popieraniu takiej strategii 'e-rządowego biznesu'. Wiele kwestii związanych z nowymi technologiami wartych jest dokładnego rozważenia.

Sprawozdania z rozmowy centrów obsługi telefonicznej (call centres) wskazują na 'szeroki rozdźwięk między deklarowanymi pragnieniami i aktualną rzeczywistością ,w odniesieniu do powiązania ich działalności z prawdziwie „sieciowym", opartym na Internecie call centre. Mniej niż jedno na dziesięć centrów ma udogodnienia, by łączyć konsumentów z personelem przez stronę internetową (IDS 2000, s. 17). Kling (1992) spostrzega, że organizacje komercyjne i rządowe mają interes w kształtowaniu publicznych debat o komputeryzacji. Poprzez takie postępowanie, ' tworzą związki między społeczną korzyścią i technologiczną innowacją' (s. 351). Inaczej mówiąc technologia nie jest politycznie albo moralnie neutralnym czynnikiem w realizowaniu polityki społecznej. Woolgar i Grint (1997) przykładają szczególnie silną uwagę do przyjmowania dychotomicznego (np. dobre-złe) stanowiska w związku z interpretacją skutków technologii. Zauważają, że technologii nie da się odseparować od kontekstu w których się pojawia. Według nich technologie stają się najbardziej zrozumiałe jako 'Osadzone (wbudowane w kontekst) równocześnie współtworzące swoje interpretacyjne konteksty' (s. 32). W rozważaniu tego stanowiska w związku z rozwojem dostępu do informacji online, doświadczony profesjonalista powinien zauważyć sposób w jaki potencjalnie złożone społeczne interakcje są redukowane do binarnie skodyfikowanych kategorii: 'ryzyka', 'bezpieczeństwa', ' przemocy', ' nadużycia' i tak dalej. Dalszy rozwój technologii informacyjnych mógłby być niekoniecznie nowatorski w praktyce ale po prostu wynikałby z transferu istniejących form reprezentacji do skomputeryzowanych (i prawdopodobnie rozpowszechnionych) wersji tej samej rzeczy (Woolgar i Grint). W erze kiedy społeczna polityka jest wykorzystywana w celu ochrony społeczeństwa przed ryzykiem (Adam, Beck i Van Loon 2000; Beck 1992). W lokalnie umiejscowionych usługach dotyczących rodzin i dzieci, gdzie anonimowa rozmowa telefoniczna może wywołać wspólną pracę policji i służb społecznych dotyczącą ochrony dziecka, nie byłoby znaczną różnicą jeżeli taka informacja miałaby dotrzeć przez e-mail wysłany ze strony internetowej. Zarysowane tu związki między wizjami (wyartykułowanymi przez Działania rządowe dla rozwoju technologii), „podwójnych kodów" i „sproceduralizowanej" praktyki podkreślają główne kwestie w tym rozdziale. Interpretacja nadana terminowi 'kod' jest szczególnie ważna do zrozumienia toczących się dyskusji. W słowniku angielskim Collinsa (1986, druga edycja) słowo 'kod' jest zdefiniowane jako 'system liter albo symboli oraz reguł ich używania dzięki pomocy których może zostać zobrazowana lub przekazana informacja w poufny bądź zwięzły sposób

np. kod dwójkowy; kod morsa; kod genetyczny; wiadomość w kodzie; symbol użyty w kodzie; konwencjonalny zestaw zasad'.

Współczesne użycie terminu w społecznej teorii zapoczątkował francuski teoretyk społeczny Jean Baudrillard, którego teorie społeczeństwa często są charakteryzowane bardziej jako wspaniałe aforyzmy niż spójne koncepcje' (Cubbitt 2001, s. 45). Niemniej jednak, jego opis działania kodów, jak redukują złożone społeczne systemy komunikacji, znaczenie i wartość do poziomu 'dwójkowego systemu sygnalizacji, ' rzuca światło na niejawne aspekty kultury oraz systemów produkcji i konsumpcji w społeczeństwach kapitalistycznych (Baudrillard 1988, s. 142). Dla Baudrillarda, 'kod' odnosi się do zbiorowego języka powszechnej kultury. Lingwistyczne praktyki zarządzania przez kod nie są stworzone by reprezentować prawdziwy świat ale raczej ich celem jest budowanie dla nas wymyślonego świata przez arbitralne i niekonwencjonalne przestawienie wskaźników i znaczenia (Simpson 1995). Z tego punktu widzenia świat jest tym, do czego Baudrillard (1981) odnosi się jako do 'hiper-rzeczywistości'. Jackson i Carter (2000) słusznie zauważają, że hiper-rzeczywistość jest pojęciem użytym do opisania sytuacji, w której rzeczywistość i fikcja mieszają się i symbol albo znak staje się bardziej 'prawdziwy' niż jego znaczenie. Używają przykładu programów telewizyjnych, w których widzowie reagują na wydarzenia np. w operach mydlanych przez wysyłanie gratulacji albo kondolencji w reakcji na wydarzenia filmowe (s. 25). Globalnie wyróżniający się znak,M' korporacji McDonalds, jest przydatnym przykładem sposobu, w którym znak bez znaczenia reklamuje szczególne cechy korporacji McDonald i hamburgerów. Dzięki wysoce selektywnej i właściwie ukierunkowanej na cel reklamie i marketingu oznaczenie ' M' występuje teraz jako natychmiast rozpoznawalny kod, który komunikuje stowarzyszenie z korporacją McDonald, jedzeniem i pragnieniem jakiegoś produktu McDonalds. W ten sposób działa to jako samonośny,„dwójkowy" system sygnalizacji, który, według Denzina (1992), 'wyłącza wszystkie komunikatory oprócz tego „zamrożonego" we własnym schemacie komunikacji , (s. 80). Zapośredniczenie ludzkich potrzeb, pragnień i satysfakcji przez komercję wskazuje też na nowy tryb produkcji w konsumenckich społeczeństwach kapitalistycznych. Denzin (1992) rozważa, że w ' każdej epistemicznej fazie kapitalizm wymagał i wytwarzał szczególne ideologie konsumentów' (s. 78). W omawianym przypadku Ideologia „odsunęła" się daleko od konsumentów, korzystających z towarów w ustalonym systemie potrzeb, w kierunku sytuacji w której towary są konsumowane ze względu na ich symboliczną albo opartą na„metce" wartości. Dlatego w tym sensie symboliczna wartość przedmiotu jest warta więcej (w znaczeniu wymiany) niż jego faktyczna wartość użytkowa.

W erze konsumpcji rzeczy „niosą" społeczne znaczenia (Douglas i Isherwood 1979). Potrzeby i pragnienia osób stały się nowymi siłami produkcji (Baudrillard 1970). Dlatego, stały się głównym celem korporacji, w ich nastawieniu, na kodowanie i tym samym kontrolę znaczenia jakie konsumenci przywiązują do ich marki. Te ostatnie obserwacje są ważne dla zrozumienia natury społecznej reformy polityki w usługach społecznych.

Wprowadzenie Aktu Narodowej Służby Zdrowia i Opieki Społecznej (1990) reprezentowało „kroplę w morzu" w historii reformy opieki społecznej. Te reformy dramatycznie zmieniły rolę państwa w „produkcji" i konsumpcji usług zdrowotnych i społecznych. W dodatku zasygnalizowało to brak ciągłości ze środkami używanymi w działaniach przeciw ubóstwu wcześniejszych interwencji państwa (rozpoczynających się od daty ukazania się Ustawy o biedzie). Dawniej, zgodnie z aktem Narodowej Pomocy (1948) państwo opiekuńcze miało obowiązek wyprodukować usługi które miały materialną wartość dla jego beneficjentów, korzyści takie jak zakwaterowanie, i inne usługi pomocy społecznej. Pod nową ustawą naczelną zasadą była ocena potrzeb. W rezultacie korzyść posiadająca większą symboliczną wartość została zamieniona przez gwarancję pomocy materialnej. We współczesnych agencjach pomocy społecznej, oszacowanie potrzeb reprezentuje obecnie podstawową formę. W tym sensie zatem potrzeby 'starszych, słabszych i 'zrożnicowanych' (Akt Narodowej Pomocy 1948) stały się nowymi siłami produkcji w społecznym rynku troski. Dlatego przedmiotem działalności pomocy społecznej stało się pośrednictwo między potrzebami/pragnieniami i dostarczaniem usług, tak by umożliwić klientowi satysfakcję (zobacz Regan 1999). Reformy opieki społecznej zostały „sprzedane" (zareklamowane) pracownikom i klientom instytucji pomocowych, jako przesunięcie w kierunku rynkowego podejścia będzie to skutkowało 'usługą jakości, ''wartością pieniądza' i 'wyborem konsumenta' (Ministerstwo Zdrowia 1990). W ten sposób ten zasadniczo arbitralny, abstrakcyjny i zdekontekstualizowany zestaw wskaźników utworzył potężny system znaków i ram komunikacyjnych, które zbudowały wartość (znaczenie) pomocy społecznej. Poprzez to szczęśliwie pozbywano się alternatywnych form interpretacji nowej legislacji. ' Jakość', ' wartość' i ' wybór' są używane na przemian i wielokrotnie we wszystkich reformach i dokumentach strategii. Narodowy program ochrony dziecka również jest ilustracją reformy zorganizowanej przez samoodnoszący się system znaków. Pojęcia 'ochrona', ' nadużycie', ' ryzyko' i ' bezpieczeństwo' sygnalizują działania rządu aby przewidzieć i zapobiegać przestępczości wobec dzieci, tematu bardzo medialnego. Większość rządowych reform posiada markę jako znak ich organizacyjnego usytuowania, np. 'Domowa przemoc', ' Tyranizowanie', ' Najlepsza wartość', 'Ochrona Jakości', 'Wiek Zarządzania Informacją', ' Ochrona Dziecka' by wymienić tylko kilka. Ten semiotycznie zorganizowany systemy reform powinien być odczytywany jako umiejscowione kontekstualnie teksty (narracje) w których informacja technologiczna i praktyki pomocy społecznej są osadzone. W swojej książce „No Logo" Naomi Klein (2000) zauważa, że to, co wyróżniało styl lat 90-tych to fakt, że korporacje szukały swoich marek i czyniły z nich „żywą" rzeczywistość (s. 29).

W nowym tysiącleciu, 'sektor publiczny przekształci się przez wprowadzenie w życie modelów biznesowych, wykorzystujących nowe technologie, Wskazywane korzyści z 'obniżonych kosztów funkcjonowania ' uproszczonych, regulacji w biznesie, ' bardziej innowacyjnym zarządzaniem', elastycznym działaniem,, ' spersonalizowanymi działaniami

i demokratycznym uczestnictwem' dziwnie przypominają korzyści wskazywane przez Price Waterhous (teraz znany jako Price Waterhouse Coopers) jako postrzegane korzyści rozdzielenia siły roboczej na władzę, nabywców i dostawców (Ministerstwo Zdrowia i Price Waterhouse 1991). Operacyjne symulacje zaprojektowane, by przynosić korzyści z rewolucji 'wieku informacji' (information age) zawierają wszystkie komponenty standardowej reformy: narodową strukturę standaryzacji, infrastrukturę, zasady współpracy i struktury wsparcia. Ich wprowadzanie obejmie zakupy nowej technologii, wzrost liczby obsługiwanych klientów, rekrutację załogi do planowanych działań itp. Wszystko to przyniesie dodatkowe dochody prywatnemu sektorowi przemysłu komputerowego. Baudrillard twierdzi, że kody, symulacje[14] i modele mają coraz mniej związku z zewnętrzną ' rzeczywistością' i że obraz albo symbol (znak), reprezentacja- zastępuje bezpośrednie doświadczenie i znajomość tego, co dane wydarzenie oznacza (Sarup 1993, s. 164). Te przemyślenia mogą być przydatne, do analizy uzyskanych danych.

4.2. Tło do badania

Analiza systemów odnoszących się do pracy socjalnej została zlecona jako część szerszego badania rezultatów miejscowych systemów ochrony dziecka w 15 lokalnych jednostkach (Thorpe 1994 – 2002). Impet dla rozpoczęcia tych badań powstał w odpowiedzi na inne badania, które Ministerstwo Zdrowia zleciło w zakresie ochrony dziecka. Wyniki przykuły uwagę z powodu błędów w ocenie spraw dotyczących ochrony dziecka i rodziny (rodziny zostały pomówione, o doprowadzenie do skrzywdzenia, zranienia albo zaniedbania dzieci) (Ministerstwo Zdrowia 1995). Badanie Thorpe zidentyfikowało podstawowy problem, którym było to, że wiele decyzji zostało źle sklasyfikowanych jako ochrona dziecka a nie jako przypadki, gdzie również rodziny potrzebowały wsparcia. Z 15 agencji zlecających badanie rezultatów ochrony dziecka, 13 zleciło etnograficzną analizę swoich systemów podejmowania decyzji w celu poprawy jakości procesu kategoryzacji (Regan 1998 – 2002). Materiał z tych badań jest podstawą dyskusji podjętej w tym rozdziale. W ciągu 4 lat badań, zostało wytypowanych 59 ośrodków decyzyjnych. W tradycji etnometodologicznej leżącej u podstaw etnografii (Hughes i inni 2002), badacze szczególnie zainteresowani skoncentrowali się na„wyłapaniu" relacji między pracownikami, ich komputerami i telefonami. W większości miejsc pracy obecni byli pracownicy pomocy społecznej pełniący dyżur oraz inni jak np. personel z obsługi klienta, doradcy, kierownicy, recepcjoniści i duchowni. Nagrania wideo rejestrujące pracowników zajętych ich zwykłą, codzienną działalnością znacząco poprawiły zdolność do zaobserwowania stopnia, do jakiego ich działalność była zorientowana na używanie technologii. W sześciu miejscowych

14 Symulakrum „obraz, zwłaszcza stworzony przez kino lub telewizję, który jest czystą symulacją, pozorującą rzeczywistość albo tworzącą własną rzeczywistość" Słownik Języka Polskiego http://sjp.pwn.pl/sjp/; 2576805 termin spopularyzowany przez J. Baudillarda i wykorzystywany w jego teorii symulacji

władzach zachowujących tradycyjne modele kierowania, pracownicy pomocy społecznej zwykle otrzymywali zgłoszenia bezpośrednio od innych profesjonalistów bądź ze strony interesantów. Interakcje z interesantami następowały albo telefonicznie, poprzez wizyty w domach bądź w biurze. Kolejnych siedem miejscowych władz wypracowało „nietradycyjne" tryby postępowania preferujące scentralizowane modele kierowania. Trzydzieści lokalnych miejsc pracy socjalnej zostało włączonych do badania.

W czterech na siedem przypadków, władze korzystały z zatrudnienia pracowników pomocy społecznej i pracowników nie będących pracownikami socjalnymi podczas gdy pozostałe trzy zostały obsadzone jedynie przez załogę spoza sektora pomocowego. Analiza głównie skupia się na 25 miejscach pracy, gdzie obsługa klientów nie była prowadzona w tym samym budynku gdzie działały zespoły pracy terenowej. Mniej problemów było zgłaszanych jeśli zespoły zajmujące się pracą socjalną były zlokalizowane w tym samym budynku co pracownicy obsługi klientów. W takich okolicznościach było więcej okazji do rozmów co poprawiało jakość procesów kierowania (nie dotyczyło to jednak miejsc gdzie początkowe przyjęcie i kierowanie sprawą było podejmowane przez pracowników nie będących specjalistami społecznymi). Celem tego rozróżnienia jest wyostrzenie analizy założeń o skuteczności technologii w poprawie jakości usług społecznych.

Dyskusja rozpoczyna się od ogólnych obserwacji obsługi klientów poczynionych przed podjęciem tej krytycznej analizy. Szczególne „roszczenia" dotyczące możliwości technologii informacyjno-komunikacyjnych znajdują realizację w tworzeniu miejsc obsługi klienta (czasem nazywanych punktami dostępu, współpracy z klientem). Oceny postępowania rządu, strategie dla e – zarządzania i granty na modernizację serwisów wspierają lokalne władze planujące scentralizować systemy odniesienia kierowane do odpowiednich form pomocy. Cele ukierunkowane na dostęp online do instytucji użyteczności publicznej prowadzą również do szybkiego wzrostu centrów telefonicznej obsługi klienta w sektorze publicznym (IDS 2000).

Szczególne korzyści z tych przygotowań do nowego modelu postępowania (zwane dalej „obsługą klienta") zwykle były opisywane w lokalnie prowadzonej dokumentacji w następujący sposób:

1. model wytwarza transparentny „interfejs" między społeczeństwem i innymi złożonymi miejscowymi systemami władzy i procesami.
2. Przychodzące procesy są przetwarzane na procesy sieciowe, „papierkowa robota" przynajmniej na wczesnych etapach jest ograniczona do minimum.
3. Najlepszy użytek wynika z możliwości wykorzystywania technologii do tworzenia i wspierania standaryzowanych systemów kierowania na poziomie hrabstwa (gminy) albo dzielnicy.
4. Pracownicy zajmujący się obsługą klientów mogą zostać lepiej wykorzystani w dużych jednostkach (z więcej niż jedną lokalizacją obsługi klienta). Zastępowanie chorych pracowników, będących na wakacjach albo przygotowujących się do egzaminów

jest łatwiejsze kiedy pracownicy, którzy nie są „przywiązani" do jednego miejsca mogą być wezwani do przejęcia obowiązków w innych miejscach pracy.

5. Wstępna analiza skierowań pozwala zmienić adresata, tych niewłaściwie przydzielonych do przeciążonych pracą pracowników pomocy społecznej i innych profesjonalistów.
6. Pracownicy zajmujący się obsługą klienta są łatwiej dostępni i kosztują mniej niż profesjonalnie wyszkoleni pracownicy pomocy społecznej.
7. Dobre przygotowanie umożliwi powstanie identyfikowalnych struktur, miejsc przyszłego rozwoju e – zarządzania i innych modeli technologicznych zintegrowanych online i opartej na Internecie realizacji usług.

W organizacyjnym sensie, te technologiczne korzyści, skoncentrowanej na kliencie usługi mogą zostać podsumowane jako bardziej dostępne, wydajne, jednolite, racjonalizujące zaangażowanie technologii i zasobów ludzkich, oraz wystandaryzowane i elastyczne. Korzyści mogą też być uznane za symboliczne w tym sensie, że każde istnienie miejsca obsługi klienta sygnalizuje zarówno kompetencje agencji w wykorzystywaniu technologii informacyjnej i jej zgodności z ważnymi aspektami najnowszego planu reform rządowych. Analiza danych uzyskanych w badaniu ujawniła, że korzyści tego sposobu organizowania miały bardzo niewiele wspólnego z użyciem technologii. Korzyści dla klientów raczej były przypisywane cechom innego sposobu organizacji. Pracownicy obsług klientów zostali usytuowani w jednym miejscu i tak większy stopień spójności został osiągnięty zarówno dla klientów jak i dla profesjonalistów z innych agencji. Pracownicy w punktach obsługi klientów nie byli obciążeni bagażem każdego „przypadku" i tylko zajmowali się wstępnymi pytaniami od interesantów albo telefonicznie albo osobiście, ich główna działalność polegała na udzielaniu informacji albo rady. Obserwowaliśmy w czasie badań jak klientom oferowano pomoc, kiedy pracownicy kontaktowali się z innymi agencjami w imieniu ich klientów i w ten sposób demonstrowali podstawowy ale często nie doceniany element wzajemności "wbudowany" w obsługę klientów. Jako znamienne należy zauważyć, że dużo miejsc stało się ' latarniami morskimi' dla ludzi w trudnej sytuacji, łącznie z innymi profesjonalistami, potrzebującymi różnorodnych informacji. Zapotrzebowanie na to ostatnie, nie wchodziło kiedyś w zakres usług społecznych Podczas jednej z wizyt, pracownik zajmował się koordynacją pomocy dla starszego człowieka, którego sąsiad ujawnił, że od kilku dni butelki mleka nie były przez niego odbierane. Podczas innej okazji, zadzwonił pracownik sądu aby poinformować o problemach dotyczących osoby, która została aresztowana przez policję kolejową. Człowiek był „bez grosza" i miał niepełnosprawność lekkiego stopnia. Pracownik chciał się dowiedzieć, co pomoc społeczna jest w stanie dla niego zrobić. Ogólnie pracownicy zajmujący się obsługą klientów rozszerzyli swoją wiedzę dotyczącą działania ministerstw, agencji rządowych i charytatywnych. Inną odnotowaną cechą organizacyjnego modelu

obsługi klientów była izolacja pracowników od działań ich własnych agencji i od rezultatów ich decyzji. Skierowania, które były już uruchomione do realizacji usługi albo te, które potrzebowały dłuższej interwencji lub wizyty w domu były przekazywane albo przez faks albo komputer do właściwego miejscowego zespołu.

Badania satysfakcji konsumentów prowadzane rutynowo przez władzę w jednym z telefonicznych centrów obsługi klienta wskazały, że większość klientów była zadowolona z usług jakie otrzymywali. Wbrew nieustannemu „strumieniowi" rozmów telefonicznych, pracownicy obsługi klienta, szczególnie w miejscach, gdzie technologia dobrze funkcjonowała, również wyrażali satysfakcję z pracy w obsłudze klientów, którą oni opisywali jako nierutynową, nieprzewidywalną i stawiającą wyzwania. Używając terminologii zapożyczonej od Lingus (1994), nowa ' warstwa produkcji' wyłoniła się oz połączenia ideologii technologii informacyjnej i obsługi klientów. Nowe umiejętności, nowe formy wiedzy i rozszerzanie ale również spłaszczanie relacji pojawiły się przez szerzej niż wcześniej rozumianą płaszczyznę realizacji działań w obrębie „przypadku" zlokalizowanego w obowiązkowym wymiarze pracy socjalnej.

W jednym podłużnym (trwającym przez pewien czas) etnograficznym badaniu pracy telefonicznej w dużym banku, Hughes i inni (2002) zidentyfikowali szczególne umiejętności wymagane u pracowników w ' relacji z klientem'. Polegają one na specyficznym odpowiadaniu na pytania klienta, które nie pasują do instytucjonalnego ' porządku rzeczy', równocześnie szukając na ekranach odpowiedzi, które pasowałyby do strumienia napływających pytań. Hughes i inni spostrzegli, że ta pewność siebie wobec klienta pochodziła z tego ' płynnego,„nieproblematycznego" sposobu, na który pracownicy banku kładą nacisk, by demonstrować, że są zdolni, wykonywać pracę spełniającą wymagania klienta' (s. 2). W kontekstach przyjmowania i realizacji skierowań w usługach społecznych bardzo niewielu, oprócz najbardziej doświadczonych pracowników opieki społecznej w call-centres, odpowiadało na pytania klientów w ten płynny sposób. Bardzo mało pracowników używało zestawu słuchawkowego, który umożliwiłaby im jednoczesne pisanie na klawiaturze komputera podczas mówienia przez telefon. Częściej pracownicy umieszczali słuchawki na biurku albo przytrzymywali je ramieniem zapisując szczegóły w notatniku gdy mówili albo korzystali z komputera. Produkcja uporządkowanego strumienia „transakcji" stanowiła problem dla pracowników centrów obsługi klientów w usługach społecznych. Przyczyny takiego stanu rzeczy najlepiej są zilustrowane przez dane wyselekcjonowane z nakręconego materiału video. W pierwszym przykładzie, Gail (nie jest to prawdziwe imię), doświadczony pracownik socjalny i kierowniczka trzech miejsc obsługi klientów, została nagrana gdy rozmawiała z osobą chcącą dowiedzieć się czegoś o pracowniku agencji. Sięgnęła po broszurę, by wyszukać tę informację:

Gail: Tak myślę, że on jest w grupie Westwood … masz numer faksu? … Ok? Dzięki.

Badacz: Gail, co to za mała książka, którą masz tam?

Gail: Och, to jest staromodna mała książka … została dostarczona w sierpniu 1997 … myślę, że my wszyscy uważamy to za całkiem przydatne ponieważ to jest miejscowa książka telefoniczna. Alternatywą jest książka innego hrabstwa (county). Wszystko co musisz zrobić to sprawdzić czyjeś nazwisko. Sądzę, ponieważ całkiem sporo z nas tutaj ma wiedzę o tym miejscu … na przykład, jeżeli chciałem rozmawiać z Susan Bailey, wiem, że ona przejęła pracę po Margaret Goodman i wiem, w którym zespole ona była. To jest zagmatwane *[śmieje się]* ale to działa. Problemem jest że w ostatnich dniach mieliśmy o wiele więcej sekretarek, które przygotowywały takie broszury każdego roku i one były doskonałe, ponieważ regularnie były uaktualniane. Niestety to już się nie zdarza … nie możesz znaleźć substytutu dla tej wiedzy w twojej głowie.

Gail dostrzegła, że to była jej „miejscowa" wiedza nabyta przez długi okres zatrudnienia w tym dziale, co umożliwiło jej, pójście 'objazdami i bocznymi drogami, by odpowiedzieć na najbardziej podstawowe pytanie: 'gdzie pracuje dana osoba? ' (Geertz 1983). Nowy pracownik obsługi klientów obecny w biurze nie wiedziałby o przydatności 'staromodnej małej książeczki'. Połyskujący elegancko wydany lokalny katalog, z którym był zapoznany podczas treningu przygotowania do pracy pokazałby nieprawdziwą informację o miejscu tej osoby. To był po prostu przypadek, że Gail odebrała ten telefon. Ten epizod pokazuje pojęcie jednolitości i standaryzacji, które jest nieco złudne i niestałe. Pracownicy w biurach terenowych, szczególnie pracownicy biurowi, częściej wyrażali zażyłość z miejscowym kontekstem i szczegółami sprawy. Na przykład, w jednej z dzielnic Londynu, pojawiła się osoba w, by opowiedzieć pracownikom pomocy społecznej o swoich obawach dotyczących sąsiada. Pracownicy recepcji zadzwonili do dyżurki na drugim piętrze. Pracownik opieki społecznej odpowiedział natychmiast: ' Popatrz Cyril, wiem, że on nie wszedłby chyba, że coś jest nie tak. Każ mu zaczekać. Zaraz zejdę'.

Od usytuowania miejsc obsługi klientów, zadania wprowadzania danych o wszystkich nowych skierowaniach w niektórych kierownictwach zostały przeniesione do obsługi klientów. Skierowania ze szpitali do pracowników pomocy społecznej w tym samym miejscu też zostały włączone do przygotowań do wyjścia. Poprzednio, zapotrzebowanie na interwencje socjalne były dyskutowane bezpośrednio między pielęgniarką i pracownikiem pomocy społecznej zatrudnionym w szpitalu. Szczegóły skierowania byłyby wpisane do serwera szpitala. Zgodnie z nowymi wytycznymi, siostry salowe z jednego szpitala zostały poproszone, by przefaksować szczegóły nowego skierowania do obsługi klientów i do wprowadzania danych do centralnej bazy. Pracownicy obsługi klientów wtedy wystawiliby papierową kopię skierowania z powrotem do szpitala i powiadomili pracowników pomocy społecznej szpitala telefonicznie, o tym że nowe skierowanie zostało wpisane do systemu:

Badacz: To znaczy, że żadne działanie nie może zostać podjęte dopóki skierowanie nie jest wprowadzone tutaj?

Kate: Tak, ale to też znaczy, że [szpitalne] oddziały dzwonią do nas [po informacje] zamiast dzwonić do szpitalnego [społecznego] zespołu bezpośrednio. Czasami [kiedy] oddziały dzwonią do nas musimy zadzwonić do pracowników pomocy społecznej [w tym samym szpitalu] aby powiedzieć im co się dzieje.

Podczas innej okazji pracownik obsługi klienta został zauważony jak brał szczegóły skierowania od siostry o pacjencie wymagającym domowej opieki po wyjściu ze szpitala. Po poproszeniu o imię i datę urodzenia, pracownik zwrócił się wtedy do komputerowego ekranu, i robił palcem ' ślad' (tzn. szukał odpowiedniego imienia albo adresu w bazie danych). Gdy nie znalazł żadnego połączenia z imieniem, pracownik powiedział siostrze oddziałowej, że żaden pracownik opieki społecznej nie został włączony. W późniejszej rozmowie, siostra oddziałowa wspomniała, że pacjent już przyjmował przedstawicieli pomocy społecznej w domu. Bardzo szybko stało się oczywiste dla pracownika, że skierowanie było prośbą o wznowienia usług a nie było nowe. Rozmowa skończyła się tak, że pracownik obsługi klientów zasugerował, żeby pielęgniarka zadzwoniła do pracownika pomocy społecznej szpitala, aby uzyskać więcej informacji. Wkrótce, zawodowy terapeuta szpitalny też zatelefonował po informację. Jej też kazano skontaktować się ze szpitalnym zespołem pomocy społecznej. Te dwa epizody pokazują jak złudzenie o konsekwencji i standaryzacji jest produktem pewnego rodzaju procesów. W tych przykładach nieskuteczność została celowo wprowadzona do procedury porządku pracy żeby standaryzacja i konsekwencja zostały ukazane jako widoczny skutek nowego przygotowania. Pracownicy obsługi klientów byli świadomi, że ich interwencje były niepotrzebne i mogłyby wywoływać opóźnienia w organizacji przygotowania do podejmowanych działań. Wbrew ich protestom w tym opartych na oczywistych przykładach, procedura pozostała. Następny epizod ukazuje wady technologii komputerowej zarówno w organizowaniu i dezorganizowaniu pracy trzech pracowników w trzech różnych kontekstach działalności:

Badacz: Czy możesz mi powiedzieć nad czym pracujesz w tej chwili?

Frances: Dostałem to skierowanie około dziesięć minut temu. To jest z sali 26, pacjent przyjęty do sali 26 wczoraj … starsza pani, która potrzebuje jakiegoś wsparcia w domu. Więc poprosiłem pracowników sali [patrząc na *komputerowy ekran]* o informacje, jakie wsparcie ona wcześniej otrzymała … czy jest jakieś rodzinne wsparcie, czy mieszka sama i tak dalej.

Badacz: Więc odbierasz te wszystkie informacje od pracowników sali i wprowadzasz to do komputera?

Frances: Faktycznie z tym, że kiedy przyszedłem wprowadzić to odkryłem, że ona [pacjentka] była już wcześniej otwarta na pracownika opieki społecznej.

Badacz: Więc nie mogłeś tego sprawdzić gdy rozmawiałeś telefonicznie z siostrą oddziałową?

Frances: Mógłbym to zrobić ale byłem w środku procesu "ładowywania" innych skierowań na ekranie i zagubiłoby się to, nad czym pracowałam … w każdym razie zadzwonię do pracownika opieki społecznej i poproszę żeby zadzwonił do sali.

W tym przykładzie, brak wieloekranowego udogodnienia wykonania zadania na komputerze połączyło się z brakiem wiedzy pracownika obsługi klientów o konkretnym „przypadku". Skutkowało to w wygenerowaniem większej liczby telefonicznych kontaktów i straty czasu dla wszystkich innych zainteresowanych. Natychmiastowa forma skierowania została zaprojektowana tak, żeby każda transakcja skierowania „płynęła" w linearny sposób i bez przerywania. Wielu pracowników (zarówno w centralnych i lokalnych miejscach) rozwinęło specyficzne mechanizmy adaptacyjne do technologii, które były przyczyną wielu frustracji i nieskuteczności w działaniu. Ten przykład ujawnia ograniczenia modelu obsługi klientów w tworzeniu elastycznych form przygotowania do pracy. Korzystający z pomocy społecznej, zgłaszali się do miejscowego społecznego biura usług, ponieważ usługa spowodowała problemy dla miejscowych pracowników, którzy nie byli autoryzowani i nie mieli uprawnień, by przyjąć skierowanie. Kiedy to się zdarzyło pracownik został zabrany do pokoju by zatelefonować do obsługi klientów, żeby zostać zalogowanym do centralnej bazy danych i ich prośbami mogli się zająć pracownicy w 'centrali'. W większości agencji, pracownicy obsługujący klientów najpierw są kierowani do większych jednostek i następnie deleguje się ich do realizacji usług w mniejszych miejscach pracy w dalszej okolicy. Często znajomość sytuacji przez miejscowych pracowników serwisów była ograniczona. Wymagało to często rozmowy z pracownikiem opieki społecznej już w mniejszej jednostce.

Dotychczasowe przykłady z badania przyniosły pytania o postrzegane korzyści scentralizowania procesu kierowania. W każdej z opisanych sytuacji, najefektywniejsze i najskuteczniejsze odpowiedzi pochodzą od zespołów pracy socjalnej odpowiedzialnych za faktyczną realizację usług. W dodatku, dwustopniowy (dwuwarstwowy) system obowiązku był widoczny w zespołach pracy terenowej posiadających już systemy skuteczne by zareagować na nagłe wypadki. W ten sposób „podwojenie" jest częścią przygotowań do obsługi klientów.

4.3. Przenoszenie skierowań – od obsługi klientów do zespołów terenowych

Zasadniczo, model centralizacji jest „ufundowany" na przesłance, że współczesna technologia przyspieszy odpowiedź z biura pracy terenowej. Badane były także ścieżki kierowania mające początek w biurze obsługi klientów, z udziałem różnych pracowników, (z wykorzystaniem koszy, tacek na korespondencję przychodzącą, komputerów, faksów) do przydzielonego pracownika socjalnego w miejscowym zespole pracy terenowej. Czakażdym punkcie kontaktu skierowanie byłoby przeczytane przez innego pracownika

i częstsami zostało zidentyfikowanych na tej drodze, aż 12 różnych punktów kontaktu. W o osoba kierowana będzie kontaktowała się z innym pracownikiem. W pewnej dużej instytucji jeden klient musiał kolejno opowiedzieć swoją historię, która dotyczyła zarzutu ataku na dziecko czterem różnych pracowników przez okres dwóch dni: pierwszemu pracownikowi obsługi klienta, drugiemu pracownikowi na dyżurze w miejscowym zespole, trzeciemu – kierownikowi zespołu, gdzie pierwszy pracownik opieki społecznej był na dyżurze i w końcu do kierownika zespołu z czyjego obszaru zarzut wypłynął. Osoba kierowana była zdegustowana, jako że każdy pracownik, do którego mówił zadawał mu różny zestawy pytań z takim skutkiem, że pracownicy a nie system zostali uznani przez niego jako niekompetentni. Z wprowadzeniem scentralizowanych miejsc obsługi klientów i nowymi procedurami dla oceny, wiele ośrodków przeprowadziło reorganizację usług, zespołów kierowania i oceny oraz zespołów wsparcia. Defragmentacja dawniej połączonych zespołów socjalnych w odgórnie nakazowy system rozpoczął działalność od wprowadzenia kontekstu nabywca/dostarczyciel w usługach dotyczących dorosłych na początku lat 90-tych i odtąd stał się standardowym modelem organizacji wśród usług miejscowej pomocy społecznej (Regan 2000a). Wiele władz zaadoptowało ten model, by zademonstrować zgodę z rządowo wyznaczonymi wymiarami postępu. Jednym z takich wymiarów jest czas wzięty z paragrafu 47 (śledztwo w ochronie dziecka) albo siedemnastego (Początkowa ocena) aby działania mogły zostać przeprowadzone (Ministerstwo Zdrowia 2000). Żeby zastosować się do ramy jednego dnia LUB siedmiu dni całkowitego zwrotu dla nowej sprawy, pracownicy obsługi klientów alarmowali zespoły działające w terenie do skierowań, gdzie zostały postawione zarzuty 'nadużycia' albo poważnego zaniedbania. W większości lokalnych władz te skierowania są kodowane według wskazówek Ministerstwa Zdrowia jako (1) pilna odpowiedź tego samego dnia (2) w ciągu siedmiu dni albo (3) 35 dni pogłębionej oceny. Wielu pracowników opieki społecznej i kierowników zespołu skarżyło się badaczom, że skierowania, które przyjmują od obsługi klientów bywały też źle kodowane albo nie zawierały dostatecznej informacji, by umożliwić pracownikom pomocy społecznej określenie odpowiedniej odpowiedzi: *Kiedy najpierw przyszedłem tutaj do tego biura [z innego miejsca] obsługa klientów miała do czynienia z procentem [powiedzianym z naciskiem] skierowań ale oni wysyłali większość ich do mnie na mój [komputerowy] system. Przeglądałbym dwadzieścia do trzydziestu odniesień dziennie … To oznaczało mieć tylko dwa CP [child protection – ochrona dziecka] skierowania przez dwa kolejne dni aby pracownicy opieki społecznej stali się zajęci i, żebyś miał system, który całkowicie byłby „zatkany" skierowaniami, które nie zostały przejrzane.*
Następny przykład jest typowy dla wielu skierowań 'CP' udokumentowanych w Badaniach.
Stephen: Zgłoszenie przyszło o 9.51 dzisiaj rano.
Badacz: Możesz powiedzieć, że zostało dostarczone do twojego komputera?
Stephen: Mogę tak powiedzieć … dobrze, właściwie pierwsza rzecz jaką zrobiłem to sprawdziłem, czy rodzina była znana w jednostce (dziecko nie było). Więc zebrałem

szczegóły dotyczące dziecka, jego imię, datę urodzin, kto był lekarzem rodzinnym, najbliższych krewnych, rodzeństwo i itd.. Wtedy wziąłem zgłoszenie [wskazując na jego ekran]. Było od wicedyrektora w dziennym centrum opieki. To on zainteresował się dzieckiem, które weszło do pokoju dziecinnego rano i miało jakieś obrażenia. Jeden pracownik zauważył to i dlatego oni myśleli, że to było odniesienie do ochrony dziecka i więc oni odesłali to nam. Badacz: Co zrobił kierownik podejrzewający, że dziecko było celowo zranione?

Stephen: Przede wszystkim powiedział, że pracownik zauważył siniaki i wziął dziecko do biura kierownika, by mu je pokazać. Było trochę siniaków dookoła pewnych obszarów twarzy i uszu. Były czerwone i miały około jednego dnia. Podkreślali, że oni rozmawiali z mamą i powiedzieli jej że mają obawy i że oni zgłosiliby to do opieki społecznej … to jest sklasyfikowane jako NAI [non-accidental injury zranienie, które nie powstało przypadkowo]. Wtedy informacja została wpisana do komputera, zakodowana jako 'nadużycie' i nadano jej pierwszeństwo- wysoki priorytet. Jedna kopia została dostarczona do kierownika zespołu opieki nad dzieckiem a inna wysłana przez system komputerowy do komputera służbowego.

Kierownik zespołu wyznaczył dwóch pracowników socjalnych, by spotkać się z matką w pokoju dziecinnym o 12.00. Zdecydowano, że policja nie zostanie wezwana do tego spotkania (łączne spotkania z policją w podobnych sprawach są standardową praktyką 'wspólnej pracy' w opiece nad dzieckiem.) Skontaktowano się znów z pracownikiem konsultującym, w celu wyjaśnienia różnych aspektów tej sprawy. Pracownik socjalny zatelefonował również do matki, by poinformować ją, że ona i kolega spotkają się z nią w żłobku. Sprawdzono dokument przyjęcia sprawy by zobaczyć, czy zgłoszenie zostało zarejestrowane jako przypadek ochrony dziecka.

Wracając z powrotem do biura pracownicy uznali, że wyjaśnienia matki, że dziecko ostatnio wypadło z łóżeczka dwa razy za wystarczające. Jeden z nich skomentował, że ślady u dziecka były zgodne z przedstawionym przez matkę opisem. Matka, samotny rodzic, została opisana jako otwarta i gotowa do współpracy. Pracownicy pomocy społecznej uznali, że jej życie jako osoby samotnie wychowującej troje dzieci w wieku młodszym niż szkolny było trudne. Pracowała w niepełnym wymiarze godzin a ostatnio przeprowadziła się by być bliżej matki i siostry. Dzieci miały przyznane dofinansowanie opieki w żłobku (usługę, która była już jej zaoferowana, ale jeszcze z niej nie skorzystała). Matka została poinformowana, że nie będą podejmowane dalsze działania i sprawa będzie zamknięta. (Badania Thorpe (1988 – 2002) pokazują, że 65 procent wszystkich śledztw w sprawie ochrony dziecka dotyczy podobnych spraw i kończą się w ten sam sposób.) Jednakże, „triumf" oparty na 'moralnym rozumowaniu uprawianym przez pracowników opieki społecznej okazał się krótkotrwały (Parton, Thorpe i Wattam 1997). Z chwilą wprowadzenia zgłoszenia do komputera (z nadanym kodem: ' 'nadużycie wobec dziecka') narracja dotycząca tego zdarzenia stała się „ubocznym" wątkiem dla 'prawdziwej' pracy agencji

pomocy. Istnieją dwa równoległe, konkurencyjne wobec siebie w pomocy społecznej tryby działalności, dotyczące zgodności z modelem ochrony dziecka. Chociaż kierownictwo żłobka niesłusznie podejrzewało 'nadużycie wobec dziecka' i matka musiała sobie radzić ze wstępnym przypisywaniem jej winy, została utworzona standardowa praktyka w tego typu sprawach. Powiadomiony został konsultant zdrowotny tej kobiety. W formularzu oceny dokonywanej przez pracownika pomocy społecznej, wprowadzono miejsca do oceny zdrowia dzieci, ich ogólnego dobrostanu, przywiązania do rodziców, postępów w szkole i tak dalej. Pracownik opieki społecznej w razie potrzeby uzupełniał ocenę np. reasumując powody dla zamknięcia sprawy. Szczegóły tejże były wówczas kierowane do pięciu stanowisk komputerowych w bazie danych agencji. Ten proces mógłby trwać krótko, ale, ponieważ był tylko jeden komputer na dwóch pracowników, wprowadzanie danych nie mogło mieć miejsca natychmiast. Zarówno „papierkowa praca" i skomputeryzowane działania muszą zostać sprawdzone i zakończone przez kierownika zespołu. Było prawdopodobne, że początkowe kodowanie jako 'nadużycie' pozostanie w systemach jako ślad prowadzonych działań.
W wywiadzie kierownik wyjaśnia procedurę zamykania w takim przypadku:

> Kiedy chcę wyszukać albo zamknąć przypadek, muszę "przejść" przez przynajmniej pięć ekranów („zakładek") w moim systemie … muszę najpierw wejść do strony zgłoszenia i uzupełnić tam szczegóły daty i powodów zamknięcia … Musiałbym wejść do sekcji „zaangażowania" i uzupełnić tam szczegóły … usunąć nazwisko osoby, żeby następnym razem kiedy ktoś wejdzie do systemu, nie była zidentyfikowana … wtedy wracam do sekcji zgłoszeń i do dalszych szczegółów. Wchodzę na stronę działań i przechodzę dalej, potwierdzam, że sprawa jest w pełni jest zamknięta. Potrzeba również uzupełnić datę zamknięcia i powody, dla których to zrobiono. Częścią zespołowej odpowiedzialności kierownika jest oczywiście kontrola i sprawdzenie, że cała praca, która musi być wprowadzona do systemu została zrobiona prawidłowo. Teraz dane sprawy możesz zobaczyć tam, te dwa stosy [wskazuje na dwa stosy grubych plików na biurku] … zostały ułożone tam przez ostatnie dwa tygodnie, więc jest znaczna ilość by sprawdzić jak sprawy te zostały zamknięte. Oczywiście muszę je przeczytać i podpisać. Wtedy muszę zamknąć je … ale powinienem [powiedział z naciskiem] wtedy przełączyć się na inny „ekran" i wejść do czegoś co nazywa się tabela oszacowania". Wtedy upewnisz się, że pole „ocena" zostało uzupełnione przez pracownika … że data oceny została uzupełniona … wtedy musisz wejść do sekcji załączników ponieważ dla każdej sprawy teraz możesz dołączyć oceny uzupełnione dla każdego dziecka. To jest naprawdę bardzo czasochłonne … I oczywiście kiedy jesteś zajęty wtedy może być jakiś problem z komputerem co wydłuża ten proces. Więc wtedy wychodzę poza sekcję oceny i idę do dalszego wypełniania szczegółów tabeli. I teraz widzę, że ktoś

> zapomniał to zrobić. Jedna z rzeczy, które mnie irytują jest, to że mamy wszystkie rezultaty jako jeden przypadek – dorosłych i dzieci. Myślę że oni powinni naprawdę coś zrobić, że to określone było bardziej specyficzne… Ale znów myślę, że jest tak dużo [opcji] by musieli [pracownicy pomocy społecznej] przejść przez nie i myślą ' jestem tylko od zamykania tego. Teraz chcę mieć to z głowy'. Czasami myślę że my rozdrabniamy się, ponieważ jest tak dużo opcji do wybrania. Tak, dla mnie to jest bardzo długi proces. Muszę przyznać, że nie przechodzę przez te wszystkie opcje w każdym przypadku. Tylko przypominam ludziom co mają zrobić. Moim głównym zadaniem jest to, żeby przeczytać papierowe wersje, która przetrwają… najchętniej przeczytałbym streszczenia ponieważ to wskazuje mi jak podejmować decyzję i jakie są rezultaty. Jest takie krótkie streszczenie zamknięcia na pliku … Naprawdę są tutaj dwa systemy.

Opis pracy tego kierownika pokazał jak technologia w użyciu, daleka jest od wspierania pracy – podwaja procedury i opracowane osadzone w systemie „papierowym". Tym, co uznał za istotne była lektura streszczenia. Śledząc zapis rozmowy z innym doświadczonym kierownikiem zespołu opieki nad dzieckiem (kobieta), dochodzimy do podobnych wniosków.

> „Dobrze, sprawdziłabym informację o zgłoszeniu i opis sprawy. Właściwie przyjrzałabym się jaki kod został nadany i, czy to zostało to cenione jako pilne, natychmiastowe albo rutynowe. Właściwie spojrzałabym, czy sprawa dotyczy dziecka, które już wcześniej było zgłoszone. Jeżeli to byłoby skierowanie od obszaru „P" wtedy papiery byłyby dołączone [przez zespołowego administratora] ponieważ my tutaj trzymamy dokumenty dla tego szczególnego obszaru. Ale jeżeli byłby to obszar „nakładający" się z pracą zespołu „N", „M" lub „L" wtedy dokumenty byłyby w tych biurach i nie mogłabym, szybko do nich dotrzeć.

Zasadniczo, oboje kierownicy reprezentowali taki rodzaj „umiejscowionej", lokalnej wiedzy, w której doświadczenie, kontekst i 'zdrowy rozsądek' nawzajem się przeplatają (Geertz 1983). Uporządkowanie pytań: ' Znamy tę rodzinę? W takim razie, gdzie są papiery? Co było rezultatem naszego poprzedniego zaangażowania? ' potwierdza prymat procesów charakterystycznych dla bliższych kontekstów działania (Cooper i Law 1995). W tradycyjnych formach pracy socjalnej narracje są tworzone i zapisywane w plikach zawierających zarówno fakty jak i ich interpretacje.. W pewnych jednostkach pliki z indywidualnymi przypadkami są uznawane za potężne „technologie" w inicjowaniu pozytywnych działań na rzecz wrażliwych, podatnych na zranienie (vulnerable) rodzin (Regan 1998). Z nagrania wideo wykonanego jako część badań, forma wynika jak konstruowana jest 'moralna niewidoczność' (Bauman 1989) która pojawia się w sytuacji gdzie pracownik

pomocy społecznej w punkcie obsługi klientów został oddalony od prawdziwego życia' użytkownika usług:
Iris: To zgłoszenie jest od sąsiadki, która chciała pozostać anonimowa. Zadzwoniła, ponieważ była zaniepokojona warunkami życia w domu tej rodziny. Słyszała że poprzednie miejsce pobytu [rodziny] musiało zostać zdezynfekowane kiedy je opuścili. Przyjmujący zgłoszenie odwiedził ten dom dzień po awanturze między dziećmi. Powiedziała, że panował tam straszliwy zapach i, że matka była agresywna … trzęsła się … – ale zgłaszający wiedział o tym [*powtórzony dla nacisku, uśmiechając i patrząc w górę na mnie*] ponieważ jej szwagierka żyła w pobliżu tej rodziny poprzednio … często dostajemy podobne sprawy i to co robimy to jest ocena dobrostanu z socjalnego punktu widzenia, sytuacji materialnej, … kontakt ze szkołą, lekarzem pierwszego kontaktu, z kimś, kto mógłby znać rodzinę …
Badacz: Więc rutynowo sprawdzasz, nazywasz to „oceną dobrostanu socjalnego", uwzględniasz również inne dane, wszystko nawet z anonimowych zgłoszeń?
Iris: Tak całkowicie … sprawdzamy każdy. Mamy swoje podejrzenia tak jak mamy też mnóstwo doświadczenia … nie pracujemy w sekrecie. Pracownik znalazł poprzednie zgłoszenie potrzeby ochrony dziecka w swojej bazie danych. Trzy lata wcześniej rodzina została zgłoszona z powodu zaprószenia ognia w kuchni. Kobieta, samotny rodzic, została wtedy opisana jako ' emocjonalna i nie radząca sobie po narodzinach wcześniaka'. Przeprowadzono kontrolę ale kobieta nie otrzymała jakiegoś wsparcia. Co więcej, na podstawie anonimowego zgłoszenia, interwencja ograniczyła się do wysłania listu do kobiety. List brzmiał następująco:„Nasz dział otrzymał informację odnośnie Pani córki, wiemy też o trudnych warunkach panujących w domu. Zawiadomiłem DOpracownika socjalnego i spytałem go o opinię. Zależnie od rezultatu tego i innych działań odnośnie tej sprawy, skontaktujemy się aby przedyskutować kwestie, które się pojawią". W zgłoszeniu powrotnym do pracownika socjalnego, lekarz poinformował, że ' kobieta była bardzo zdenerwowana' gdy otrzymała list, ale uporządkowała dom. Pracownica uznała to, jako dobry rezultat swoich działań (również dla dzieci) i „zamknęła przypadek". Zapytana, czy jej zdaniem matka przyjdzie w razie potrzeby po pomoc do usług społecznych w przyszłości, po prostu wzruszyła ramionami. Wielu ludzi dzwoniących do przedstawicieli usług społecznych by złożyć zawiadomienie, nie są zwykle przypadkowymi świadkami, relacjonującymi jakieś oparte na faktach wydarzenie. Najczęściej są poruszeni ryzykiem poważnego naruszenia praw dzieci np. stosowanych metod wychowawczych.. Skutkuje to dużą ilością zgłoszeń o dużym stopniu złożoności i niepewności. Wiele zgłoszeń następuje w kontekście dostępu usług, sporów sąsiedzkich i problemów z zachowaniem dzieci (Thorpe 1994).
Dane zarejestrowane za pomocą techniki video ujawniły, że decyzje dotyczące kategoryzacji następują, nie w oparciu o całościowe, formalne wskaźniki tylko „fragmentaryczne", powiązane ze sobą czynniki. Na przykład, czas w ciągu dnia kiedy zgłoszenie jest złożone,

kto pełni dyżur, jaka jest, lokalnie obowiązująca interpretacja procedur, dostępność dokumentacji i komputerowej bazy danych. Wszystkie te czynniki można postrzegać jako część całościowej interpretacji i rezultatów działań.

4.4. Wnioski

Z dalszej perspektywy decydentów wydziału zdrowia, polityków, inspektorów usług społecznych, osób zajmujących się audytem i kadry kierowniczej, scentralizowane systemy tworzą wszechogarniającą iluzję porządku, kontroli i wydajności (Wydział zdrowia 2001).

Podjęte studia etnograficzne nad organizacją systemu zgłoszeń i kierowania w 13 lokalnych ośrodkach pomocy społecznej uwidoczniły istnienie licznych paradoksów w centrum działań modernizacyjnych rządu. Odnotowano „wbudowane" w codzienne praktyki pracowników rutynowo używających komputery, biorącego procesie zgłaszania i kierowania, przykłady nieskuteczności, podwajania wysiłków, zmienności, fragmentaryzacji i ostatecznie nowe form nieporządku. Było nadzwyczajnie trudnym zadaniem dla odizolowanych pracowników w dużych organizacjach, by być na bieżąco ze szczegółami zmian w obsadzie, w realizowanych „politykach" w ich własnych i innych agencje agencjach pomocowych. Wciąż jako fantazję należy uznać pojęcie 'wieku informacji'. Obsługa klientów, ' e – zarządzanie' biznesem, miejscowe e – zarządzanie, interoperatywne systemy – wszystko polega na rzekomo trans formatywnym potencjale technologii będącej pomostem między fantazją a różnorodnością prawdziwego życia.

Podążając za Woolgar'em i Grint'em (1997) rozdział ten opiera się na antyesencjalistycznym" stanowisku w badaniu transformatywnego potencjału technologii. To stanowisko okazało się szczególnie owocne w analizie zgłoszeń dotyczących troski i ochrony dzieci. W badaniu reakcji na typowe sytuacje z zakresu ochrony dziecka – od obsługi klientów z wykorzystaniem nowych technologii do pracy lokalnych zespołów działań w terenie, przestrzeżony zostało dostrzeżonych wiele ważnych implikacji na przyszłość. Praca socjalna w zakresie kierowania spraw i w zespołach oceniających może zostać scharakteryzowana jako czasochłonne repertuary różnych typów działalności, zorientowanych na zgodność z podejmowanymi reformami praktyki pomocy. Te modele, w przeciwieństwie do wcześniejszych reform, są zorganizowane przez system znaków dzięki którym zostaje zakodowane znaczenie i interpretacja wydarzeń określanych jako 'nadużycie' (wykorzystanie) w takiej czy innej formie. Paradoksalnie, najprostsza, najbardziej bezpośrednia droga do skierowania uwagi na pomoc społeczną i usługi wsparcia prowadzi właśnie w ten sposób. "Wykorzystanie' (abuse) jako znak stało się równie znane jako globalna marka tak jak McDonald i jego 'M', które wygenerowało bezgraniczne pole konsumpcji. Zainteresowani przedstawiciele

społeczeństwa, złośliwi sąsiedzi, niezadowoleni ex-małżonkowie, zaniepokojeni nauczyciele, policja, klienci służby zdrowia stali się ekspertami w rozpoznawaniu objawów 'wykorzystania' i w zlecaniu szybkiego śledztwa/oceny usług.
Mamy nadzieję, że dyskusja w tym rozdziale, podkreśliła epistemologiczne ubóstwo i moralną ambiwalencję zawartą w reformie, która pozbawiła wartości interpretację wydarzeń, ograniczając wiedzę, wyłonioną z tych kontekstów do stanu jedynie „widma". Z tego punktu widzenia, nadawane „kody" były postrzegane w codziennej praktyce do kontroli „produkcji" wiedzy produkcja wiedzy i reprezentacji w codziennej praktyce oraz został refleksyjnie umiejscowiony w kontekst używania nowych technologii.

4.5. Literatura:

Abercrombie, N., Hill, S. and Turner, B. (1988) *Dictionary of Sociology*. London: Penguin Books (second edition).
Adam, A., Beck, U. and Van Loon, J. (2000) *The Risk Society and Beyond*. London: Sage.
Baudrillard, J. (1970) 'Consumer society.' In *Jean Baudrillard: Selected Writings*. (1988) (trans M. Poster) Oxford: Polity Press.
Baudrillard, J. (1976) 'Symbolic exchange and death.' In *Jean Baudrillard: Selected Writings*. (1988) (trans M. Poster) Oxford: Polity Press.
Baudrillard, J. (1981) 'Simulacra and Simulations' in *Jean Baudrillard: Selected Writings*. (1988) (trans M. Poster) Oxford: Polity Press.
Baudrillard, J. (1988) *Jean Baudrillard: Selected Writings*. (trans M. Poster) Oxford: Polity Press.
Bauman, Z. (1989) *Modernity and the Holocaust*. Cambridge: Polity Press.
Beck, U. (1992) *Risk Society: Towards a New Modernity*. (trans M. Ritter) London: Sage.
Castells, M. (2000) *The Information Age: Economy, Society and Culture. Volume 1. The Rise of the Network Society*. Oxford: Blackwell (second edition).
Collins English Dictionary (1986) Glasgow: Collins (second edition).
Cooper, R. and Law, J. (1995) 'Organisation: distal and proximal views.' *Sociology of Organisation 13*, 237–274.
Cubbitt, S. (2001) *Simulation and Social Theory*. London: Sage.
db@socialworkalliance.net (October 2001) Reference to the launch of the Cabinet Office's e-government strategic framework for public services in the information age.
www.e-envoy.gov.uk/ukonline/progress/estrategy/context.htm db@socialworkalliance.net (April 2002) Reference to the launch of the draft national
strategy for local e-government. www.local-regions.dtlr/egov
Denzin, N. (1992) *Symbolic Interactionism and Cultural Studies*. Oxford: Blackwell.
Department of Health (1990) *Community Care in the Next Decade and Beyond: Policy Guidance*. London: HMSO.

Department of Health (1995) *Messages from Research*. London: HMSO
Department of Health (1999) *Working Together to Safeguard Children*. London: HMSO.
Department of Health (2000) *Framework for the Assessment of Children in Need and their Families*. London: The Stationery Office.
Department of Health (2001) *Information for Social Care*. London: HMSO. http://www.doh.gov.uk/scg/infsoc/qualserv/index.htm.
Department of Health and Price Waterhouse (1991) *Purchaser, Commissioner and Provider Roles*. London: HMSO.
Douglas, M. and Isherwood, B. (1979) *The World of Goods*. London: Allen Lane.
Flynn, N. (2002) *Public Sector Management*. London: Harvester Wheatsheaf (third edition).
Geertz, C. (1983) *Local Knowledge*. New York: Basic Books.
Hughes, J., O'Brien, J., Rouncefield, M. and Tolmie, P. (2002) *Virtual Organizations and the Customer: How Virtual Organizations Deal with Real Customers*. www.comp.lancs.ac.uk/sociology/VSOC/Yorkpaper.
IDS (2000) *Pay and Conditions in Call Centres*. London: Income Data Services Ltd.
Jackson, N. and Carter, P. (2000) *Rethinking Organizational Behaviour*. Harlow: Pearson Education.
Klein, N. (2000) *No Logo*. London: Flamingo.
Kling, R. (1992) 'Audiences, narratives and human values in social studies of technology.' *Science Technology and Human Values 17*, 3, 349–365.
Lingus, A. (1994) 'The society of dismembered body parts.' In C. Boundis and D. Olkowsi (eds) *Gilles Delueze*. London: Routledge.
Parton, N., Thorpe, D. and Wattam, C. (1997) *Child Protection, Risk and the Moral Order*. London: Macmillan Press.
Pocket Oxford Dictionary (1960) Oxford: Clarendon Press.
Regan, S. (1998) *Evaluating the Organizational Dimensions of the Action Research Pilot Project in the Wellingborough Office*. Research report for Northamptonshire Social Services.
Regan, S. (1998–2002) *The Organization and Analysis of Referral Taking in Children and Families Services*. Research reports for thirteen local authorities.
Regan, S. (1999) *Transformation in the Organization of Social Work in the Public Sector*. Unpublished PhD thesis, University of Lancaster.
Regan, S. (2001) 'When forms fail the reality test.' *Community Care*, 25–31October. Sarup, M. (1993) *Post-structuralism and Postmodernism*. London: Harvester Wheatsheaf. Simpson, L. C. (1995) *Technology, Time and the Conversations of Modernity*. London: Routledge.
Smith, G. (2001) 'Three ideas for e-government.' *Management Issues in Social Care 8*, 2, 17–19. Thorpe, D. (1994) *Evaluating Child Protection*. Milton Keynes: Open University Press.
Thorpe, D. (1988–2002) *Reports on the Outcomes of Child Protection Referrals*. Research reports of fifteen local authorities.
Woolgar, S. and Grint, K. (1997) *The Machine at Work*. Oxford: Polity Press.

5. WYKORZYSTYWANIE DZIECI W INTERNECIE *(Brian Relph and Stephen A. Webb)*

We wrześniu 2001 rząd Zjednoczonego Królestwa opublikował *Narodowy Plan Ochrony Dzieci przed Seksualnym Wykorzystaniem* (Departament Zdrowia 2001). Grupa kierująca, która obejmowała organizacje profesjonalne i wolontariackie odpowiedzialne za bezpieczeństwo i ochronę dzieci, stworzyła wspólny dla wszystkich zaangażowanych podmiotów plan, który został podzielony na sekcje zajmujące się pornografią dziecięcą w sieci i innymi zagrożeniami związanymi z korzystaniem z Internetu. Plan taki został opracowany w procesie przygotowań do drugiego Światowego Kongresu Przeciw Seksualnemu Wykorzystaniu Dzieci w Handlu, który został zorganizowany w Yokohamie w grudniu 2001. Inicjatywa ta była pierwszą próbą systemowej odpowiedzi instytucji zajmujących się ochroną dziecka w Zjednoczonym Królestwie na nowe typy przestępczości. Wcześniej, w listopadzie 2000, Minister Spraw Wewnętrznych Jack Straw zawiadomił, że 25 milionów funtów zostanie przekazanych na utworzenie wysoce technicznie wyspecjalizowanej grupy kryminalistycznej, by pomóc brytyjskiej policji w walce z przestępczością komputerową. Internetowy „oddział" połączył się z miejscowymi siłami Zjednoczonego Królestwa i zagraniczną policją w walce przeciw internetowym przestępcom. Straw powiedział: „zbrodnie dotyczyły szerokiego spektrum począwszy od 'hakowania' i finansowego oszustwa, poprzez rozpowszechnianie nieprzyzwoitych treści do działalności pedofilskiej". Koordynator całej jednostki Mark Castell wyjaśnił, że: „Taktyka, by złapać pedofili w pułapkę będzie opierać się na tajnych działaniach policji realizowanych w „wirtualnym świecie" w tzw. pokojach rozmów na czatach (*chat rooms*) i usiłowaniu nawiązania kontaktu z przestępcami. (Society Guardian 2000). Tego typu operacje prowadzono w Stanach Zjednoczonych, podczas których policjanci udawali dzieci na forach internetowych aby w ten sposób identyfikować osoby o skłonnościach pedofilskich. W rzeczywistości jednak, (jak w telewizji filmie dokumentalnym 'Pedofile: Szacowanie Ryzyka') ogromna część szczególnie niebezpiecznych osób o skłonnościach pedofilskich nie jest monitorowana, sprawy sądowe w przedstawianym obszarze nie są rozpatrywane dość szybko i wiele z nich nie nadaje się do dalszego prowadzenia (Kanał 4, 14 listopada, 2001). Najwięcej skazanych za działalność pedofilską jest pozostawianych samych sobie z powodu niewystarczającej liczby policjantów i zasobów w usługach społecznych. W charakterystycznym przypadku z 24 września 2000, pedofil Patrick Green

został skazany na pięć lat więzienia przez Sąd Koronny Aylesbury, w następstwie oskarżenia o bezprawny napad na tle seksualnym na 13 letnią dziewczynkę. Green, udając 15 letniego chłopca, skłonił dziewczynę do przyjścia do jego domu używając do tego celu forum internetowego, e-maili i rozmów telefonicznych. Oficer prasowy policji w Thames Valley uznał decyzję sądu jako precedens w angielskiej sprawiedliwości. Fundacja zajmująca się przeciwdziałaniem przestępczości w Internecie zwłaszcza seksualnej (The Internet Watch Foundation) skomentowała, że skazanie Patricka Greena na pięć lat więzienia, z powodu seksualnego wykorzystania 13-latki poznanej na czacie, jako wydarzenie poprawiające bezpieczeństwo w Internecie. Nowoczesne technologie informacyjno-komunikacyjne wzbogacają możliwości w pracy jak i w czasie wolnym, ale również w pewnych przypadkach stanowią ryzyko dla różnych form życia społecznego. Rozdział ten podejmuje kwestię prawdopodobnego wpływu użycia TIK przez osoby, na politykę ochrony dziecka przed ryzykiem wykorzystania seksulanego i interwencji w tym zakresie.

Rozdział zaczyna się podjęcia dwóch głównych wyzwań związanych z TIK: (a) rozpowszechnieniem dziecięcej pornografii i (b) zwiększeniem dzięki Internetowi okazji do kontaktu z innymi. Później podjęte zostaną zagadnienia wynikające z doświadczeń i będą zaprezentowane konkluzje dla teorii i praktyki.

Twierdzimy, że Internet stawia poważne wyzwania dla instytucji zajmujących się ochroną dziecka, zarówno w kraju jak i na arenie międzynarodowej. Spośród różnych ważnych powodów stanowiących o naturze tych wyzwań, pierwszy wiąże się z rozpowszechnianiem dziecięcej pornografii, drugi z nowymi możliwościami jakie niesie Internet dla podejmowania komunikacji i kontaktu, zarówno między samymi sprawcami, jak i sprawcami a dziećmi. Te dwa powody wyznaczają liczne zagadnienia praktyczne dla instytucji odwołujących się do:

- Narodowego i międzynarodowego prawa
- Badania rozmiarów i śledzenia seksualnych nadużyć wobec dziecka
- Leczenia i monitorowania sprawców
- Leczenia ofiar
- Podnoszenia świadomości społecznej i strategii zarządzania ryzykiem
- Rozwoju technologicznych rozwiązań.

Rozdział ten zawiera również pytanie, czy i w jakim stopniu nowe technologie powiększają bądź zmieniają problem seksualnego nadużycia wobec dzieci (na podstawie studiów przypadków twierdzimy, że mające miejsce w Internecie przestępstwa o charakterze seksualnym są mniej widoczne niż te realizowane w świecie offline). Tak więc nowe technologie informacyjno-komunikacyjne ułatwiają alternatywne strategie, dzięki którym przestępcy seksualni mogą namierzać „cele" i realizować swoje zamiary. Badania pokazały, że szeroka dostępność seksualnych wizerunków dzieci ma znaczenie dla rozwoju przestępczości (zobacz Durkin i Bryant 1999). Internet w ten sposób staje się środkiem,

poprzez który przestępcy używają z sukcesem nowego terenu dla planowania i realizowania przestępczości seksualnej[15].

5.1. Wyzwania dla instytucji zajmujących się ochroną dziecka

Rozpowszechnianie pornografii dziecięcej

Badacze wskazują, że wskutek natury materiałów o treści seksualnej i w zdecydowanej większości przypadków ich nielegalnego charakteru, dokładna ocena rozpowszechnienia nie jest możliwa[16] (Carr 2001; Taylor, Quayle i Holland 2001). Upowszechnianie się TIK może łączyć się ze wzrostem nasilenia problemu pornografii dziecięcej. Wzrastająca dostępność programów, coraz tańszy sprzęt komputerowy, w tym mobilny, cyfrowe aparaty fotograficzne z możliwością rejestracji wideo, uczyniły produkcję domowej pornografii dziecięcej o wiele łatwiejszą. Przypisywana Internetowi właściwość – anonimowość[17] usunęła jeden z potężnych inhibitorów nabywania tego typu materiałów. Istotne pytanie, które w tym miejscu powinno zostać postawione brzmi: czy wzrost liczby wyprodukowanych obrazów o treściach pornograficznych jest odpowiedzią na istniejący popyt, który teraz stał się bardziej widoczny, czy Internet propagując te treści powiększył popyt na nie? Skutki, jednakże, są takie same (Carr 2001).
Rola, pornografii jako przyczyny przestępczości seksualnej bywa często kwestionowana (zobacz: Itzin 1996; Marshall 2000; Wyre 1992). Z całą pewnością jednak posiada wpływ i ma znaczenie na poziomie fantazji (wyobrażeń przestępcy) w cyklu przestępczym (Wyre 1992). Pornografia dziecięca jest nadużyciem samym w sobie a dystrybucja jest uznawana za jego kontynuację (Taylor i inni 2001). Zostało też potwierdzone, że pornografia, w tym dziecięca, jest używana przez sprawców w procesie uwodzenia (Carr 2001). Nowym wyzwaniem dla agencji zajmujących się ochroną dzieci jest globalna natura rozwoju zjawiska pornografii dziecięcej, która wymaga politycznej inicjatywy na zarówno narodowym jak i międzynarodowym poziomie.

Zwiększone okazje do kontaktu

Ta część dyskusji wiąże się z następującymi obszarami: (a) Przestrzeń Internetu jako okazja dla kontaktu między przestępcami i (b) Przestrzeń Internetu jako miejsce kontaktu przestępców z dziećmi.

Przestrzeń Internetu jak miejsce kontaktu przestępców

W 2001 wskutek operacji „Katedra" (Operation Cathedra) członkowie The Wonderland Club zostali postawieni przed sądem. Sto osób zostało zatrzymanych na trzech

15 Oczywiście dotyczy także wielu innych form przestępczości

16 Problem ten mieści się w tzw. ciemnej liczbie przestępstw, które zostały popełnione a nie ujawnione przez organa ścigania można posługiwać się ogólnie dostępnymi statystykami dotyczącymi ilości osób skazanych, prowadzonych spraw ale będzie to tylko nieznany odsetek rzeczywistych rozmiarów zjawiska

17 Po ponad 10 latach od pierwszego wydania tej książki mówienie o anonimowości jest już nieco na wyrost z uwagi na ogromny postęp w dziedzinie możliwości „namierzania" użytkowników sieci. Za tym idzie stale wzrastająca ilość działań realizowanych przez organa ścigania w środowisku cyfrowym

kontynentach z powodu posiadania i produkcji pornografii dziecięcej – wśród nich było siedmiu Brytyjczyków (Davies i Vascar 2001). Najbardziej uderzającą cechą członkostwa było silne zróżnicowanie ich społecznego pochodzenia. Mieli też cechy wspólne polegające na tym, że byli to mężczyźni, w przeważającej liczbie biali a większość była powiązana z przemysłem komputerowym. Jednakże, ich pochodzenie sugeruje, że w tradycyjnym środowisku „offline" nie mogliby się zrzeszyć. Internet pozwolił im utworzyć społeczność wokół ich wspólnego „zainteresowania" a techniczna sprawność, bronić się przed ujawnieniem i w ten sposób zbudować bezpieczną dla siebie sieć powiązań. David Hines, skazany członek The Wonderland Club, powiedział w wywiadzie: 'Internet jest wielki. To jest cały świat, który cię wciąga. Przez 24 godziny będąc w sieci znalazłem pornografię dziecięcą … znalazłem ludzi z którymi mogłem porozmawiać. Ludzie, którzy czuli jak ja… miałem przyjaciół. (za: Carr 2001).

Z badań nad programami leczenia przestępców seksualnych (Marshall 1990) i pracy nad seksualnym nadużyciem w sensie ogólnym (Finkelhor 1984), wynika, że jesteśmy świadomi roli czynników sprzyjających budowaniu wzorów tego przestępczego zachowania. Internet może, dzięki dostępności i anonimowości, oferować gotowe źródło wzmocnienia dla potencjalnych przestępców i stanowić fundament wspólnej solidarności. Badacze dostrzegli 'uzależnione' zachowanie przestępców, którzy używając Internetu, gromadzą 'kolekcję' obrazów (Taylor i inni 2001). Niektórzy przestępcy żądają zapłaty za dostęp do pornografii dziecięcej w Internecie i angażują się w handel zdjęciami z innymi poprzez czaty albo zabezpieczone strony internetowe. Ethel Quayle zauważył, że 'handel' ten może odegrać dużą rolę w legitymizacji i normalizowaniu zniekształconego myślenia winowajcy względem seksualnego nadużycia wobec dziecka (Quayle 2002). W przypadku Klubu Orchidei, jeden z winowajców przetrzymywał dziecko i otrzymał od innych członków 'klubu', którzy uczestniczyli poprzez oglądanie na żywo nagrania z kamery, instrukcje co powinien ze swoją ofiarą zrobić (Carr 2001). W tym przykładzie, nowe technologie ułatwiły zrealizowanie przestępstwa przez umożliwienie bardziej doświadczonym przestępcom seksualnym możliwości skuteczniejszego działania a nowicjuszom dostępu do różnorodnej i bogatej zawartości.

Przestrzeń Internetu jako miejsce kontaktu z dziećmi

Przypadek przywołanego wcześniej Patricka Greena, spowodował narodową debatę dotyczącą ryzyka dzieci używających form opartych na czacie (*chat*), tzw. 'pogawędki w Internecie' (William, 2000). Rząd poparł tezę, że tam 'gdzie dorośli używali pokojów czatowych by próbować nawiązywać kontakt z dziećmi … żeby nakłonić ich do niewłaściwych relacji o charakterze seksulanym (g*rooming*), tam pojawiały się 'szczególne problemy ponieważ występują w czasie rzeczywistym i nie ma żadnego zapisu materialnego tych spotkań.' (Wydział Zdrowia 2001, s. 12). Badanie przeprowadzone przez FBI podniosło zagadnienie 'podróżujących dzieci' (*traveller children*) – termin opisujący dzieci, które były

zgłoszone jako zaginione po spotkaniu kogoś w Internecie (Carr 2001). Godna uwagi jest ekstremalna odległość, którą pedofile byli przygotowani pokonać, by skontaktować się z dziećmi, które poznali poprzez Internet (William 2000). Ta forma kontaktu wykazuje wiele pozytywów dla potencjalnego przestępcy: możliwość zmiany tożsamości, komunikacja może być zaplanowana a dzieci ze swoją wrażliwością i bezbronnością mogą być łatwo „wystawione" na cel. Internet pozwala również winowajcom, na utrzymywanie wielokrotnych kontaktów przy minimalnym wysiłku w porównaniu do nawiązywania relacji w tzw. prawdziwym świecie[18] (Salter 1991). Jednakże, w związku z późniejszymi etapami uwodzenia i utrzymywania dzieci w niekorzystnej sytuacji, wykorzystanie przez Internet ma również wady z punktu widzenia potencjalnego sprawcy (Berliner i Conte 1990) – nie pozwala tak łatwo na budowanie zależności jak w świecie *offline*. Niemniej jednak, winowajcy wydają się przystosowywać do tego „nowego" środka i są przykłady sprawców proszących dzieci aby wstawiały obrazy (pliki graficzne – zdjęcia), które mogą być sposobem zdobywania kontroli na odległość (Quayle 2002). Chociaż liczba zarejestrowanych skarg będących skutkiem tego rodzaju kontaktu pozostaje stosunkowo mała, wzrost tego rodzaju zachowań musi zostać w pełni zbadany.

5.2. Przypadki przestępstw seksualnych z wykorzystaniem Internetu

Aby zilustrować wybrane zagadnienia dotyczące pornografii dziecięcej i nowoczesnych technologii informacyjno-komunikacyjnych, przedstawione zostaną konkretne „przypadki" – przykłady z życia. Pomogą w wyjaśnieniu zmieniającego się kontekstu pracy nad ochroną dziecka ulegającemu wpływowi Internetu – pochodnej technologii komputerowej. Prezentowane indywidualne przypadki są anonimowe i niektóre szczegóły zostały zmienione, by zapobiec identyfikacji. Miały miejsce między 1995 i 2000 rokiem w Wielkiej Brytanii.

Przypadek A

Pan White był managerem wsparcia systemów oprogramowania w dużym przedsiębiorstwie. Został on opisany przez kolegów z pracy jako samotnik bez specjalnych zainteresowań oprócz *science fiction*. W swoich działaniach White posługiwał się zaawansowanymi rozwiązaniami technicznymi. Żył samotnie w domu naprzeciw szkoły. Podczas zewnętrznej kontroli księgowości w jego komputerze znaleziono tysiące pornograficznych obrazów, część z nich stanowiły zdjęcia dziewczynek w okresie dojrzewania. Nie był wcześniej notowany, nie miał kontaktu ze służbami społecznymi. Został skazany na trzy miesiące

18 Współcześnie dychotomizowanie świata na „realny" (real) i „wirtualny" (virtual) na coraz słabsze przesłanki. W tym wypadku bardziej adekwatny wydaje się podział online/offline

więzienia i umieszczony w rejestrze przestępców seksualnych. Przykład ten prowadzi do pytania: czy przestępstwa popełnione głównie w cyberprzestrzeni powinny być traktowane w ten sam sposób jak przestępstwa w 'prawdziwym świecie'? Innymi słowy, czy struktury karania używane do występujących w prawdziwym świecie winowajców są nadal adekwatne?

Chociaż liczba osób aresztowanych za przestępstwa podobne do powyższego zwiększyła się, to powinno zostać uznane, że większość przestępstw dotyczących posiadania pornografii dziecięcej zostało odkrytych przez policję podczas przesłuchań dotyczących nadużyć w „prawdziwym świecie". Na przykład, policja w Hertfordshire badając trenera sportowego, z powodu domniemania seksualnego nadużycia przejęła jego komputer i znalazła pobrane obrazy młodych chłopców w podobnym wieku i podobnych do jego ofiar. Typowe, odkrycie używania Internetu jest wtórne do śledztwa w sprawie „realnej" (*offline*) działalności. Przypadek Pana White'a demonstruje łatwość z jaką nowe technologie takie jak Internet pozwalają swoim użytkownikom łatwo stać się producentami seksualnych obrazów dzieci (zobacz Taylor i inni 2001). Osoby są w stanie zangażować się aktywnie w produkcję pornograficznego materiału aby „pasował" do ich własnych osobistych preferencji i zainteresowań. Takie obrazy mogą wtedy być wymieniane przez Internet. Ogólnie, działalność w Internecie pozostawia jednak cyfrowy ślad, który może prowadzić do identyfikacji takich praktyk. Jednakże, są również środki, dzięki którym można zatrzeć ten ślad, czyniąc wykrywanie i oskarżanie trudniejszym.

Przypadek B

Blue jest 14 letnim chłopcem. Nauczyciele opisali go jako bardzo inteligentnego. Miał komputer w swojej sypialni i pochodził ze średniozamożnego środowiska. Doniesiono na niego na policję i poinformowano jednostkę pomocy społecznej z powodu zarzutu o nieprzyzwoitość. Kurator pracujący z młodzieżą w trakcie pracy z nim odkrył, że Blue zebrał duży zbiór twardej dziecięcej pornografii z Internetu. Ten przypadek dotyka często podejmowanego zagadnienia roli pornografii w motywowaniu albo pobudzaniu seksualnie agresywnego zachowania (zobacz Cowburn i Pringle 2000). Uwypukla również potrzebę wzrostu świadomości wśród profesjonalistów na temat wpływu Internetu na dostęp młodych ludzi do materiałów o treści seksualnej, łatwości, z jaką mogą zostać uzyskane i znaczenia indywidualnego systemu wartości. Widoczny jest wzrost publicznej świadomości dotyczącej zagadnień seksualnych nadużyć popełnianych przez dzieci i młodych ludzi. Erooga i Mason (1999) odnosząc się do danych Ministerstwa Spraw Wewnętrznych z 1997 twierdzą, że spośród 6400 osób oskarżonych lub uznanych winnymi seksualnych zbrodni 47 procent było poniżej 21 roku życia, a 10.5 procent poniżej 13 lat. Jednakże, autorzy ci nie robią żadnego odniesienia do roli jaką Internet mógł grać w promowaniu tego zachowania. Istnieje wyraźna potrzeba jakościowych badań wpływu Internetu na rozwój opinii i nastawień dotyczących seksualnego zachowania. Należy

również rozważyć kwestię aktualnych programów leczenia dla młodych ludzi, którzy popełnili przestępstwa seksualne. Jakie znaczenie miał w ich zachowaniach sposób korzystania z Internetu? Krótki telefoniczny wywiad dotyczący programów leczenia wykazał, że większość przesłuchujących miała świadomość potencjalnego użycia Internetu, ale żaden nie wykorzystał tego jako ważnego obszaru przesłuchiwania. Zostało to potraktowane jako pornografia „przez inne media".

Przypadek C

Pan Green był żonatym ojcem dwójki dzieci. W momencie gdy został zgłoszony na policję i do organów pomocy społecznej był już 10 lat po ślubie. Zatrzymany i oskarżony w związku z zaatakowaniem 11 letniego chłopca, który był przyjacielem rodziny. W trakcie prac społecznych podczas „okresu próby"[19], biorąc udział w programie dla przestępców seksualnych, zaczął podejmować kwestię używania przez niego Internetu. Początek miał miejsce dwa lata przed jego aresztowaniem; początkowo zbierał obrazy pornografii dorosłych. Wtedy używał czatu, by poszukiwać odpowiedzi na pytania dotyczące swojej własnej seksualności. Idąc w tym kierunku, zdecydował się „poeksperymentować" z biseksualizmem i użył Internetu do nawiązania kontaktów. Wczesne eksperymenty opisywał jako 'odkrycie' romantycznego uczucia do młodszych chłopców. Ten przypadek może zilustrować wzór zachowania rozpoznany podczas badania przeprowadzonego jako część projektu COPINE – Combating Paedophile Information Networks in Europe (zobacz Taylor i inni 2001). Osoby początkowo nabywając umiejętności „komputerowe", korzystają z pornografii dorosłych. Rozwijają się ich umiejętności informatyczne i następuje dalsze zaangażowanie w wirtualną społeczność, która wzmacnia dany wzór zachowania. Gromadzenie dziecięcej pornografii prowadzi następnie do fazy, gdzie materiał jest używany w świecie fantazji, wyobrażeń potencjalnego sprawcy. W wielu przypadkach będzie to pociągało za sobą przejście do kontaktów w prawdziwym świecie i nadużycia. Interesujący jest fakt, że można w „przypadku" Panu Greena zaobserwować standardowe techniki unikania poczucia winy i klasyczną obronę poprzez umieszczanie nadużycia w kontekście związku opartego na miłości (zobacz Salter 1991). Wydaje się również ciekawe, że w tym przypadku winowajca przesunął „umiejscowienie" odpowiedzialności dla jego odrażającego zachowania na sam Internet, który jest przedstawiony jako działający uwodziciel.

Badanie jaką rolę odgrywa Internet w rozwijaniu przestępczego zachowania jest wciąż na wczesnym etapie. Dawniej, Internet był widziany jako kolejne narzędzie użyte przez osoby z predyspozycją do wykorzystywania dzieci. Dalsze badania powinny być prowadzone odnośnie roli Internetu jako przyczyny zachowań przestępczych. Nabiera to szczególnego znaczenia gdy weźmiemy pod uwagę interaktywną naturę nowych mediów i zdolności wzmacniania zachowań w tzw. wirtualnej społeczności. Przypadek Pana

19 Czas na jaki zostaje warunkowo wstrzymane wykonanie kary

Greena pokazuje jak technologia internetowa ułatwia „przesunięcie" odpowiedzialności za zbrodnie przestępców seksualnych. Odnosi się to do kwestii, gdy wobec ograniczonych możliwości popełnienia przestępstwa, przestępcy seksualni będą przystosowywać się (1) wybierając inne cele; (2) łamiąc prawo w różnym czasie albo miejscu lub (3) zmieniając metody popełniania zbrodni i bazując na dostępnych okazjach. Struktura „okazji" dla popełniania przestępstw daje ograniczone pole działania. Na przykład fora internetowe stwarzają taką „okazję" dla potencjalnych przestępców aby przejść do działania przestępczego. Użycie pseudonimów (*nicków*) na forach Internetowych stanowi duży problem dla zajmujących się ochroną dziecka. Potencjalni sprawcy przybierają wielokrotne tożsamości albo utrzymują ciągłość fałszywej tożsamości. Osoba udzielająca się pod 'nickiem' może stworzyć całkowicie fałszywy obraz swojej osoby w sieci. Większość ludzi, z którymi wchodzimy w relacje w sieci są tylko imieniem i adresem e-mailowym, plus naszymi wrażeniami, które formujemy przez pryzmat tego to co sami o sobie napiszą.

Przypadek D

Pan Grey został zgłoszony na policję i do wydziału pomocy społecznej z powodu odkrycia e-maili, które wysyłał na czacie. Policja monitorowała czat i dostrzegła jego działalność o potencjalnie pedofilskim charakterze. W wyniku przeszukania, zajęła sprzęt komputerowy. Odkryto, że w sypialni jego pasierbicy została umieszczona cyfrowa kamera wideo. Pan Grey został uznany winnym wykorzystywania swojej pasierbicy i produkcji pornografii którą zamieszczał w Internecie.

Ten przypadek podkreśla naturę pewnych modeli zachowań przestępczych i konieczność monitorowania oraz nadzoru. To również uwypukla potrzebę ścisłej współpracy między policją na poziomie krajowym i lokalnym z miejscowymi jednostkami zajmującymi się ochroną dziecka. Taylor i współpracownicy podkreślają, że związek pomiędzy rynkiem, domową i handlową produkcją pornografii dziecięcej nie powinien zostać pominięty przez agencje ochrony dziecka. Przypadek Pana Greya pokazuje również znaczenie forów Internetowych w realizowaniu przestępczości seksualnej na dzieciach. Jak wspomniano wyżej, strategie przestępców są często zależne od sposobów oszukiwania (np. fałszywy wiek i płeć) i używania wielokrotnych tożsamości np. w pogawędce internetowej (zobacz Herring 1999).

5.3. Kwestie praktyczne wynikające z doświadczenia i studiów indywidualnych przypadków

Pornografia dziecięca jest globalnym problemem zarówno pod względem jej produkcji, jak rozpowszechniania i zaangażowania sprawców. Wyzwaniem dla rządów jest wypracowanie międzynarodowego consensusu dotyczącego tego problemu, rozszerzenia międzynarodowej współpracy w kwestiach oskarżania sprawców (np. harmonizując

reguły ekstradycji) oraz rozwinięcia międzynarodowych spójnych wewnętrznie i prawnie ramowych programów postępowania z przestępcami. Potrzeba ustrukturyzowanej współpracy międzynarodowej jest tak ważna, bo przestępczość internetowa ze swojej natury jest ponad granicami i geograficznym kontekst.

Interesujące wydaje się zagadnienie tzw. 'rzekomych obrazów (*pseudo images*) " i ich umiejscowienia w definiowaniu co jest, a co pornografią nie jest. Rzekome obrazy są to pornograficzne e-pliki utworzone przez użycie programów graficznych, w celu modyfikacji istniejących fotografii. W tym przypadku dziecko mogło zostać wykorzystane również bezpośrednio. Definicji pornografii dziecięcej nie odpowiadały w przeszłości również tzw. 'przekształcone obrazy' (w których zasadniczo odmienne obrazy są nałożone na siebie, by utworzyć nowy obraz), i które być może nie zawierają niedozwolonych treści ale mogą grać kluczową rolę w cyklu przestępczym.

Ustawa dotycząca ochrony dziecka (Child Protection Act) z 1978 roku zdefiniowała rzekome fotografie jako 'obraz, utworzony poprzez grafikę komputerową lub w inny sposób'. Pierwszy raz poprawka pozwoliła na oskarżenie osób z powodu produkcji, handlu i posiadania rzekomych fotografii. Zagadnienie rzekomych fotografii podniosło wiele złożonych pytań o użycie nowych technologii w związku z przestępczością seksualną nakierowaną przeciwko dzieciom. Różne grupy stawiały jednak pytanie, czy jest przestępstwem jeżeli dziecko nie zostało bezpośrednio włączone w produkcję materiału a „tylko" został on wyprodukowany dla prywatnego użytku przez indywidualną osobę. To dotyczy np. przypadku R. przeciwko Sharpe przed Najwyższym Sądem Kanady (2001) (szczegóły tego przypadku zobacz: Yaman Akdeniz, Regulation of child pornography on the Internet: cases and Materials), gdzie Sharpe stwierdził, iż paragraf 163.1 (4) Kodeksu Karnego dotyczący posiadania dziecięcej pornografii pogwałcił jego konstytucyjne prawa gwarantowane przez Kanadyjską Kartę Praw i Wolności. Akdeniz zauważa, że penalizacja rzekomych fotografii jest uważana za środek zapobiegawczy dotyczący problemów z przyszłym oskarżeniem dotyczącym pornograficznych obrazów. Mieliśmy również do czynienia ze skutecznymi oskarżeniami w Zjednoczonym Królestwie na podstawie tej legislacji. Liczba skarg dotyczących posiadania obrazów powiększyła się szybko na przełomie lat 90-tych i dwutysięcznych. W wyniku Operacji Starburst, która została przeprowadzona przez Policję z West Midland, pierwsze oskarżenia miały miejsce w 1995 roku (Christopher Sharp, który otrzymał 9000 funtów grzywny za posiadania dziecięcej pornografii i Martin Crumpton – będący pierwszą osobą skazaną na karę więzienia na początku 1996 roku). Przypadek Allana Fellowsa i Stephena Arnolda mający miejsce w Manchesterze w 1996 ustanowił szereg różnych prawnych precedensów w Zjednoczonym Królestwie. Arnold i Fellows (którzy działali w Uniwersytecie Birmingham) byli obciążeni kilkoma zarzutami na podstawie Ustawy o Nieprzyzwoitych Publikacjach z roku 1959 (Obscene Publications Act), Ustawy o Ochronnie Dzieci z 1978 roku (the Protection of Children Act) i Sekcji 160 Kodeksu

Karnego z 1988 roku, o rozpowszechnianiu i posiadaniu pornografii dziecięcej. Fellows utworzył stronę internetową i otrzymywał fotografie od Arnolda. Ten przypadek poszerzył definicję publikowania włączając w to przekazywane za pomocą TIK cyfrowe obrazy i ustanowił precedens, że pliki zachowane na komputerowych dyskach twardych jako dane mogłyby nadal zostać uznawane jako „fotografie". Skazanie Fellowsa na trzy lata więzienia podkreśliło powagę zarzutów. Sędzia w podsumowaniu wyroku dodał że 'obrazy mogłyby podsycać fantazje osoby z wypaczonymi nastawieniami w stosunku do młodych i mogłyby mieć wpływ na seksualne nadużycia wobec niewinnych dzieci'. Wydaje się, że jest to dobry przykład ogólnego przekonania o podsycającej naturze wizualizacji i jej potencjalnej roli w 'pobudzaniu do czynów przestępczych' przez użycie nowych technologii. Również sugeruje się, że istnieje przyczynowa relacja pomiędzy wirtualnymi formami cyfrowego obrazowania a faktycznymi seksualnymi nadużyciami, które są kontynuacją przestępczego zaangażowania. Kontinuum przestępczości pedofilskiej może być z łatwością zrozumiane w kontekście tego, do czego Cornish i Clarke (1986) odnoszą się jako rozróżnienie między *zaangażowaniem (involvement)* i *„sceną" wydarzenia (event stage)* w zbrodniczej działalności. Innymi słowy, jest prawdopodobne, że przestępcy seksualni poruszają się wykorzystując zaangażowanie i sceny wydarzeń w przestępczym zachowaniu. To rozróżnienie mogłoby być szczególnie przydatne w rzucaniu światła na fora Internetowe jako środowiska w których "wychwytuje się" potencjalne ofiary i jako miejsca gdzie łączą się zachowania w sieci z działalnością pozainternetową. Użycie TIK przez pedofili może mieć następujące skutki: (1) umożliwia im swobodniejszą aktywność (2) wyszukiwanie może mieć miejsce już w fazie zaangażowania. Brantingham (1984) odnosi się do fazy zaangażowania jako 'przestrzeni świadomości' w której przestępca zapoznaje się z okazjami do popełnienia przestępstwa. Przypadek Ojca Adriana McLeish jest innym przykładem wysoce wyspecjalizowanego pedofila efektywnie używającego nowych technologii w celu realizacji seksualnego nadużycia. Ojciec McLeish został odkryty jako część operacji „Starburst", oskarżony i skazany na sześć lat więzienia w Newcastle w 1996. Znaleziono u niego ogromny zasób obrazów przechowywanych w czterech komputerach. Był w posiadaniu również szeregu innych materiałów zawierających czasopisma i tradycyjne nagrania wideo. W procesie postawiono mu szereg zarzutów w związku z atakami na chłopców w wieku między 10 a 18 lat. Policyjna kontrola e-maili McLeisha wykazały jego kontakty z licznymi osobami na świecie, włączając USA, Szwecję, Niemcy i Francję. Oskarżyciel twierdził, że był on częścią międzynarodowego kręgu pedofilskiego, który używał Internetu by podejmować temat 'uwodzenia' oraz inne zagadnienia dotyczące wyszukiwania ofiar, jak również wymiany pornograficznych obrazów. Przed aresztowaniem, McLeish wykasował cyfrowe zapisy i pożyczył komputer kolegi, by zaalarmować innych wykorzystując komunikację za pomocą poczty elektronicznej. Centralną kwestią tutaj jest sposób, w jaki Internet był używany by tworzyć i rozwijać szersze sieci

o charakterze pedofilskim. McLeish był ostrożnym i podejrzliwym osobnikiem, który używał technologii informacyjnej nie tylko by pogłębić zaangażowanie w przestępczość seksualną, ale też by zapewnić sobie większe bezpieczeństwo w potencjalnym wykrywaniu jego przestępstw. Był zaangażowany w tzw. 'polowanie na luki' dzięki, któremu winowajcy szukają szczelin w jakimś systemie bezpieczeństwa (np. rodzice, wpływowi dorośli albo policja) który ma za zadanie ochronę dzieci. Istnieje silna potrzeba wspólnego definiowania zagrożeń tak by legislacja mogła nadążyć za tempem technologicznych innowacji i zmian. Miało to np. miejsce na polu prawa własności intelektualnej. Prawne instrumenty muszą być zatem ciągle dostosowywane, by odwzorowywać zmieniające się okoliczności. Złożona rola pornografii w cyklu przestępczym powinna zostać rozważona pod względem polityki procesowej i legislacji.

5.4. Wykrywanie, ocena i śledztwo a internetowe wykorzystywanie dzieci

Agencje ochrony dziecka w tzw. rozwiniętym świecie muszą wykazać większą świadomość dotyczącą roli jaką odgrywają TIK w powstawaniu i zróżnicowaniu wykorzystania seksualnego. Seria zaleceń powstała na Konferencji w Yokohamie w Japonii w grudniu 2001 aby poprawić jakość międzynarodowej współpracy. Polityka rządu naszkicowana w publikacji *Pracując Razem aby Zabezpieczyć Dzieci* (*Wydział Zdrowia* i inni 1999) nakazuje miejscowym władzom w Anglii i Walii podjęcie ochrony dzieci w świecie Internetu. *Narodowy Plan Ochrony Dzieci przed Seksualnym Wykorzystaniem* opublikowany w 2001 połączył to ze wskazówkami dla Północnej Irlandii i Szkocji. Plan ten wymaga, aby Regionalne Komitety Ochrony Dziecka zapewniły, że służby są na miejscu by efektywnie wesprzeć dzieci, które mogły zostać wykorzystane (Carr 2001). Narodowy plan wskazuje też, że Stowarzyszenie Oficerów Głównych Policji (ACPO) ma 'rozwijać strategię, by zwalczać nadużycia online, poprzez wyznaczenie spójny kierunku, koordynowanie operacji służących zapewnieniu maksymalnego „uderzenia". Regulacja Aktu Wykonawczego (2000) jest tak zaprojektowana, by wesprzeć śledztwo dotyczące pornografii dziecięcej w Internecie przez dostarczanie ustawowych podstaw dla nabywania danych od dostawców usług komunikacyjnych. W coraz większym stopniu jednostki zajmujące się ochroną dziecka będą zmuszone do używania TIK by monitorować i dostrzegać działalność pedofili używających tych samych narzędzi. Jako postęp w metodach wykrywania policyjnego należy uznać użycie „programów śledzących". Używane są do identyfikacji adresów IP komputerów, które łączyły się ze specjalnymi „oflagowanymi" stronami. Bywa to używane jako podstawa do uzyskania zezwolenia na przeszukanie i konfiskatę sprzętu.

Malcolm Sparrow (1991) przebadał sieci społeczne pod kątem działalności przestępczej. Opisuje trzy aspekty sieci społecznych związanych z nadużyciem wobec dziecka poprzez Internet:

1. Niekompletność – braki danych, relacji w danej sieci, do których śledczy nie mają dostępu.
2. Zamazane (nieostre) granice – trudności w decydowaniu, kogo włączyć do poszukiwań a kogo nie.
3. Dynamizm –sieci nie są statyczne; zawsze się zmieniają.

Zamiast rozważać obecność albo brak więzi między dwiema osobami używającymi Internetu, Sparrow sugeruje perspektywę słabnącej i zanikającej siły więzi, zależących od czasu i zadania do wykonania. Ukryte sieci pedofilskie nie zachowują się jak normalne sieci społeczne (zobacz Baker i Faulkner 1993). Dokonujący wykorzystania dziecka za pomocą Internetu wydają się preferować użycie tego medium do tworzenia sieci z innymi sprawcami (np. z powodów czasowych i ekonomicznych). Oznacza to, że oni nie nawiązują wielu więzi poza swoim „matecznikiem" i skupiają się na istniejących relacjach wewnątrz sieci. W przeciwieństwie do normalnych społecznych sieci, te silne więzi pozostają głównie nieaktywne (uśpione) i dlatego ukryte dla osób postronnych, aż do czasu podjęcia aktywności przestępczej. W ukrytej sieci, takiej jak internetowy krąg pedofilski, z powodu ich małej aktywności, faktycznie silne więzi mogą wydawać się dla postronnych słabe. Im mniej aktywna sieć – tym trudniej ją odkryć.

Krebs (2002) dokonuje podsumowania pewnych kluczowych kwestii koniecznych, by dostrzec i podjąć działania prawne wobec rozpowszechnionej przestępczości takiej jak wykorzystanie dziecka za pomocą Internetu. Podsumowanie to zawarte jest w Tabeli 5.1.

Relacje i/lub sieci	*Źródła danych*
Relacja zaufania	Wcześniejsze kontakty w rodzinie, sąsiedztwie, szkole, klubach lub organizacjach. Dane publiczne i sądowe. Dane mogą być tylko uchwytne w rodzimym kraju osoby podejrzanej.
Zadania nadzoru	Zapisy rozmów telefonicznych, poczty elektronicznej, czatów, odwiedzin stron internetowych. Obserwacja spotkań i uczestnictwa w różnych wydarzeniach.
Strategie Operacyjne	Strony internetowe, video, DVD i dyski, zapisy podróży. Obserwacja spotkań i obecność w związanych z przestępstwem wydarzeniach.

5.5. Leczenie i monitorowanie przestępców seksualnych

Jak zobaczyliśmy, dużo badań w omawianym obszarze jest wciąż we wczesnej fazie w sensie oceniania wpływu użycia Internetu na tzw. zachowania lubieżne (Quayle 2002; Taylor i inni 2001). Aktualne programy leczenia osób popełniających takie przestępstwa skłaniają do tego, by spojrzeć na Internet jako alternatywne źródło pornografii dla przestępców. Internet może wzmocnić uzależniające czynniki i zaoferować źródło legitymizacji oraz przyczynić się do wzbogacenia wiedzy na ten temat (Quayle 2002). Może też umożliwić przestępcom rozszerzenie swoich poczynań i wyspecjalizowanie się w unikaniu kontaktu z policją, ponieważ dużo informacji jest opartych na nowoczesnych technologiach (zobacz Kempf 1986). Istnieje potrzeba systematycznych badań dotyczących używania Internetu przez osoby dysfunkcjonalne. Rola szacunkowej przynajmniej oceny dostępu takich osób do TIK również musi zostać rozważona.

5.6. Leczenie ofiar

Technologia komputerowa i Internet są wciąż nowe, i na tym etapie nie wiemy czy długoterminowe skutki nadużyć za pomocą technologii informacyjno-komunikacyjnych różnią się od efektów form „tradycyjnych". Jednakże, według Taylora i współpracowników (2001), wpływ na dzieci narażone na Internetową pornografię i fakt, że obrazy pornograficzne mogą być powielane i szeroko upowszechniane przez innych winowajców, jest zagadnieniem wartym poważnego rozważenia.

5.7. Wzrost świadomości społecznej

Drugi światowy kongres Przeciw Seksualnej Eksploatacji Dzieci, który odbył się w grudniu 2001 w Yokohamie, wyjaśnił jaką odpowiedzialność usługodawcy Internetu ponoszą za ich udział w ' utrzymaniu porządku' w Internecie. Przemysł odpowiedział globalnie m. in. poprzez utworzenie stron, do których można raportować o pornografii dziecięcej. Współpraca agencji z międzynarodowym prawem też została udoskonalona. Nigel Williams z Międzynarodowej Sieci Dziecka podnosił potrzebę dalszego monitorowania i moderowania „pokojami" na czatach. W 1996 Zjednoczone Królestwo utworzyło Fundację Obserwowania Internetu, która zajmuje się monitoringiem dziecięcej pornografii.

Coraz więcej instytucji domaga się od lokalnych komitetów zajmujących się ochroną dzieci (np. w Wielkiej Brytanii ACPCs) rozwijania usług zapobiegających seksualnemu wykorzystywaniu dzieci. W wyniku tego ACPCs-y powinny rozwijać stosowne strategie komunikacyjne.

5.8. Rozwój technologicznych rozwiązań

Wraz z przyspieszonym tempem technologicznej zmiany w technologiach informacyjno – komunikacyjnych, agencje ochrony dziecka potrzebują pomocy w zrozumieniu zastosowania najnowszych rozwiązań. Badania wskazują, że dzieci spędzają coraz więcej czasu porozumiewając się za pomocą TIK. Istnieje ryzyko, że młodzi użytkownicy „wyprzedzą" agencje ochrony dziecka w ich wiedzy na temat komputera, Internetu i ich zastosowań. Potocznie mówi się, że coraz bardziej „wchodzą" w wirtualny świat podczas gdy agencje ochrony „wloką się" z tyłu w zrozumieniu ich aktywności online. Agencje ochrony dziecka muszą silnie zaangażować się w świat TIK który oferuje nowy środek porozumiewania się z dziećmi. Dobrym tego przykładem jest „Centrum Wirtualnych Dzieci" (NSPCC). Tutaj dzieci mają możliwość, by porozumiewać się bezpośrednio z pracownikami służb społecznych online.

5.9. Podsumowanie

Sugeruje się, by w badaniach i tworzeniu odpowiednich polityk (strategii postępowania) skupić się bardziej w przypadku internetowej przestępczości seksualnej na fazie planowania i podejmowania decyzji. Wskazano również, że przestępcy podejmują racjonalne ze swojego punktu widzenia decyzje a nowe technologie mogą zdecydowanie ułatwić im ten proces. Istnieje potrzeba, by rozpoznać udział wykorzystania nowoczesnych technologii w całościowym sposobie postępowania winowajcy. Przez użycie „indywidualnych przypadków" z zakresu pornografii dziecięcej i tzw. pogawędek internetowych (czatów), zidentyfikowaliśmy, że nowe technologie komunikacji mogą:

- zwiększać dostępność do dzieci i działać jako środek, który może rozszerzać albo usprawniać przestępczą działalność winowajców seksualnych (w pewien sposób sprowadza się w ten sposób do uproszczonego modelu „produkcji" przestępczości za pomocą nowych technologii)
- dostarczać wirtualną alternatywę dla rzeczywistego (*offline*) seksualnego nadużycia jednocześnie zachowując kluczowe elementy przestępczości
- zmniejszać ryzyko wykrycia i dalszego wyjaśnienia sprawy
- pozwolić na bardziej skrajne zachowania przestępców z potencjalnymi ofiarami
- zmodyfikować postrzeganie ekspertów dotyczącego natury seksualnego wykorzystywania, możliwości zmiany w śledztwie i procedurze oceny.

Często sugeruje się, że nowe formy komunikacji obejmują konstelację wiedzy, procesów, umiejętności i produktów. Taki punkt widzenia skłania, by polegać na autonomii nowych technologii jako niezależnej sile. W duchu technologicznego determinizmu, TIK mogą zostać użyte, by zwiększyć i zmienić naturę możliwości seksualnego wykorzystania

dziecka. Można powiedzieć, że przykłady takie jak te dyskutowane powyżej pokazują jak używane są nowe media (*new media*)[20] przez seksualnych sprawców. Sprawcy patrzą na świat technologicznie i postrzegają go albo jako zasób do wykorzystania albo jako przeszkodę do pokonania. Warto pamiętać jednak, że nowe technologie informacyjno-komunkacyjne mogą być również częścią rozwiązania tego i innych problemów np. realizowanego poprzez adekwatną edukację medialną[21].

5.10. Literatura:

Bagley, C. (1997) *Children, Sex and Social Policy*. Suffolk: Avebury.

Baker, W. E. and Faulkner, R. R. (1993) 'The social organization of conspiracy and illegal networks in the heavy electrical equipment industry.' *American Sociological Review 58*, 6, 837–860.

Berliner, L. and Conte, J. R. (1990) 'The process of victimization: the victim's perspective.' *Child Abuse and Neglect 14*, 29–40.

Brantingham, M. (1984) *Patterns in Crime*. New York: Macmillan.

Carr, J. (2001) 'Child pornography.' Paper presented in preparation for the Yokohama Conference by John Carr on behalf of EPCAT. Available through the conference website: www.focalpointngo.org/yokohama/themepapers

Cornish, D. B. and Clarke, R. V. (eds) (1986) *The Reasoning Criminal: Rational Choice Perspectives on Offending*. New York: Springer-Verlag.

Cowburn, M. and Pringle, K. (2000) 'Pornography and men's practices.' *Journal of Sexual Aggression 6*, 1, 52–66.

Davies, N. and Vascar, J. (2001) 'Global child porn ring broken.' *The Guardian*, 1 November.

Department for Education and Skills (2002) *Superhighway Safety: Safe use of the Internet at home and at school*. http://safety.ngfl.gov.uk/schools.

Department of Health (2001) *National Plan for Safeguarding Children from Commercial Sexual Exploitation*. London: TSO.

Department of Health, Home Office and Department for Education and Employment (1999) *Working Together to Safeguard Children*. London: TSO.

Durkin, K. and Bryant, C. (1999) 'Propagandising pederasty: a thematic analysis of the on-line exculpatory accounts of unrepentant paedophiles.' *Deviant Behaviour: An Interdisciplinary Journal 20*, 103–127.

20 Zob. m.in. M. Szpunar (2008) Czym są nowe media - próba konceptualizacji, Studia Medioznawcze 4 (35), http://www.magdalenaszpunar.com/_publikacje/2008/czym_sa_nowe_media.pdf.

21 Zob. m.in. J. Pyżalski (2014), Edukacja medialna – teoria i praktyka https://www.academia.edu/4557918/Edukacja_medialna_-_teoria_i_praktyka; P. Plichta (2012) Miejsce nowych mediów w nauczaniu i wychowaniu jako ważny obszar przygotowania praktycznego kandydatów do pełnienia roli nauczyciela i wychowawcy w: D. Podgórska-Jachnik (red.) Dobre praktyki pedagogiczne szansą innowacyjnej edukacji, Wydawnictwo Naukowe WSP, Łódź http://depot.ceon.pl/bitstream/handle/123456789/1502/P.%20Plichta%20Miejsce%20nowych%20medi%C3%B3w%20w%20nauczaniu%20i%20wychowaniu%20jako%20wa%C5%BCny%20obszar%20przygotowania%20praktycznego%20kandydat%C3%B3w%20do%20pe%C5%82nienia%20roli%20nauczyciela%20i%20wychowawcy.pdf? sequence=1&isAllowed=y.

Erooga, M. and Mason, H. (1999) *Children and Young People who Sexually Abuse Others*. London: Routledge.
132 INFORMATION AND COMMUNICATION TECHNOLOGIES IN THE WELFARE SERVICES
Felson, D. (1986) 'Linking criminal choices, routine activities, informal control, and criminal outcomes.' In D. Cornish and R. Clarke (eds) *The Reasoning Criminal: Rational Choice Perspectives on Offending*. New York: Springer-Verlag.
Finkelhor, D. (1984) *Child Sexual Abuse: New Theory and Research*. New York: Free Press.
Finkelhor, D. (1989) *Nursery Crime: Sexual Abuse in Day Care*. London: Sage.
Finkelhor, D. (1993) 'Epidemiological factors in the clinical identification of child sexual abuse.' *Child Abuse and Neglect 17*, 67–70.
Hansard (2001) Lords Hansard text for 15 Jan 2001 (210115w03).
Herring, S. (1999) 'The rhetorical dynamics of gender harassment on-line.' *The Information Society 15*, 3, 151–168.
Itzin, C. (2001) 'Incest, paedophilia, pornography and prostitution: making familial males more visible as abusers.' *Child Abuse Review 10*, 35–48.
Itzin, C. (1996) 'Pornography and the organization of child sexual abuse.' In P. Bibby (ed) *Organized Abuse: The Current Debate*. Aldershot: Ashgate.
Kempf, K. (1986) 'Offense specialization: does it exist? 'In D. Cornish and R. Clarke (eds) *The Reasoning Criminal: Rational Choice Perspectives on Offending*. New York: Springer-Verlag.
Krebs, V. E. (2002) 'Uncloaking terrorist networks.' *First Monday* 7, 4, 1 April.
Marshall, W. L. (2000) 'Revisiting the use of pornography by sexual offenders: implications for theory and practice.' *Journal of Sexual Aggression 6*, 1/2, 67–77.
Marshall, W.L., Laws, D.R., Barbaree, H.E. (1990) *Handbook of Sexual Assault: Issues, Theories and Treatment of the Offender*. New York: Plenum Press.
Quayle, E. (2002) 'Modus operandi of internet sex offenders'. Lecture given at Sexual Abuse and the Internet Conference, London, 30th October.
Salter, A. C. (1991) *Treating Child Sex Offenders and Victims*. Sage: London. *Society Guardian* (2000) http://society.guardian.co.uk/16 November.
Sparrow, M. K. (1991) 'The application of network analysis to criminal intelligence: an assessment of the prospects.' *Social Networks 13*, 251–274.
Taylor, M., Quayle, E. and Holland, G. (2001) 'Child pornography, the Internet and Offending.' *Ete*, Summer, 94–100.
Walsh, D. (1986) 'Victim selection procedures among economic criminals: the rational choice perspective.' In D. Cornish and R. Clarke (eds) *The Reasoning Criminal: Rational Choice Perspectives on Offending*. New York: Springer-Verlag.
Williams, N. (2000) 'Using hard cases for good purposes – the example of Chatdanger.com.' Paper presented at International Forum of Researchers, Young People and the Media, Sydney, Australia, November. Available via the ChildNet.com website.

Wyre, R. (1992) 'Pornography and sexual violence; working with sex offenders.' In C. Itzin (ed) *Pornography: Women, Violence and Civil Liberties: A Radical New View*. Buckingham: Open University Press.

Dodatkowe źródła:

Beck, U. (1992) *Risk Society*. London: Sage.
Bilson, A. (1999) *Child Safety, Child Rights and the Net*. Birmingham: BASW.
Jenkins, P. (2001) *Pedophiles and Priests – Anatomy of a Contemporary Crisis*. Oxford: Oxford University Press.
Marshall, W. L. and Marshall, L. E. (2000) *Origins of Sexual Offending*. London: Routledge.
Quayle, E., Holland, G., Lineham, C. and Taylor, M. (2000) 'The Internet and offending behaviour: case study.' *The Journal of Sexual Aggression 6*, 1/2, 78–96.

6. TECHNOLOGIA INFORMACYJNA ORAZ ORGANIZACJA OPIEKI NAD PACJENTEM *(Walter Sermeus)*

W 1999, Instytut Medycyny Stanów Zjednoczonych (IOM) opublikował sprawozdanie: *Błądzić Jest Rzeczą Ludzką: Budując Bezpieczniejszy System Zdrowia* (Kohn, Corrigan i Donaldson 1999) szacując, że w Stanach Zjednoczonych aż 44,000 do 98,000 ludzi rocznie umiera z powodów błędów medycznych, które mają miejsce w szpitalach. Sprawozdanie zburzyło zmowę milczenia otaczającą medycznye błędy i ich konsekwencje – nie przez „wskazywanie palcem" odpowiedzialnych za pomyłki –błądzić jest rzeczą ludzką – ale przez próbę stworzenia bezpieczniejszego systemu zdrowia.

Możemy założyć, że sytuacja w USA jest typowa dla wszystkich systemów opieki zdrowotnej zachodniego świata. Po drugie, odkrycia poczynione w sprawozdaniu są tylko wierzchołkiem góry lodowej. System zdrowia jest skomplikowaną siecią, która często marnuje zasoby przez realizowanie zbędnych usług i podejmowanie wysiłków, pozostawiając jednocześnie liczne luki i niedociągnięcia dotyczące opieki i braku zdolności do wykorzystywania w pełni swojego potencjału.

Nowe sprawozdanie IOM z 2001 r. *Przełamując Jakościową Otchłań: Nowy System Ochrony Zdrowia dla XXI Wieku* (Instytut Medycyny 2001) oferuje wszechstronną strategię by ulepszyć jakość opieki. Sprawozdanie prezentuje system ochrony zdrowia, który nie tylko jest skoncentrowany na potrzebach, preferencjach i wartościach pacjentów, ale również zachęca do pracy zespołowej pracowników opieki zdrowotnej i kładzie nacisk na szersze użycie technologii informacyjno-komunikacyjnych. Organizacje opieki zdrowotnej oczywiście starają się wprowadzać i zwiększać udział technologicznych nowości. Na przykład informacja o pacjencie zwykle jest rozproszona w zbiorach zapisów papierowych, które często są słabo zorganizowane, nieczytelne i niełatwo je w razie utraty odzyskać. Szczególnie trudne jest to w wypadku chronicznych chorób, które wymagają częstego monitorowania i potwierdzania przez pacjenta. W dodatku, wielu pacjentów mogłoby zaspokoić swoje potrzeby szybciej i taniej, gdyby mieli możliwość porozumiewania się z profesjonalistami opieki zdrowotnej przez e-mail. Użycie zautomatyzowanego systemu zapisywania lekarstw mogłoby zmniejszyć błędy w przepisywaniu i dawkowaniu leków

a skomputeryzowane (bądź oparte na sms-ach) przypomnienia mogą pomóc zarówno pacjentom jak i klinicystom. Komisja stwierdziła, że potrzebny jest ogólnokrajowy wysiłek, by zbudować w następnym dziesięcioleciu system – oparty na infrastrukturze informacyjnej, co prowadziłaby do eliminacji większości ręcznie pisanych klinicznych danych. Bez zobowiązania na poziomie władz krajowych, aby utworzyć i sfinansować taką technologiczną strukturę, postęp, by poprawić jakość opieki zdrowotnej będzie „nieznośnie" powolny. Komisja IOM zaproponowała sześć obszarów: bezpieczeństwo, skuteczność, nastawienie na pacjenta, punktualność, wydajność i sprawiedliwość. Pierwsza część tego rozdziału zawiera opis przejścia od aktualnego systemu opieki zdrowotnej do systemu opieki zdrowotnej skoncentrowanego na pacjencie. Druga część dostarczy pojęciowych ram, w których oparty na pacjencie wymiar jest przeniesiony na systemy organizacyjne. W trzeciej znajdzie się opis niezbędnych kwestii związanych z TIK, by móc zrealizować zakładane cele.

6.1. Od funkcjonalnych podziałów do opieki skoncentrowanej na pacjencie

Organizacje opieki zdrowotnej są bardzo złożone. Według Mintzberga (1997) prowadzenie nawet wysoce złożonej korporacji musi być proste w porównaniu z zarządzaniem szpitalem. Ale, według tego autora, jeżeli odniesiemy sukces w dostarczaniu szpitalom bardziej adekwatnej struktury organizacyjnej, stają się one 'łatwiejsze do kierowania niż ktokolwiek myślał'. Wielu autorów (na przykład, Fetter and Freeman 1986; Herzlinger 1999; Lathrop 1993; Mintzberg 1997) zgadza się, że głównym problemem w zarządzaniu opieką zdrowotną jest podwójna struktura organizacyjna. Dwa odmienne procesy działają względnie niezależnie od siebie: proces kliniczny i proces organizacyjny. Lekarz medycyny steruje procesem klinicznym. Kiedy pacjent ma problem zdrowotny szuka lekarza, który go bada. Może zostać wykorzystane szerokie spektrum działań diagnostycznych. Mogą zostać przepisane leki i dostępna jest znaczna liczba różnych metod postępowania terapeutycznego. Z kolei menadżerowie, kadra zarządzająca szpitalami kierują procesami organizacyjnymi i zapewniają lekarzom niezbędne zasoby. Chociaż taki sposób prowadzenia działań w opiece zdrowotnej ciągle ma miejsce, z pewnych powodów można go uznać za nieaktualny.

Historycznie, ten dwubiegunowy model opieki zdrowotnej istotny był 50 lat wstecz, kiedy lekarz był niezależnym profesjonalistą leczącym pacjentów w relacji „jeden na jeden". Tylko wtedy kiedy rodzina pacjenta była niezdolna do opieki, pacjenta przyjmowano do szpitala. Rozwój w diagnostyce (np. prześwietlenia) i terapii (np. nowoczesne sale operacyjne) rozpoczął się trend polegający na „spędzaniu" większej ilości czasu w szpitalach przez lekarzy. Ich praktyka, jednakże, pozostała względnie niezależna. Klinicyści cenią sobie i życzą aby chronić swoją niezależność i tą wyjątkową, „jeden na jeden", relację

z pacjentami. Rzeczywistość jest jednak taka, że raz przyjęty pacjent do szpitala, otoczony jest troską realizowaną przez złożoną sieć dobrze wykształconych profesjonalistów. Abersnagel i van Vliet (1998) sugerują, że pacjent przechodzący operację na otwartym sercu w Utrechcie w Naukowym Centrum może spotkać się średnio ze 100 osobami z 18 różnych dyscyplin. Jednak, związek między klinicznymi i organizacyjnymi procesami jest bardzo słaby. Na ten związek składają się recepty, zalecenia i medyczne procedury. W większości szpitali związek ten nie jest zautomatyzowany; dlatego komunikacja jest powolna i czasochłonna. Około 100 lat temu, związek taki był adekwatny a działanie zadowalające. Średnio, pacjenci pozostawali w szpitalach przez 20 dni. Lekarze odwiedzali pacjentów od jednego razu dziennie do trzech razy na tydzień. Po każdej wizycie, były robione zamówienia. Obecnie, liczba zamówień w zasadniczy sposób powiększyła się. Lesar, Briceland i Stein (1997) ujawniają, że prawie 300,000 zamówień lekarstw zostało sporządzonych podczas jednego roku na oddziale Akademii Medycznej. Fundacja Mayo (http://www.mayo.edu/facts/factsheetfoundv2.html), opiekująca się pół milionem pacjentów rocznie przeprowadza około 4500 diagnostycznych rentgenowskich badań, więcej niż 40,000 testów laboratoryjnych, ponad 300 porad i operacji chirurgicznych dziennie. Przeciętny szpital składający się z 500 łóżek prawdopodobnie „przetwarza" 10,000 do 20,000 zamówień na dzień. Istnieje kilka problemów związanych z takim systemem zamówień. Całkowity czas realizacji jest znaczący: zajmuje około czterech godzin, by przetworzyć i zrealizować rutynową usługę taką np. jak pierwsze przepisanie leku, badanie w laboratorium albo diagnostykę rentgenowską. Dla wykonania prześwietlenia potrzeba więcej niż 40 rutynowych kroków (Lathrop 1993). W dodatku, całkowity wskaźnik błędów popełnianych przy tej okazji należy uznać za wysoki. Lesar i inni (1997) zidentyfikowali 313 błędów na 1000 zamówień medycznych. Ponadto, ponieważ dzień pacjenta składa się ze skomplikowanej serii działań, profesjonaliści walczą wciąż o czas. Lathrop (1993) pokazuje, że specjaliści od układu oddechowego, podczas pierwszej próby, zdołali dostarczyć usługi tylko dla połowy pacjentów, którzy się do nich zgłosili. Potrzeba średnio trzech wizyt aby poddać się dwóm terapiom „oddechowym". znaczy to, że 33 procent czasu było użyte nieefektywnie. Ten oparty „na papierze" system zamawiania prowadzi do wysokich kosztów jak również słabej jakości usług. Tylko 24 procent czasu pracy personelu szpitala przeznacza się na opiekę nad pacjentem (medyczno-techniczne usługi, jak również usługi utrzymania). Siedemdziesiąt sześć procent czasu jest spędzane na: prowadzeniu dokumentacji (30 procent); planowaniu i koordynacji (14 procent); transporcie (6 procent); zarządzaniu i nadzorze (7 procent); i w końcu pozostałe 19 procent to czas jałowy będący przygotowaniem do działania (Lathrop 1993). Ten czas gotowości na podjęcie działania jest ważny. Przez sposób związany z zamawianiem kliniczny proces prowadzi całą organizację. Z powodu faktu, że kliniczny proces jest zaprojektowany indywidualnie, razem z silnym naciskiem na terapeutyczną wolność klinicysty, kliniczne procesy są traktowane jako dość nieprzewidywalne, co prowadzi do tak

wysokiej proporcji występowania czasu jałowego: szpitale wydają się projektować swoje działania wokół następującego przepisu: podaj najbardziej zajęty czas w najbardziej zajętym dniu w roku; dodaj do tego żądania najbardziej chorego pacjenta z największą złożoną liczbą potrzeb; wtedy zaaranżuj operacje aby sprostać tym normom w każdym czasie. (Lathrop 1993, p. 68). Cięcia kosztów w szpitalach doprowadziły do redukcji na poziomie zasobów i łóżek, co w rezultacie miało wpływ na procesy kliniczne. Doprowadziło to do powiększenia się kolejek i czasu oczekiwania. Bardzo trudno jest, utrzymać równowagę między wkładami (organizacja) i zyskiem (procesy kliniczne) jeżeli te dwa procesy działają niemal niezależnie z powolnym systemem zamówień jako łącznikiem. Definiując szpital jako organizacyjną dwoistość, z lekarzem decydującym o klinicznym procesie i przedstawicielem kadry zarządzającej decydującym o organizacji, wydaje się to nadmiernym uproszczeniem aktualnego systemu. Dodatkowo rola pielęgniarki „komplikuje" w pewien sposób opisywaną sytuację. Pielęgniarki (pielęgniarzy) postrzega się jako część procesu klinicznego, ale również jako „element" organizacyjnego aspektu działania instytucji. Poprzez postrzeganie pielęgniarki jako części organizacyjnego systemu, lekarz dysponuje pewnością, że jego unikalna relacja z pacjentem pozostała „nietknięta", zdając sobie równocześnie sprawę, że pielęgniarka jest rodzajem łącznika między medycznymi i organizacyjnymi wymiarami szpitala. Często mówi się, że jeżeli nie byłoby pielęgniarek lekarze byliby bezradni w szpitalach. Pielęgniarki nie tylko troszczą się o pacjentów, lecz także paradoksalnie o samych lekarzy. Dla kierownictwa, negocjacje z lekarzami są już wystarczająco trudne bez „dodawania" pielęgniarki do klinicznej strony równania.

Nowe, zmieniające się role pielęgniarek (np. jako specjalista od promocji zdrowia) podkreślają zarówno profesjonalny i kliniczny wymiar ich roli. Obecnie, istnieje znaczna świadomość, że kierowanie klinicznym procesem nie jest odpowiedzialnością i prawem samego lekarza. Coraz częściej, decyzje są podejmowane w interdyscyplinarnych zespołach składających się z różnych specjalistów takich m.in. jak pielęgniarki, fizjoterapeuci i pracownicy pomocy społecznej. Decyzje są podejmowane w ramach organizacyjnych granic uwzględniając lekarza ogólnego, społeczność pielęgniarek, jak również rodzinę. Najważniejsza jest jednak rola i perspektywa pacjenta. Odeszły czasy postrzegania pacjenta jako biernego odbiorcy opieki. Pacjent odgrywa obecnie aktywniejszą rolę, np. szukając informacji w Internecie, prosząc o kolejną opinię czy żądając informacji oraz możliwości leczenia. Dzięki zmieniającemu się współdziałaniu między klinicznymi procesami i organizacyjnym zarządzaniem, struktury szpitala również się zmieniają. Tradycyjnie szpitale zostały zbudowane w funkcjonalny sposób według profesjonalnego klucza: na przykład dział medyczny, dział pielęgniarstwa i dział techniczny. dział medyczny nie jest nawet 'prawdziwym' działem. W większości struktur dział medyczny jest połączony z organizacją opieki zdrowotnej. Większość innych działów jest zbudowana hierarchicznie. W wielu szpitalach, to „główna" pielęgniarka (przełożona) jest łącznikiem między lekarzem i zarządem organizacji. Włączona jest do koordynacji, negocjacji i rozwiązywania konfliktów

między klinicznymi i organizacyjnymi procesami. W praktyce, to może oznaczać przyjmowanie pacjentów, planowanie badań rentgenowskich i odzyskiwanie kartotek pacjentów. Pierwszy krok do organizacyjnej poprawy obejmuje tworzenie klarownej struktury podziału. Jeden z pierwszych takich symptomów miał miejsce w Szpitalu Johna Hopkins na początku lat 80-tych (Heyssel i inni 1984). Rezultat tego eksperymentu zainspirował dzisiejszą kliniczną strukturę dyrektoriatu w Zjednoczonym Królestwie. Podziały mają interdyscyplinarny układ (włączając, na przykład, lekarzy, pielęgniarki, fizjoterapeutów i sztab urzędników). Oddziały są prowadzone przez zespół kierowniczy: lekarz, pielęgniarka i administrator. Liczba i różne role mogą się zmieniać w zależności od organizacji (de Vries i Beijers 1999; Wulff 1996). Lekarz, będący dyrektorem „klinicznym", posiada „końcową" odpowiedzialność dotyczącą oddziału i troszczy się o wszystkie relacje z personelem medycznym. Koordynującą zasadą jest zarządzanie przez skutki. Oddziały otrzymują budżet według różnych wskaźników np. jakości. Są niezależne w podejmowaniu decyzji o ile mieszczą się w ramach budżetu. Główne zalety tego modelu są takie, że podejmowanie decyzji jest zdecentralizowane i że lekarze są bardziej zintegrowani ze szpitalem. Jedną z głównych wad jest to, że organizacyjna struktura staje się bardziej skomplikowana. Istniejąca funkcjonalna profesjonalna struktura nie znika ale przydzielana jest jej nowa rola. Na przykład, wszystkie operacyjne odpowiedzialności w dziale pielęgniarstwa są zdecentralizowane do poszczególnych oddziałów. Dział pielęgniarstwa, dział stanowiący „parasol' dla pielęgniarek, nabywa coraz bardziej profesjonalnego znaczenia w warunkach kontroli jakości, akredytacji. Liczba oddziałów i sposobu w jaki są zorganizowane może się różnić. Tworzone są głównie ze względu na: sytuację pacjentów (na przykład, według medycznych specjalności, długości pobytu, poziomu nasilenia, grup wiekowych i problemów pacjenta); scentralizowane części zależne (na przykład, radiologia, laboratorium i apteka), scentralizowane usługi szpitala (takie jak utrzymanie, gospodarowanie i pralnia). Oznacza to, że każdy pacjent będzie miał kontakty wykraczające poza poziom oddziału. Wymaga to koordynacji i mogą tu wystąpić problemy. Każdy oddział próbuje zoptymalizować swoje wyniki zgodnie z rocznie określanymi celami albo wskaźnikami postępowania. Jednakże, procesy dotyczące pacjenta dotyczą wielu oddziałów i na tym poziomie rzadko są zoptymalizowane. W ten sposób pacjenci doświadczają opieki niskiej jakości i nieskuteczności o wysokim natężeniu. Z perspektywy lekarza odczuwalna jest oddziałowa struktura niskiej jakości. Prowadzi to do zmniejszonej motywacji w radzeniu sobie z taką sytuacją. W służbowo-liniowych organizacjach wiodącą zasadą jest „podróż" pacjenta przez system. Oddział, często przemianowany na centrum troski nad pacjentem, przejmuje prowadzenie w przypadku grupy pacjentów z podobnymi potrzebami. Skutki nie są wyłącznie zdefiniowane na poziomie oddziału ale są zależne od zdolności każdego pododdziału, by ułatwić proces opieki nad pacjentem. Dlatego, skutki i motywacje głównie są realizowane i podporządkowane perspektywie potrzeb pacjentów. Te dotyczą często bezpieczeństwa, skuteczności i punktualności usług. Szpitale stają się coraz

bardziej kompleksowe w nastawieniu na potrzeby pacjenta. Pierwszy poziom organizacji, która koncentruje się wokół profesjonalnych grup, jest "widzialny" poprzez dyplomy, certyfikaty itp.. Drugi poziom jest widoczny dzięki położeniu geograficznemu instytucji. Trzeci natomiast jest stosunkowo wirtualny, będąc wbudowany w systemy informacyjne.

6.2. Model opieki zdrowotnej

W połowie lat 80-tych, James Heskett zaprezentował strategiczną wizję usług na którą składały się cztery ważne zasady: rynki powinny być celem; koncepcje usług powinny być formułowane z uwzględnieniem potencjalnych skutków dla klientów, powinny odnosić się do potrzeb klientów; w organizacyjnych działaniach powinno się przedkładać klientów nad kwestie kosztów; systemy dostawy usług, które zawierają budynki, wyposażenie i systemy informacyjne, powinny uzupełniać zintegrowane strategie i działania. Te cztery zasady mogą znaleźć zastosowanie do jakichkolwiek organizacji, także szpitali. Jednym z przykładów zastosowania tych zasad w praktyce jest Szpital Shouldice, w pobliżu Toronto, Kanada (Heskett, Sasser i Schesinger 1997). Specjalizuje się w jednym typie chirurgii: leczenie przepukliny. Posiadając w tej szczególnej materii osiągnięcia, przyjmują ponad 6000 pacjentów rocznie. Pacjenci pochodzą z Kanady, Stanów Zjednoczonych i nawet Europy. Sukces szpitala leży głównie w jego jasnym rozumieniu i realizowaniu pojęcia troski. Z powodu specjalnej techniki operacyjnej, która polega nie tylko na leczeniu przepukliny ale też wzmacnianiu tkanki mięśniowej ścian brzucha, pacjenci mogą zyskać pełną sprawność szybciej niż leczeni w tradycyjny sposób. Realizacja troski wykorzystuje potencjał samopomocowy i procesy zaangażowania pacjenta. Towarzyszy temu skupienie się bardziej na zdrowiu niż na chorobie. Troska dotyczy wszystkie aspektów prowadzonych działań. Przybywając do szpitala pacjent jest badany przez chirurga. Pacjenci są informowani przez pielęgniarki i innych chorych. Pacjenci, którzy mieli własną operację kilka godzin wcześniej, mogą zaoferować pomoc i radę. Dla pacjentów, najbardziej istotnym aspektem ich leczenia jest propozycja, by tuż po operacji wstać ze stołu operacyjnego, i pójść do drzwi pokoju z pomocą chirurga. Stanowi to początek spektakularnego często procesu poprawy. Dwa albo trzy dni po operacji zaczynają uprawiać sport. Takie podejście pozwala im, wrócić do pracy dwa razy szybciej niż w innych szpitalach. Z powodu nacisku nastawienia na wzmacnianie i wykorzystywanie mechanizmu samopomocy, koszt opieki jest niższy niż w każdym innym szpitalu zajmującym się podobnymi przypadkami. Shouldice nie wygląda jak szpital. Jest zorganizowany w stylu wiejskiego klubu, który zachęca do plenerowych ćwiczeń. Silny rynek i skupienie na jakości obsługi czynią ten szpital prawie bezkonkurencyjnym w dziedzinie operacji przepukliny. W następnych podrozdziałach różne aspekty tej usługi będą dyskutowane.

Koncentracja uwagi na szpitalu

Wiele badań wskazuje na silną relację między zakresem a rezultatem opieki medycznej. Następujące parametry pełnią istotną rolę: ilość procedur przypadających na jednego lekarza i wielkość szpitala. Brennan i inni (1991), których klasyczne badanie opisało relację między liczbą chirurgów i ryzykiem śmiertelności dla Wieńcowego Bypassu Arterii (CABG) w Nowym Jorku w 1989. W dobrze wyposażonych placówkach dysponujących znaczną liczbą chirurgów w szpitalach ryzyko śmiertelności wyniosło 2.2 procent w porównaniu ze szpitalami z małą liczbą chirurgów w słabo wyposażonych szpitalach, gdzie ryzyko śmiertelności wyniosło 14.1 procent. Systematycznie prowadzone badania od 1980 (Halm, Lee i Chassin 2000) pokazują, że pacjenci leczeni w szpitalach o wyższym poziomie lub przez wysoko kwalifikowanych lekarzy doświadczają średnio niższego wskaźnika śmiertelności niż ci leczeni w szpitalach gorzej wyposażonych i przez słabszych lekarzy. We wszystkich przypadkach wyższy poziom opieki dawał lepsze rezultaty da leczenia. Jedną z hipotez jest to, że, oprócz umiejętności i doświadczenia lekarzy lub chirurgów biorących udział w procedurze, ważne są umiejętności i doświadczenia całego zespołu opieki zdrowotnej oraz całej organizacji. Szpitale o wysokim poziomie adoptują określone organizacyjne strategie, które są szczególnie efektywne w osiąganiu pożądanych rezultatów. Duże szpitale mają przewagę, ponieważ zapewniają 24 – godzinną opiekę. Im bardziej kompleksowe leczenie, tym prawdopodobniejsze, że umiejętności lekarza albo chirurga będą jednym z wielu ważnych komponentów pełnego procesu zapewniania efektywnej opieki.

Koncepcje opieki

Rozumienie opieki zasadniczo odnosi się zarówno do dowodów do jak i zaangażowania pacjenta. Właściwości te są ze sobą powiązane w praktyce. Prahalad i Ramaswamy (2000) sugerują, że zmieniająca się rola pacjenta od biernego do aktywnego prowadzi do ich zaangażowania jako współtwórców wartości. Kolejno zostaną omówione trzy zmiany: pierwsza dzięki, której preferencje pacjenta są brane pod uwagę w podejmowaniu decyzji klinicznych. Druga obejmuje troskę pacjenta o samego siebie. Trzecia zmiana włącza współpracę pacjenta w cały plan opieki zdrowotnej. Po pierwsze, pacjenci różnią się w swoich zdolnościach do nabywania, przetwarzania i rozumienia medycznych informacji jak również w potrzebie zaangażowania w podejmowanie medycznych decyzji (Taylor 2000). Niektórzy pacjenci cenią sobie zaangażowanie w podejmowanie decyzji, podczas gdy inni uważają, że to jest niewygodne i chcą aby to lekarze decydowali, co ma się zdarzyć. Badania jednak pokazują, że wola by stanowić część procesu decyzyjnego ma wpływ na rezultat opieki i dlatego powinna być brana pod uwagę kiedy tworzony jest plan opieki. Istnieją dwa kluczowe elementy w podejmowaniu decyzji: (1) co może się zdarzyć i (2) wartość rezultatu. Pierwszy element jest głównie związany z wynikiem badań klinicznych. Oparta na dowodzie medycyna powinna pomóc wyjaśnić różne prawdopodobne rezultaty każdej proponowanej terapii (sposobu leczenia). Jest to profesjonalna strona procesu

decydowania. Drugi element jest związany z wartością zainwestowaną przez pacjenta i/lub jego rodzinę w każdy z rezultatów. Klinicyści powinni pomóc pacjentowi podjąć najbardziej racjonalną decyzję. Nie oznacza to tej samej decyzji w każdym przypadku. Na przykład, kobieta z nowotworem piersi może stanąć wobec dwóch zasadniczych wyborów jej leczenia: zwykłej mastektomii albo naświetlań z chemioterapią. Niektórzy pacjenci przyznają największą wartość jakości życia, podczas gdy inni będą preferowali długość życia. Opieka pielęgniarska powinna towarzyszyć każdemu, do momentu gdy okaże się zbędna, np. jeżeli osoba ma dość siły, woli albo wiedzy żeby jej nie potrzebować (Henderson i Nite 1960). Z tej definicji wynika, że pielęgniarka pomaga pacjentowi w codziennych czynnościach tylko kiedy on albo ona jest niezdolny (a), by wykonać je sam (a). To ważne, aby pacjenci, jeśli mogą, sami podejmowali te czynności. W konsekwencji, w ocenie samoopieki te zdolności są decydujące (Evers 1998). Jeżeli pacjent jest niezdolny, by troszczyć się o siebie w jakiś sposób, pielęgniarka musi szukać przyczyny. Niewystarczająca wiedza, umiejętności i niska motywacja są zwykle powodami. Pielęgniarka musi wtedy oszacować czy stan jednostki pozwoli jej na zajmowanie się sobą, albo obecnie albo w jakimś czasie w przyszłości. Taka ocena dostarcza koniecznej informacji dotyczącej potrzeby i zakresu interwencji pielęgniarki. Największe znaczenie ma fakt, żeby pacjenci albo członkowie ich rodzin byli uczeni jak skutecznie radzić sobie z tymi problemami. Tylko wtedy gdy pacjenci albo członkowie ich rodzn nie są w stanie pełnić opieki, wymagana jest profesjonalna opieka. Krótko mówiąc, pielęgniarki powinny podjąć każdy wysiłek aby wzmocnić zdolności pacjenta lub rodziny do opieki zamiast przejmować „rytualnie" opiekę nad nim. Pacjenci zamiast bycia biernymi odbiorcami usług, powinni być aktywnymi uczestnikami procesu opieki. To znaczy, że muszą aktywnie uczestniczyć np. w decydowaniu o wyborze opcji. Personel medyczny musi zatem doceniać wiedzę pacjentów na temat ich choroby. W pewnych sytuacjach pacjent może mieć większą wiedzę o swojej chorobie niż lekarz pierwszego kontaktu albo inny specjalista medyczny. Lekarze również powinni więcej korzystać z doświadczeń pacjentów. Wiele organizacji samopomocowych pomaga pacjentom w odzyskiwaniu kontroli nad swoim życiem. Osiągają to przy pomocy wsparcia psychologicznego i praktycznego doradztwa. Zaangażowanie lekarzy albo pielęgniarek w tych organizacjach tradycyjnie było bardzo słabe a kierunek przekazywania informacji był jednostronny – od profesjonalisty do laika. Stało się oczywiste, że pacjenci dzięki swojemu doświadczeniu, i wiedzy życiowej, mogą być prawdziwymi ekspertami w sprawach ich dotyczących. Relacja współdziałania stała się w większym stopniu dialogiem, w którym organizacje samopomocy wspierają zawodowe instytucje w ustalaniu priorytetów i poprawie jakości opieki nad pacjentami.

Realizacja opieki i procesy organizacyjne

Pojęcie troski, ze swoimi założeniami opartymi na sprawdzonych praktykach i doświadczeniu pacjentów z ich preferencjami i oczekiwaniami, musi być przeniesione do praktyki

organizacyjnej. Z powodu złożoności opieki zdrowotnej, większość pacjentów wymaga prawidłowo zarządzanej opieki. Ogólnie, istnieją dwie metody zarządzania działalnością opiekuńczą: (1) klinicznych ścieżek i (2) zarządzania przypadkiem. W drugiej opcji, osoba ponosi odpowiedzialność za „przeprowadzenie" pacjenta przez organizację. Zwykle osiemdziesiąt procent pacjentów wymaga zarządzania poprzez ścieżki kliniczne, podczas gdy dwadzieścia procent potrzebuje użycia podejścia „zarządzania przypadkiem". Główną zasadą w wyborze którejś z powyższych opcji jest stopień przewidywalności opieki. Bardziej przewidywalne „przypadki" mogą zostać zarządzane poprzez metodę klinicznych ścieżek. Mniej przewidywalne natomiast potrzebują codziennego albo nawet bardziej szczegółowego zarządzania. W praktyce, obie metody mogą zostać łączone lub zmieniać się w zależności od czasu. Nie ma żadnego wyraźnego podziału metody klinicznych ścieżek i zarządzania przypadkiem. Istnieje za to szeroki wybór metod zmieniających ogólne standardowe „ścieżki" na ścieżki dostosowane. Kliniczne ścieżki są zdefiniowane jako 'schematy medycznych i pielęgniarskich procedur, zawierających testy diagnostyczne, lekarstwa i konsultacje podejmowane, by skutecznie wykonać skoordynowany program leczenia' (Narodowa Biblioteka Medycyny 2002). Co najważniejsze, są skoncentrowane na pacjencie i wielodyscyplinarne. Rozwijanie i wprowadzanie klinicznych ścieżek jest zawsze trudne. Trudności dotyczą koordynacji profesjonalnego zespołu, zyskania porozumienia co do celów programu, definiowania różnych ról i procedur konfiguracji. Najlepszą analogią dla zrozumienia konfiguracji klinicznej ścieżki jest opis linii lotniczej decydującej się na uruchomienie nowy kierunków. Po pierwsze, trzeba dowiedzieć się o rynku. Jak wielu klientów mogłoby być zainteresowanych? Jak często ten lot ma być oferowany? Jakie są oczekiwania? Czy nacisk powinien być położony na usługę (jak w I klasie) czy na kontroli kosztu (jak w klasie drugiej)? Jest to najłatwiejszy aspekt zadania. Najtrudniejszą częścią jest przekształcenie planu w działanie. Zabiera zwykle około 18 miesięcy od podjęcia decyzji do pierwszego startu, by uruchomić loty do nowego miejsca przeznaczenia. Muszą zostać zarezerwowane pozwolenia na lądowanie i pasy startowe. Załoga musi być zostać zrekrutowana i wyszkolona, nowy cel zaplanowany. Personel naziemny, taki jak dostawcy żywności, osoby sprzątające i bagażowi, musi zostać zorganizowany. To samo dotyczy ustalenia cen itp.. Z punktu widzenia pacjenta, kliniczne ścieżki są podobnymi narzędziami do procesu kontroli. Jeżeli szpital decyduje się przeprowadzić operacje na sercu, liczba rocznych operacji jest szacowana poprzez strategiczną analizę. Zespół chirurgów-kardiologów, pielęgniarek i techników musi zostać zrekrutowany i przeszkolony. Szpital musi zaplanować operacje, ilość łóżek itp. Wszystkie przygotowania do rehabilitacji, zapasy krwi, badania rentgenowskie, informacje dla pacjenta, broszury i reklama również muszą być zapewnione. Dodatkowo należy zabezpieczyć akredytację i finansowanie. Kliniczne ścieżki zawierają pełen scenariusz programu: cele i zamierzenia;„kluczowi gracze"i ich różne role; struktura i procedury; sposoby prowadzonej oceny. Około dziewięciu miesięcy do jednego roku trwa zbudowanie

takiego programu. Z perspektywy przemysłu usługowego takie podejście jest najbardziej logiczne. W opiece zdrowotnej, jednakże, zdominowanej przez podwójną organizacyjną strukturę opisaną powyżej, występuje to w małym stopniu. W rzeczywistości, najczęściej jest odwrotnie. Chirurg, opierając się na swoich osobistych umiejętnościach i reputacji, może zdecydować się uruchomić nowy program jeśli będzie pewny, że organizacja jest przygotowana. Jedna z najbardziej popularnych krytycznych uwag dotyczących faktycznego realizowania opieki zdrowotnej, jaką sformułował Instytut Medycyny w Stanach Zjednoczonych albo Królewskie Badanie w Szpitalu Bristol w Zjednoczonym Królestwie (2001), dotyczy nie osobistego zaangażowania i troski osób zajmujących się pomocą, ale braku odpowiednich systemów.

Organizacyjne systemy wsparcia
Kolejna część w modelu to systemy wsparcia. Aby je zorganizować wymagany jest znaczny poziom świadomości. Systemy często działają na ukrytym (niejawnym) poziomie. W następnym paragrafie skupimy się na systemach informacyjnych i ich istocie będących tylko jednym z systemów, które wspierają zarządzanie opieką zdrowotną.

6.3. Systemy informacyjne

Systemy informacyjne mogą wspierać podejmowanie decyzji klinicznych, projektowanie klinicznych ścieżek, realizację opieki i ocenę rezultatów. Każdy z tych aspektów będzie omawiany w następnych podrozdziałach.

Systemy informacyjne i podejmowanie decyzji klinicznych
Pierwsza generacja systemów mających na celu wspieranie klinicysty w podejmowaniu medycznych decyzji ukazała się w końcu lat 50-tych. Stopień, do którego klinicyści są wspierani różni się począwszy od prostego dostarczania informacji aż do podjęcia systemowej decyzji, oceny prawdopodobieństw i wsparcia eksperckiego. Ostatnio, systemy te zostały wykorzystane we wsparciu pacjentów w podejmowaniu decyzji.
Ich główny walor leży w zdolności do łączenia dowodów medycznych z określonymi danymi dotyczącymi pacjenta. W rezultacie, może być dokonana ocena opcji leczenia. Bardziej rozpowszechnione używanie systemów polega na dostarczaniu wskazówek, sprawozdań i dostępie do recenzji oraz prowadzonych meta – analiz. Przykładami są n. in.: biblioteka Cochrane; Narodowy Instytut Klinicznej Skuteczności; Agencja dla Jakości Zdrowia i Badań; Intercollegiate czy baza PubMed. Najważniejsze, żeby potrzebne informacje były łatwo dostępne dla klinicystów, na przykład, z ich pokoju, polikliniki albo sali szpitalnej. Przykładem jest Prezbiteriańskie Medyczne Centrum Kolumbia (CPMC) – medyczny słownik użyty w prezbiteriańskim Szpitalu Nowy Jork (Cimino 2000).

Pacjenci również mają dostęp do informacji zdrowotnych przy pomocy serwisów sieciowych, które pomagają w poruszaniu się w systemach opieki zdrowotnej, na przykład, Medlineplus, NHS, Cancerfacts.com, Healthfinder i Healthwise. Ostatnie badania potwierdziły, że więcej niż 100 milionów Amerykanów poszukiwało w sieci informacji związanych ze zdrowiem (Berland 2001). Ponad 70 procent użytkowników twierdzi, że informacja dotycząca zdrowia znaleziona w sieci wpłynęła na decyzję o ich leczeniu[22]. Równocześnie, stało się jasne że dostęp do informacji zdrowotnej używając wyszukiwarki internetowej i prostych terminów wyszukiwania nie musi być skuteczny. Zaawansowane zdolności związane z umiejętnością czytania i rozumienia tekstu są również konieczne, by przyswoić informację zdrowotną zawartą w sieci. Rezultaty opieki zdrowotnej (wyniki leczenia) zarówno szpitali i/albo lekarzy powinny zostać upublicznione i pomóc pacjentom w podejmowaniu decyzji o wyborze szpitala lub lekarza. Jednym z przykładów jest Kontrola Jakości, usługa dostarczona przez Połączoną Komisję dla Akredytacji Organizacji Ochrony Zdrowia. Kontrola jakości umożliwia opinii publicznej dostęp do sprawozdań z raportów akredytacji określonych organizacji opieki zdrowotnej. Inny przykład to sprawozdania z wyników szpitala opublikowane przez Opiekę Zdrowotną Pensylwanii Cost Containment Council. Objętość, wskaźniki śmiertelności, długość pobytu i średnie opłaty są dostępne dla każdego szpitala w 73 kategoriach leczenia.

Systemy informacyjne w projektowaniu programów opieki nad pacjentami

Jakość podejmowanej decyzji powinna zostać uzupełniona przez jakość opieki. Badania Amerykańskiego Stowarzyszenia Szpitali (2001) ujawniły, że lekarze, pielęgniarki i cały personel szpitala spędza średnio 30 minut na tzw. papierkowej pracy na każdą godzinę bezpośredniej opieki nad pacjentem. Częściowo dzięki ogromnej liczbie federalnych, stanowych i miejscowych regulacji zdrowia, w oddziale ratunkowym, każda godzina opieki nad pacjentem generuje godzinę papierkowej roboty. Systemy opieki zdrowotnej „słyną" z powodu opóźnień i długich terminów. Na przykład, opóźnienia następują w kolejkach do specjalistów albo w rozpoczynaniu leczenia. Oddziałuje to niekorzystnie na rezultaty terapii, satysfakcję pacjenta i podwyższa koszty. Często zakłada się, że zmniejszanie opóźnień i zwiększanie dostępności generuje wyższe koszty. W rzeczywistości jest odwrotnie: opóźnienia i ograniczony dostęp są cechami słabo zaprojektowanych i kosztownych systemów. Zmieniając konstrukcję systemu z użyciem klinicznych ścieżek i systemów informacyjnych można zmniejszyć opóźnienia i poprawić jakość procesu. Sukces klinicznej ścieżki jest określony przez sposoby w jaki zmiana jest osiągnięta. Godne polecenia jest systematyczne podejście Zaplanuj – Zrób – Sprawdź – Wykonaj (PDCA) (Vanhaecht *i inni* 2001). W pierwszej fazie (planu), określana jest populacja pacjentów i interdyscyplinarny

22 Osoby zainteresowane bardziej aktualnymi informacjami powinny sięgnąć np. do badań projektu PEW Internet Research Project http://www.pewinternet.org/fact-sheets/health-fact-sheet/ Polskiego Badania Internetu: http://pbi.org.pl/raporty/zdrowieserwisy.pdf czy Raportu Gemius: http://pliki.gemius.pl/Raporty/2012/Raport_Pacjenci_w_sieci_20121.pdf

zespół jest powoływany. Wyznacza się tymczasowe zadanie wyznaczonego wykonania. Zespół roboczy określa cele i założenia programu. Te cele i założenia są przeniesione na grunt konkretnych, wymiernych wskaźników, dla dalszego postępowania i oceny. Powstaje pierwszy szkic klinicznej ścieżki. Zostaje użyta matryca czas – zadanie. Uwaga jest skoncentrowana na kluczowych interwencjach. Bazując na tym pierwszym zarysie, zasoby, infrastruktura i procedury dla przeprowadzania programu są ustawione. W drugiej fazie (fazie wykonania), wszystkie dane są zbierane, by móc przetestować i udokumentować przebieg opieki i zamiary określone w pierwszej fazie. Ta faza jest czasochłonna (trwa od miesięcy miesiąca do dwóch) i składa się z następujących aktywności:

1. analizy kart pacjentów: proces opieki jest oceniany i przedstawiony na podstawie analizy 15 do 20 kart pacjentów skupiając się na długości pobytu, kluczowych interwencjach, głównych opóźnieniach, zajściach, najważniejszych wydarzeniach i brakach.
2. próba: kilka wskaźników (takich jak satysfakcja pacjenta albo wyniki badań) są szacowane dla 10 do 15 pacjentów. Głównym celem jest ocena postępu w realizacji programu i zebranie danych dla oceny skutków wprowadzania ścieżki klinicznej3. przegląd literatury: porównanie konkretnej sytuacji ze ' wskazówkami z najlepszych praktyk' (np. przy pomocy centrum Kontroli Choroby albo Cochrane) Ocena taka jest multidyscyplinarna.
3. wywiad dotyczący pacjenta: oczekiwania pacjentów i ich rodzin są oceniane na podstawie wywiadu z ok. 10 pacjentami.
4. Instytut Pickera, który działa w Zjednoczonym Królestwie, USA i Europie, skupia się na: poszanowaniu wartości pacjenta, preferencjach i wyrażanych potrzebach; dostępie do opieki; emocjonalnym wsparciu; informacji, komunikacji i edukacji; koordynacji opieki; fizycznym komforcie; zaangażowaniu rodziny i przyjaciół; ciągłości. Alternatywą dla wywiadu z pacjentem w warunkach opieki ambulatoryjnej jest anonimowe przejście z pacjentem przez system.
5. konsultacje ze współpracownikami: ścieżka kliniczna zwykle jest zaprojektowana wewnętrznie przez interdyscyplinarny zespół. Zewnętrzny „krąg" specjalistów, który mógłby składać się z radiologów, farmaceutów albo patologów, jest włączony tylko pośrednio. Kliniczna ścieżka może być poprawiona przez badanie skuteczności każdej próby przez klinicystów i działy serwisów pomocniczych. Dyskusja skupia się na stosowności działań, alternatyw, praktycznej organizacji i bardzo często wpływie każdej roli na proces.
6. odwzorowanie procesu: na podstawie leczenia kilku pacjentów, kompletny proces jest analizowany z dokładnymi przedziałami czasowymi, długością i częstością różnych kontaktów. W celu zobrazowania tych procesów dostępne jest specjalne oprogramowanie (http://www.ashhouse.co.uk/process.htm). Odwzorowanie pomaga uprościć proces i uwypuklić „wąskie gardła" systemu.

7. analiza dokumentów: Tworzony jest kompletny inwentarz zawierający wszystkie zalecenia, recepty, informacje od pacjenta, protokoły, procedury i tak dalej. Bardzo często, dane są zbierane dwa, trzy albo nawet więcej razy podczas pobytu w szpitalu.

W trzeciej fazie (kontrola fazy badania) zespół roboczy analizuje wszystkie informacje. Pierwsza wersja klinicznej ścieżki jest przeanalizowana i kończy się kilkoma dodatkowym zadaniami:

1. Ostateczna wersja klinicznej ścieżki jest zapisana w matrycy czas-zadanie. To ważne, że wyszczególnia się w matrycy nie tylko interwencje ale też cele i zamierzenia (pośrednie i końcowe). Określone oprogramowanie jest dostępne, by wspierać ten proces: na przykład Pathlinks (www.achievehealthcare.com), Excelcare (www.excelcare.com), HBOC (www.hboc.com), Curapath (www.curapath.com), Q.works (www.qworks.com), PathCare (www.ecyber.com/pathcare.htm), Clinical Pathway ConstructorTM (www.zynx.com).
2. Matryca czas – zadanie jest tylko początkiem kompletnego projektowania procesu, który bierze pod uwagę możliwości i zasoby: np. „przepustowość" rentgenowską, laboratorium, ilość hospitalizowanych pacjentów, czas pracy pielęgniarek, lekarzy, fizjoterapeutów i tak dalej.
3. Porozumienia na poziomie usługi (SLAs) łączą wewnętrzny interdyscyplinarny zespół (tych, którzy są zaangażowani) z zewnętrznym interdyscyplinarnym zespołem (wszyscy ci, którzy są włączeni do programu). SLA opisuje jak jednostki przyczyniają się do określonego programu. Wszystkie elementy, takie jak poziom usługi, jakość, czas, częstotliwość i zasoby, są brane pod uwagę.

Systemy informacyjne w realizowaniu opieki

W latach 90-tych nastąpiła poważna zmiana – przejście z administracyjnego systemu informacyjnego szpitala do klinicznych systemów informacyjnych. Kliniczny system informacji jest używany przez pielęgniarki, lekarzy i innych w celu realizowania usług opieki zdrowotnej. Chociaż te systemy są skoncentrowane na pacjentach, wchodzą w kompetencje, obowiązki różnych departamentów oddziałów (system medyczny, system opieki, system apteczny, systemy laboratorium i system intensywnej terapii). Obecnie wyzwaniem może być umożliwienie tym systemom wzajemnego porozumiewania się. Cel ten może zostać osiągnięty przez skonfigurowanie systemu klient – serwer, –oprogramowanie pośredniczące (Middleware system) (oprogramowanie, które umożliwia „porozumiewanie się" różnych programów, aplikacji) i stosowanie norm komunikacji takich jak np. HL-7. Mamy tu na myśli Organizację Rozwoju Standardów specjalizującą się w zapewnianiu norm dla zarządzania danymi w ochronie zdrowia. Oparta na sieci technologia ułatwi integrację systemów informacyjnych szpitala. Kiedy to nastąpi, to pacjent a nie instytucja odegra centralną rolę.

Systemy informacyjne i ocena opieki

Ciągłe monitorowanie przebiegu i ocena rezultatów są konieczne. Najbardziej odpowiedni instrument do osiągnięcia tego celu to „Kompas Wartości" (Hill i Zander 2001; Nelson 1996; Zander i Bower 2000), który jest równoważny ze 'Zrównoważonymi kartami wyników' (Kaplan i Norton 1996), ale dobrany bardziej adekwatnie dla oceny praktyki klinicznej. Możemy wyróżnić następujące cztery obszary dokonywania oceny:

1. PROCES

Jakość opieki jest oceniona przez sprawdzanie poziomu odchylenia od klinicznej ścieżki. Te odchylenia albo niezgodności są klasyfikowane zgodnie z przyczyną (po stronie pacjenta, profesjonalisty albo systemu), kierunków niezgodności (pozytywnych albo negatywnych) i powziętych działań, by usunąć powstałą niezgodność. Raporty są wykonywane co trzy do sześciu miesięcy, analizowane, dyskutowane z zespołem i wówczas użyte jako podstawa dla zapewnienia poprawy jakości. Zautomatyzowana kartoteka pacjenta pomaga „wyśledzić" niezgodności (Spath 1994).

2. REZULTAT KLINICZNY

Wskaźniki efektu klinicznego mogą mieć ogólny charakter (śmiertelność, powikłania, albo tempo remisji) albo określony do każdej grupy pacjentów (wskaźniki jakości życia dla określonych grup pacjentów). Najważniejsze jest użycie standardowej i godnej zaufania skali.

3. WYNIK FINANSOWY

Ponieważ długość pobytu pacjenta w szpitalu jest silnie powiązana z kosztami, jest jednym z najczęściej używanych wskaźników. Bardziej „czułą" miarą jest 'Rachunek usług' (BOS). Zawiera wszystkie interwencje jakie konkretny pacjent otrzymał. Dla każdej z nich, jest obliczany standardowy koszt i w konsekwencji całkowity koszt opieki nad pacjentem może zostać wyliczony. Ten wskaźnik może zostać użyty, by zmierzyć efekty wysiłków zmierzających do zmniejszenia kosztów.

4. JAKOŚĆ OPIEKI

Wskaźniki usługi dotyczą jakość opieki odczuwanej przez pacjentów i ich rodziny. Aby sprostać wymaganiom Kompasu Wartości, potrzebnych jest kilka kroków:

a. dokonanie wyboru standardowych, istotnych i godnych zaufania zestawów wskaźników (De Paepe i inni 2000; Sermeus i inni 2000).
b. muszą zostać sformułowane założenia do porównania rezultatów z wynikami innych organizacji opieki zdrowotnej. Wykorzystanie metod sieciowych ułatwia zebranie danych jak i dokonanie porównań.

c. Systematyczne i czytelne sprawozdania zawierające opinie (feedback) powinny być dostarczane do zespołów klinicznych.
d. żeby mógł, powstać system informacyjny, muszą zostać zbudowane miejsca (bazy) przechowywania danych. tak zaprojektowane aby wejść, jak do sklepu i przeszukać dużą ilość powiązanych ze sobą danych. Te dane pochodzą z wielu źródeł; dlatego DW (Data Warehouse) dostarcza pojedynczy, stały interfejs do danych wywodzących się z różnych źródeł. Jest wyspecjalizowanym i potężnym narzędziem, które może wesprzeć podejmowanie decyzji. Może też zostać użyty do tworzenia odpowiedzi dla użytkowników usług i umożliwia użytkownikom tworzenie sprawozdań.

6.4. Podsumowanie

Instytut Medycyny (2001) uznaje ogromny wkład technologii informacyjnej w podnoszeniu jakości i organizacji opieki zdrowotnej. Zautomatyzowane systemy pomogą ograniczyć błędy w przepisywaniu leków i ich dawkowaniu. Istnieją solidne podstawy, żeby wierzyć, że wspomagana komputerowo diagnoza i zautomatyzowane systemy przypominania ulepszają jakość w podejmowaniu decyzji. Dostęp do godnych zaufania stron internetowych i sieciowych grup wsparcia pomagają pacjentom stać się bardziej zaangażowanymi w proces opieki i leczenia. Telemedycyna, e – wizyty i systemy planowania prowadzą do poprawy zarządzania czasem. Ogólnie rzecz ujmując systemy IT posiadają potencjał, by przekształcać tradycyjny system opieki zdrowotnej w wysoce elastyczną, skoncentrowaną na pacjencie usługą. Aby tak się stało, profesjonaliści i kierownictwo powinno włączyć tę nową technologię do swojej codziennej praktyki.

6.5. Literatura:

Abersnagel, E. and van Vliet, J. (1998) 'De invulling van kwalificatieniveau 5.' ('Implementing nursing qualification Level 5.') *Tijdschrift voor Ziekenverpleging 17*, 506–507.
American Hospital Association (2001) *Patients or Paperwork: The Regulatory Burden Facing America's Hospitals*. New York: Price Waterhouse Coopers.
Berland, G. (2001) '"With just one click": online health information is abundant, but can it be trusted? ' *Western Journal of Medicine 175*, 6, 391.
Brennan, T., Troyen, A., Leape, L. and Laird, N. (1991) 'Incidence of adverse events and negligence in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study.' *New England Journal of Medicine 324*, 6, 370–376.
Bristol Royal Infirmary Inquiry (2001) *Learning from Bristol: The Report of the Public Inquiry into Children's Heart Surgery at the Bristol Royal Infirmary, 1984–1995*. Norwich: The Stationery Office.

Cimino, J. (2000) 'Harnessing world wide web technology and standardised terminology to improve decision making for patients.' In V. Saba, R. Carr, W. Sermeus and P. Rocha
154 INFORMATION AND COMMUNICATION TECHNOLOGIES IN THE WELFARE SERVICES
(eds) *One Step Beyond: The Evolution of Technology and Nursing, 7th International Congress Nursing Informatics 28/4–3/5/2000*. Auckland: Auckland Healthcare Services Ltd.
de Vries, P. and Beijers, R. P. (1999) *Management van het Patiëntenproces (Management of the Patient Process.)* Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
De Paepe, L., Quaethoven, P., Sermeus, W. and Vleugels, A. (2000) 'Klinische indicatoren voor het meten van klinische performantie toepassing: het quality indicator project.' ('Clinical indicators for measuring clinical performance: the quality indicator project.') *Acta Hospitalia 40*, 1, 55–67.
Evers, G. (1998) *Meten van Zelfzorg, verpleegkundige instrumenten voor onderzoek en klinische praktijk*. (Measuring patient selfcare: nursing instruments for research and clinical practice.) Leuven: Universitaire Pers.
Fetter, R. and Freeman, J. (1986) 'Diagnosis related groups: product line management within hospitals.' *Academic Management Review 11*, 1, 41–54.
Halm, E., Lee, C. and Chassin, M. (2000) 'How is volume related to the quality of health care: a systematic review of research literature.' In M. Hewitt (ed) *Interpreting the Volume–Outcome Relationship in the Context of Health Care Quality*. Washington DC: Institute of Medicine. (http://books.nap.edu/catalog/10005.html)
Henderson, V. and Nite, G. (1960) *Principles and Practice of Nursing*. New York: MacMillan (fifth edition).
Herzlinger, R. (1999) *Market-Driven Healthcare: Who Wins, Who Loses in the Transformation of America's Largest Service Industry*. Cambridge: Perseus Books Group.
Heskett, J., Sasser, W. and Schesinger, L. (1997) *The Service Profit Chain: How Leading Companies Link Profit and Growth to Loyalty, Satisfaction and Value*. New York: Free Press.
Heyssel, R., Gaintner, J., Kues, I., Jones, A. and Lipstein, S. (1984) 'Decentralised management in a teaching hospital.' *New England Journal of Medicine 310*, 22, 1477–1480.
Hill, M. and Zander, K. (2001) 'DataMap: a dashboard to guide the executive team.' *New Definition 16*, 1.
Institute of Medicine (2001) *Crossing the Quality Chasm: ANew Health System for the 21st Century*. Washington DC: National Academy Press.
Kaplan, R. and Norton, D. (1996) *The Balanced Scorecard: Translating Strategy into Action*. Boston: Harvard Business School Press.
Kohn, L., Corrigan, J. and Donaldson, M. (1999) *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington DC: National Academy Press.
Lathrop, J. (1993) *Restructuring Health Care: The Patient Focused Paradigm. The Healthcare Forum*.
San Francisco: Jossey-Bass.

Lesar, T., Briceland, L. and Stein, D. (1997) 'Factors related to errors in medication prescribing.' *Journal of the American Medical Association 277*, 4, 312–317.
Mintzberg, H. (1997) 'Toward healthier hospitals.' *Health Care Management Review 22*, 4, 9–18.
Morris, A. D., Morris, R., Wilson, J., White, J., Steinberg, S., Okunieff, P., Arriagada, R., Le, M., Blichert-Toft, M. and Van Dongen, J. (1997) 'Breast-conserving therapy vs mastectomy in early-stage breast cancer: a meta-analysis of 10-year survival.' *Cancer Journal from Scientific American 3*, 1, 6–12.
National Library of Medicine (2001) *Medical Subject Headings (MeSH)* (http://www.hlm.kih.gov)
Nelson, E. C. (1996) 'Improving health care, Part I: the Clinical Value Compass.' *Journal of Community and Quality Improvement 22*, 4, 155–166.
Prahalad, C. K. and Ramaswamy, V. (2000) 'Co-opting customer competence.' *Harvard Business Review*, January–February, 79–87.
Sermeus, W., Kearney, N., Kinnunen, J., Goossens, L. and Miller, M. (eds) (2000) *Wisecare, Workflow Information Systems for European Nursing Care*. Amsterdam: IOS-Press.
Spath, P. (ed) (1994) *Clinical Paths, Tools for Outcomes Management*. Chicago: American Hospital Publication.
Taylor, T. (2000) 'Understanding the choices that patients make.' In J. Geyman, R. A. Day and S. D. Ramsay (eds) *Evidence-based Clinical Practice: Concepts and Approaches*. London: Butterworth Heinemann.
Vanhaecht, K., Sermeus, W., Vleugels, A. and Peeters, G. (2002) 'Ontwikkeling en gebruik van klinische paden in de gezondheidszorg.' ('Development and use of clinical pathways in health care.') *Tijdschrift voor Geneeskunde*.
Wulff, R. (1996) *Het ontwerpen van ziekenhuisorganisaties, een onderzoek naar de organisatiestructuur van het algemene ziekenhuis*. Eindhoven: Technische Universiteit.
Zander, K. and Bower, K. (2000) *Implementing Systems for Managing Care*. Boston: Center for Case Management.

7. ZDROWIE, KOOPERATYWNE UCZENIE SIĘ I UPADEK PROFESJONALIZMU? INFORMACYJNY BAŁAGAN *(Joe Cullen)*

Salman Rushdie pewnego razu odniósł się do Internetu nazywając go, delikatnie mówiąc, 'informacyjnym bałaganem' (*information brothel*) (*Guardian* 1999). Obserwacja Rushdiego jest wyrazem ambiwalencji i pewnego podekscytowania establishmentu z rożnych środowisk (politycznego, socjalnego albo literackiego) często korzystających z nowych technologii. Historia technologicznej rewolucji jest historią dialektycznej walki między stosowaniem technologii przez rządzące elity, by utrzymać hegemonię a stosowaniem technologii, by wyemancypować tych, którzy są kontrolowani. Medycyna nie jest odporna na tą 'walkę o władzę'. Przez ostatnie trzy wieki, technologia zdrowia, albo dokładniej technologizacja zdrowia, była potężną siłą dla kontroli społecznej. Jak ujął to Foucault: „Medycyna, jako ogólna technika zdrowia, nawet więcej niż usługa dla chorych albo sztuka leczenia, zajmuje coraz ważniejsze miejsce w systemie administracyjnym i mechanizmie władzy (Foucault 1984, s. 283). Foucault zrównuje nagłe znaczenie osiągnięte przez medycynę w osiemnastym wieku z wzrastającą kontrolą państwa przez ekonomiczną regulację, publiczne nakazy i reguły higieny z powstawaniem ogólnej 'polityki zdrowia' (s. 278). Umożliwiło to państwu sprawowanie kontroli nad procesami demograficznymi, przez wyizolowanie rodziny z życia wspólnotowego i zaprzęgnięcia 'populacji' do politycznej gospodarki państwa. Równocześnie, państwowa profesjonalna praktyka medyczna i w rezultacie praktyka w tym obszarze, ukształtowała i sklasyfikowała ciało jako całość z jego funkcjami i światem życia towarzyskiego. Medyczna terminologia i leksykon wzmocniły oddzielenie medycyny od codziennego życia ludzi. Klinicyści zaczęli spełniać główną funkcję w upodmiotowieniu osób poprzez medyczne praktyki, przez pośredniczenie między procesami dominacji oraz procesami, przez które osoby podtrzymują swoją autonomię i kontrolują swoje ciało (Cullen 1998). Jednakże w „postmilenijnym" informacyjnym społeczeństwie, zwiększa się wiarygodność argumentu, że obecne pokolenie medycznej technologii – 'informatycy zdrowia' – zaczyna niszczyć podstawy władzy z 'polityką zdrowia' przez czynienie jej coraz bardziej możliwą do zrozumienia

dla laików, chcących odzyskać kontrolę nad swoimi ciałami i procesem subiektywizacji. W tym sensie, samozarządzanie zdrowiem przez każdą osobę zbliża się do interpretacji Foucault greckiego pojęcia *heautou epimeleia* – troski o siebie (Foucault 1984).

Ten argument wskazuje również na idee powstałe z pojęć takich jak 'dialogiczna refleksyjność'. Z nadejściem społeczeństwa informacyjnego, napięcia powstałe przez wzajemne oddziaływanie między państwem i rynkiem okazały się złożone. Według kilku pisarzy wynika to m.in. przez kompleksowość związaną z tym, co Habermas określa (1992) (oraz jak inni odnoszący się do Foucault) jako 'racjonalizację komunikacyjnej praktyki codziennego życia' (s. 138). Jako konsekwencja wzrastającej profesjonalizacji, odległość pomiędzy 'kulturą ekspertów' i resztą społeczeństwa szybko rośnie, tworząc kulturalne zubożenie społecznych relacji i odcięcie się od kulturowej tradycji'. Rola jaką gra nowa technologia komunikacji w tym procesie racjonalizacji jest złożona. Natychmiastowa globalna komunikacja, jak twierdzi Giddens (1994), skłania się do marginalizowania kulturalnej rozmaitości i tak wzmacnia się tendencja dla globalizacji, ograniczająca możliwości społeczności lokalnych oraz zdolność do rozwijania i wprowadzanie w życie ich własnych form społecznej aktywności. Skutkuje to tym, że osobista tożsamość staje się wysoce refleksyjna i codzienne 'eksperymenty z własnym ja' stają się nieodzowną częścią codziennych czynności, a te oparte są na informacjach pochodzących z różnych źródeł. Giddens dlatego podnosi kwestię, że rozmnażanie się społecznych ruchów i grup samopomocy w ostatnich latach bezpośrednio jest związane ze wzrostem społeczeństwa informacyjnego oraz odzwierciedla zarówno zwiększoną autorefleksyjność (samoodniesienie) jak i skutki natychmiastowej globalnej komunikacji. Takie ruchy odgrywają główną rolę w odzyskiwaniu władzy i wiedzy specjalistycznej od ekspertów, stanowią niemal antidotum dla 'dzielących praktyk' przedstawianych przez Foucault. Zwolennicy, tego dominującego obecnie poglądu, wskazują na inicjatywę polityki mającą na celu upełnomocnienie obywateli i pacjentów do podejmowania decyzji o zdrowiu i opiece zdrowotnej, co zresztą zostało wprowadzone w ostatnich latach w Zjednoczonym Królestwie (i szerzej w UE) jako dowód na wzrastające zaangażowanie zwykłych ludzi w społeczną konstrukcję zdrowia. Takie polityki zostały ukierunkowane głównie na 'wprowadzanie informacji do pracy' żeby poprawić skuteczność i wydajność Narodowego Systemu Zdrowia i ostatecznie zdrowie narodu. Dokument z 1998 *Informacja o Zdrowiu* (Ministerstwo Zdrowia 1998), proponuje kilka inicjatyw – dożywotnie Elektroniczne Kartoteki Pacjentów (EPR) dla każdego obywatela, ciągły dostęp do danych pacjenta i ewidencjonowaną praktykę oraz publiczny internetowy dostęp do informacji o zdrowiu, przez internetową i Cyfrową Interaktywną Telewizję. NHS zamierzał w ten sposób wypromować 'społeczeństwo informacyjne dla wszystkich' w odniesieniu do opieki zdrowotnej. To może zostać usytuowane w obszerniejszym kontekście polityki – na przykład integracji systemu zdrowia skoncentrowanego na pacjencie w ramach struktury e-rządu i jego miejscu w wizji rządu na temat integracji komunikacji (na przykład w Ministerstwie Handlu i Przemysłu 2000).

Główny element działań rządu w tym zakresie, Struktura Współdziałania e – Rządu (GIF) przewiduje, że wszystkie kluczowe rządowe usługi powinny być możliwe do zrealizowania elektronicznie do roku 2005 i dostępne przez wiele rozmaitych kanałów. Przeciw takiemu podejściu, prezentowany rozdział próbuje rzucić światło na dwa podstawowe pytania związane z informatyzacją zdrowia. Po pierwsze, czy nowe technologie zdrowia naprawdę umożliwiają wzięcie udziału w procesie 'troski o siebie'? Po, drugie, czy TIK przyczyniają się do konwergencji wiedzy i władzy w warunkach relacji pomiędzy lekarzami, innymi zdrowotnymi profesjonalistami i nieprofesjonalistami? Żeby przynajmniej w części udzielić odpowiedzi na te pytania, następująca dyskusja zostanie oparta na wielu badaniach i pracach nad rozwojem technologii, które autor przeprowadził w ostatnich latach na polu informatyki zdrowia. Pierwsza część poniższej dyskusji dotyczy bardziej szczegółowo tła polityki. Ta analiza jest poprzedzona krótkim streszczeniem typów systemów informatycznych dotyczących zdrowia aktualnie rozwiniętych i używanych w Zjednoczonym Królestwie jak i poza nim. Kilka typowych przykładów tych zastosowań jest analizowanych jako formy społecznych i organizacyjnych praktyk. Te są przedstawione poniżej w formie opisów albo mini-etnografii pokazujących, jak nowe technologie znajdują zastosowane w ich społecznych i organizacyjnych kontekstach. W końcu, w podsumowaniu zostanie podjęta próba nakreślenia wniosków w odniesieniu do tych dwóch kluczowych pytań. W dyskusji znajduje zastosowanie podejście hermeneutyczne do oceny informatyki zdrowia (Habermas 1984; Strydom 1987). Ten pogląd ujmuje informatykę zdrowia jak historycznie unikalny 'socjo-techniczny' i 'techniczno-ekonomiczny' paradygmat (Dosi 1988). Innowacje informatyki zdrowia (jej zastosowania) jako socjotechniczne artefakty, mogą być rozważone jako przestrzenie, które zawierają odrębne reprezentacje zewnętrznego środowiska, odzwierciedlające szczególną kulturową logikę. Ta kulturowa logika jest złożoną konfiguracją symbolicznych i konkretnych cech, które wywodzą się ze specyficznego socjokulturowego i historycznego kontekstu, w którym rozwija się opieka zdrowotna. Kulturowa logika będzie odzwierciedlała szczególną wizję społeczeństwa i jakie to społeczeństwo być powinno (m.in. europejskie programy badań i rozwoju technologii (RTD) takie jak np. AIM Systemy dla Programu Opieki Zdrowotnej – medyczna informatyka). Program RTD poparty przez Komisję Europejską na początku lat 90-tych odzwierciedla (przynajmniej co do zasady) pojęcie używania technologii zdrowia, by pokonać wykluczenie społeczne. Typowo, kulturowa logika innowacji – jej wewnętrzna reprezentacja z zewnętrznego środowiska – przyjmuje formę czterech głównych aspektów: technologicznego, ekonomicznego, instytucjonalnego i organizacyjnego. Te mogą obejmować, na przykład, wprowadzanie nowych form pokrycia kosztów dla realizacji opieki zdrowotnej, włączając nowe porozumienia między dostawcami usług zdrowia i nabywcami oraz wykorzystując systemy informacyjne szpitala by przeprojektować naturę pracy wewnątrz niego. Opisy poniżej reprezentują typowe wzory tej kulturowej logiki.

7.1. Tło polityczne dla informatyzacji zdrowia

Dynamiczna polityka informatyzacji zdrowia jest uprawiana przez zwiększanie presji na budżety pomocy społecznej jak również przez zmieniające się wzory zachorowań. Te naciski głównie są spowodowane przez: demograficzne zmiany mające wpływ na starzejącą się populację;
wzmocnienie konkurencji na rynkach międzynarodowych;
zmiany w pracy i rynkach zatrudnienia;
polityczne restrukturyzowanie systemów opieki zdrowotnej.
Innym czynnikiem jest powiększająca się przewaga 'wydatków na leczenie' (możliwa do uniknięcia w pewnym stopniu) warunkująca takie jednostki jak choroby wieńcowe, nowotwory i HIV/AIDS. W odpowiedzi na te czynniki, usługodawcy służby zdrowia chcą zrobić trzy najważniejsze rzeczy: ciąć koszty zaopatrzenia, poprawiać produktywność i wydajność oraz poprawić jakość usług opieki zdrowotnej. Jednym ze sposobów aby to zrobić, jest dostarczenie szerszej i lepszej informacji dla obywateli i pacjentów. Z jednej strony, aby promować efektywniejsze zachowania zdrowotne i zapobieganie chorobom i z drugiej, by umożliwić ludziom, dostęp do informacji co ułatwi im przejęcie odpowiedzialności i kontroli nad ich decyzjami dotyczącymi opieki zdrowotnej. Zyski ze skuteczności są głównie określane przez zmniejszone koszty pracy wynikające z poprawy wydajności w wymianie informacji i przekazywaniu zadań – od lepiej płatnego personelu do mniej płatnego personelu takiego jak pielęgniarki i ratownicy medyczni, zmniejszając długość pobytów w szpitalach przez wprowadzanie bardziej skutecznych medycznych i administracyjnych praktyk, ulepszając skuteczność przez wykorzystanie społeczności i samorządności w opiece zdrowotnej i w działaniach profilaktycznych. Na przykład, oceny w sieci informacji o HIV i systemach wsparcia sugerują, że regularne użycie takich usług może zmniejszyć średnią kosztów leczenia o około jedną trzecią (Gustafson 1993). Dzieje się tak ponieważ pacjenci stają się lepiej informowani swoim stanie zdrowia, będą mniej „panikować" kiedy wystąpią nowe symptomy, będą rzadziej korzystać ze specjalistów i doraźnej pomocy oraz ogólnie skuteczniej zarządzać swoim zdrowiem. Inaczej mówiąc, oszczędności poczynione na kosztach, zwłaszcza przy okazji chorób chronicznych, skorelowane z rezultatem lepszej informacji o zdrowiu, mogą być wymierne. Na przykład, w badaniu UNESCO wpływu AIDS na przemysłową gospodarkę Abidjanu, oszacowano, że strata produkcji przyczyniła się do 25 procent wszystkich przemysłowych kosztów i że AIDS przyczynił się do 31 procent zwolnień lekarskich i 23 procent wszystkich medycznych kosztów. Zyski wydajności są dostrzegane głównie jako wynik poprawy w zarządzaniu strumieniem informacji, zredukowanym dublowaniem się działań i eliminacją powtarzającego się wpisywania danych, ułatwioną, łatwiejszą i szybszą współpracą między różnymi profesjonalistami oraz szybką diagnozą prowadzącą do skrócenia czasu oczekiwania

dla pacjentów i złagodzenia obciążeń klinicystów. Zyski z poprawy jakości opieki są ukształtowane przez wzrost umiejętności, kompetencji i wiedzy profesjonalistów zdobywanych na szkoleniach „na odległość", poprawy opartej na doświadczeniach własnej praktyki, szerszej dostępności wsparcia specjalistycznego w podejmowaniu decyzji, dokładniejszej diagnozy, zarządzania opieką i administracją opieki oraz zmniejszenia skutków nierównego dostępu do zasobów zdrowia. Używanie technologii zdrowia do poprawy w obszarze koszt – skuteczność, wydajność i jakość opieki oznacza podstawowe zmiany w społecznych relacjach między dostarczycielami i konsumentami informacji dotyczącej zdrowia i usług. Zwiększa się w ten sposób udział pacjentów i obywateli, nie tylko w systemie dzielenia się informacją, ale też bardziej dogłębnie w aktywnym współdziałaniu z profesjonalistami zdrowia w „produkcji" wiedzy o zdrowiu – na przykład przez transformację ich prywatnej wiedzy płynącej z doświadczenia na „wyraźną" wiedzę opartą na praktyce. To wskazuje obszerniejszy cel: decentralizację opieki zdrowotnej – od działań kryzysowych do opieki podstawowej i usług dotyczących zdrowia osobiście zarządzanych. Wymaga to przejścia od koncentracji na opiece medycznej i reakcji na kryzys, do nacisku na opiekę zdrowotną i zapobieganie chorobom. Skutkiem, jak się zakłada, będzie zwiększające się zaangażowanie zarówno w zapobieganie chorobom jak i w aktualnie realizowanych praktykach przez wtórnych usługodawców, takich jak szpitale. Dlatego polityka ma na celu promocję redukcji kosztów dla okresowej opieki np. szpitalnej i wzrost nakładów na ciągłą, długotrwałą troskę o zdrowie. To oznacza mniej pobytów w szpitalu i więcej pacjentów przyjmowanych „z zewnątrz" oraz samoistnie organizowaną opiekę, odejście daleko od indywidualizacji do społeczności, przełamywanie instytucjonalnych i organizacyjnych struktur bazujących na tradycyjnym autorytecie klinicystów i ruchu w kierunku równiejszej, opartej na pacjencie relacji. Taki był też zamiar, by wypromować lepszy i równiejszy dostęp do zasobów zdrowia i szans na dobre życie. Jednakże, niektórzy komentatorzy argumentują, że system opieki zdrowotnej staje się dużo bardziej zasobny i że jest możliwe, że nadal będzie istniało zróżnicowanie i nierówność w dostępie do usług (Gott 1995).

7.2. Typologia systemów informatyki zdrowia

Jak już wspomniano, informatyka zdrowia ucieleśnia szczególne wizje dla opieki zdrowotnej. Znajduje wyraz w formie zastosowanych systemów – określone socjotechniczne konfiguracje albo scenariusze platformy dostawy, narzędzi i usług. Te scenariusze mogą być zasadniczo podzielone na dwie główne grupy: infrastruktura komunikacji oraz produkty i usługi (Cullen 1998), które będą omówione poniżej. Scenariusze infrastruktury komunikacji odzwierciedlają założenia o rozwoju 'autostrad informacji' i ich wpływie

na przestrzenne oraz organizacyjne grupowanie usług opieki zdrowotnej. Trzy ogólne scenariusze zwykle są wymieniane przez ekspertów:

- Komunikacja wewnątrzszpitalna oparta na sieciach lokalnych (LANs) i intranecie. Te są głównie utożsamiane z rozpowszechnionym użyciem systemów informacyjnych szpitala (HISs) i elektronicznymi danymi pacjentów (EPRs) by zarządzać zarówno kliniczną jak i organizacyjną administracją placówek opieki zdrowotnej.
- Połączenia między członkami opieki zdrowotnej w regionalnym kontekście, bazowały na LANs, regionalnych sieciach (WANs) i stołecznych sieciach (MANs) – jak również włączając klienta – serwer do używania Internetu. Ten scenariusz unaocznia regionalizację opieki zdrowotnej, by dostarczać dostęp do usług bazujących na wspólnych usługach biegnących dalej na integracyjnych platformach, żeby wypromować współpracę pomiędzy najważniejszymi i wtórnymi dostarczycielami opieki, monitorowania zdrowia społeczności i usługi informacji i domowej teleopieki.
- Super-regionalna komunikacja bazująca na WANs, zawierając Euro-ISDN. Ten scenariusz jest realizowany przez potrzebę większego i bardziej efektywnego rozpowszechniania nowych diagnoz, terapeutycznego podejścia oraz wzmacnia współdziałania pomiędzy 'centrami doskonalenia' takimi jak: szkoły medyczne, bardziej niż na „gruncie" klinicystów.

Scenariusze dotyczące produktów i usług odzwierciedlają sposoby organizacji socjotechnicznych systemów skupionych dookoła wspólnego 'obrazu innowacji'. Obejmują one konfiguracje technologicznych platform, instytucjonalnych przygotowań, współpracy między grupami użytkowników (dostawcami i nabywcami opieki zdrowotnej, dostawcami usług informacyjno-komunikacyjnych, lokalnych, regionalnych i narodowych władz, klinicystami i kierownictwem opieki zdrowotnej). Z przeglądu literatury i konsultacji z ekspertami, można zidentyfikować sześć ogólnych obszarów:

- Systemy zapamiętywania i wyszukiwania informacji, takie jak elektroniczna karta pacjenta (albo, coraz częściej, „dożywotnie" zapisy zdrowia) ułatwiają integrację danych pacjenta, którego dane zawarte były u różnych dostawców usług; karty magnetyczne do przechowywania indywidualnych danych pacjenta, jego medycznej historii i ubezpieczenia oraz dane z ubezpieczenia społecznego,
- Systemy zarządzania zasobami: te ułatwiają koordynację i zarządzanie strumieniami informacji oraz działań w zarządzaniu placówkami opieki zdrowotnej. Takie systemy są typowo wykorzystywane jako systemy zarządzania szpitalem (HISs).
- Wspomagające decyzję i współpracujące systemy robocze dla profesjonalistów opieki zdrowotnej: obszary zastosowań zawierają systemy oparte na wiedzy; sieci multimediów dla diagnozy i leczenia takich stanów jak np. epilepsja, systemy do promowania i rozpowszechniania badań oraz nowych technik w obszarze onkologii.

- Regionalne sieci i systemy integracji usług: te zwykle skupiają się na rozwoju wspólnych systemów usługi, wykorzystując architekturę otwartych systemów w celu promocji zarówno technicznej jak organizacyjnej integracji.
- Scenariusze „teleopieki" ucieleśniają pojęcia realizowania opieki zdrowotnej przez czas rzeczywistego diagnozowania na odległość, chirurgiczne, medyczne i terapeutyczne konsultacje oraz telemedycynę nagłego wypadku. Kierowane są szczególnie tam gdzie występują problemy z dostarczaniem opieki zdrowotnej do odległych i mobilnych grup klientów.
- Scenariusze „telezdrowia" podążają za logiką rozprzestrzeniania się i dostępności bazy wiedzy dla obywateli w wyniku uniwersalnego dostępu do infostrady. Zawierają automatyzowany monitoring zdrowia społeczności i ocenę a także promocję zdrowia i zapobieganie chorobom używając w tym celu publicznego dostępu do systemów multimedialnych.

Aktualny stan w Europie i północnej Ameryce aplikacji dotyczących zdrowia i usług pokazuje obraz nierówności w rozwoju i rozpowszechnianiu, dyktowany głównie przez koszty i dostępność. Podobnie, społeczne i narodowe sieci używające cyfrowej interaktywnej telewizji (DiTV) nadal są w fazie pilotażowej. W związku z dostawą mechanizmów (systemy oprogramowania etc.) główna koncentracja wysiłku położona była na rozwój i rozpowszechnianie PACS (systemy archiwizowania obrazu i komunikacji), elektroniczne karty pacjentów i systemy informacyjne szpitala.
W rzeczy samej, ścieżka rozwoju informatyki zdrowotnej odzwierciedla rosnącą dojrzałość i dominację hierarchicznych systemów, których głównym celem jest konwersja papierowych kart pacjenta i administracyjnych systemów informacyjnych do formatu cyfrowego. Innymi słowy, zdają się skupiać na realizacji tego, co Foucault nazwałby „kodyfikacją i klasyfikacją" (1984, p.280)" raczej niż na tworzeniu przestrzeni, w której pacjenci i obywatele mogliby zaangażować się w „samodzielne praktykowanie samego siebie" (s. 362). Poniżej analizujemy ten motyw z odniesieniami do studiów przypadków.
Zasadniczo, ścieżka rozpowszechniania informatyki zdrowia odzwierciedla pojawianie się dojrzałości i dominacji 'szczytu' systemów, które głównie są zamierzone aby zmienić papierowy system rejestracji pacjenta i systemy administracyjnej informacji na cyfrowy format. Inaczej mówiąc, one ukazują się by wzmacniać to co Foucault określiłby 'kodyfikacją i klasyfikacją tematów' (1984, s. 280) niż tworzyć przestrzeń dla zaangażowania pacjentów i obywateli w 'praktyki własnego ja' (s. 362). Badamy ten temat poniżej na podstawie kilku przykładów badania przypadku.

7.3. Telediagnoza i praca oparta na współdziałaniu

Imiona w tym przykładzie zostały zmienione, by zachować anonimowość. Pan H. jest doradcą, który kieruje oddziałem nagłych wypadków dużej stołecznej kliniki akademii medycznej. Pan H odkrył telemedycynę przypadkiem, na konferencji w Houston, w Teksasie i natychmiast został jej entuzjastą. W drodze powrotnej do domu, pan H część środków jego oddziałowego budżetu inwestuje w bardzo wydajny system telekonferencyjny, tak by połączyć główne „miasteczko uniwersyteckie" szpitala z mniejszymi, odległymi jednostkami w promieniu około pięciu kilometrów. Jestem na końcu tego systemu – w biurze Pana H – w którym ekran wideo dużej rozdzielczości daje widok z lotu ptaka na jeden z pokojów konsultacyjnych w mniejszej jednostce pomocy medycznej. Widok został zaciemniony przez 'zamazany ekran', z tyłu którego pacjent jest obsługiwany przez dwóch lekarzy i pielęgniarki. Słabe i niezrozumiałe dźwięki wydobywają się z głośników umieszczonych na biurku Pana H. niecierpliwie reguluje głośność, puka w interkom i mówi do mikrofonu. Nie ma żadnej odpowiedzi. Tylko odgłos metalu i uspokajający szmer głosów pielęgniarek dobiega przez maszynę. Decydujemy się zejść do części kontrolnej, by zobaczyć na własne oczy. Jesteśmy tam serdecznie witani przez dwie pielęgniarki, Penny i Angelę, które są w trakcie wykonywania rutynowego badania możliwego polipa w nosie. Pacjent, kobieta w średnim wieku pochodzenia azjatyckiego, wydaje się odprężona. Pytam Pana H, czy jego klienci uważają proces telemedycyny za zbędny. 'Wcale nie, ' – odpowiada. 'Oni uważają to wszystko za bardzo interesujące, nieprawdaż? ' mówi, poklepując pacjenta z roztargnieniem po udzie, na swój dobroduszny sposób. Wyjaśnia później, że pacjentom naprawdę podoba się ten pomysł. Są bardzo spokojni wiedząc, że im towarzyszy, nawet jeśli to jest pięć kilometrów stąd. Teraz spędzają dużo mniej czasu w oczekiwaniu na wizytę i dostają możliwość dostępu do lepszej jakości wiedzy specjalistycznej. Lekarskie i pielęgniarskie regulaminy postępowania zawarte w bazie danych w sieci jednostki, potwierdzone przez system ekspertów, są tam by zapewnić, że lekarze i pielęgniarki wiedzą dokładnie co zrobić w trudnej albo niejasnej sytuacji. Naprawdę, mówi (Pan H), pacjenci, szczególnie ci pochodzenia azjatyckiego, którzy stanowią znaczną część klientów, są tak „na bieżąco" z komputerem w domu, że nie traktują takiego wyposażenia jako niezwykłego. Później, kiedy Pan H wrócił do miasteczka uniwersyteckiego, rozmawiam z pielęgniarkami. Wyznają, że zamazany ekran i problemy z dźwiękiem nie były nietypowymi wydarzeniami. Okazuje się, że takie rzeczy czasami służą jako dogodne strategie by powstrzymać Pana H przed zbyt głęboką ingerencją. Kiedy początkowo technologia została zainstalowana, obecność doradcy, nawet w wirtualnej formie, i baza danych regulaminów były podstawowymi mechanizmami wsparcia. Nawet gdy zyskano więcej doświadczenia i personel stawał się bardziej kompetentny, czasami odczuwano tę wirtualną obecność jako stresującą. Tak więc m.in. Penny

i Angela są w stanie pracować daleko, z lub bez doradcy przy nagłych wypadkach i przyjmują wiele zadań zawierających rozdawanie leków czy używanie protokołów baz danych. Pielęgniarki „telemedycyny" skutecznie pracują w swoim własnym rytmie, podświadomie tworząc swoistą subkulturę, która jest inna niż kultura pielęgniarstwa „głównego nurtu" w typowych szpitalach. W dodatku, pielęgniarki zostały awansowane na wyższy stopień w skali płac. To stworzyło pewne oburzenie wewnątrz 'głównego nurtu' załogi pielęgniarek. Dodatkowe tarcie wywodzi się z nastawień niektórych doradców i starszych lekarzy, którzy czują się zagrożeni przez wkroczenie na ich 'teren'. Jednakże, jeśli wirtualna jednostka odnosi sukcesy, inne załogi zaczynają widzieć wartość w posiadaniu pielęgniarek, które pełnią takie role. Dzięki takiej innowacji nacisk na młodszych lekarzy w sytuacji nagłego wypadku zmniejszył się. Pielęgniarki w szpitalu zaczynają się interesować nabywaniem umiejętności i doświadczeń przez pracę w wirtualnej placówce. Niewątpliwie, w tym przypadku, informatyka zdrowia prowadzi do znaczących zmian i przeorganizowania profesjonalnych ról i praktyk – czasami niespodziewanych i niezamierzonych. Ale czy to jest działanie oparte na współpracy? Kiedy odchodziłem, Penny i Angela kończyły dokumentację którą miały zaprezentować na konferencji o telemedycynie gdzieś na Dalekim Wschodzie. Nie powiedziały panu H nic na ten temat. Ten przykład wirtualnej jednostki do mniej poważnych problemów medycznych pokazuje ogólną ekspansję w realizacji usług zdrowia przez pielęgniarki, zawodów paramedycznych i innych jednostek opieki. Zadanie, takie jak „mniejsze" chirurgiczne procedury dawniej były ściśle ograniczone do klinicystów. Informatyka zdrowia wyraźnie przyspiesza tę sukcesję profesjonalnej władzy, która jest w trakcie przeorganizowywania istniejących procedur, takich jak rozwijanie i akredytacja pielęgniarskich umiejętności. Jednakże, zmiana w istniejących praktykach pracy, nowe zawody i procedury narzucone przez „telematykę"[23] spowodowały problemy. Te problemy wiążą się głównie z lękami o umiejętności i profesjonalizm.

> Niektórzy specjaliści, którzy zostali poproszeni, by wziąć udział w medycznym obrazowaniu poprzez sieć są przestraszeni, że to zabierze im pracę. Ale oni się mylą, ponieważ telemedycyna jest oczywistym postępem. Nie po to powstała by drażnić ich albo zabrać im pacjentów. Oni nie rozumieją, że taki system ich odciąży, pacjenci nie będą musieli jeździć daleko i że to jest naprawdę ważne. Będą mieli więcej czasu, by operować, by zająć się pacjentem, myśleć o chorobie pacjenta i w końcu udzielić opinii. To jest duży problem. (Doradca zaangażowany w rozwój systemu telekonsultacji dla neurologii zacytowany w Cullen i inni 1998, s. 43).

23 Pojęcie „telematyka" odnosi się m.in. do zautomatyzowanych, opartych na informatyce systemów zarządzania zadaniami, infrastrukturą, organizacją i ich wewnętrzną integracją.

Ogólnie odkryliśmy, że wprowadzenie nowych technologii tworzy pewne „turbulencje" w kulturze pracy i w organizacji.

Można zidentyfikować trzy kluczowe modele organizacyjnego przeprojektowania związanego z wprowadzeniem informatyki zdrowia do środowiska szpitala i grup praktyki. W pierwszym modelu, mamy do czynienia z rozluźnieniem linii rozgraniczenia, które promują współpracę między lekarzami różnych dyscyplin.

Drugi model sugeruje że informatyka w obszarze zdrowia generuje początkowy opór i wrogość, które zmieniają się w pozytywną organizacyjną zmianę gdy struktura zaczyna się przystosowywać. Trzeci model zakłada, że innowacja działa jako zwarty organizacyjny podsystem w szerszym organizacyjnym kontekście. Jako przykład pierwszego modelu, TEAM (Tele – Edukacja i Medycyna) jest walijski projekt prowadzący niskobudżetową telefonię wideo PC stworzony by dostarczyć usługi dermatologiczne dla terenów wiejskich i usługi edukacyjne dla lekarzy i pielęgniarek w ich własnych gabinetach, w regionie Powys. W tym przypadku (w dermatologii), wprowadzenie telekonsultacji i nauczania na odległość dostarczyło katalizatora dla bardziej ścisłej współpracy między wieloma dyscyplinami zdrowia, włącznie ze specjalistami, lekarzami pierwszego kontaktu, wizytatorami i pielęgniarkami. Telekonsultacja może też wywoływać opór profesjonalistów, który może nasilić się w wyniku rozrastania się procedur stosowanych w celu rozpoznania wymaganych umiejętności przez lekarzy, używających nowych technologii. Odwrotnie, jednakże, taki opór może służyć jako katalizator dla zmiany jako że wartość innowacji staje się bardziej widoczna przez jej ciągłe użycie.

W trzecim modelu organizacyjnego wpływu, innowacja zajmuje swoją własną organizacyjną subprzestrzeń w szerszym organizacyjnym środowisku. Chociaż innowacja jest w praktyce ograniczana do jakiegoś głównego miejsca w instytucji (dostarcza usług dla sprawnego działania organizacji), to może działać zgodnie ze swoimi własnymi 'operacyjnymi i transformacyjnymi regułami'. Dobrym przykładem jest system informacyjny szpitala DIOGENE (Jednostka Cyfrowego Obrazowania, Uniwersyteckiego Szpitala w Genewie) uruchomiony w 1978, w Genewskim Szpitalu Uniwersyteckim. Pierwotnie, celem DIOGENE było zainstalowanie systemów informatyki zdrowia w około stu salach szpitalnych. W 1985, decyzja została podjęta, by 'przenieść' system od głównych komputerów (*mainframes*) do osobistych „pecetów". Ten proces migracji, pierwotnie zaplanowany na trzy lata, był zakończony w 1995 roku, po siedmiu latach pracy oraz kosztował pięć milionów dolarów. Taka jest złożoność i skala tych działań, że wywołało to 'systemową zależność , w szpitalu. Kiedy technologia zawodzi, poziom zakłócenia funkcji szpitala jest wysoki. W tym samym czasie, DIOGENE wydaje się odseparowany, w sensie organizacyjnym, od kultury szpitala. Został stworzony i utrzymywany przez wielu specjalistów, techników. Istnieją oznaki, że gdy liczba pracowników maleje a technicy stają się starsi, wiedza o systemach będzie się „kurczyć", co może w przyszłości tworzyć problemy organizacyjne.

7.4. SEZAMIE, otwórz się – 'karty smart', farmaceuci i kodeks napoleoński

We Francji, rząd wprowadził plan modernizacji gromadzenia danych dotyczących zdrowia, cenników recept i procedur zwrotu kosztów przy użyciu kart 'smart'. SESAME/VITALE jest systemem zabezpieczonych elektronicznie transakcji między profesjonalistami z obszaru służby zdrowia i towarzystwami ubezpieczeniowymi. Ten proces wykorzystuje system 'kart smart' obejmujących mikroczipową kartę CPS (Carte Professional Sante), czytnik karty, terminale i czytniki kodu kreskowego aby umożliwić farmaceutom odczytanie elektronicznego kodu leku na receptach. Uczestniczący w opiece zdrowotnej profesjonaliści muszą podpisać kontrakt z ich miejscowym Zakładem Ubezpieczeń Społecznych, tak by nabyć autoryzowane wyposażenie i program do fakturowania, który jest sprzedawany dostarczycielom ochrony zdrowia przez sklepy zatwierdzone przez Państwowy Zakład Ubezpieczeń Społecznych. W ten sposób, inwestycja kapitałowa umożliwiająca korzystanie z technologii karty magnetycznej, która jest wprowadzona na poziomie krajowym (a docelowo w całej Europie), jest podtrzymana przez nowe formy uzgodnień między władzami krajowymi i dostarczycielami usług opieki zdrowotnej. W rezultacie, procedury pokrycia kosztów zaopatrzenia są przeprowadzane przez elektroniczne transakcje włączające współpracę między dostarczycielami, państwowym systemem ubezpieczeń społecznych i prywatnymi ubezpieczycielami. Uznać tu należy naturalny postęp od scentralizowanego systemu zdrowia zapoczątkowanego i opartego na kodeksie napoleońskim. Jednym z aspektów tej innowacji jest przyjęcie nowego podejścia – zarządzanie działaniem między dostawcami usług, takimi jak lekarze pierwszego kontaktu, farmaceuci i agencje rządowe. Lekarze są zachęcani przez agencje rządowe do nabywania sprzętu komputerowego, żeby utrzymać ich 'pozycję rynkową' wśród pacjentów i równocześnie muszą przyjąć część odpowiedzialności, będącej kiedyś udziałem agencji zajmujących się zdrowiem. Rzeczywistość, jednak, jest taka, że 'zachęta' ta wydaje się bardziej być „kijem" niż marchewką. Za ilustrację niech posłużą słowa pewnego farmaceuty: Osiemdziesiąt procent farmaceutów zapłaciło za ich system informacyjny. Profesjonaliści zdrowotni są karani jeżeli odmawiają „poddania się" komputeryzacji. Nie każdy chce zostać skomputeryzowany zwłaszcza jeżeli sam ma za to zapłacić. Zdecydowanie brakuje tu wyboru i wolności. (Cullen i inni 1998, s. 51). Jak zostało pokazane przez przykład SESAME/VITALE, projektowanie zawierające modyfikację istniejących ról, zwykle oznacza przyjęcie dodatkowej odpowiedzialności przez lekarzy, również dla technicznych i administracyjnych kwestii związanych z wprowadzeniem nowych technologii. Ogólnie, tylko jako wtórny skutek promuje to powiększającą się współpracę między różnymi profesjonalistami zdrowia. Jak SESAME/VITALE pokazuje, w wielu przypadkach, założenie o nowych technicznych (szczególnie dla lekarzy) i administracyjnych rolach w stosowaniu systemów informatyki zdrowia (np. takich jak elektroniczne zapisy wizyt

pacjentów) rozwinęło się bez jakichś nowych zasobów dostępnych w przypadku realizacji dodatkowych zadań. Na przykład, inicjatywa MEDLINK, włączając wprowadzenie usługi teleradiologii w Finlandii, oznaczała większe obciążenie dla rentgenologów jako, że stawali się coraz bardziej uwikłani w administracyjno- techniczne wsparcie systemów oraz dla specjalistów i pielęgniarek, którzy musieli przetwarzać wygenerowane dane. Te zwiększone zakresy odpowiedzialności zostały wprowadzone bez dodatkowych dostępnych zasobów, z wyjątkiem możliwości szkolenia. Kiedy projektowanie pracy rozwija się w sposób, któremu nie towarzyszą działania kompensacyjne (na przykład w kwestii wynagrodzenia), wtedy wpływ wprowadzania e-opieki zdrowotnej może być postrzegany negatywnie, jak pokazuje to przypadek SESAME/VITALE.
Przykład ten również odzwierciedla znaczące zmiany w usłudze opieki zdrowotnej, co jest związane z wprowadzeniem informatyki zdrowia. Zdaniem pewnego farmaceuty:

> ‚Farmaceuta przejął trochę pracy związanej ze społecznym bezpieczeństwem i nie zostało mu zapłacone za to dodatkowe obciążenie. Nie mówi się też, że będzie zapłacone' (Cullen i inni 1998, s. 42).

Zdanie farmaceuty „pobrzmiewa" wśród lekarzy ogólnych:

> Nie było żadnych rozmów o sposobach płatności uczestniczących profesjonalistów zdrowia w związku z ich dodatkowym obciążeniem stworzonym przez komputeryzację z praktyką lekarską i nową praktyką utworzoną przez zastosowanie systemu. Przeciwnie, profesjonaliści zdrowia muszą zapłacić za ich własną komputeryzację. Chociaż byłem skomputeryzowany od roku 1989, odmówiłem włączenia się do planu SESAME/VITALE, ponieważ organizatorom brakowało wizji co oznacza to dla medycznej profesji i jak podejść do kwestii zwiększonego obciążenia (Cullen i inni 1998, s. 42).

Zasadniczo, z systemem kart 'smart', dostarczyciele opieki zdrowotnej są nagradzani bardziej przez wartość korzyści niż przez dochód zgromadzony bezpośrednio od konsumentów usług opieki zdrowotnej (w wyniku bezpośredniej płatności). Te korzyści są wyprowadzone z dwóch głównych źródeł. Po pierwsze, jako rezultat zachowywania i rozszerzania konsumenckiego 'udziału w rynku'. Większość podmiotów realizujących usługi zdrowotne, używających aplikacji informatyki zdrowia (elektroniczne zapisy pacjentów, możliwość telekonsultacji itp.) oferują swoim pacjentom usługi dostarczane w krótszym czasie, z lepszym dostępem do profesjonalistów i dają większy wybór. Po drugie, korzyści wywodzą się z powiększania wydajności dostarczanych usług. Elektroniczne zapisy pacjentów, karty 'smart', systemy informacyjne szpitala w znaczny sposób poprawiają całkowity zwrot kosztów. Koszty i korzyści z informatyki zdrowia będą definiowane

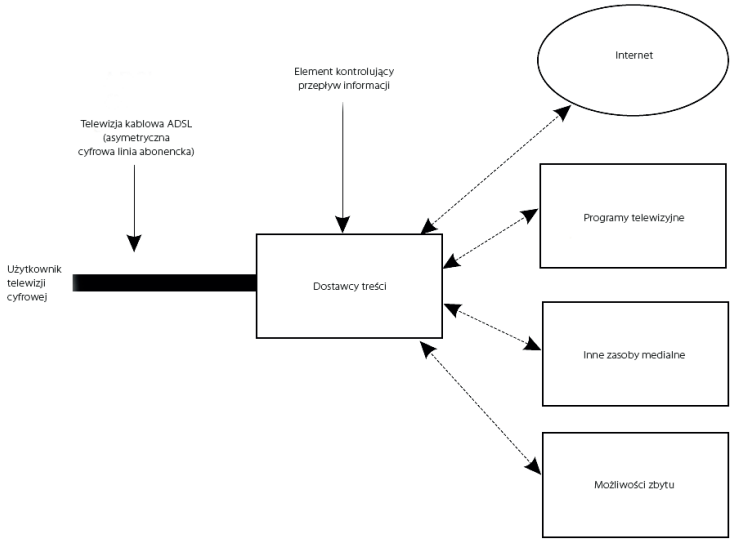
w różny sposób, według szczególnego łańcucha wartości, związanego ze specyficznym środowiskiem i zrzeszonymi wokół niego użytkownikami (Kirby 2000; Somer 1994). Wprowadzenie informatyki zdrowia na dużą skalę (typowo wprowadzone na poziomie narodowym np. systemy takie jak SESAME/VITALE), nieuchronnie oznacza wysokie koszty inwestowania i rozwoju infrastruktury, wyposażenia, oprogramowania i administracji. Popierane są wskazywanymi korzyściami dla narodowego realizowania opieki zdrowotnej, uświadamiają nam jaki będzie skutek zwiększonej wydajności w administracji i innych aspektach funkcjonowania systemu.

Dla kontrastu, zarówno ogólne jak i spersonalizowane systemy są najbardziej zmiennymi kosztami dla organizacji. Wprowadzenie na dużą skalę ogólnych systemów mających pomóc w prowadzeniu dużego szpitala może oznaczać konkretny rozwój i koszty, na przykład 5.2 milionów Euro by zainstalować centralny system informacyjny szpitala przy rocznym budżet obsługiwania go w wysokości 7.5 miliona Euro. Na drugim końcu skali, aplikacje typu 'zrób to sam', które były przystosowane do wyłącznego korzystania mogą oznaczać koszty znacznie mniejsze np. 70,000 Euro i pociągać za sobą minimalne koszty działania, zwykle włączając tylko abonament za linię ISDN. Co ważne, SESAME/VITALE i inne podobne systemy informatyki zdrowia, nie tylko są po to by generować organizacyjną zmianę w usługach zdrowia, ale również razem tworzą nowe instytucjonalne spółki partnerstwa publiczno-prywatnego (PPPs). Na przykład, znaczne zainteresowanie towarzyszyło przedsiębiorstwom farmaceutycznym i użyciu zarówno Internetu jak i interaktywnej cyfrowej telewizji jako mechanizmu dla rozszerzania ogromnego potencjalnego rynku produktów przedsiębiorstw. W ostatnim Amerykańskim Sprawozdaniu Komitetu Handlowego (*USA Today* 2000), oficerowie śledczy rządu US konkludowali, że praktyki cenowe i 'podnoszenie cen' kosztuje dostarczycieli usług zdrowia i pacjentów ponad 1 miliard dolarów rocznie. Obywatele US coraz częściej zaopatrują się w farmaceutyki poza aptekami, aby w Internecie uzyskać dostęp do leków, które są znacząco tańsze albo niedostępne na receptę. Zarówno agencje rządowe i przedsiębiorstwa farmaceutyczne dlatego wyrażają zainteresowanie kontrolowaniem dostępu do niektórych leków na receptę. Mechanizm cennika obejmuje złożony łańcuch zmiennych wartości. Na przykład, banery reklamowe stron internetowych biur podróży, mogą odsyłać użytkowników zarówno do agencji zdrowia publicznego, miejsc gdzie udzielane są informacji, np. o szczepieniach koniecznych podczas podróży zagranicznych oraz do przedsiębiorstw dostarczających produkty takie jak płyny do opalania i środki przeciw chorobom w podróży.

Cyfrowa telewizja (DiTV) jest technologią konwergencji, która jest łącznikiem dla tego typu łańcucha wartości, ponieważ uwzględnia integrację z różnymi formami zawartości. To zostało zobrazowane na rysunku 7.1. Użytkownik DiTV będzie wyposażony w zawartość przez dostawcę. Ta zawartość może pochodzić od przedsiębiorstw produkcji telewizji, Internetu albo innych mediów. To zakłada zakres możliwości dla finansowania usług. Ale czy prowadzi do wzrostu możliwości decyzji i większego upodmiotowienia

dla pacjentów i obywateli? Tylko, wtedy jeżeli jest zapotrzebowanie na poważną współpracę między różnymi instytucjami. W następnej części, spojrzymy na przykład systemu informatyki zdrowia, który usiłował utworzyć takie współpracujące środowisko.

Rysunek 7.1. Konwergencja treści i łańcuch wartości w Internecie



7.5. SEAHORSE – upodmiotowienie dla nosicieli HIV i ludzi chorych na AIDS

SEAHORSE powołano dla wsparcia, upodmiotowienia i świadomości dla HIV/AIDS poprzez badania i wzajemne wsparcie online. Miało to na celu powstanie europejskiej sieci zasobów informacji i wiedzy na temat HIV/AIDS w formie 'rozwijającej się bazy wiedzy' – znanej jako system zarządzania zbiorem informacji (IRM) dostępny przez Internet. SEAHORSE może najlepiej zostać opisany jako współpracujący system zarządzania wiedzą na temat produkcji systemu zarządzania z systemem opieki zdrowotnej. Praca IRM następuje przez używanie 'metadanych'. Użytkownicy otrzymują wszechstronną bazę danych z zarówno istniejących zasobów internetowych i celowo pozyskiwanego materiału (np. dane tworzone specjalnie dla tego systemu). Przeglądarka umożliwia nawigację w zasobach bazy wiedzy. Zarejestrowani użytkownicy mogą przyczynić się bezpośrednio do kreowania zawartości poprzez przeglądanie i komentowanie istniejących stron internetowych i artykułów, sugerować nowe zasoby internetowe i dodawać swoje własne artykuły. Dzięki temu rozwija się zawartość a materiały stale są oceniane przez użytkowników tworząc swego rodzaju 'elektroniczne pieczęcie aprobaty' (SOAPs) dla zasobów.

W dodatku, rozwijane były dwie wspomagające aplikacje: Interakcyjne Narzędzie Monitorowania (IUMT) i Wymiana Klinicznej Informacji (teraz nazywana Profesjonalną Wymianą Informacji na temat Zdrowia). IUMT jest narzędziem opartym na sieci, które pobiera ilościowe i etnograficzne dane o użytkownikach i lokalizuje w programie SEAHORSE. IUMT pozwala ludziom z HIV/AIDS na wprowadzanie ich danych dotyczących leczenia, stylu życia, osobistych itp. oraz otrzymać jakąś reakcję która wesprze zmianę stylu życia i zachowania. IUMT w SEAHORSE był też powiązany z Profesjonalną Wymianą Informacji o Zdrowiu, która pozwala dzielić się informacjami z innymi użytkownikami przez grupy dyskusyjne i daje dostęp do sieciowych baz danych. Dane z IUMT stały się dostępne dla lekarzy, opiekunek i innych podmiotów, żeby wypromować wspólne zarządzanie zdrowiem dla ludzi żyjących z wirusem. Kluczowym celem projektu było zbadanie potencjału zbieranych danych poprzez interakcyjne funkcjonalności SEAHORSE. Po pierwsze, aby umożliwić farmaceutycznym przedsiębiorstwom dostarczającym przeciwwirusowe leki dla ludzi z HIV/AIDS osiąganie zysków z bogatej bazy dowodów powstałych dzięki doświadczeniom użytkowników i aby dostarczyć podobnych danych dla agencji rządowych monitorujących rozpowszechnienie HIV/AIDS i koszty usług leczenia i zapobiegania. Takie narzędzia i aplikacje zostały przetestowane i przedstawione w siedmiu miejscach pilotażu, z których każdy odzwierciedla różne scenariusze dotyczące użytkownika oraz organizacyjne scenariusze i różne modele opieki. W Zjednoczonym Królestwie SEAHORSE wsparł model 'zintegrowanej opieki' przyjęty przez London Lighthouse – organizację pozarządową (NGO) zapewniającą dzienną opiekę, wsparcie domowe i „drobne" usługi dla ludzi żyjących z HIV i AIDS. W Bukareszcie, usługi wspierania zdrowia skoncentrowały się na dowartościowaniu pracy organizacji pozarządowych (NGOs) i profesjonalistów zdrowia pracujących z rodzinami 10,000 dzieci mających wirusa – przez umożliwianie im dostępu do m.in. najnowszych danych z antywirusowej terapii. Stąd organizacje pozarządowe i profesjonaliści z obszaru zdrowia służą jako pośrednicy, używający informacji zawartych w bazach SEAHORSE, by rozwinąć swój własny system dystrybucji – używając do tego typowo konwencjonalnych środków, takich jak ulotki. Celem SEAHORSE miało być ułatwienie powstawania prawdziwej wiedzy opartej na współpracy między ludźmi żyjącymi z HIV/AIDS – włączając w to ludzi żyjących z wirusem, ich opiekunów oraz rodziny i profesjonalistów zdrowia. SEAHORSE jest przeznaczony do rozwijania 'społeczności użytkowników, indywidualnych członków, którzy charakteryzują się czymś, co mogłoby zostać nazwane jako 'podwójna narodowość'. Z jednej strony, użytkownicy są konsumentami informacji. Z drugiej, oni są również dostawcami wiedzy – na przykład pozwalają osobom w podobnej sytuacji dzielić się doświadczeniami związanymi z używaniem szczególnych połączeń leków. Ponieważ zasób informacji w SEAHORSE jest stale rozwijającą się bazą wiedzy, która jest wzbogacana przez samych użytkowników, we współpracy zarówno z osobami w podobnej sytuacji, projekt jest nacelowany na sprzyjanie 'upodmiotowieniu (upełnomocnieniu)

społeczności' w projektowaniu, wprowadzaniu, monitorowaniu i ocenie w zakresie interwencji w zdrowie. To podejście 'dialogu dla zdrowia' wspierane jest myśleniem o szerszym kontekście zdrowia – na przykład w sensie relacji między dobrostanem, kapitałem społecznym, ilością mieszkań socjalnych a ekonomicznymi i środowiskowymi udogodnieniami. Ponadto, powstawanie wiedzy opartej na współpracy i zawartość pojęcia zarządzania leżące u podstaw technologii SEAHORSE jest 'uczeniem się opartym na współpracy'. Nauka oparta na współpracy jest jakby 'nadawaniem sensu' (Weick 1995). Dotyczy uczenia się jako 'trybu powiązania między działaniem a skutkiem' (Lave i Wenger 1991). To tworzy kontekst, w którym osoby mogą stać się członkami grupy i nabyć jej konkretny język, składnię oraz podzielać wartości, które zwiążą ich ze 'społecznością' – czy będzie to organizacja pozarządowa, 'społeczność z własną praktyką' (taką jak profesjonaliści zdrowia) albo wirtualna społeczność zasadniczo różniących się osób. Takie była założenia – teoria. W praktyce, SEAHORSE nie działał zbyt dobrze. Działała doskonale jako standardowa usługa oparta na sieciowej informacji dla ludzi chcących uzyskać dostęp do niezwykle obszernej bazy danych materiałów o HIV/AIDS dostępnych w kilku językach. Natomiast to co nie „zagrało" zbyt dobrze, dotyczyło kwestii wszystkich wyspecjalizowanych funkcji produkcji wiedzy opartej na współpracy, by ułatwić dostęp użytkownikowi. Z jednej strony, projekt miał istotne znaczenie. Narzędzia i serwis SEAHORSE były użyte przez 500 zarejestrowanych użytkowników. W dodatku, strona przyciągnęła zwiększającą się liczbę 'przypadkowych' użytkowników – na poziomie około 60 na dzień. SEAHORSE miał siedem lokalnych wersji centralnej bazy informacji w czterech krajach UE: Zjednoczonym Królestwie, Grecji, Hiszpanii i we Włoszech, jak również w Rumunii. Te lokalizacje dostarczyły kulturowo powiązanego wsparcia i informacji we własnym języku użytkowników. Niestety, jako sposób umożliwienia ludziom z HIV/AIDS podejmowania kluczowych decyzji w kwestii 'samozarządzania' ich zdrowiem i jako podstawa dla tworzenia „dodanej wartości" klinicznej i społecznej praktyki w polu HIV/AIDS, SEAHORSE nie odniósł sukcesu. W ograniczony sposób, zostały użyte właściwości interakcyjne (redagowanie zawartości i użycie narzędzia oceny). Przykładowym skutkiem współpracy między użytkownikami SEAHORSE było „odkrycie" szczególnego efektu ubocznego związanego z użyciem leków antywirusowych – wrastanie paznokcia w palec u nogi, który został zidentyfikowany jako wspólne doświadczenie. Nie było to wcześniej dostrzeżone w medycznej literaturze. Ale dane statystyczne użycia SEAHORSE jako interakcyjnego narzędzia pokazują, że ta produkcja wiedzy opartej na współpracy przebiegała na stosunkowo niskim poziomie. Wielu potencjalnych użytkowników SEAHORSE nie używało SEAHORSE. Ci zaś, którzy używali, niechętnie eksplorowali jego inne interakcyjne właściwości – takie jak adnotacja, narzędzia oceny zawartości i interakcyjne narzędzie monitorowania. Ponadto, wielu użytkowników niechętnie brało udział w procesie „upodmiotowienia" siebie, jako części samo-zarządzania w obszarze zdrowia. Użytkownicy – szczególnie ci, którzy nie są biegli w technologii komputerowej i ci, którzy musieli radzić

sobie z chroniczną chorobą na co dzień – nie byli skłonni, by uzupełniać intensywne, szczegółowe i techniczne instrumenty oceny. Podkreśla to potrzebę nowych form metodologii oceny i narzędzi, które mogą dotyczyć problemu oporu użytkownika. Ostatecznie, przesunięcie paradygmatu dla telematyki zdrowia wydaje się kluczowe. Wbrew integracji stałych technologii, SEAHORSE był – dla wielu użytkowników łącznie z profesjonalistami zdrowia, jak również dla inwestorów – innowacją na miarę swoich czasów. SEAHORSE musi być postrzegany jako przodownik technologii informacyjnej społeczeństwa (IST), usługi te ostatecznie muszą zostać wprowadzone w kontekst społeczny.

7.6. Wnioski

Często podaje się, że w Stanach Zjednoczonych największa część użytkowników Internetu szuka w nim informacji o zdrowiu. Istnieje i ciągle rozwija się przemysł reklamujący w sieci produkty związane ze zdrowiem, z przewidywaną wartością rynkową 250 milionów dolarów rocznie do roku 2002 (Schoenfeld, Harrison i Kosarajhu 1999). Zwiększająca się baza konsumentów usług sieciowych związanych ze zdrowiem, niekoniecznie oznacza wzmocnienia obywatela albo pacjenta. Ostatnie badanie przeprowadzone w UE (w Hiszpanii, Portugalii, Niemczech i Zjednoczonym Królestwie), pokazały m. in. znaczne rozbieżności między informacją o zdrowiu i zapotrzebowaniem na taką informacji (Konsorcjum MELIC 2000). Badanie pokazało, że nawet wśród regularnych użytkowników Internetu, 29 procent użyło sieci, by otrzymać informację o zdrowiu, 75 procent poszło bezpośrednio do ich lekarza i 44 procent poradziło się przyjaciół, rodziny czy osób w podobnej sytuacji. Były też różnice między państwami – z proporcjonalnie wyższą liczbą respondentów używających Internetu dla informacji o zdrowiu w Niemczech, w porównaniu do Hiszpanii. W podobnym badaniu 'offline' (przeprowadzonemu na reprezentatywnej próbie generalnej a nie regularnych użytkowników Internetu) tylko 4 procent respondentów użyło Internetu albo innego źródła 'wysokiego poziomu technologii' do uzyskania informacji o zdrowiu. Jak wskazuje doświadczenie SEAHORSE, omówione powyżej, gdy osoby coraz bardziej używają Internetu jako informacji konsumenta, nadal są „oporni" aby odgrywać rolę producentów wiedzy. Pokazuje to, do czego Foucault odnosił się jako różnicy między „*praktyką* jaźni" i „*kulturą* jaźni". W ostatnim przypadku, Foucault robi odniesienie do 'kalifornijskiego kultu jaźni', gdzie jednostka ma odkryć swoją prawdziwą jaźń – prawdziwe „ja, " „odszyfrować" jego prawdę dzięki psychologicznej albo psychoanalitycznej nauce, która ma podpowiedzieć, co jest twoją prawdziwa jaźnią (Foucault 1984, s. 362). Dla kontrastu, rozwinięta praktyka jaźni, według Foucault, łącząc pogaństwo z chrześcijaństwem osiągnęła swój wierzchołek gdy wzrosło znaczenie grecko-rzymskiego ascetyzmu. W praktykach jaźni, wiedza gra odmienną rolę niż w 'kulcie jaźni'. Wiedza była narzędziem, które umożliwia lepsze zrozumienie „konieczności"

świata. Dla stoików, jaźń została zdefiniowana przez możliwość poznania siebie i co więcej, zastosowania technologii do troski o własne „ja" – na przykład przez zrozumienie kosmologii albo fizyki. Pojawienie się chrześcijaństwa, przedefiniowało koncepcję jaźni 'nie była czymś, co ma zostać ukształtowane ale czymś, co można odrzucić i odszyfrować' (Foucault 1984, s. 280). Foucault argumentuje, że w wyniku przejścia od praktyk jaźni do kultury jaźni w chrześcijaństwie, wiedzy i rozwoju 'techniki jaźni stały się wykorzystywane, by wykonywać władzę duszpasterską'. Pojęcie *Heautou Epimeleia (troska o siebie) zrobił miejsce dla epimeleia tonallon* – opieki nad innymi. Szczególnie od siedemnastego wieku, praktyki władzy widziane są również w zaanektowaniu wiedzy o ciele, zdrowiu i technikach jaźni – przez profesjonalistów: chirurgów, publicznych administratorów zdrowia i psychiatrów. Nie ma żadnego dowodu na to, że początki społeczeństwa informacyjnego miały miejsce wraz z powstawaniem 'praktyki jaźni'. Typowy wzór użycia informacji zdrowia opartej na sieci i wsparcie pacjenta przez innych prawie dokładnie odwzorowuje proces z 'odszyfrowaniem jaźni' pokazany przez Foucault jako charakterystyczna cecha sprzeciwiania się 'kultowi jaźni (ja) '. Szczególnie prawdziwe wydaje się to w przypadku Stanów Zjednoczonych. Czymś czego brakuje w aktualnym pokoleniu z tak zwaną wiedzą opartą na współpracy jest czymś, co Foucault utrzymuje że jest podstawowym składnikiem 'praktykowania siebie' (*practices of the self*) albo techniki samokontroli. Brakującym składnikiem, który Foucault identyfikuje jest literatura „ja" (*literature of the self*). W klasycznych czasach, przyjmowała formę pamiętników, prywatnych notatników i innych przykładów *hypomnemata* (osobiste opowiadania i indywidualne etnografie). W wieku informacji, narzędzia i usługi takie jak pokoje czatów, systemy adnotacji, wzbogacone systemy dokumentu i rozpowszechnione bazy wiedzy dostarczają potencjalnie bogatego źródła *hypomnemata,* aby umożliwić obywatelom i pacjentom by zaczęli się aktywnie zajmować ich własnym 'zarządzaniem polityką' zdrowia. Najbardziej rozwinięte i rozpowszechnione technologie zdrowia, to takie, które wzmacniają założone parametry i procedury kontroli, nadzoru i klasyfikacji. Jasnym tego przykładem jest znaczne inwestowanie przez usługi zdrowia społecznego w karty zdrowia 'smart' i elektroniczne karty pacjentów. W przeciwieństwie do stosunkowo małego inwestowania w usługi oparte na dużą skalę na informacji zdrowia. Niewiele jest pilotażowych przykładów inicjatyw opartych na telematyce zdrowia. Wprowadzone głównie w Skandynawii, skupiły się na łączeniu przestrzennie rozproszonych punktów realizacji usług, żeby przepływ strumienia informacji i zarządzanie uczynić bardziej skutecznym. Przykładem jest MEDCOM – projekt wspierający tworzenie narodowej infrastruktury komunikacji w służbie zdrowia do skoordynowania transakcji między szpitalami, lekarzami, laboratoriami i aptekami, łącząc 10 różnych regionów w Danii, obejmując w przybliżeniu 500 gabinetów lekarskich, 12 szpitali i 10 aptek. W końcowej analizie, nawet garść przykładów systemów informatyki zdrowia opartych na społeczności, takie jak MEDCOM, są głównie 'ogólnymi' systemami bazującymi na konwencjonalnych modelach „produkcji wiedzy".

Istnieje znacząca potrzeba inwestowania we współpracujące systemy, które aktywnie „wciągną" ludzi zarówno w produkcję, jak i konsumpcję wiedzy. Jak zilustrował przykład SEAHORSE omawiany powyżej, takie systemy posiadają potencjał do stworzenia bazy dowodów dla zdrowia, która będzie zakorzeniona w indywidualnych historiach i doświadczeniu. Jednakże, na obecnym etapie, systemy takie jak SEAHORSE nie angażują aktywnie pacjentów ani obywateli jako współpracowników, wraz z profesjonalistami zdrowia, w proces 'troski o siebie'. Profesjonaliści zdrowia są zaangażowani w sprawie projektowania procesu, który jest usprawniany przez wzrastające wprowadzanie nowych technologii do miejsc pracy. Jak wskazują powyższe przykłady, powoduje to erozję ustanowionych hierarchii władzy i kontroli. Charakterystyka skutków informatyki zdrowia dla profesjonalnej struktury i praktyki jest przekazaniem wiedzy i władzy od doradców do wiedzy pochodzącej ze współdzielonego doświadczenia. Zmiany w organizacyjnej strukturze, funkcji i procesie opieki zdrowotnej towarzyszą nowym formom instytucjonalnych innowacji, a te są nierozerwalnie połączone z nowymi formami ekonomicznej struktury bazującej na platformie wartości łączonych z technologią. To co wydaje się pojawiać dzięki informatyce zdrowia, nie jest uwolnieniem osoby od dominacji 'polityki zdrowia' ale nowymi instytucjonalnymi formami kontroli. Te formy obejmują nowy wymiar współpracy między agencjami rządowymi i komercyjnymi w swego rodzaju wyścig, w ujęciu Foucault, do zaprzęgnięcia społeczeństwa do realizacji politycznej wizji gospodarki państwa'. W tym sensie, można spojrzeć na karty 'smart' i Internet nie jako 'informacyjny bałagan' ale jako 'wirtualny panoptikon' (*virtual panopticon*). Uważam, że powstawanie informatyki zdrowia przedstawia szanse zarówno dla wzmocnienia dominacji 'podmiotów' przez nowe instytucjonalne/ekonomiczne formy 'polityki zdrowia' albo odwrotnie, wyłanianie się z powrotem 'praktyki jaźni'. W tym kontekście, zasadniczo możliwe są trzy główne scenariusze dla informatyki zdrowia: model integracji, model strategiczny i model wiedzy opartej na współpracy. Model integracji jest oparty na powstawaniu 'inteligentnej sieci'. Stanowi podstawy dla integracji usług informacji, pobudzając rynki, nowe formy konkurencji oraz współpracy i odpowiedniego wzrostu publicznego dostępu do informacji i usług. 'Odgórna' koordynacja rozwoju w omawianym obszarze, doprowadzi do wprowadzania przez wszystkie europejskie systemy opieki społecznej standaryzacji platform i protokołów (na przykład używając Euro-ISDN).

Strategiczny model obejmuje głównie rynkowo i ekspercko „napędzane" trajektorie informatyki zdrowia (oparte głównie na wiedzy specjalistycznej). Umożliwia to wzrost niszowych rynków rozwiniętych głównie przez dostarczycieli rozwiązań telekomunikacyjnych; większą autonomię dla administratorów szpitali i najważniejszych dostawców funduszy w opiece zdrowotnej oraz utrzymanie względnie równego stanu w aktualnej, hierarchicznej organizacyjnej strukturze służby zdrowia. Ten proces jest „napędzany" przez nowe instytucjonalne przygotowania bazujące na łańcuchu wartości modeli finansujących. Te nowe formy tworzą pewien rodzaj organizacyjnej inżynierii. Koncentruje się

on głównie na zmniejszaniu odpowiedzialności dostarczycieli usług pomocowych jako 'strażników' dostępu (gatekeepers) i rozszerzania tej roli (dostarczycieli) opieki na szerszą grupę dostawców usług, na przykład lekarzy, pielęgniarek i paramedyków.
Produkty informatyki zdrowia i usług głównie skupiają się na ułatwianiu rozpowszechniania wiedzy między specjalistami a zwykłymi lekarzami i wykorzystywaniu systemów telematyki dla decyzji klinicznych, zarządzania praktyką i teletreningu. Model wiedzy opartej na współpracy w strukturze opieki zdrowotnej przewiduje przesunięcie nacisku z opieki medycznej na opiekę zdrowotną, telezdrowie i przejście od epizodycznej, „jednorazowej troski" do działań zapobiegawczych i długotrwałych, skupiających się na pacjencie z zewnątrz niż na realizacji usług w stosunku do hospitalizowanego pacjenta. To przyspiesza erozję tradycyjnych struktur władzy opartych na klinicyście oraz dominacji struktur instytucjonalnych i administracyjnych. Ta interpretacja odzwierciedla kwestie przekazywania władzy i kontroli zarówno osobie jak i społeczności, uwidaczniając przejście od społeczności i centrów działań specjalistycznych do podstawowej opieki i troski pacjenta o samego siebie (samoopieki). Pojęcie samoopieki kładzie nacisk na odbiorców usług opieki zdrowotnej, przystosowanie domowego, zarządzanego przez pacjenta systemu monitorowania zdrowia (na przykład w cukrzycy) i wykorzystywanie informacji opartych na Internecie i możliwości wsparcia. Moim zdaniem drugi model jest najbardziej prawdopodobny.

7.7. Literatura:

References

Cullen, J. C., Michelet, E., Goschenberg, E. and Remotti, L. (1998) *The Impact of Telematics on European Healthcare*. Brussels: CEC.
Cullen, J. (1998) 'The needle and the damage done: research, action research and the organisational and social construction of health in the information society.' *Human Relations 51*, 12, 1543–1564.
Department of Health (1998) *Information for Health – An Information Strategy for the Modern NHS 1998–2005*. London: Department of Health.
Department of Trade and Industry (2000) *A New Future for Communications*. White Paper. London: Department of Trade and Industry and Department of Culture, Media and Sport.
Dosi, G. (ed) (1988) *Technical Change and Economic Theory*. London: Pinter.
Foucault, M. (1984) In P. Rabinow (ed) *The Foucault Reader*. Harmondsworth: Penguin.
Giddens, A. (1994) *The Consequences of Modernity*. Cambridge: Polity Press.
Gott, M. (1995) *Telematics for Health: The Role of Telehealth and Telemedicine in Homes and Communities*. Oxford: Radcliffe Medical Press.
Guardian (1999) 26 December.

Gustafson, D., Bosworth, K., Hawkins, R., Boberg, E. and Bricker, E. (1993) 'CHESS: a computer-based system for providing information, referrals, decision support and social support to people facing medical and other health related crises.' *Proceedings of the First National Conference on Consumer Health Informatics*. Wisconsin: University of Wisconsin.
Habermas, J. (1984) *The Philosophical Discourse of Modernity*. Cambridge: Polity.
Habermas, J. (1992) *Postmetaphysical Thinking*. Cambridge: Polity.
Kirby, S. (2000) *SEAHORSE Deliverable 8.1; Exploitation Plan*. London: Tavistock.
Lave, J. and Wenger, E. (1991) *Situated Learning: Legitimate Peripheral Participation*. Cambridge: University Press.
MELIC Consortium (2000) *Report in Direct User Investigation*. Brussels: MELIC Consortium.
Schoenfeld, A., Harrison, M. and Kosarajhu, S. (1999) *Health Industry and the Internet*. New York: Jupiter Communications.
Somer, T. (1994) *Economic Aspects of Telemedicine*. Brussels: DGXIII/C4 CEC.
Strydom, P. (1987) 'Collective learning: Habermas' concessions and their theoretical implications.' *Philosophy and Social Criticism 13*, 3, 165–181.
USA Today (2000) 'Drugmakers accused of price scheme. Doctors involved, panel says.' 27 September, p.1.A.
Weick, K. (1995) *Sensemaking in Organisations*. London: Sage.
Więcej na ten temat:
Gammon, D. (1993) 'Restraining and facilitating factors in the diffusion of telemedicine – an interview study.' *Telektronik 89*, 1, 78–84.

8. OD SAMOOBSŁUGOWEJ OPIEKI DO WIRTUALNEJ SAMOPOMOCY *(Nicholas Pleace, Roger Burrows, Brian Loader, Steven Muncer and Sarah Nettleton)*

Komputeryzacja w pomocy społecznej, opiece zdrowotnej i polityce wywiera wpływ na powiększanie wydajności i zmniejszanie kosztów. Od wczesnych lat 80-tych kolejne rządy w Zjednoczonym Królestwie przeprowadzały kosztowne i daleko idące inwestycje w komputeryzację mającą na celu zmniejszanie administracyjnych kosztów realizacji usług przez państwo. Projekty rzadko odnosiły sukces i nie osiągały zakładanych celów (Hudson 1999, 2000). W ostatnich latach pojawił się ruch zmierzający do wykorzystania TIK w e-zarządzaniu i elektronicznej realizacji usług. Chodzi o to, że odbiorcy usług będą coraz bardziej zachęcani, by używać zautomatyzowanych systemów, dostępnych przez Internet, cyfrową telewizję i sieć telefonii komórkowej, telefony trzeciej generacji (G3), aby dostosowywać usługi do swoich potrzeb. Zakłada się, że po pięciu latach od rozpoczęcia zmian, każdy będzie w stanie, korzystać z usług społecznych poprzez stronę internetową. Również Partia Pracy ogłosiła w marcu 2000, że wszystkie usługi rządowe będą 'udostępnione elektronicznie' do roku 2005, przesunąwszy wcześniej planowany termin z 2008 roku (Biuro Gabinetu 2000). E – rząd i elektroniczne usługi są opisywane jako wspieranie dostępności upodmiotowienia i rozszerzanie dostępności. Znaczna część usług państwa będzie realizowana przez połączenie automatyzacji i tradycyjnych oddziaływań. Jeden z autorów tego rozdziału określił te tendencje rozwojowe jako powstawanie 'bezpośredniej opieki' (Loader 1998a). Jest zamiarem aby te interakcyjne systemy online były uzupełniane przez stale powiększający się stopień społecznej współpracy oparty na wzajemnych powiązaniach zarówno wewnątrz jak i zewnątrz organizacji. Wydaje się oczywiste, że mające miejsce duplikowanie zapisów (papierowo i elektronicznie) oraz brak koordynacji np. między sektorem zdrowia, usługami pomocy społecznej, będzie zmniejszało się i rozwiązane zostanie przez zarządzanie danymi oparte na sieci. W gruncie rzeczy, rząd chce użyć TIK, by część aktualnych kosztów w administracji i realizacji usług socjalnych przenieść na użytkowników tych usług żeby zmniejszyć koszty ich zapewniania. Zamierza też zmniejszyć koszty przez używanie wzrastającego stopnia upowszechniania i dzielenia się informacją co przyczyni się do uniknięcia

duplikacji kosztów i lepszej komunikacji. Te nowe trendy przypominają mechanizmy jakich użył biznes, by przenieść część jego kosztów na swoich klientów (Castells 1996). Technologie zaczynają być również stosowane w nowy sposób – jako źródło samopomocy online i wzajemnego społecznego wsparcia[24]. Ten nowy, spontaniczny trend w relacjach społecznych ma inny charakter niż realizowanie usług za pomocą TIK przez państwo.

8.1. Wirtualna samopomoc

„Wirtualna samopomoc" (np. Internetowe grupy wsparcia) (VSH) nie może być bezpośrednio porównywalna z ortodoksyjnie rozumianą samopomocą, chociaż mają te formy również wspólne cechy charakterystyczne jak oparcie na doradztwie i wsparciu od ludzi z tymi samymi potrzebami, w podobnej sytuacji, wspólnymi doświadczeniami bardziej niż na profesjonalnej pomocy np. od pracowników pomocy społecznej. W przeciwieństwie do ortodoksyjnie rozumianej samopomocy, uczestnicy nie poznają się „twarzą w twarz", w kontekście międzynarodowym członkostwo grupy jest płynne, tak bardzo, że jeśli w przypadku niektórych grup istnieje jakaś część stałych uczestników to w przypadku innych trudno powiedzieć, że w ogóle są grupą. Komunikacja głównie jest oparta na wysyłaniu i otrzymywaniu wiadomości tekstowych, chociaż możliwa jest również wymiana plików wideo, zdjęć i dźwięku. Zamiast szukać rady albo wsparcia ze strony sektora usług socjalnych, czy państwowych agend opieki finansowanych przez państwo ludzie mogą szukać rady i wsparcia u swoich rówieśników, kolegów, osób z podobnymi doświadczeniami, co może stanowić pewną przewagę nad kontaktem z profesjonalistami. Fin (1999, p. 229), spoglądając na doświadczenie Stanów Zjednoczonych, przyjmuje pogląd, że wirtualne grupy samopomocy przynoszą korzyści, łącząc się z własnego domu: *Grupy online mogą być specjalnie przydatne w dostarczaniu dodatkowego wsparcia i informacji ludziom, którzy mają fizyczne albo poznawcze bariery w dostępie do usług, znaczną potrzebę wsparcia, braku dostępu do usług z powodu „geograficznej" izolacji, trudności z transportem, trudności komunikacyjne albo ograniczone okazje do socjalizacji bycia z innymi.*
VSH najpierw powstała w Stanach Zjednoczonych, co Denzin (1998) opisywał w kategoriach „amerykańskiej miłości do technologii" samopomocy, dawania sobie rady samemu, naturalnie występujących łącznie. Wydaje się, że pod powstanie VSH grunt został przygotowany poprzez fenomen grup dyskusyjnych (newsgroups). Grupy dyskusyjne poprzedziły masowy dostęp do Internetu i pozwalały uczestnikom dzielić się elektroniczną przestrzenią, do której wysyłali notatki (zwane postami), które każdy w tej przestrzeni mógł przeczytać. Posty są zorganizowane w łańcuchy powiązanych wiadomości nazywanych wątkami przez oprogramowanie używające tytułu każdej wiadomości. Grupy

24 Więcej na temat np. w: Aouil, B. (2010). Pomoc Psychologiczna Online – od teorii do praktyki. Bydgoszcz: Wydawnictwo Fundacji UKW lub Królikowska A., Pomocna dłoń w cyberprzestrzeni. Poszukiwanie pomocy i formy jej udzielania w internecie, [w:] Społeczna przestrzeń Internetu, red. D. Batorski, M. Marody, A. Nowak, Wydawnictwo SWPS Academica, Warszawa 2006.

dyskusyjne oferują asynchroniczną komunikację; najbliższą analogią mogłyby być wysyłanie przez ludzi telegramów, które wszyscy mogliby przeczytać równocześnie. Tak więc trudno to porównać do tradycyjnie rozumianej rozmowy. Grupy dyskusyjne zaczęły się od sieci nazywanej Usenet, która technicznie była czymś innym niż Internet ale dostępna przez niego i serwisy www. Wirtualna samopomoc może też być realizowana za pomocą innych aktywności online które pozwalają na komunikację między dwoma lub więcej osobami, włączając w to czat, co pozwala na prowadzenie rozmów (Pleace i inni 2000). Jednakże, VSH jest głównie obecna w grupach dyskusyjnych. Badania realizowane w Stanach Zjednoczonych zawierały analizę grup wsparcia dla niepełnosprawnych (Finn 1999), ludzi nadużywających alkoholu (King 1994), osób dorosłych wykorzystywanych seksualnie w dzieciństwie (Moursund 1997), osób, które mają negatywne doświadczenia z życiem w rodzinie albo współuzależnionych (Denzin 1998, 1999). Rozdział ten omawia wyniki analizy badań Rady Badań Społecznych i Ekonomicznych (ESRC) przeprowadzonych w latach 1998 – 2000, które szczegółowo podjęły temat indywidualnych grupy VSH. Badania polegały na przeprowadzeniu 21 wywiadów z brytyjskimi użytkownikami serwisów VSH.

Badanie było pierwszym, próbującym ogólnie ocenić VSH.

Przeprowadzono wywiady telefoniczne i bezpośrednie „twarzą w twarz". Szczegóły wykorzystanej metodologii opublikowane są w Nettleton *i inni* (2001). Przedstawiany rozdział dostarcza krótkiego opisu rezultatów tego badania. Czytelnicy zainteresowani bardziej szczegółowymi analizami mogą skorzystać z innych opublikowanych wyników projektu, które dotyczą takich obszarów jak rodzicielstwo, depresja, problemowe picie i cukrzyca (Burrows *i inni* 2000; *Loader i inni* 2002; Muncer i inni 2000a, 2000b; Nettleton i inni 2001; Peace i inni 2000). Wymiany informacji w środowisku VSH są często długie i złożone stąd nie ma tu miejsca, na użycie w całości przykładów „wątków" które właściwie by to zobrazowały. Pojedyncza 'rozmowa' między jednym albo więcej uczestnikami często zajmuje przestrzeń tak dużą jaką zajmuje ten rozdział, więc zamiast tego skupimy się tutaj na poglądach i doświadczeniach tych, którzy używają VSH i na jego znaczeniu dla społecznej polityki i pomocy społecznej. Stawiamy też ważne etyczne pytania dotyczące cytowania grup dyskusyjnych i innych for samopomocy. Przykłady grup dyskusyjnych VSH zawarte są m.in. na alt. support.depression i uk.people.disability, które są dostępne przez Usenet i strony www.

8.2. Znaczenia wirtualnej samopomocy

W czasach kiedy dostęp do Internetu głównie dotyczył naukowców i studentów nie był masowym środkiem dostępu jakim jest teraz. Zatem współcześnie Internet reprezentuje pewną rewolucję w komunikacji i osobistych relacjach. Niektórzy przeczuwali, że rewolucja ta będzie mieć pozytywny charakter, i że doprowadzi do powstania społeczności

bazujących na wspólnych zainteresowaniach bardziej niż ich sąsiedztwem, położeniem w sensie geograficznym. Brak ograniczeń czasowych i przestrzennych należy tu uznać za istotna wartość. Paradygmatyczne wsparcie takiego poglądu prezentuje m.in. Rheingold (1994).

Inni z kolei zobaczyli bardziej fundamentalną zmianę, powstanie 'cyborgów', rozdział między prawdziwą i 'wirtualną' osobowością, uczestniczącymi w życiu na dwóch poziomach, w fizycznej realności i/lub sieciowej (zobacz Featherstone i Burrows 1995). Jeszcze inni formułują obawę, że Internet, jak wcześniej telewizja, zmniejszy społeczne współdziałanie i doprowadzi do indywidualnej izolacji, z ludźmi szukającymi „wirtualnego" emocjonalnego wsparcia bardziej niż prawdziwych opartych na współdziałaniach relacji (zobacz, na przykład, Lockard 1997). Żadnej z tych przepowiedni nie można lekceważyć, ale w pewnym stopniu były przesadne ponieważ badacze albo komentatorzy odpowiedzialni skupiali się bardziej na wybranych aspektach niż na próbie całościowego podejścia do złożoności medium. W rzeczywistości, Internet wywiera różne wpływy na różne osoby w różnych kontekstach; jest zbyt zróżnicowany jak wskazują Wellman i Gulia (1999) by go nadmiernie upraszczać. Jednym z podstawowych problemów ze zrozumieniem natury Internetu jest jego różnorodność i skala; swoje wyszukiwania zakończą sukcesem zarówno ci, co szukają pornografii dziecięcej i instrukcji na zrobienie bomby, jak i zespół badaczy, szukający dowodów na wzajemne wsparcie i samopomoc w internetowych grupach wsparcia.

W badaniu, o którym mowa w tym rozdziale oczekiwano znaleźć niejednoznaczne i raczej ograniczone, efekty wynikające z korzystania z VSH. Poprzez nasze rozumienie ortodoksyjnej samopomocy, można by oczekiwać, że VSH może mieć wpływ na życie użytkowników na dwa sposoby. W szerokim ujęciu, rolę ortodoksyjnej samopomocy można zatem interpretować dwutorowo. Po pierwsze, oferuje ona społeczne wsparcie dla dzielenia się potrzebami i doświadczeniami z ludźmi o podobnych problemach. Po drugie, z kolei poprzez dzielenie się doświadczeniami, VSH może zaoferować alternatywną perspektywę do tego co oferują profesjonaliści opieki zdrowotnej. Inaczej mówiąc, poprzez Internet można otrzymać radę w kwestii wychowania od innych rodziców, jako alternatywę do rady pracownika opieki społecznej i poradę w kwestii, które leki są efektywniejsze od innych cierpiących, jako alternatywę dla diagnozy albo porady lekarskiej.

8.3. Wirtualna samopomoc i wsparcie społeczne

Istnieje szereg społecznych środków aby przeciwdziałać stresowi. W rezultacie wszystkie zmniejszają prawdopodobieństwo problemów zdrowotnych i przynoszą pomoc jeżeli problemy ze zdrowiem rozwijają się. Istnieją dowody, że jeżeli inne czynniki są porównywalne, ludzie dysponujący wsparciem społecznym mają mniejsze szanse na powstanie i rozwój choroby i prawdopodobnie szybciej wyzdrowieją niż ci ze słabymi relacjami,

mniejszym wsparciem. Społeczne wsparcie jest zwykle analizowane w warunkach albo teorii 'buforowej' w której przynosi pozytywne efekty (kiedy osoby stawiają czoła chorobie lub stresowi), albo teorii 'głównego efektu', w którym społeczne wsparcie wywiera stały i ogólnie korzystny wpływ (Cohen and Willis 1985). Kiedy istnieje zgoda na temat wyizolowania wsparcia społecznego od innych czynników i pomiaru jego skutków, że ma to wpływ na stan zdrowia (Callaghan i Morrissey 1993). Istnieje kilka definicji typów wsparcia, ale dzięki swoim badaniom Cohen i Willis (1985, p. 313) byli w stanie podzielić je na cztery główne typy: wsparcie oceniające (informacja zwrotna na temat osoby dostarczająca poczucia, że jest się akceptowanym),; wsparcie informacyjne (informacje lub porady na temat rozwiązania problemu lub jak znaleźć pomoc); wsparcie społeczne (towarzyskie) (czas spędzony z innymi albo wspólne aktywności); i wsparcie instrumentalne (pomoc finansowa, inne zasoby materialne i potrzebne usługi). Niektóre badania potwierdziły twierdzenie, że VSH może sprzyjać realizacji wsparcia towarzyskiego, informacyjnego i oceniającego (Finn 1999; King 1994; Moursund 1997). Jednak według innych (Muncer i inni 2000a), VSH nie może dostarczyć wsparcia instrumentalnego ponieważ uczestnicy w ogóle nie poznają się i mogą żyć od siebie nawzajem zbyt daleko.Bywa również podnoszona kwestia, tego że grupy VSH całkiem często wydają się koncentrować (chociaż nie wyłącznie), albo na wsparciu informacyjnym albo na możliwości kontaktów społecznych i wzmacnianiu samooceny (Muncer i inni 2000a, 2000b; Pleace i inni 2000). Znacznie ważniejszym wnioskiem z badań, jest to, że niektóre grupy charakteryzują się głównie płynnym, niestałym członkostwem. Porównaliśmy pod tym względem ze sobą dwie grupy VSH dla osób z depresją i osób z cukrzycą (Muncer i inni 2000a, 2000b). Ta pierwsza miała swoisty „rdzeń" stałych, częstych uczestników, którzy byli odpowiedzialni za udział w powstawaniu większości wiadomości postów (wpisów), podczas gdy bardzo aktywna grupa dyskusyjna na temat cukrzycy miała tylko garść regularnych uczestników. Grupa na temat depresji kładła nacisk na szacunek i społeczne koleżeństwo, grupa cukrzycy na wsparcie informacyjne. Wywiady pokazały, że uczestnicy mieli kontakt z bardzo szerokim kręgiem osób o wspólnych potrzebach i doświadczeniach i rozmawili w taki sposób, że innym ludziom bez podobnych doświadczeń (np. specjalistom) trudno byłoby „przyciągnąć" uwagę odbiorców w specyficznej sytuacji.

> *… jeżeli dostajesz diagnozę i wychodzisz od lekarza, myślisz sobie 'mam to, co teraz się zdarzy? ' i nie ma nikogo kto ma to samo, myślisz 'Z kim mogę o tym podyskutować? '… I w moim przypadku myślałem sobie 'Dobrze, sprawdź [to] w wyszukiwarce Internetowej'… Ale powiedziawszy to … to jest tylko, wiesz, to jest, jak mogę to ująć, tylko jak czytanie książki … podczas gdy z Usenet ty właściwie możesz dowiedzieć się z doświadczenia innych ludzi … są ludzie co właściwie mają tą samą diagnozę i wrócą i powiedzą ci o tym.*
>
> *(Mężczyzna, 30)*

Och, zamieściłam wiadomości, och, mam na myśli, że musiałam wstawić wiadomości z prośbą o pomoc i wsparcie w czasie gdy miałam wszystkie moje problemy. Byłam w szpitalu i tak spotkałam tych ludzi w Stanach, wiesz, oni wszyscy mają podobną rzecz co ja mam i to był dar Boży, absolutny dar Boży posiadanie komputera.

(Kobieta, 50)

Wyniki wywiadów pokazały, że VSH rzadko działa jako jedyne źródło wsparcia społecznego, chociaż w dwóch przykładach osób prowadzących wspólne gospodarstwo domowe, VSH przyjęło rolę głównego źródła wsparcia. Inni używali VSH jako środka, dzięki któremu można nawiązać znajomości, przyjaźnie, komunikując się z ludźmi, których oni poznali w grupie VSH i w końcu spotykając ich „twarzą w twarz", jeśli było to możliwe. Dla innych uczestników, którzy doświadczyli traumatycznego wydarzenia, takiego jak znaczące pogorszenie zdrowia albo śmierci ukochanego ukochanej osoby, anonimowość VSH wydawała się być ważnym aspektem, dzieki któremu mógł nastąpić upust uczuć w kontekście, nad którym mogli mieć kontrolę[25]. Jeden z respondentów mówił o VSH, że jest to 'interaktywny pamiętnik' w którym mogą zapisać swoje uczucia bez zmuszania siebie, do mówienia o tym bezpośrednio przed innymi ludźmi; inni z kolei mówili o zalecie anonimowości w podejmowaniu trudnych i bolesnych tematów:

Myślę, że tak jest, ponieważ z bardzo dziwnego powodu skłaniasz się, by dostać się do nich. I możesz zbudować całkiem silne przyjaźnie nigdy nie spotkawszy tej osoby. Ale myślę, że anonimowość właściwie pomaga co może zabrzmieć trochę dziwnie ale to łatwiej rozmawiać z wirtualnym nieznajomym … to znaczy na pewno z moim przyjacielem, wchodzimy w daleko głębszy poziom rozmowy niż ty ze swoim najlepszym kolegą.

(Kobieta 30)

Dwa aspekty grup VSH, z natury ograniczenia do komunikacji opartej na tekście i tendencji przejściowości i tymczasowości członkowstwa wydaja się ograniczać możliwość realizowania wsparcia. Jeżeli członkostwo grupy nie jest do pewnego stopnia stałe, to skłania do powątpiewania w możliwości wsparcia w takim środowisku. Jednak, ograniczenia możliwości do porozumiewania się przez wiadomości tekstowe może również pozytywnie wpłynąć na poziom wsparcia społecznego, które może zostać zrealizowane, nawet jeżeli ktoś nie widzi, nie słyszy albo nie może dotknąć tych, z którym porozumiewa się. Wyniki wywiadów pokazywały że uczestniczący w VSH postrzegali to wsparcie jako realne. Najczęściej respondenci byli uczestnikami kilku grup VSH, używając różnych środowisk dla różnych celów. Na przykład, badany mógłby użyć jednej

25 Więcej o specyfice CMC (Computer Mediated Communication) tzw. Komunikacji zapośredniczonej Czytelnik może znaleźć np. w: M. Ostrowicki, Uniwersalizm komunikacji w środowisku elektronicznym, http://www.ostrowicki.art.pl/Uniwersalizm%20komunikacji%20w%20srodowisku%20elektronicznym.pdf

albo więcej grup dla poszukiwania Wsparcia emocjonalnego, ale też uczestniczyć w grupach ukierunkowanych na informacyjny aspekt i używać jeszcze wielu innych grup dla wypełnienia czasu wolnego i realizacji innych zainteresowań niezwiązanych z VSH. Gdy dana grupa VSH nie była w stanie spełniać oczekiwań osoby, to zdarzało się jej uczestniczyć w kilku grupach, by znaleźć płynące od kogoś wsparcie społeczne. Jeżeli ktoś poszukuje wsparcia informacyjnego od ludzi z tymi samymi problemami, inne osoby w to zaangażowane muszą być podobnymi ludźmi w sensie cech charakterystycznych, ale niekoniecznie być czyimś przyjacielem ani ludźmi z którymi tworzymy jakąś prawdziwą (offline) relację. Naprawdę, zmienna i efemeryczna natura udziału w grupach VSH wielu uczestników, może nawet być charakteryzowana jako korzyść, ponieważ nowe źródła informacji wciąż przybywają. Dla innych poszukujących wsparcia społecznego, które wymagały tworzenia związków, VSH daje szansę, by spotkania innych ludzi, z którymi oni mogliby nawiązać relacje, będą katalizatorami do rozwinięcia w przyszłości przyjaźni. Spotykanie innych przez grupę dyskusyjną się było zjawiskiem stosunkowo powszechnym. W innych przypadkach, w grupach o bardziej stabilnym członkostwie, VSH może zaoferować wsparcie społeczne, chociaż jak już odnotowano, rzadko to było jedynym źródłem społecznego wsparcia. Ponieważ komunikacja oparta jest na tekście, VSH nie oferuje żadnych opartych na obrazach albo słownych wskazówek, które są częścią normalnej komunikacji. Tworzy to sytuację, w której osoby potencjalnie mogłyby fałszywie przedstawić siebie i stąd niektórzy biorący udział w wywiadzie, zachowywali pewien stopień ostrożności w procesie uczestnictwa w niektórych grupach.

> *Mieliśmy dużo nowych uczestników … odkrywasz, że co jakiś czas oni zmieniają swoją historię. Mam tu na myśli, że przeszłam przez to z nowym facetem parę nocy temu i oni „wkręcają" cię, by dowiedzieć się, czy jesteś prawdziwą osobą z SM (stwardnienie rozsiane), rzeczy, które tylko ktoś z SM znałby i to właściwie nie przyszło mi do głowy, że on to robił od około dziesięciu minut rozmowy i zadawał ciągle to samo pytanie … i całkiem mnie to rozdrażniło właściwie, ale ja też zdałam sobie sprawę dlaczego on to robił, ponieważ on był nowy w tym miejscu i on próbował się upewnić czy byliśmy prawdziwi.*
> *(Kobieta, 30)*

Według respondentów, są też inne aspekty użycia Internetu, które mogą podważać znaczenie VSH albo sprawić by nie miały dla nich szczególnego znaczenia. Mizoginizm, rasizm i ogólnie antyspołeczne zachowanie niektórych białych nastolatków, którzy czasami zakłócali działanie grup VSH (Spender 1995) czasami zniechęcały do udział w nich.

8.4. Alternatywna perspektywa

W wyniku różnicy poglądów dwóch autorów (Burrows i Nettleton 2001) powstał *kontekst,* w którym VSH rozwinął się ze szczególnym zainteresowaniem. Pojęcie 'społeczeństwo ryzyka' interpretuje industrialne, postmodernistyczne społeczeństwo jako to, które coraz bardziej charakteryzuje indywidualna niepewność. Ta niepewność jest rezultatem ekonomicznej zmiany związanej z globalizacją. To z kolei jest wynikiem zmiany, w której tradycyjne formy społecznej organizacji takie jak mała rodzina zostały podważone (Hampton i Wellman 2001; Wellman i Gulia 1999) a równocześnie nastąpił koniec państwa opiekuńczego, zmuszając niektórych aby stali się bardziej niezależnymi. Ta potrzeba zaufania samemu sobie obrazuje utratę kontroli przez tradycyjną władzę i profesjonalistów, czy to w zakresie rządzenia, czy niezdolności profesjonalistów by przeciwdziałać problemom takim jak katastrofy ekologiczne albo pojawianie się nowych chorób (Beck 1992; Giddens 1999). Terminem do określenia tej sytuacji jest 'prywatyzacja ryzyka', w której osoby muszą nauczyć się radzić sobie z nowymi „niepewnościami" bez tradycyjnych społecznych struktur, profesjonalnej specjalistycznej wiedzy i potężnych polityków, na których kiedyś polegali. Burrows i Nettleton pokazują VSH jako jeden z mechanizmów dla dobrowolnej i mimowolnej prywatyzacji ryzyka. Wirtualna samopomoc jest zarządzaniem prywatyzacją ryzyka, osoby bazują na doświadczeniu i opinii innych osób w podobnej sytuacji, bardziej niż na profesjonalnej rozmowie, jako głównym źródle informacji. Użytkownik VSH pojawia się u lekarza z wydrukami z grupy VSH, poglądami innych ludzi z tym samym problemem zdrowotnym i opiniami jak powinno przebiegać leczenie (Hardey 1999). Niektórzy przedstawiciele profesji medycznych wyrażają wątpliwości dotyczące prawdziwości informacji o zdrowiu w Internecie (Abbott 2000; Kim i inni 1999). Wywiady sugerowały zmianę relacji z profesjonalnymi dostawami usług, pokazując, że VSH mogłaby wpłynąć na sposób w jaki niektórzy ludzie zarówno postrzegali jak i posiadali relacje z profesjonalistami których spotykali na swojej drodze.

> *Zaznajamiam się ze wszystkim przedtem i jestem już dość pewna co mi dolega zanim pójdę. Ale mam całkiem dobrego lekarza pierwszego kontaktu, który wie o mnie całkiem sporo i pomaga uporządkować to wszystko. Jestem wtedy prawie pewna,* wiesz …
>
> *(Kobieta, 30)*

> *[Moja lekarka] powiedziała to jest reumatoidalny artretyzm i musiałam poprawić ją i powiedzieć jej, że to nie był reumatoidalny artretyzm tylko osteoartretyzm z czego nie była zbyt zadowolona.*
>
> (Kobieta, 50)

Część ludzi czuje, że informacje o chorobach albo pomocy społecznej wymagały interpretacji eksperta i że nie są przygotowani na kwestionowanie przez profesjonalistów.

Jakość wsparcia informacyjnego które było dostępne w grupach VSH była częściej oceniana wyżej niż informacje wprost z sieci. Najwięcej zadowolonych stanowili ci, którzy szukali rady i informacji od ludzi z tym samym problemem zdrowotnym albo potrzebą pomocy społecznej, ale niewielu skorzystało z ogromnego wyboru profesjonalnego wsparcia online.

Uczestniczyłam w dyskusji dotyczącej cukrzycy, ponieważ ostatnio zostałam zdiagnozowana jako chora. I „wrzuciłam" o tym pytania na stronę grupy niepełnosprawność.uk ponieważ mało o tym wiedziałam a lekarz nie dał mi [żadnych] informacji, np. ' dobrze, zmień swoją dietę', dobrze ale na jaką? ' Nie jedz cukru'. A ja otrzymałam tam wiele cennych sugestii i rzeczy o których nie wiedziałam, jaka jest zawartość cukru w przetworzonym jedzeniu, o czym nie pomyślałam. I kilku cukrzyków zasugerowało różne pomysły …

(Kobieta, 30)

Największy potencjalny problem z VSH w tym kontekście dotyczy tego, że „niepewne" informacje będą brane pod uwagę podczas gdy profesjonalne rady ignorowane. Jednakże, między badanymi panowała pewna ostrożność jeśli chodzi o zaufanie każdemu źródłu informacji w Internecie. Brytyjscy użytkownicy z czasem zaadoptowali amerykańskie określenie 'medykament' (snake oil -cudowny specyfik sprzedawany przez komiwojażerów w dziewiętnastym wieku w Ameryce) by opisać to, czego wiele można znaleźć w Internecie. Badani mówili o bardzo dużej ilości znachorów i szarlatanów oraz gotowych do pomocy ale niekompetentnych ludzi, sprzedających cokolwiek – począwszy od egzotycznych roślin do członkostwa w grupach kultu i sektach jako kuracji. Badani jednak demonstrowali zdrowy sceptycyzm w stosunku do osób i stron internetowych zawierających takie pomysły.

8.5. Dyskusja

Poziom i natura dostępu do Internetu są kwestiami, które muszą pojawiać się w naszych umysłach kiedy myślimy o tzw. wirtualnej samopomocy i jej zastosowaniach. Oczekując ogromnej ekspansji taniego dostępu do Internetu – wiele osób ma nadzieję, że Internet będzie w domach większości ludzi. Można oczekiwać, że wraz z upowszechnianiem się Internetu rozszerzać się będzie grupa osób zainteresowana możliwościami wsparcia realizowanego tą drogą, choć oczywiście nie ma pewności w tym zakresie.
Ponadto Internet zmienia swoją pierwotna naturę narzędzia komunikacyjnego na porozumiewanie się w nowy sposób, się stając się bardziej narzędziem w wykorzystywanym

w sferze komercji, handlu. Technologia ta pozostaje stosunkowo niedostępna[26] dla ludzi niepełnosprawnych np. słabowidzących, niewidomych albo dla kogoś, kogo podstawowym językiem nie jest angielski. Istnieją również bardzo poważne bariery dla wielu ludzi, którzy nie mają żadnego doświadczenia z TIK, np. są w wieku emerytalnym lub są zagrożeni społeczno-ekonomicznym wykluczeniem[27] (Loader 1998b). Warto pamiętać również, że ludzie mogą po prostu nie *chcieć* używać takiego medium jakim jest internet do poszukiwania wsparcia społecznego. Jeśli użycie VSH stanie się bardziej rozpowszechnione, to może mieć ważny, pozytywny wpływ na politykę społeczną. Pomoc społeczna czy usługi medyczne z powodu ograniczonych zasobów zostają głównie ograniczane do działań interwencyjnych. Wirtualna samopomoc może przyczynić się do realizacji adekwatnego poziomu społecznego wsparcia w sytuacji w której zasoby są ograniczone a usługi trudne do zrealizowania (Quilgars 2000). Jeszcze istotniejszym aspektem tej sprawy jest to, że VSH mógłaby poprawić indywidualną jakość życia dając społeczne wsparcie ludziom, którzy są uwięzieni w domach albo nie mogą wziąć udziału w miejscowej grupie wsparcia (Finn, 1999).Korzystanie z pomocy online stanowi zatem poważne wyzwanie dla profesjonalistów z obszaru pomocy społecznej i medycyny. Naturalnie, VSH może mieć również potencjalnie negatywne konsekwencje. Istnieje zatem poważna potrzeba pogłębionych badań dotyczących skutków, mocnych stron i ograniczeń korzystania z VSH. Na podstawie ograniczonych dowodów podnoszone są często pytania o możliwości rzeczywistego wsparcia online, za pomocą którego łatwiej jest udzielić wsparcia informacyjnego niż emocjonalnego. Podstawową kwestią jest zatem pytanie o rzeczywiste społeczne wsparcie dokonujące się za pomocą VSH i specyfikę komunikacji internetowej (komunikacji zapośredniczonej), z jej pozytywnymi aspektami i czy jest jedynie gorszym substytutem komunikacji „twarzą w twarz" (Kraut i inni 1998). Te same wątpliwości powstają kiedy rozważa się rolę VSH jako źródła alternatywnych informacji i perspektyw. Oczywiście, kiedy dzięki działaniom samopomocowym w Internecie zapobiega się przyjęciu przez pacjenta błędnej diagnozy lekarskiej albo niepoprawnej interpretacji lub nieprawidłowych działań ze strony pracownika pracy społecznej nie ma kontrowersji w ocenie działań realizowanych w sieci. Z kolei, jeśli VSH powstrzyma kogoś przed przyjęciem leku, który ma mu pomóc, podsyci paranoję odnośnie negatywnych skutków opieki psychiatrycznej albo powstrzyma kogoś przed domaganiem się korzyści, do których jest upoważniony, sytuacja nabiera już innego kontekstu. Na obecnym etapie (na podstawie badań) można mówić o wykazywaniu przez użytkowników zdrowego sceptycyzmu dotyczącego informacji w Internecie. Póki co zagadnienie należy

26 Istotnymi terminami opisującymi zróżnicowanie użytkowników Internetu są „digital gap" (luka cyfrowa), digital divide (cyfrowy podział), digital inequalities (cyfrowe nierówności) Więcej można znaleźć np. w: Drabowicz T. (2007), Nierówności cyfrowe – nowy wymiar zróżnicowania społecznego, [w:] J. Klebaniuk (red.) Fenomen nierówności społecznych. Nierówności społeczne w refleksji humanistycznej, Warszawa: Eneteia.

27 W tym przypadku możemy mówić o wykluczeniu cyfrowym (Digital exclusion). Więcej na ten temat można znaleźć np. w: Warschauer M. (2003) Technology and social inclusion. Rethinking the digital divide. The MIT Press, Cambridge, Massachusetts, London lub w: E. Bendyk, M. Filiciak, J. Hofmokl, T. Kulisiewicz, A. Tarkowski (2007) Raport: Kultura 2.0. Wyzwania cyfrowej przyszłości, http://kpbc.umk.pl/dlibra/docmetadata? id=45368&from=pubindex&dirids=114&lp=7

uznać za niezwykle interesujące, ale jest jeszcze zbyt wcześnie, by przewidywać jaki będzie ostateczny wpływ. Będzie potrzebny wzrost zrozumienia dla poszukiwania wsparcia w internecie, by zrozumieć w pełni jego wpływ, zakładając, że jego użytkownikami mogą być niemal wszyscy. Dalsze badania powinny podnosić kwestie etyczne np. cytowania z grup dyskusyjnych i innych dyskusji online. Najszerzej preferowane podejście, mówi, że to są publiczne fora i że zawartość nie może zostać porównana do e-maila albo rozmowy telefonicznej. Pogląd taki jest coraz bardziej kwestionowany i niektórzy wierzą, że wymiany poglądów nie powinny być cytowane bez pozwolenia ich autorów, mimo tego, że są potencjalnie dostępne dla milionów użytkowników Internetu. (Zobacz Reid 1996; Paccagnella 1997 i Sharif 1999 na temat tych zagadnień.)

8.6. Literatura:

Abbott. V. P. (2000) 'Web page quality: can we measure it and what do we find? A report of exploratory findings.' *Journal of Public Health Medicine 22*, 2, 191–197.

Beck, U. (1992) *Risk Society*. London: Sage.

Burrows, R. and Nettleton, S. (2001) 'Reflexive modernisation and the emergence of wired self-help.' In K. Renniger and W. Shumar (eds) *Building Virtual Communities: Learning and Change in Cyberspace*. New York: Cambridge University Press.

Burrows, R., Nettleton, S., Pleace, N., Loader, B. and Muncer, S. (2000) 'Virtual community care? Social policy and the emergence of computer mediated social support.' *Information, Communication and Society 3*, 1, 95–121.

Cabinet Office (2000) 'Government to speed up introduction of on-line services.' CAB 140/00; 30/3/2000. London: Cabinet Office.

Callaghan, P. and Morrissey, J. (1993) 'Social support and health: a review.' *Journal of Advanced Nursing 18*, 203–213.

Castells, M. (1996) *The Rise of the Network Society: The Information Age: Economy, Society and Culture*. Cambridge, MA: Blackwell.

Cohen, S. and Willis, T. (1985) 'Stress, social support and the buffering hypothesis.' *Psychological Bulletin, 98*, 310–357.

Denzin, N. (1998) 'In search of the inner child: co-dependency and gender in a Cyberspace community.' In G. Bendelow and S. Williams (eds) *Emotions in Social Life*. Routledge: London.

Denzin, N. (1999) 'Cybertalk and the method of instances.' In S. Jones (ed) *Doing Internet Research: Critical Issues and Methods for Examining the Net*. Sage: London.

Featherstone, M. and Burrows, R. (eds) (1995) *Cyberspace/Cyberbodies/Cyberpunk: Cultures of Technological Embodiment*. London: Sage.

Finn, J. (1999) 'An exploration of helping processes in an online self-help group focusing on the issues of disability.' *Health and Social Work 24*, 3, 220–231.

Giddens, A. (1999) *Runaway World*. Reith Lectures. http://news.bbc.co.uk/hi/english/static/events/reith_99/

Hampton, K. and Wellman, B. (2001) 'Long distance community in the network society: contact and support beyond Netville.' *American Behavioral Scientist 45*, 3, 476–495.

Hardey, M. (1999) 'Doctor in the house: the Internet as a source of lay health knowledge and the challenge to expertise.' *Sociology of Health and Illness 21*, 6, 820–835.

Hudson, J. (1999) 'Informatisation and public administration: a political science perspective.' *Information, Communication and Society 2*, 3, 318–339.

Hudson, J. (2000) 'The prospects for information age government.' In R. Burrows and N. Pleace (eds) *Wired Welfare? Essays on the Rhetoric and Reality of e-Social Policy*. York: Centre for Housing Policy, University of York.

Kim, P., Eng, T. R., Deering, M. J. and Maxfield, A. (1999) 'Published criteria for evaluating health related websites: review.' *British Medical Journal 318*, 647–649.

King, S. (1994) 'Analysis of electronic support groups for recovering addicts.' *Interpersonal Computing and Technology 2*, 3, 47–56.

Kraut, R., Patterson, M., Lundmark, V., Kiesler, S., Mukopadhyay, T. and Scherlis, W. (1998) 'Internet paradox: a social technology that reduces social involvement and psychological well being?' *American Psychologist,* September, 1017–1031.

Loader, B. (1998a) 'Welfare direct.' In J. Carter (ed) *Postmodernity and the Fragmentation of Welfare*. London: Routledge.

Loader, B. (1998b) *The Cyberspace Divide: Equality, Agency and Policy in the Information Society*. London: Routledge.

Loader, B., Muncer, S., Burrows, R., Pleace, N. and Nettleton, S. (2002) 'Medicine on the line? Computer mediated social support for people with diabetes.' *International Journal of Social Welfare 11*, 1, 53–66.

Lockard, J. (1997) 'Progressive politics, electronic individualism and the myth of the virtual community.' In D. Porter (ed) *Internet Culture*. London: Routledge.

Moursund, J. (1997) 'SANCTUARY: social support on the Internet.' In J. E. Behar (ed) *Mapping Cyberspace: Social Research on the Electronic Frontier*. Oakdale, NY: Dowling College Press.

Muncer, S., Burrows, R., Pleace, N., Loader, B. and Nettleton, S. (2000a) 'Births, deaths, sex and marriage…but very few presents? A case study of social support in cyberspace.' *Critical Public Health 10*, 1–18.

Muncer, S., Loader, B., Nettleton, S., Pleace, N. and Burrows, R. (2000b) 'Heterogenity in systems of e-support: a systematic qualitative comparison of two on-line self-help groups.' InR. Burrows and N. Pleace (eds) *Wired Welfare? Essays on the Rhetoric and Reality of e-Social Policy*. York: Centre for Housing Policy, University of York.

Nettleton, S., Burrows, R., Pleace, N., Loader, B. and Muncer, S. (2001) 'The reality of virtual social support.' In S. Woolgar (ed) *Virtual Society? Get Real!* Oxford: University Press.

Paccagnella, L. (1997) 'Getting the seat of your pants dirty: strategies for ethnographic research on virtual communities.' *Journal of Computer Mediated Communication 3*, 1. http://www.ascusc.org/jcmc/

Pleace, N., Burrows, R., Loader, B., Muncer, S. and Nettleton, S. (2000) 'On-line with the friends of Bill W: social support and the net.' *Sociological Research Online 5*, 2. http://www.socresonline.org.uk/5/2/pleace.html

Quilgars, D. (2000) *Low Intensity Support Services: A Systematic Review of Effectiveness*. Bristol: Policy Press.

Reid, E. M. (1996) 'Informed consent in the study of on-line communities: a reflection on the effects of computer mediated social research.' *Information Society 12*, 2, 169–174.

Rheingold, H. (1994) *The Virtual Community*. Reading, MA: Addison Wesley.

Sharif, B. F. (1999) 'Beyond netiquette: the ethics of doing naturalistic discourse research on the Internet.' In S. Jones (ed) *Doing Internet Research: Critical Issues and Methods for Examining the Net*. Sage: London.

Spender, D. (1995) *Nattering on the Net: Women, Power and Cyberspace*. Victoria, Australia: Spinifex Press.

Wellman, B. and Gulia, M. (1999) 'Virtual communities as communities: net surfers don't ride alone.' In M. A. Smith and P. Kollock (eds) *Communities in Cyberspace*. London: Routledge.

9. KONSUMENCI, INTERNET I REKONFIGURACJA SPECJALISTYCZNEJ WIEDZY *(Michael Hardey)*

Początki nowoczesnej medycyny zakorzenione są w Oświeceniu i rosnącej wierze w stosowaniu naukowych metod do odkrywania tajemnic życia. Rozwój medycyny doprowadził do coraz bardziej złożonej „bazy wiedzy", na której praktyka medycyny została oparta. Według Giddensa (1991) oznacza to uzyskanie i zachowanie dostępu do do specjalistycznej wiedzy, która jest jedną z cech definiujących nowoczesność. Oparta na nowoczesnej biologii, medycyna rozwinęła się w laboratorium i szpitalu, gdzie badanie i leczenie choroby skupiło się na pacjencie jako organizmie, który nie działa w normalny sposób (Jewson 1976). Gdy zasoby wiedzy znacząco przyrastały, stawała się ona coraz bardziej zróżnicowana i podzielona na nowe specjalności, wśród których
uformowały się profesje pomocowe. W konsekwencji dyscypliny i subdyscypliny naukowe pojawiały się, by stać się charakterystycznym elementem w nowoczesnym systemie eksperckim. Internet, gazety, czasopisma, książki, telewizje, radio i inne media przedstawiają ten ogromny przyrost zróżnicowanej wiedzy jako zaspokojenie publicznego „głodu" dotyczącego najnowszej terapii medycznych, skutecznej diety albo rady co do stylu życia. Napięcie między dostępnością informacji i specjalizacją a różnicowaniem wiedzy specjalistycznej jest obecne w naszym codziennym doświadczeniu, tak by wiedzieć 'zarówno co się robi, jak i dlaczego to się robi' (Giddens 1991, s. 35). Giddens idzie dalej, by zauważyć, że wysoki stopień specjalizacji skutecznie czyni z każdej osoby laika, w ten sposób, że im więcej wiedzy jest wyróżnionej i skoncentrowanej ' tym mniejsze pole, na którym dana osoba może stwierdzić wiedzę specjalistyczną; w innych obszarach życia on albo ona będą w tej samej sytuacji jak każdy inny' (s. 124). Na pewnym poziomie Internet może być postrzegany po prostu jako inny sposób by przekazywać informacje do społeczeństwa. Serwis NHS Direct OnLine zawiera obrazy, krótkie sekwencje wideo, nagrania głosu i zawartość dla czytelnika, który identyfikuje i wybiera preferowaną treść. Internet jest, jednak, inny niż wcześniejsze formy przekazu tzw. media tradycyjne, w tym, że jest z natury lokalny/globalny i interakcyjny. Dla użytkowników nowych mediów łatwe jest wyszukiwanie informacji, wysłanie e-maili do grupy dyskusyjnej albo tworzenie

stron internetowych. Takie i inne możliwości „rozmywają" granice między konsumentami i producentami[28] informacji, które dalej pobudzają naszą wiedzę specjalistyczną (Hardey 2001).

Rozdział ten podejmuje kwestie, jak Internet stworzył nowe okazje (możliwości) oraz nowe dylematy dla konsumentów i producentów zdrowia oraz informacji i usług pomocy społecznej. Odrzucone zostanie podejście determinizmu technologicznego, by umożliwić nam, kompleksowe zbadanie przeplatających się wątków nowych technologii, informacji i natury wiedzy, w tym specjalistycznej. Wymienione aspekty zostały znacząco zmienione przez tendencję globalizacji okresu późnej nowoczesności i wzrostu potrzeby interwencji we wszystkich aspektach życia i środowiska (Giddens 1991, 1994; Beck 1992). Zostaną stworzone podstawy wiedzy specjalistycznej, patrząc na dwa przykłady nowych form generowania i wykorzystywania wiedzy. Pierwszy polega na badaniu osobistej strony domowej jako miejsca dla publikowania informacji. Drugi zbada rolę grup dyskusyjnych w dostarczaniu rady i wsparcia. Przyjrzymy się zasobom Internetu dostarczanym przez państwo, handel i tzw. trzeci sektor. Podkreślony zostanie problem wiarygodności zasobów internetowych i dylematów o zaufaniu i ryzyku. W końcu, w rozdziale podjęte zostaną sposoby, w jaki Internet sprzyja temu, że wiedza specjalistyczna jest zrozumiana i jak się zmieniają relacje między lekarzami i pacjentami.

9.1. Wiedza specjalistyczna i kultura konsumencka

Zdrowie i polityka społeczna od lat 80-tych w Zjednoczonym Królestwie zaadoptowały język który wyraża neoliberalne podejście do obywatelstwa i osoby jako przeciwstawienie powojennym wartościom (zbiorowa odpowiedzialność i interwencjonizm państwowy. Ten język, zbudowany wokół pojęć: 'upodmiotowienie', 'prawa' i ‚partnerstwo', jest wyrażony w terminologii np. ‚użytkowników usług', 'klientów' i 'zarządzanie przypadkiem'. Zarówno w profesjach zdrowotnych i społecznych miało miejsce przesunięcie w stronę retoryki praktyk „opartych na dowodzie". W konsekwencji, działania praktyczne muszą być oparte na wynikach badań prowadzonych zgodnie ze stosowną metodologią (zobacz Webb 2001). Użycie 'wskaźników postępu, 'miary rezultatu' i innych technik pokazuje przedkładanie podejścia ilościowego nad jakościowym i eksperymentalnym (zobacz Ministerstwo Zdrowia 1999). Medycyna, pielęgniarstwo i profesjonaliści pracy społecznej mają swoje krajowe centra, które są podłączone do Internetu, szacują i upowszechniają badania oparte na dowodach (np. Cochrane Data Base, Uniwersytetu w Yorku; Centrum Dowodu Opartego na Praktyce, Uniwersytetu w Exeter). Ten dowód jest uformowany w swego rodzaju piramidę metodologiczną, która kładzie opiera się

28 Nowość internetu jako medium np. w odróżnieniu od tradycyjnej telewizji polega na istotnie większej aktywności użytkowników. Nie tylko możliwa jest bierna „konsumpcja" zawartości ale również kreowanie, wpływanie na zawarte treści („prosument"= producent+konsument)

na reprezentatywnych próbach losowych (RCTs), kohortach i kontrolnych studiach przypadku na jej szczycie oraz z etnografiami i badaniem przypadku u podstawy piramidy (zobacz Mulrow 1994). To przynosi dużą liczbę wskazówek i zaleceń kształtujących sposób w jaki zdrowie i pomoc społeczna są dostarczane. Możliwe jest wyobrażenie sobie, że praktyka oparta na dowodzie mogłaby na przykład, w sztuce operowania, dostarczać podstawy dla programowania chirurgicznego robota, który podejmowałby rutynowe procedury skutecznie i z minimum ryzyka. Jednakże, wizja ekspertów działających w usystematyzowanej, technokratycznej i reglamentowanej strukturze jest mniej przekonująca, ponieważ ogranicza to interpretacje i negocjowanie problemów do obiektywnie zarządzanego procesu (zobacz: pojęcie 'żelaznej klatki' biurokracji, Weber, 1976). Ten przesadnie naukowy model praktyki opartej na dowodzie odzwierciedla imperatywy metodologiczne, które są ukształtowane przez specjalizację i różnicowanie wiedzy specjalistycznej. Ocena zdrowia i problemów społecznych przez pacjentów albo klientów jest zwykle ukształtowana w kontekście konsultacji z ekspertem. Sformułowanie Parsona (1978) o„chorej roli"jest klasycznym przykładem gdzie pacjent jest podwładnym uczestnikiem relacji. Kiedy Parsons uznaje, że może istnieć jakaś laicka wiedza o medycynie, zauważa że istnieją przekonujące dowody, że wiedza ta jest wysoce
ograniczona oraz że laicy w większości myślą, że wiedzą więcej i mają lepsze podstawy oceny niż to obecnie jest przyjmowane (Parsons 1951, s. 441). W ten sposób pacjent jest w pozycji ' technicznej niekompetencji' (Parsons 1951, s. 440). To pokazuje jak opowiadania pacjenta tworzą„surowe dane" (w pewnym sensie podobne do części ciała) który lekarz (albo w innych okolicznościach
pracownik opieki społecznej) używa, by znaleźć 'prawdę' przez uciekanie się do ezoterycznej wiedzy która ujawnia odpowiedzi i uprzywilejowuje jedną wiedzę nad drugą. Takie podejście jest podległe praktyce opartej na dowodzie z jego ukrytym metodologicznym bagażem. To też uwidacznia narastającą specjalizację i różnicowanie charakterystyczne dla nowoczesności, która tworzy okoliczności dla wielu często kolidujących ze sobą źródeł władzy (Giddens 1991). W takich kontekstach, publiczne postrzeganie ekspertów każdego rodzaju jest mieszaniną 'szacunku i rezerwy, aprobaty i niepokoju, entuzjazmu i antypatii' (Giddens, 1991 s. 7).
Choroba i ból, w modelu Parsonsa, włączają wyłanianie się ciała jako problemu, które przeszkadza osobom w zaplanowanych, branych za oczywiste, aktywnościach. Ciało pozostaje w tym rozumieniu jakby uśpione i głównie nierozpoznane aż do momentu gdy jego obecność zostaje zauważona. Jednakże, współczesna kultura jest charakteryzowana poprzez leczenie ciał jako swego rodzaju 'projektów' (Shilling 1993). To włącza osoby w nadzór, utrzymanie i rozwijanie ich ciał jako centralnej części ich tożsamości. Taka własna refleksyjność jest zgodna ze stałym konstruowaniem i przeglądem 'własnych opowieści', co jest charakterystyczne dla kultury konsumenckiej (Giddens 1991). Na przykład, zarówno tradycyjne media jak i Internet publikują ogromną ilość informacji

o dietach, utrzymywaniu dobrej kondycji i modzie. Ta wizja ciała jako niedokończonego projektu podkreśla jego symboliczne znaczenie i żądanie bezustannego inwestowania. „Centralność" kwestii ciała pojawiła się w drugiej połowie dwudziestego wieku razem z bezprecedensowym otwieraniem naukowych i technologicznych narzędzi, które mogłyby być wykorzystane w ulepszaniu i zmienianiu ciała (Featherstone 1990; Featherstone i Burrows 1995). Dlatego stoimy w obliczu wielu przeciwstawnych pomysłów na utrzymanie ciała i prezentowania się w społeczeństwie, gdzie obraz jest ważny dla społecznego i ekonomicznego sukcesu. Ehrenreich (1990), na przykład, podkreśla, że ćwiczenie i dieta są popularne wśród klasy średniej żeby osiągnąć 'silne ciało' i związany z tym styl życia. To sugeruje, że 'nowa świadomość zdrowotna' kształtuje wybory, które zawierają cielesną modyfikację, niskotłuszczowe jedzenie i doradztwo (Crawford 1987). Takie wybory są dokonywane i mogą zostać zrealizowane przez różnorodną wiedzę specjalistyczną i lekarzy. Nie jest zaskakujące, że nowe media (Internet) powinny odzwierciedlać te daleko idące społeczne i kulturowe zmiany oraz stać się centralną przestrzenią, w której wynikające z tego „napięcia" są ukazywane.

9.2. Osobista strona domowa: wiedza laików i doradztwo

Poniższy tekst został wzięty ze strony internetowej młodej kobiety ze Stanów Zjednoczonych. Zawartość jej domowej witryny zawiera wiele tysięcy słów i zawiera linki do innych stron dotyczących surowiczo negatywnej spondyloartropatii[29]. Niektóre z nich zostały napisane przez klinicystów albo tworzą część usługi informacyjnej o pacjencie, kiedy pacjenci albo członkowie ich rodzin piszą o innych. Wycinki przedstawione tutaj są tylko małą częścią opisu jej doświadczeń i porad dla innych. Tekst zawiera „posmak" stron domowych związanych z chorobami, które dostarczają unikalnego wglądu w doświadczenie chronicznej chorobą (Hardey 2002a):

To jest strona Ruth Foster. Mieszkam w Nowym Yorku i kocham wszystkie rzeczy jakie to miasto ma dla 19-latków. Zostałam zdiagnozowana z spondyloartropatią (AS) w czerwcu 1993 ale lekarze mówią, że oni nie wiedzą tak naprawdę co jest ze mną. Mam długą listę symptomów. Są jakieś zapalenia (zaczerwienienie i zgrubienie) prawie wszystkich moich stawów od palców do szczęki, nudności, problemy z oczami, sztywność mięśni, migreny, problemy z mową (od lekarstw), huśtawki nastroju i wtedy pojawia się ból. Mogłabym pójść dalej z tą listą ale to byłoby takie długie … mam zdiagnozowanych 16 różnych chronicznych chorób w tym gościec ale nadal żyję.

Szkoła i college była trochę trudne odkąd zachorowałam. Musiałam zrezygnować z siatkówki i zostałam przeniesiona do klasy specjalnej. To okazało się nie być przystosowanym

29 Jest to grupa chorób reumatycznych dotyczących stawów obwodowych oraz kręgosłupa często występujących rodzinnie. Najczęstsze spondyloartropatie: Zesztywniające zapalenie stawów kręgosłupa (Zzsk), Łuszczycowe zapalenie stawów (Łzs), Reaktywne zapalenie stawów (Rezs) za: http://www.klinika.net.pl/index.php? option=com_content&view=article&id=102%3Akrgosup&limitstart=7 [dostęp: 3.12.2014].

wychowaniem fizycznym, ale klasą dla dzieciaków które miały zwolnienia z w-f. Czułam się upokorzona kiedy zostałam zawołana do sali badań, gdzie zostałam obejrzana przez strażnika który był dwa razy cięższy ode mnie, o stopę wyższy i warczał na wszystkich ponieważ każdy, był tam z powodu zatrzymania, bijatyk, albo absencji w szkole. Dla innych dzieci wyglądałam jak 'przestępca' ponieważ byłam zamknięta w klasie z tyłu szkoły przez godzinę każdego dnia. Cały personel znał mnie, ponieważ zawsze musiałam wychodzić ze szkoły by rozmawiać z lekarzami. Połowa z ich nie lubiła mnie z tego powodu. Mój doradca gardził mną, ponieważ zawsze wchodziłam do jej biura aby dostać jakąś papierową pracę do uporządkowania albo próbując zweryfikować moją nieobecność. To było wszystko częścią szkolnego życia do czasu gdy stałam się starsza i to przestało mnie dołować. Nie mogłam nosić wszystkich moich książek do szkoły więc musiałam mieć dodatkowy komplet. Tych, którzy nie wierzą, że mam 'niewidoczną' chorobę, próbuję przekonać. Myślę, że to jest kluczowe dla zrozumienia i współczucia. Nie szukam litości tylko nadziei. Chcę, by ludzie wiedzieli, że wyglądam normalnie ale, że było mi również ciężko. Są też inni, którzy mają ewidentne kalectwa. Oni myślą że są 'bardziej upośledzeni' co jest bardzo trudne. Czułam się odrzucona przez innych pacjentów, którzy myślą 'z nią jest wszystko w porządku' albo 'kawał kłamczuchy'. Nie uświadamiają sobie jak chora naprawdę jestem i to boli. Co chciałabym aby inni wiedzieli? Że mogę wyglądać normalnie, ale też mam ciężko. Inni ludzie, którzy mają kalectwa, albo są chorzy, skłaniają się by lekceważyć ten typ bólu, przez który ja przechodzę. Takie nastawienie jest bardzo trudne do zniesienia. Zostałam odrzucona przez pacjentów, oni nie wiedzą jak chora naprawdę jestem i to boli. Kiedy osoba jest zdiagnozowana tak jak ja jestem, mając wiele różnych diagnoz i lekarze nie wiedzą co z tym zrobić, to powoduje (myślę) chorobę psychiczną bardziej niż cokolwiek innego. Ciało może wydawać się zdrowe, ale to jest nastawienie które powstrzymuje osobę od działania w społeczeństwie. Byłam mocno przygnębiona przez osiem miesięcy i nadal wpadam w to raz na jakiś czas.

Więc jaką radę mam dla ciebie? Korzystaj z tego co masz teraz, ponieważ nigdy nie wiesz kiedy możesz to stracić. Żyj pełnią życia. Nigdy nie myślałam, że stracę zdolność, by biec, skakać, tańczyć… Chcę pomóc dzieciom i nastolatkom, które mają albo myślą, że mają mój rodzaj problemu. Wiem, że to jest przerażające ale edukacja jest kluczem. Moja strona zawiera dużo informacji, moją całą historię i dużo powiązań z rzeczami które uznałam za przydatne albo tylko fajne!

W przeszłości oceny takie jak Ruth mogą być prezentowane do przyjaciół, członków rodziny, profesjonalistów opieki zdrowotnej i badaczy. Czasami oznaczany jako 'kłamliwe odniesienie' znaczenie rozmowy o symptomach zdrowia dawno zostało rozpoznane. Freud widział w aktywizacji opowiadań pacjenta o doświadczeniach drogę zrozumienia znaczenia, jakie mają symptomy w ich życiu. Opowiadania (narracje) mają znaczące miejsce w badaniach od lat 60tych i wiele podejść metodologicznych było użytych, by „unaukowić" taki materiał (Hardey 1998). Te oszacowania są wbudowane w szczególny

kontekst, nawet kiedy są zakorzenione w 'pogłębionej' i 'otwartej' metodologii, by zostać przeciwstawione 'danym' zebranym przez badaczy. Inne badanie jest bardziej refleksyjne i może być określone jako autobiograficzne. Frank (1991), na przykład, opisał swój atak serca i późniejszą chorobę nowotworową; Mapes (1977) pokazał jak manipulował 'systemem' by leczyć odmę opłucnową (pneumothorax) a Reiner (2000) opisał swoje doświadczenie pobytu na oddziale intensywnej terapii. Relacje te zostały osadzone w ramach ich specjalizacji. Mniej„uprzywilejowane" osoby rzadko miały możliwość, by znaleźć sposób na publikowanie swoich doświadczeń przed rozwojem Internetu. Strona domowa Ruth jest inna od różnych narracji o chorobach, które przejrzeliśmy, ponieważ została zaprojektowana przez nią, by ułatwić zrozumienie i wsparcie dla potencjalnie szerokiej widowni obcych ludzi. Tak jak inni autorzy osobistych stron domowych Ruth dostarcza informacji i rad użytkownikom, którzy mogą potrzebować wsparcia dla dokonania wyboru związanego z ich własnymi społecznymi, cielesnymi problemami i pragnieniami. Podobnie jak inne strony związane ze zdrowiem, udostępnia adres e-mailowy i prosi czytelników by pytali i dokonywali oceny zawartości. Ta interaktywność sprawia, że strony takie są dynamicznym zasobem i platformą wsparcia, rady a nawet przyjaźni, która zwykle była związana z grupami dyskusyjnymi i forami internetowymi. Strony domowe są stale obecne w Internecie ponieważ, w przeciwieństwie do grupy dyskusyjnej i innych wirtualnych przestrzeni, autor strony ma wpływ na zawartość, która dowolnie nie może być usunięta, zgromadzona albo szybko pominięta (np. jak w pokojach czatu). Najbliższą analogią do strony domowej jest opublikowana książka albo artykuł, który w podobny sposób dociera do nieznanego czytelnika. Jednakże, drukowana publikacja jest ograniczona do tych, którzy mają wiedzę specjalistyczną i stanowią potwierdzenie potencjalnego rynku, który jest rozpoznany przez wydawcę. Książka *Samopomoc Samuela Smiles* sprzedana w pierwszym roku w ilości 20,000 egzemplarzy, po raz pierwszy była opublikowana w 1857. Napisana przez lekarza, była wczesnym popularnym tekstem o samopomocy (self-help), który łączył cielesną i umysłową kondycję z sukcesem, w sposób który miał wielu kontynuatorów. To pokazuje ważność ciała w kulturze konsumenckiej i masowym rynku przewodników życia i doradztwa dotyczącego samopomocy (Giddens 1991). Nieprawdopodobne wydaje się, żeby wielu autorów stron domowych chciało dodania ich materiału do tej rosnącej masy drukowanego materiału. Internet nie tylko pozwala komuś z ograniczonymi technicznymi umiejętnościami publikować, ale też udowadnia że Internet jest daleko bardziej wszechstronnym środkiem niż prasa drukowana. Wszyscy użytkownicy mają dostępną tę samą technologię, która umożliwia im, by użyć w projektowaniu strony materiał dźwiękowy, wideo, fotografie etc. Ponadto, dzielą się tą samą potencjalną, globalną, masową widownią z państwem i innymi organizacjami które tradycyjnie nadają duże ilości informacji. Jest mało prawdopodobne aby autorzy stron domowych, kierowali się potrzebą zebrania dużej ilości czytelników dla dochodu albo innych partykularnych celów. Może przyczyniać się to do utrudnionej identyfikacji

takich stron ale ci, którzy chcą znaleźć informację o określonym problemie zdrowotnym albo społecznym mogą podążać za hiperłączem przez inne strony albo serwisy wyszukiwań. Użytkownicy mogą z sukcesem wyszukać informację o ich szczególnym. Wykazuje to pewne podobieństwo z ludźmi, którzy w tradycyjny sposób poszukują informacji o zdrowiu albo o zagadnieniach społecznych. Członkowie rodziny mogą zostać zapytani o symptomy (albo początkowo powiadomieni), które później tworzą podstawę dla medycznej albo innej konsultacji. Zamiast tego, ludzie teraz mogą „iść" bezpośrednio do stron w Internecie, zredagowanych przez organizację czy osobę, aby znaleźć informację na której oprą swoje wybory.

9.3. Podłoże wiedzy specjalistycznej: grupy dyskusyjne i czaty

Tablice ogłoszeń, gdzie użytkownicy mogą wystawić notatki były częścią wczesnego rozwoju Internetu i rozwinęły się do popularnej formy elektronicznej społeczności reprezentowanej przez grupy dyskusyjne Usenet. Działają „wokół" określonych tematów i mogą zostać uruchamiane i są dostępne dla każdego użytkownika. Użytkownicy z emailem mogą oglądać wcześniejsze wątki i rozwijać je. Istnieją grupy dyskusyjne poświęcone każdemu problemowi zdrowotnemu albo społecznemu. W pierwszych miesiącach 2000 roku, zostało oszacowane, że w przybliżeniu 30,000 ludzi „wstawiło" wiadomości do grup dyskusyjnych każdego dnia i że odwiedza je ponad milion biernych czytelników. Wyszukiwarki albo zasoby Usenet takie jak Deja News mogą pomóc w zidentyfikowaniu określonych grup dyskusyjnych. Często mają moderatora, który może być lekarzem, gdzie grupa ma terapeutyczny cel. Czaty, w przeciwieństwie do grup dyskusyjnych, pozwalają na równoczesne pisanie i czytanie tekstu ale są umiejscowione w podobny sposób – koncentrują się wokół różnych tematów. Ostatnie technologiczne innowacje wypromowały użycie opartych na grafice avatarów (np. wirtualnych postaci z bajek lub innych plików graficznych, które mogą zostać wybrane i ich wygląd jest kontrolowany przez użytkowników) jak również dźwięk i wideo (Webb 2000). Czaty raczej mniej bazują na 'problemie' niż grupy dyskusyjne, ale one też dostarczają forum dla ludzi do wymiany pomysłów i przekonań o ich sytuacji. Tekst poniżej jest zredagowaną kopią dłuższej wymiany w grupie dyskusyjnej Zjednoczonego Królestwa skupiającej się na zdrowiu psychicznym. Pisownia, gramatyka i informacje nagłówka zostały dostosowane do specyfiki języka polskiego. Wymiana została opracowana i oddana anonimowo.

Od: David D < dd2875@mailco.net >
Grupy dyskusyjne: uk.people.support.mental-health
Temat: Proszę pomóżcie –Wydarzą się złe rzeczy
Data: 20 październik 2000 14:11

Cierpię na chroniczną depresję przez 3 lata – straciłem pracę i nadal jestem do niej niezdolny. Spotykam się z psychiatrą i psychologiem dość regularnie. Przez ostatnie tygodnie naprawdę silnie odczuwam, że, jeżeli coś zrobię dobrego coś 'złego' się wydarzy. To jest tak trudne, by opisać ale przykładem może być jeżeli ja okażę moją sympatię do partnerki gdzieś, w bliskiej przyszłości, coś zdarzy się, by odpłacić mi za bycie miłym albo za to, że się dobrze bawię. To doszło do etapu, że czuję się naprawdę złapany w pułapkę. Nie mogę zjeść 'dobrego' jedzenia – jeżeli cieszę się tym, będą problemy. Żyję bez wody i przegryzek. Wiem, że nie ma żadnej logiki albo sensu w tym – to jest śmieszne i zupełnie pozbawione sensu … naprawdę czuję się złapany w pułapkę, zamknięty na klucz, wciągnięty do tego kręgu. Czy jest to powszechne – inni też cierpieli na to? Jak z tym postępować? Może ktoś to pokonał (jestem pewny, że się da). Ja jestem tak zmartwiony, że mój psychiatra nie będzie chciał mi uwierzyć, że nie mogę jej powiedzieć.

David

Od: Mat Harris < planet372@hotmail.com >
Grupy dyskusyjne: uk.people.support.mental-health
Temat: W sprawie: Proszę pomóż – Złe rzeczy się zdarzą
Data: 20 październik 2000 18:12

Jeżeli spotykasz tych ludzi (terapeutów) dłużej niż kilka miesięcy tracisz swój czas i prawdopodobnie pieniądze również. Nie ma żadnego powodu, widzieć kogoś więcej niż 8 razy. Powinieneś zauważyć różnicę w ciągu kilku sesji. Twój terapeuta, oczywiście, nie zgodzi się z tym, ponieważ oni mają płacone za godzinę, z powodu dumy zawodowej, ponieważ to jest to, czego są nauczeni. Oni będą różnie tłumaczyć swoją niekompetencję. Popularniejszymi wyjaśnieniami są:

1. Nie jesteś jeszcze gotowy, by się zmienić.
2. Brak równowagi chemicznej.
3. Genetyka.
4. Istnieje potrzeba, by dłużej budować terapeutyczną relację.
5. Twój problem zabiera „x" czasu, by się zmienić.

1, 2 i 3 znaczą, że (według nich) psychiatra nie może pomóc tobie w każdym razie. 4 i 5 pochodzi z ignorancji, albo gorzej, są kłamstwami. Wiem, że niektórzy z was są zmuszeni, by spotkać się z psychiatrą z różnych powodów niezależnych od waszej kontroli. To jest całkowicie inną sprawą. '*Przez ostatnich parę tygodni doznaję tego naprawdę silnego uczucia, że jeżeli robię coś dobrego – coś „złego" się zdarzy.*'

To jest tylko przez ostatnich parę tygodni?

W takim razie, najbardziej prawdopodobna możliwość (bazując na tym, co napisałeś) jest taka, że ty jesteś doskonałym hipnotycznym „tematem" i że ktoś (prawdopodobnie jeden z twoich terapeutów) nieumyślnie zasugerował, że czujesz się w ten sposób. Brzmi zwariowanie, prawda?, ale nie uwierzysz jak często spotykam klientów z tego

rodzaju rzeczami. Jeżeli to się tak przedstawia, wtedy możesz dostać kompletną kurację na wszystkiego twoje psychologiczne problemy od jakiegoś kompetentnego hipnotyzera. Następnie prawdopodobne jest, że kiedyś w przeszłości coś strasznego stało się tobie, gdy dobrze się bawiłeś albo byłeś miły dla kogoś. I że twój umysł zbudował związek między tymi dwiema sytuacjami. 'Ja jestem tak zmartwiony, że mój psychiatra nie będzie chciał mi uwierzyć, że nie mogę jej powiedzieć.' Jak napisałem wcześniej, jeżeli twój psychiatra nie był w stanie, by pomóc ci dotychczas jest niewielkie prawdopodobieństwo, by uwierzyć, że może pomóc tobie tym razem. Więc po co jej mówić?
Od: Paweł L < base5673@btnet.com >
Grupy dyskusyjne: uk.people.support.mental-health
Temat: W sprawie: Proszę pomóż – Złe rzeczy się wydarzą
Data: 21 październik 2000 20:40
Nie masz żadnego zrozumienia dla problemów zdrowia psychicznego nieprawdaż? Paul.
Fragment powyższy reprezentuje dyskusję między Davidem D, Matem Harrisem i Paulem L. Są to pseudonimy, które „wyłączają tożsamość użytkowników". W przeciwieństwie do komunikacji 'twarzą w twarz' nie ma żadnych wizualnych albo słuchowych wskazówek aby pomóc oszacować obcych ludzi i kilka społecznych zahamowań (zobacz Goffman 1967). Anonimowość „dostarczana" przez te przestrzenie jest ważna, ponieważ to pozwala użytkownikom by uciekli z ich ucieleśnionych jaźni i oczekiwań i norm społeczności pozasieciowej (*offline*). Zakłopotanie,„niezgrabność" i ryzyko w wyjawianiu trudnych, potencjalnie naznaczających doświadczeń albo zachowań towarzyszących innym społecznym okolicznościom jest zmniejszone w tej (online) rzeczywistości. Takie przestrzenie też pozwalają ludziom by tworzyli 'drugie ja' i „podrabiali" relacje nie wsparte przez fizyczność i lokalizację. W tych wirtualnych przestrzeniach ludzie z warunkami, które mogą ograniczać ich do domu albo łóżka mogą oddziaływać wzajemnie jako 'normalni' uczestnicy w społeczeństwie Internetu. Jednakże, brak konwencjonalnego społecznego przymusu i zobowiązań ma wpływ na zaufanie jakie użytkownicy mogą pokładać w poradzie możliwej do uzyskania w tych środowiskach (Turner, Grube i Meyres 2001).
Trzy kategorie grup dyskusyjnych albo uczestników czatów mogą być wyodrębnione. Pierwsza, którą możemy oznaczyć czat 'aktywistów' – są ludźmi, którzy stają się zaangażowani w życie towarzyskie tej wirtualnej przestrzeni. Czy często odwiedzają się i prawdziwa albo wirtualna tożsamość, którą oni adoptują staje się dobrze rozpoznawalna dla innych uczestników. To zachowanie uczestników jest ważne do stwierdzenia, że Internet tworzy ' wirtualną społeczność' (Rheingold 1994). W tym społecznym środowisku aktywiści pełnią znaczącą rolę w kształtowaniu współdziałania i niektórzy z nich budują własną grupę dyskusyjną albo stronę domową. Są również przykłady profesjonalistów zdrowia i opieki społecznej przyjmujących rolę aktywistów. Jednakże, poza miejscami, które zostały zaprojektowane, z wyraźnie terapeutycznym celem, ich

pozycja jest niepewna. Istnieją dowody że w grupach dyskusyjnych, takich jak poświęcone problemom z alkoholem, użytkownicy którzy są zidentyfikowani jako lekarze są zniechęcani przez innych do aktywnego zaangażowania (Muncer i inni 2000).
Druga kategoria uczestników to ci, których możemy zidentyfikować jako 'przejściowych' (tymczasowych), którzy tylko odwiedzają serwis, mogą być całkiem aktywni w tym środowisku przez krótki czas a potem odejść. Są bardziej zainteresowani zawartością i potencjalnymi radami oferowanymi w grupie dyskusyjnej albo na czacie niż sensem uczestnictwa w społeczności. Kiedy zaspokoją swoje potrzeby informacyjne albo odkryją, że te nie mogą one zostać zaspokojone, przechodzą do innej „części" Internetu. W końcu, wyróżniamy również biernych użytkowników Internetu, którzy zostali bardziej graficznie opisani jako 'czający się'. Mniej pejoratywna etykieta brzmiałaby 'podglądacze' chwytająca sposób w jaki tacy użytkownicy mogą czasami przyłączyć się do„wymian" ale zasadniczo preferują pozostanie na obrzeżach społeczności. Ta oczywista działalność „podglądania" może odzwierciedlać „podglądactwo" współczesnej kultury i wskazywać na potencjalne niebezpieczeństwa porad online dotyczących zdrowia i pomocy społecznej stającej się 'prawdziwą' rozrywką mediów (jak telewizyjna seria Big Brother). Bardziej pozytywnie zostało uargumentowane, że te zasoby tworzą nową 'wirtualną troszczącą się społeczność' (Burrows i Nettleton 2000) To sugeruje, że Internet może upodmiotowić użytkowników serwisów zdrowia i usług społecznych do poszukiwania alternatywnych źródeł informacji i porad innych niż tych zaoferowanych przez konwencjonalne źródła i lekarzy. Ponadto, badania w Stanach Zjednoczonych, pokazały, że zw. wirtualne społeczności są znaczącym źródłem wsparcia, rady i przyjaźni, zwłaszcza dla społecznie odizolowanych, starszych ludzi (Wright 2000). Powinno zostać zapamiętane, że ci którzy przyjmują te role, na przykład, aktywiści w jednej wirtualnej przestrzeni mogą stać się, przejściowymi albo podglądaczami w innym kontekście. Strony domowe i grupy dyskusyjne dostarczają informacji, które są potencjalnie „wywrotowe" w stosunku do narodowych regulacji i profesjonalnej praktyki. Jako globalny środek, w którym jest łatwe dla użytkowników, by na przykład, zidentyfikować różnice między amerykańskim i brytyjskim ustawodawstwem dotyczącym praktyki i regulacji adopcji. Internet też przynosi informacje i„podchodzi" do problemów społecznych oraz zdrowotnych do samego środka (sedna), który może mieć marginalny, mniejszościowy albo kontrowersyjny status gdzie indziej. Na przykład, jest coraz więcej grup dyskusyjnych i stron poświęconych ogromnemu zasięgowi uzupełniających i alternatywnych terapii. To uwidacznia i wzmacnia ich powiększającą się popularność specjalnie w rozwijaniu 'sprawnych' ciał i ' bezstresowego' stylu życia (Wybrany Komitet dla Nauki i Technologii 2000). Inne grupy dyskusyjne służą jako fora dla wymiany informacji i doradztwa, na przykład, Agencja Wspierająca Dzieci, która może pomóc jakiemuś uczestnikowi, by przechytrzyć system.

9.4. Profesjonalna wiedza specjalistyczna: sektor państwowy, handel i organizacje charytatywne

NHS Direct Online (serwis służby zdrowia) jest zasadniczo dodatkiem do usługi NHS (systemu służby zdrowia) „Telefonicznego Poradnictwa". Nie ma tam żadnej przestrzeni (funkcjonalności serwisu) dla użytkowników, by zamieścić radę, wymienić się pomysłami z innymi ludźmi albo skontaktować się ze specjalistą albo dostawcą usług, chociaż poprzez e-mail. Informacje są wyświetlane w kilku różnych językach z możliwością odsłuchania. Konserwatywna natura NHS Direct Online jest wyrazem podejścia państwa do zaspokajania potrzeb poprzez autorytatywną informację i poleganie w pełni na rządowych, i profesjonalnych wytycznych (Loader 1998a). Ludzie poszukujący informacji o problemach związanych z chorobą są zapewnieni o klinicznej
wiarygodności informacji, która jest tworzona na podstawie materiału opartego na dowodzie. Na poziomie lokalnym wzrastająca liczba podmiotów medycznych założyła strony internetowe, które dostarczają informacji np. o czasie operacji i usługach z linkami do miejsc takich jak NHS Direct Online. Inne agencje rządowe takie jak Laboratorium Zdrowia Społecznego posiadają strony internetowe, które rozpowszechniają zawartość drukowanych ulotek informacyjnych. Lokalne władze również wzbogacają zasoby Internetu, które upowszechniają ich usługi i oferują informację o realizowanych usługach społecznych i zdrowotnych. I tu podobnie – są ogólnie rzecz ujmując cyfrowymi kopiami papierowych informacji i nie pozwalają na jakąkolwiek istotną interakcję albo dodawanie treści. Tak jak w innych krajach, rząd Zjednoczonego Królestwa ma bogate plany rozmaitych polityk pod „parasolem" pojęcia 'e – rządu', które zawiera propozycje, że zdrowie i społeczne usługi będą dostępne ' elektronicznie' dla użytkowników do 2005 roku (Ministerstwo Zdrowia 2000, Sekcja 2, Paragrafy 2 – 3). Jest to odpowiedź na oczekiwanie, że Internet stanie się głównym zasobem informacji dla społeczeństwa i doprowadzi m.in. do rezerwowania wizyt i rejestracji skarg online, za pomocą formularzy zgłoszeniowych (Glastonbury i Gould 1996). Jednakże, HMSO (**Her Majesty's Stationery Office)** jest swego rodzaju monopolistą wydawniczym w obszarze, który ogranicza wolną dystrybucję wielu państwowych dokumentów inaczej niż np. w Stanach Zjednoczonych, gdzie podejście do praw autorskich jest inaczej realizowane. To pewnego rodzaju napięcie dotyczące wolnego publicznego dostępu do materiałów w Internecie miało już miejsce przez kilka lat w instytucjach naukowych. Użytkownicy mają możliwość lektury periodyków dotyczących zdrowia, pomocy społecznej i innych informacji na temat badań, dzięki stronom udostępnianym przez uniwersytety. Niektóre dzienniki internetowe są swobodnie dostępne dla każdego użytkownika (np. *brytyjski Dziennik Medyczny*) podczas gdy niektórzy nie pozwalają na pełen dostęp dla tych, nie posiadających prenumeraty. Jest też dużo łatwo dostępnych dzienników internetowych, które podążają za tą samą jakościową kontrolą systemową już dawno użytą w drukowanych, naukowych dziennikach

(np. *Socjologia Online*). Podobnie jak uniwersytety, organizacje badawcze i dobroczynne coraz szerzej używają Internetu by porozumiewać się ze społeczeństwem, udostępniać badania i rozpowszechnić wyniki swojej pracy. BBC OnLine dostarcza znacznej ilości klinicznych, zdrowotnych i społecznych informacji – mniej skrępowane przez politykę rządu niż NHS Direct Online i zdolne do przybliżenia programów telewizyjnych i radiowych. Obejmujące informacje ze spektrum zdrowia i pomocy społecznej. Znajdują się tam bezpośrednie linki do wiadomości dające użytkownikom pewien stopień interaktywności. Na przykład, „idąc" (w tym serwisie internetowym) za określonym programem użytkownicy mogą pytać online ekspertów o dany temat. Na przykład dotyczy to kampanii 'Stop Paleniu' przeprowadzonej w 2000 roku zawierającej radiowe, telewizyjne i internetowe doradztwo wraz ze wsparciem grupy dyskusyjnej dla palących. Odzwierciedlając zawartość medialną, granice między ortodoksyjną medycyną oraz uzupełniającym i alternatywnym podejściem dla zdrowia stały się rozmazane (nieostre). Jeśli cyfrowe media rozwiną się, może doprowadzić to do ograniczenia roli programów telewizyjnych i radiowych w dostarczaniu wiadomości prozdrowotnych i społecznych na rzecz Internetu (Schoech 1996). Komercyjne medyczne strony szybko przyrastają zarówno w Zjednoczonym Królestwie jak i poza nim. Mogą zostać użyte jako media reklamujące ubezpieczenia zdrowotne, prywatne medyczne i społeczne usługi, zawierać fotografie z klinik, opis kosztów leczenia, szczegóły na temat obsługi klinicznej itp. W niektórych przypadkach mogą zostać zaaranżowane wizyty przez e-mail; jednakże, podobnie jak w sponsorowanych przez państwo zasobach, takie strony oferują mało okazji dla interakcji między serwisem a użytkownikiem. Kierując się potrzebami rynku, system opieki zdrowotnej Stanów Zjednoczonych wygenerował większą liczbę bardziej złożonych i interakcyjnych stron związanych ze zdrowiem. Rzeczywiście, różne opinie medyczne stały się coraz bardziej „wpuszczane" w obieg i rozpowszechniane przez Internet. W podobny sposób przedsiębiorstwa farmaceutyczne, centra sportu i fitness dysponują opartymi na sieci zasobami, które dostarczają informacji, reklamują usługi i produkty. Odzwierciedlając rozmaitość i mnogą naturę „konsumpcji" porad dotyczących zdrowia i stylu życia stworzono wiele zasobów, które oferują użytkownikom 'nową erę' w leczeniu stresu, diety i zarządzania emocjami (Hardey 2002b). Rośnie również ilość medycznych (komercyjnych) stron w Zjednoczonym Królestwie, które
usiłują dostarczyć usługi przez integrację informacji, komunikacji i technologii. Na przykład, 'Kieszonkowy Lekarz (Pocket Doctor) ' posiada konwencjonalną stronę w sieci z informacją, mechanizmem wysyłania materiału do telefonów komórkowych i przenośnych komputerów, jak również wersję premium zawierającą linię telefoniczną do lekarza. Tego rodzaju udogodnienia reprezentują konwergencję technologii, które mogą zostać wybierane przez użytkowników, by pasowały do stylu życia z ciągłymi potrzebami, telefonem komórkowym i 24 – godzinnym dostępem do informacji o zdrowiu. Niektóre duże przedsiębiorstwa dostarczają informacji o zdrowiu i kondycji swoim pracownikom przez

wewnętrzny intranet[30]. Pozwala to pracownikom na budowanie ich własnych profili zdrowotnych i w razie potrzeby konsultacje z lekarzami lub doradcami. Bezpośrednia reklama leków na receptę dla konsumentów jest zakazana w Zjednoczonym Królestwie ale inaczej jest w przypadku rozszerzającego się rynku innych państw, tak że produkty takie mogą być dostępne (Jenkins 1998). To znaczy, że farmaceutyki, które nie są dostępne w jednym kraju mogą być reklamowane i nabyte przez mieszkańców przez Internet (chociaż to może naruszać to regulacje dotyczące importu). Internet może być bezpośrednią drogą dotarcia do globalnej widowni w obszarze zdrowia i profesjonalistów społecznych. Jednakże, należy również wskazać na istnienie ryzyka etycznego tutaj i jest np. niejasne jak daleko idące rady lekarz może albo powinien udzielić (Peacock 2001). Sektor charytatywny obejmuje szeroki zakres organizacji i zawiera zarówno krajowe jak i międzynarodowe stowarzyszenia takie jak np. Królewski Narodowy Instytut dla Niewidomych (RNIB) jak również małe lokalne grupy. Użycie Internetu głównie odzwierciedla wielkość i dynamikę działania organizacji. Wiele instytucji dobroczynnych nie robi żadnego, albo mało aktywny użytek z technologii informacyjno-komunikacyjnych, choć zdarzają się oczywiście wyjątki od tej reguły (Burt 2001). Można zidentyfikować dwa główne typy obecności Internetu. W pierwszym, zasoby Internetu mogą zostać przypisane do rozpowszechniania informacji o zagadnieniach istotnych dla prowadzonej działalności dobroczynnej. Na przykład, strona „Mind" stowarzyszenia zajmującego się kwestią zdrowia psychicznego, dostarcza opisy różnych problemów związanych z dobrostanem, chorobą, dostępnym leczeniem, zobowiązaniami usług zdrowia i pomocy społecznej wobec użytkowników i linki do innych zasobów Internetu. Są też strony bardziej interaktywne i umożliwiają również czat, dzięki któremu użytkownicy mogą komunikować się ze sobą (np. Narodowa Wspólnota Schizofrenii). Druga kategoria stron internetowych jest pojmowana głównie jako narzędzie kampanii. Strona Syndromu Wojny w Zatoce (Perskiej), publikuje m.in. wiadomości, wydaje prasowe zawiadomienia i rozpowszechnia informacje by wesprzeć medyczne rozpoznanie problemów zdrowotnych doświadczonych przez byłych żołnierzy.

9.5. Informacja i dylemat kontroli

Dokonaliśmy krótkiego przeglądu głównych źródeł internetowych dotyczących zdrowia i społecznej troski, przedstawiliśmy różnorodność form informowania, została podjęta kwestia osób/instytucji dostarczających wiedzę i „czytelników"- konsumentów informacji. Kontrastuje to z zamkniętą bazą wiedzy, na której została oparta profesjonalna wiedza

30 Tu Czytelnik może znaleźć aktualne wyniki polskich badań odnoszące się do korzystania z Internetu (w kontekście zdrowia) przez populacje pracujących: E. Korzeniowska, K. Puchalski (2014) POLISH EMPLOYEES ON THE INTERNET AS A SOURCE OF INFORMATION ABOUT HEALTH AND DISEASE (POLSCY PRACOWNICY O INTERNECIE JAKO ŹRÓDLE INFORMACJI O ZDROWIU I CHOROBIE), Medycyna Pracy 2014;65 (1): 1–13 http://www.imp.lodz.pl/upload/oficyna/artykuly/pdf/full/2014/MP_1–2014_E_Korzeniowska.pdf

specjalistyczna. To również odzwierciedla społeczną zmianę dzięki której zdrowe ciało wyraża „zdrowy styl życia" (Nettleton 1995; Shilling 1993; Turner 1995). To co Baudrillard (1993) i inni teoretycy postmodernizmu przedstawili jako społeczny świat zaangażowany w 'ekstazę komunikacji' znajduje wyraz w nowych mediach – z nowymi drogami nadawania wyrazu indywidualnym lękom i pragnieniom. Internet dał też nowy impet dla długiej „walki" pomiędzy wiedzą potoczną, informacją i wiedzą specjalistyczną (kluczowa medyczna debata na temat dostępu do Internetu, toczy się w dyskursie 'jakości' informacji). Kilka organizacji rozwinęło mechanizmy, służące ocenie zasobów Internetu związanych ze zdrowiem (np. HON Code, Amerykańskie Medyczne Stowarzyszenie, Interner HealthCare Coallition, Hi-Ethics, MedCertain). Podążają one za mniej lub bardziej hierarchicznie rozumianą wiedzą medyczną opartą na dowodzie wspieraną m.in. przez Centrum Cochrane i poddają jednocześnie w wątpliwość wiarygodność alternatywnych źródeł Internetu. Strona stworzona przez przez emerytowanego amerykańskiego psychiatrę trafnie tytułowanego: 'quackwatch'[31] podąża za logiką tego podejścia przez „potępienie" zasobów internetu, który nie są oparte na dowodzie bo np. wywodzącą się z badań na zbyt słabo kontrolowanych próbach (Vankevich 2002). Schematy oceniania zasobów internetowych w dużej części pozostają zależne od dowolnie dokonywanych ewaluacji przez projektantów stron internetowych i klinicystów, co prowadzi do krytyki słuszności takich ocen (Kim i inni, 1999).

Twierdzenia dotyczące altruizmu, bezstronności usług i promowania kultury, która stawia na pierwszym miejscu interes publiczny i wysoką jakość stanowią kluczowy element statusu zawodowego. Wyżej wymienione wartości są podstawą standardów postępowania pracowników służby zdrowia i pomocy społecznej, a także odgrywają istotną rolę w socjalizacji w grupie zawodowej (Crompton 1990; Harris 1989; Saks 1995). W rezultacie, istnieje zarówno publiczny, jak i zawodowy interes, aby zdefiniować i utrzymywać obszar wiedzy eksperckiej, do którego można zyskać dostęp jedynie korzystając z usług uznanego praktyka. Mnożenie się informacji w Internecie reprezentuje wyzwanie dla profesjonalnych monopoli. Jednakże, byłoby uproszczeniem przedstawianie zainteresowania jakością tylko w warunkach profesjonalnej oceny. Badania które oceniały medyczną informację sugerują, że wiele z nich może nie być całkowicie godnych zaufania nawet jeśli są upowszechniane przez instytucje medyczne (Biermann, Golladay i Greenfield 1999; Griffith i Christensen 2000). Jednakże, dylemat tutaj stanowi pytanie jakich kryteriów należy użyć by dokonywać takich ocen. Na przykład, strona wywodząca się z włoskiej szkoły medycznej będzie w zgodzie bardziej z włoskimi niż angielskimi lub amerykańskimi protokołami. Pomimo debaty wokół praktyki opartej na dowodzie w pomocy społecznej nie było żadnej wspólnej próby by utworzyć plan oceny zawartości Internetu tak jak

31 Quackwatch – amerykańska organizacja zajmująca się identyfikowaniem i walką z mitami w medycynie, niewłaściwymi praktykami, przesądami itp.

zostało to zrobione w medycynie. Bauman (2000) zauważył, że pojawienie się 'zwykłych' ludzi w programach rozrywkowych i telewizji (w przeciwieństwie do ekspertów albo sław) dzielących typowe życie z widzami, może pozwolić nam, by 'nauczyć się czegoś *przydatnego* z ich zwycięstw i klęsk' (s. 68). Informacje w grupach dyskusyjnych i na stronach domowych są znaczące i przydatne dla użytkowników, ponieważ przedstawiają ucieleśniony opis warunków, leczenia i doświadczeń które wykraczają poza coraz bardziej wyspecjalizowany i załamujący się system wiedzy eksperckiej. Zastosowanie profesjonalnie rozwiniętych naukowych jakościowych kryteriów zmarginalizowały takie zasoby jako nieistotne. To podkreśla problem 'rzeczywistości (prawdziwości) 'doświadczeń, które są publikowane w Internecie. Strona domowa nastolatki w Stanach Zjednoczonych, która miała białaczkę, przyjęła formę 'bloga', którego używała by zarejestrować jej doświadczenia przez dwa lata, aż do jej śmierci. Jej 'pamiętnik' (blog) na stronie domowej odwiedziło wielu gości i był przedmiotem zainteresowania w grupach dyskusyjnych, gdzie ludzie oferowali sobie różne formy wsparcia np. emocjonalnego. Jednakże, cała historia okazała się kompletnym wymysłem. Została utworzona przez kobietę, która była aktywnym uczestnikiem w grupach dyskusyjnych i na czatach, która przyjęła wirtualną tożsamość nastolatki jako jednej z kilku używanych w Internecie. Uczestnicy forów szeroko dyskutowali ich poczucie zdrady w następstwie jej zdemaskowania. Przestrzeń dostarczana przez Internet jest jedną z tych, w których ludzie mogą pozostać względnie anonimowi i czerpać satysfakcję z bezcielesnego współdziałania, które ma tam miejsce. To jest też przestrzeń, która jest specyficznie intymna, gdzie można się podzielić doświadczeniami i uczuciami w sposób niemożliwy dla innych mediów. To również dotyczy ryzyka niewłaściwie zainwestowanego zaufania w naturę informacji dostępnych w internecie. Jak wskazuje troska o kryteria jakości, materiał w Internecie nie jest tak starannie albo powszechnie klasyfikowany tak by użytkownicy mogli szybko rozpoznać i odróżnić fikcję od autobiografii albo dziennikarstwa. Literatura, film i teatr pomogły ludziom „pozbierać się" po trudnych doświadczeniach albo umożliwiły widowni zrozumienie dotyczące radzenia sobie z problemami zdrowotnymi albo społecznymi.

'Rzeczywistość', na przykład, powieści nie jest podważana, ponieważ czytelnicy znają jej status. Jednakże, może zawierać doświadczenia autora jak i opowiadania o zdrowiu, interpretowanie wyjaśnień, uczuć i emocji czytelnikom (zobacz Bury 2001). Wydaje się, że musimy skupić uwagę na tym, jak ludzie używają Internetu by zyskać wgląd w to jak wybierają zasoby, które kształtują ich decyzje i wybory.

9.6. Wnioski końcowe

W polityce zdrowia i opieki społecznej Internet nadal jest widziany jako środek na promowanie upodmiotowienia użytkowników, dostarczania wsparcia i troski. Jednakże, w sieci (w porównaniu z zasobami państwowymi) przeważa komercyjny, charytatywny

i indywidualny charakter materiałów o zdrowiu i pomocy społecznej. Jak zobaczyliśmy, zasoby te zawierają się w osobistych domowych stronach internetowych, realizują się poprzez współdziałanie w grupach dyskusyjnych i na czatach, konsultacjach online, dotyczą sprzedaży leków „farmaceutycznych" i „alternatywnych", sposobów międzynarodowej adopcji i tak dalej. Samuel Smiles mógłby mieć trudności z wyobrażeniem sobie współczesnego masowego rynku konsumenta dla utrzymania w dobrej formie ciała, samopomocy i samodoskonalenia. Jednakże, rynek ten jest zorientowany na tych którzy posiadają kapitał kulturowy, zasoby finansowe i czas, by zainwestować w swój styl życia by wesprzeć sobie zachodzące zmiany. To wskazuje na różnice klasowe, które kształtują życiowe szanse i zasięg do którego szanse i zagrożenia są spostrzegane i konstruowane. Internet nie powinien „odwracać się" od potrzebujących albo stwarzać kolejne różnice i nierówności. Posiadanie komputera i omowego dostępu do Internetu jest rzadko spotykane w biedniejszych społecznościach, chociaż badane dochody nowych użytkowników Internetu w Zjednoczonym Królestwie zmniejszają się (Foley 1999). Znając powiązania między ubóstwem, chorobą i korzystaniem z pomocy społecznej ten rozdźwięk dotyczący informacji albo ' cyfrowy podział ('digital divide') jest poważnym problemem dla tych, którzy widzą w Internecie narzędzie do tworzenia większej społecznej równości (Zespół Politycznego Działania Przeciw Społecznemu Wykluczeniu 2001). Ponadto, ponieważ angielski jest dominującym językiem używanym w Internecie, to może zostać pominięty fakt, że osoby, które nie mają żadnej znajomości języka skutecznie są wyłączone z większości dostępnych zasobów (Berland 2001; Jorden 2001). W swojej powieści *Wlerny Ogrodnik John le* Carré (2000) ukuł powiedzenie 'Big Pharma' (Wielka Farmacja) by opisać zachodnie koncerny farmaceutyczne. Jego powieść koncentruje się wokół działalności przedsiębiorstw, które są zaangażowane w testowanie nowych leków w Afryce, które było zbyt kosztowne, by zostać użyte na kontynencie. W kwietniu 2001 w cieniu silnej międzynarodowej krytyki 'Wielkiej Farmacji' Stowarzyszenie Producentów Farmaceutycznych użyło tego przypadku przeciw używaniu przez rząd południowoafrykański tanich leków na AIDS. Fikcja literacka pomogła w ukształtowaniu debaty i rezultatu międzynarodowej dyskusji o opiece zdrowotnej. Jak zobaczyliśmy, główna dyskusja o poradnictwie i informacjach oferowanych użytkownikom w Internecie dotyczy 'jakości' materiału; odzwierciedla to obszerniejszą dyskusję toczącą się wokół praktyki opartej na dowodzie. W ramach zainteresowania ochroną społeczeństwa misją kilku organizacji ma być ocena jakości informacji Internetowych i szersza dyskusja na temat podstaw udzielanego w Internecie wsparcia. Strony internetowe sponsorowane albo autoryzowane przez państwo są ograniczone troską płynącą z obawy aby nie odejść od tego, co jest uznane za bezpieczne dla użytkowników. Dla kontrastu, osobiste strony domowe mogą zawierać elementy autobiografii, fikcji, apeli, napomnień, autopromocji i tak dalej. Fragment ze strony domowej Ruth i teksty z grupy dyskusyjnej mogą być zrekonstruowane w taki sposób, jaki czytelnik pragnie. Dokonując takiego zabiegu, czytelnik zastanawia

się i użyje takich doświadczeń i tekstów w sposób, który może ukształtować rozumienie choroby, młodych ludzi albo zachodniego społeczeństwa. W podobny sposób odwiedzający grupy dyskusyjne albo czaty szukają informacji i rad, które pomogą im zrozumieć zagadnienia, które dotyczą ich własnego albo czyjegoś zdrowia i stylu życia. Oni również mogą przyczynić się do debaty i stworzyć swoją własną stronę, by pomóc innym podzielić się problemami i wspierać się. Taka informacja może dokładnie odzwierciedlić prawdziwe doświadczenia i wiedzę specjalistyczną w zakresie zdrowia albo społecznego problemu albo może być bardziej pomysłową interpretacją wydarzeń. Jednakże, fikcja może dostarczyć i pomóc ukształtować zrozumienie trudnych problemów zdrowotnych i społecznych. Opowiadania (narracje) zawsze miały zasadnicze znaczenie dla badań i praktyki w obszarze zdrowia i pomocy społecznej. Idąc za modelem Parsonsa (Parsons 1951), tworzą surowiec, którego eksperci używają, by „odsłonić" odpowiednie znaczenia, interpretacje albo rozwiązania. Takie rozumienie jest wzmacniane przez teoretyczne podejście wyrażające się w traktowaniu indywidualnych problemów i doświadczeń jako 'prawdziwych' i jako mających znaczenie oraz które nie musi zostać zweryfikowane albo zinterpretowane przez medyczną albo inną specjalistyczną wiedzę.

Dzięki temu dowartościowuje się wiedzę pochodzącą od użytkowników (klientów) i scala specjalistyczną relację w dialektyczną jedność, gdzie wspólne interpretacja i kierunki działania są budowane. Takie podejście skoncentrowane na użytkowniku prowadzi do argumentacji, że ogólne wyjaśniające teorie nowoczesności powinny być zastąpione w społecznej pracy przez „miejscowe opowiadania (lokalne narracje) " (Parton 1998). Jednakże, przesunięcie w zarządzaniu profesjonalistami – od koncentracji na praktyce do struktur zapewnienia jakości, do instrumentalnego nadzoru przez strategie kontroli, narzuca taką hierarchię wiedzy, która zostawia niewielką przestrzeń dla negocjacji albo dowolności.

Warto zaznaczyć występowanie swego rodzaju napięcia wokół zagadnień zwiększania kontroli oraz nadzoru nad profesjonalistami z obszarów zdrowia i pomocy społecznej. Napięcia te również dotyczą oczekiwania wielu profesjonalistów, pacjentów i klientów dialektycznej relacji gdzie ich wiedza specjalistyczna zostanie rozpoznana i dowartościowana (Beresford 2000; Smith 2001). Ponadto, użytkownicy, którzy zdobyli informację, poradę i pewność dzięki Internetowi mogą stanowić wyzwanie dla władz zdrowotnych i praktyk społecznych (Hardey 1999). Jak sugeruje Giddens (1991), Internet może dostarczyć sposobów częściowego albo całkowitego nabywania zdolności przez użytkowników. Jako konsumenci wiedzy specjalistycznej możemy nie być skłonni, by zaufać samemu systemowi, który nie może się sam usprawiedliwić. Jeżeli czasami charakteryzujemy się jako eksperci w pewnym zakresie, przyjmujemy też rolę laika kiedy chcemy użyć innej wiedzy specjalistycznej. Identyfikowanie (wyszukiwanie), korzystanie z informacji, porad z Internetu i innych źródeł może stać się pewną częścią własnej refleksyjności. Wzrastająca płynność relacji eksperckich nie tylko stawia wyzwanie wielu profesjonalnym

i instytucjonalnym oczekiwaniom ale też tworzy okazje, by naśladować prawdziwe 'spotkanie umysłów'. Internet może zostać użyty, by promować zaangażowanie użytkownika w przypadku zarządzania w pomocy społecznej i współpracy w opiece zdrowotnej. W połączeniu ze zwiększającymi się okazjami dla wykorzystywania samopomocy i wsparcia zaoferowanych przez Internet
wzmacnia się podłoże wiedzy specjalistycznej. Kontekst dla tego stanowi rozmaitość i zasięg informacji w Internecie, które przyciągają uwagę do drogi, którą może być nowa wyłaniająca się relacja między „laikami" i „specjalistami". Charakterystyczne dla współczesności, co opisał Beck (1992) jako ' społeczeństwo ryzyka', zostało wsparte działaniem przez szeroko rozpowszechnione opisy niepowodzeń profesjonalistów w działaniach podejmowanych w interesie publicznym (np. niezgodne z prawem usunięcie i przechowywanie organów). Jeżeli dwuznaczność, niepewność, zażyłość i
zniechęcenie są centralnym elementem współczesnego życia interpersonalnego, to takie charakterystyki dotyczą również właściwości Internetu. To stawia poważne wyzwania i nowe okazje dla wszystkich, którzy korzystają albo tworzą informację, rady oraz realizują usługi w zakresie zdrowia i pomocy społecznej.

10. PODSUMOWANIE: TECHNOLOGIE TROSKI (*Stephen A. Webb)*

Wiele z tego, co wydaje się, że wiemy na temat zawodów medycznych i pomocy społecznej stoi pod znakiem zapytania. Kategorie, które wydawały się tak naturalne, zbyt szybko się ze sobą zbiegają (ulegają konwergencji) lub zanikają w długim procesie reorganizacji i nowego ustawodawstwa. Polityki dotyczące technologii informacyjnych często odzwierciedlają leseferystyczne podejście do sektora publicznego. Nieuchronnie, nowe technologie teleinformacyjno-komunikacyjne (TIK) będą odgrywać decydującą rolę w złożonej dziedzinie przemian zachodzących w zawodach medycznych. Niklas Luhmann (1998), jeden z najbardziej rozpoznawanych współczesnych teoretyków mediów, stwierdził, że żyjemy w zaawansowanej i nowoczesnej epoce, gdzie czynniki nie odgrywające istotnej roli dla funkcjonowania technologicznego mają bardzo małe znaczenie. Technologia jest zawsze uwikłana w relacje władzy oraz koncepcji związanych z naszą tożsamością społeczną. Spekulacje na temat wpływu technologii teleinformacyjnych, tj. „Sieci" (sieci internetowej i innych potencjalnie powiązanych) oraz jej najszybciej rozwijającego się wymiaru, tj. „Internetu" są objawami i elementami szerszego przekształcania się polityki, ekonomii i kultury. Zmiany te stanowią wyzwanie dla wielu kategorii, w związku z którymi zastanawialiśmy się nad kształtem społeczeństwa oraz jego przyszłością.

10.1. Zarządzanie i technologie pomocy

Szczególnie interesujący jest sposób, w jaki nowe technologie wpływają i stanowią część sposobów zarządzania zasobami ludzkimi – w skrócie, polityczny wymiar technologii teleinformacyjnej oraz wiedzy. Ten rodzaj ekspozycji wiąże się z konceptualizacją zarządzania, jako konkretnymi sposobami interwencji, kształtowania, regulacji i kierowania życiem ludzkim w oparciu o poszczególne rodzaje praktycznej racjonalności (kwalifikacje zawodowe, doświadczenie, wiedza, wartości), jak również z kształtowaniem zachowań w oparciu o konkretne narzędzia, technologie i techniki interwencji. To kształtowanie lub standardowe „ustanawianie" może odbywać się na odległość, tak jak w przypadku telematyki opieki zdrowotnej, lub w bliskim sąsiedztwie, jak w przypadku

monitorowania umiejętności rodzicielskich poprzez ćwiczenia symulacji komputerowych w ośrodkach rodzinnych. W zakresie zdrowia i opieki społecznej mogą być one rozumiane jako „technologie pomocy". Praca Nikolasa Rose'a (1999) oraz Deana Mitchella (1999) ma kluczowe znaczenie dla kształtowania tej analizy. Przełomowa książka autorstwa Rose'a pod tytułem „Powers of Freedom" jest bardzo sugestywna dla analiz zmian w zarządzaniu, które aktualnie zachodzą w opiece zdrowotnej i społecznej. Przedstawia ona sposób, w jaki strategie zarządzania kształtują rzeczywistość poprzez „rytuały prawdy" oraz tworzą konkretny styl podmiotowości, z którym jedni się zgadzają, a inni odrzucają. Ponieważ ludzie są oswajani z tymi rodzajami podmiotowości, stają się częścią jej normalizującej siły. Pomoc społeczna nie jest bezwarunkowym prawem, lecz często zależy od przejawów funkcjonowania użytkowników korzystających z usług. „Rządomyślność" (neologizm opisujący racjonalność rządową) zawiera w sobie coraz szerszą wiedzę ekspercką, która jest określana jako „naukowa" lub „technologiczna" oraz która przyczynia się do władzy zarządzania ludzkiego. W dalszej części, Rose (1999) dokonuje istotnego połączenia rządomyślności z technologiami regulacji społecznej: Technologie zarządzania to technologie przesiąknięte aspiracjami dotyczącymi kształtowania zachowań, w nadziei na osiągnięcie założonych celów i zapobieżenie niepożądanym działaniom. Zatem jest zbiorem form praktycznej wiedzy wraz z rodzajami percepcji, praktyk obliczeń, rodzajów władzy, rodzajów wyroku, form architektonicznych, zdolności ludzkich, urządzeń i tak dalej, przecinających się z aspiracjami osiągnięcia określonych rezultatów w zakresie prowadzenia zarządzanego...Technologie nie są realizacjami pojedynczej woli (pp. 52–53). Polityka zdrowotna w formie medycznych strategii prewencyjnych może być rozumiana z punktu widzenia technologicznych perspektyw pomocy. W takim kontekście celem jest ograniczenie niebezpieczeństwa lub zagrożenia, natomiast zamierzenia dotyczą kształtowania motywów ludzkich jak również koncepcji zdrowego życia. Nie tylko chodzi tu o kwestię wdrażania poszczególnych rodzajów wiedzy; takie zamiary odwołują się również do uczuć i modeli identyfikacji. Racjonalność zarządzania jest sposobem myślenia, zdolnością do podejmowania pewnych form działalności zdrowotnej w sposób przemyślany i możliwy zarówno dla lekarzy jak i pacjentów. Technologie opieki wpływają na normalizację nakazów dotyczących tego, co jest dopuszczalne i niedopuszczalne w diagnozowaniu stanu zdrowia. W Stanach Zjednoczonych działa wiele sprywatyzowanych firm sektora medycznego, takich jak na przykład: „Total Care Technologies", „Care Technologies Inc", „Managed Care Technologies" czy „Patient Care Technologies".

Kwestie etyczne, zarówno na poziomie osobistym i zawodowym, nie są „oderwane" od technologii opieki. Takie kwestie etyczne zostały trafnie nazwane przez Drefusa i Rabinowa (1982) mianem „naszego regulacyjnego pojmowania rzeczywistości, opierającego się na interesie społecznym" (str. 15). Pomoc i opieka pociągają za sobą wiedzę na temat nas samych oraz innych ludzi. Działają w przestrzeni, która zawiera zarówno

oficjalne rządowe instrumenty służące do tworzenia polityki, jak również w obszarze uprawomocnienia norm interwencji zawodowej. Prawdopodobne jest, że koncepcja opieki nie pojawiła by się, czy to jako zinstytucjonalizowana praktyka zawodowa czy miara moralnej wiarygodności osobistych relacji, bez wprowadzania odpowiednich zmian w definicjach podmiotowości i liberalnej moralności (patrz McBeath i Webb 1997). Moralność liberalna jest nierozerwalnie związana z działalnością lekarzy, planistów, nauczycieli, pracowników socjalnych i kierowników. Etyka postępowania, wynikająca z takiej optyki, koncentruje się na zdolności definiowania odpowiednich i nieodpowiednich zachowań oraz wyznaczania standardów dla rzeczy postrzeganych za normalne. Tak więc, w naszym współczesnym kontekście, postępowanie etyczne, nasza opieka nad kimś i pielęgnowanie przez innych, jest niemal niemożliwe do rozwikłania w odniesieniu do sposobu działania rządu w tej nowoczesnej formie.

10.2. Racjonalność techniczna jako technologia zarządzania

„Informatyka społeczna" to rozległy obszar badań dotyczących projektowania, zastosowań i znaczenia technologii teleinformacyjnych uwzględniający interakcję z kontekstami instytucjonalnymi i kulturowymi (patrz King 2000). W związku z powyższym należy zastanowić się w jaki sposób technologie teleinformacyjne kształtują rozwój zawodowy w zakresie opieki zdrowotnej i społecznej? Przeważająca ilość badań technologii teleinformacyjnych ściśle koncentruje się na ich wpływie, co wydaje się być podejściem jednowymiarowym. Niezbyt pomocne jest oddzielne rozpatrywanie wpływu technologii teleinformacyjnych, ponieważ ten rodzaj podejścia nie uwzględnia złożoności, „wieloprzyczynowości" zmian i wpływów. Wpływy nie pojawiają się naturalnie, ale są wybiórczo tworzone w matrycy wielu indeksów w celu osiągnięcia pewnych społecznych i politycznych celów. Wiemy na przykład z nauki, że praktyka biologii XX wieku uległa zmianie pod wpływem fizyki, a nie z powodu własnej dynamiki wewnętrznej (patrz Keller 1993). W konsekwencji musimy zadać sobie pytanie, w jaki sposób TIK łączą i konfigurują się z szerszym kompleksem rozwoju i formacji społeczno-kulturowych? Zmiany zachodzące w opiece zdrowotnej i społecznej są najlepiej rozumiane w kategoriach nowo ukształtowanej konfiguracji sił wprawionych w ruch poprzez dominację nowego rodzaju racjonalności technicznej. Konfiguracja jest wynikiem poprzecznych połączeń powiązanych i niejednoznacznych związków między TIK, praktyką opartą na dowodach, oceną ryzyka i zarządzania, zarządzaniem wiedzą, zarządzaniem pomocą, postanowieniami dotyczącymi podejmowania decyzji, strukturą wydajności oraz umocnieniem protokołów standaryzowanej praktyki. Działania te prowadzą do wiązania efektów i korelacji w celu realizacji polityki racjonalności technicznej w neoliberalnym programie politycznym. Reasumując, mogą być one rozumiane jako „nowe technologie opieki zdrowotnej i pomocy społecznej". Te nowe technologie pomocy – wraz

z technologiami teleinformacyjnymi na czele – coraz częściej kolonizują proces tworzenia polityki oraz podstawową praktykę w świadczeniach opieki społecznej. Ta nowa konfiguracja została określona jako technologiczna, ponieważ dotyczy aspektów postępowania, które mogą przejawiać się na wiele sposobów. Co istotne, są to praktyki zorientowane na sukces, opierające się na podstawowej racjonalności lub tym, co Max Weber nazywa aspektem celowo-racjonalnym (z jęz. niem. – *zweckrational*). Oczekuje się, aby praktycy i osoby korzystające ze świadczeń oraz usług spojrzały na świat z technologicznego punktu widzenia, to znaczy, jak na zasoby do wykorzystania lub ograniczenia do pokonania. Planowanie opieki, ścieżek i pakietów zwykle przypomina taki rodzaj myślenia zorientowanego na osiągnięcie sukcesu, dotyczącego świata społecznego. Simpson (1995) podsumowuje proces rozumowania technologicznego w następujący sposób: Możemy następująco opisać sposób, w jaki technologia rozwiązuje swoje problemy: potrzeba jest wyrażona jednoznacznie lub istnieje szansa ze strony rozwiązań naukowych lub innych rozwiązań technologicznych, jest artykułowana w kontekście konieczności lub możliwości, jasny cel jest określony i główne kroki, które należy podjąć, główne elementy pracy do wykonania są określone, plan jest stale otwarty na „feedback" (informację zwrotną) płynący z efektów pracy i wreszcie, praca zwykle jest organizowana tak, aby każdy z głównych segmentów był rozdzielony w ramach podziału pracy. Ten sposób podejścia uwydatnia ważne stanowisko, które technologia stara się zrealizować tak skutecznie i efektywnie, jak to możliwe. Ponadto podkreśla znaczenie planowania lub racjonalnej„orkiestracji"[32] postępowania dla przedsięwzięć technologicznych (str. 15). Ten rodzaj racjonalnego planowania i rozwiązywania problemów charakteryzuje samą opiekę zdrowotną i pomoc społeczną. Interwencje w obszar opieki zdrowotnej i społecznej imitują ten technologiczny sposób wyobrażania sobie sposobu kodyfikowania, dostosowywania, modyfikowania i określania życia. Na szczycie interwencji ukierunkowanych na rozwiązania, zadania i kryzys, z których każda wcześniej określa pożądany efekt, utworzone zostały dodatkowe warstwy nowych technologii opieki, na przykład, praktyka oparta na dowodach, zarządzenie wiedzą, ścieżki decyzyjne oraz ocena ryzyka (patrz Webb, 2001).

Reasumując, ten techniczny układ opieki powoduje wzmocnienie kompetencji dotyczących racjonalności technicznej oraz celowego racjonalnego działania, jako sposobu przeformułowania interwencji ekspertów. W związku z tym, wybór środków lub metod opieki jest coraz bardziej zależny od wyniku racjonalnych obliczeń: to znaczy, jest coraz częściej traktowany pod względem ilościowym w odniesieniu do opieki zdrowotnej i społecznej. To doprowadziło Ellula (1967) do stwierdzenia, że postęp technologiczny jest obecnie warunkowany niczym innym jak własną matematyczną analizą efektywności.

32 Orkiestracja to funkcja systemów informatycznych, mająca pomagać programistom, analitykom IT oraz architektom informacji w formalizowaniu w zestaw podstawowych funkcji (czyli strukturę) przepływu sterowania związanego z automatyzacją procesów biznesowych. Za: http://it-portal.pl/baza-wiedzy/slownik-kategorii-it/271-orkiestracja.html

Opieka zdrowotna i społeczna są głęboko zakorzenione w logice tej racjonalności technicznej. W ramach tej technologii opieki, modele „dobrych praktyk" planowania zostały bardzo rozwinięte w ciągu ostatniej dekady. Istnieje nawet amerykańska strona internetowa dotycząca zawodu pielęgniarki, która jest „poświęcona całemu procesowi planowania opieki, w tym ocenie, planowaniu i realizacji, jak określono w zasadach opieki pielęgniarskiej" (patrz http://www.careplans.com/pro/default.asp). Planowanie opieki wiąże się z tą racjonalistyczną koncepcją, ponieważ opiera się na oddzieleniu wiedzy od działania. Działanie jest postrzegane jako ugruntowane w systematycznej wiedzy zdobywanej w ramach procedur zgodnych z zasadami (np. identyfikacji celów, ustalaniu norm zachowania, proponowaniu kierunków działania, ocenie znaczenia i przewidywaniu skutków), natomiast praktycy lub osoby korzystające z usług postępują zgodnie z wcześnie określonym i regulowanym modelem (np. modelem oceny). Planowanie opieki zazwyczaj wiąże się z próbą reprezentowania, w ujęciu systematycznym i racjonalnym, zasad, których należy przestrzegać, aby dokonać pewnych zmian w życiu osób korzystających z usług. Obecnie, reakcja (feedback), o której mówi Simpson jest wpisana w „modne" pojęcia „interesariusz" (*stakeholder*) lub „zaangażowanie osób korzystających z usług". Dla niektórych, TIK stanowią swego rodzaju utopię planistów (patrz McBeath i Webb 2000). Inni uważają, że technologie te doprowadzą do wyzbycia się subiektywnego nastawienia i błędów w planowaniu oraz ocenie, jak również uwzględnią, na przykład, w procesie analizy decyzji, pełną racjonalność namysłu, to znaczy, pełen zakres istotnych faktów po dokładnym rozważeniu konsekwencji. Dlatego też, planowane decyzje, które podlegają niekończącym się przepływom i nieprzewidzianym zdarzeniom losowym, mogą być zawsze skażone przez nieograniczone informacje, które są wcześniej (ściśle) określane. Planowanie opieki społecznej i socjalnej nie jest jednak wolną od ryzyka błędu metodą osiągania pożądanych celów lub zgody dotyczącej procesów interwencji. Doświadczeni planiści często nie osiągają założonych celów. Niemniej jednak, nawet w przypadku podjęcia najbardziej szerokich działań, zawsze pozostaną jakieś aspekty, które będą niezauważalnie zakłócać proces realizacji planów. Jest to „skutek uboczny" planowania, który może być, w sensie ogólnym, określany mianem „technologii politycznej". Racjonalność planowania nigdy nie osiągnie doskonałości i jako tako nie może być w pełni skuteczna, ponieważ praca indywidualna i społeczna nie jest racjonalna. Samo życie społeczne nie jest właściwie przedmiotem planu. Planowanie opieki można postrzegać jako jeden z mechanizmów stosowania instrumentalnego rozumowania, które działa jak ideologia kolonizacyjna. Habermas (1970) opisał zdolność instrumentalnego rozumowania jako „kolonizującego" świat. Oznacza to, że stosowanie instrumentalnego rozumowania neguje, ignoruje i pokonuje alternatywne epistemologie. Jak można zauważyć w procesie dążenia do praktyki opartej na dowodach w dziedzinie zdrowia (wg. National Institute of Clinical Excellence) i opieki społecznej (wg. Social Care Institute for Excellence), tylko

niektóre rodzaje wiedzy są dopuszczalne i tylko niektóre rodzaje dowodów będą odgrywać znaczenie w procesie bezpośredniego podejmowania decyzji.

10.3. Wzrost aktuarializmu[33] w opiece społecznej

Istnieje dodatkowe uzupełnienie dotyczące zmian w opiece zdrowia i opiece społecznej, które zwraca uwagę na przemianę technicznej racjonalności w racjonalność polityczno-społeczną, która może być określona mianem „aktuarializmu" (*actuarialism*). Ta uzupełniająca analiza znajduje zmiany organizacyjne opieki zdrowia i opieki społecznej w politycznym programie neoliberlizmu. Program neoliberalizmu zdecydowanie „sproblematyzował" państwo opiekuńcze i jego kluczowe składowe organizacyjne względem biurokracji, sztywności i centralizacji. Miał na celu przeniesienie racjonalności rynkowej do wszystkich obszarów społeczeństwa opiekuńczego poprzez koncentrowanie się na indywidualnym wyborze, odpowiedzialności i skuteczności. Polityczny program neoliberalizmu uruchomiony został w epoce rządów Thatcher, na początku lat 80-tych. Był on w szczególności nakierowany na redukcję „uzależnienia od opieki społecznej" oraz uszczuplenie władzy i niezależności zawodowej w sektorze publicznym. Dokładniej mówiąc, główny problem polityki społecznej w ramach neoliberalizmu nie dotyczył antysocjalnych skutków rynku, ale skutków antykonkurencyjnych społeczeństwa opieki. W taki sposób promuje on pewien rodzaj zaborczego i konsumenckiego indywidualizmu, który systematycznie podważał tradycyjne wartości społecznej solidarności i wspólnego dobra. Jak przekonuje Rose (1999), neoliberalizm nie ma na celu rządzenia poprzez 'społeczeństwo' lecz poprzez rozlegulowane wybory indywidualnych obywateli, rozumianych teraz jako podmioty wyborów i aspiracji do samospełnienia (Patrz Ferguson, 2001, odniesienie do pomocy społecznej, zawarte w pojęciu 'polityki życia').

Państwo opiekuńcze w swym „parciu" na neoliberalizm, potrzegane jest zarówno jako obciążenie, jak i luksus gospodarczy. W konsekwencji wprowadzone zostały nowe środki w postaci podziału w odniesieniu do kupującego i świadczącego w opiece społecznej. Kluczowym tematem w programie neoliberalizmu jest to, że państwo opiekuńcze narażone jest na utratę autorytetu i poważania w zaawansowanych i wyzwolonych społeczeństwach (patrz Yudice, 1995). Zarówno rząd jak i usługobiorcy stracili zaufanie i wiarę w profesjonalistów sektora publicznego. Decyzje podejmowane przez pracowników socjalnych, pielęgniarki/pielęgniarzy, nauczycieli, lekarzy są coraz częściej kwestionowane przez „wyrafinowanych" i sceptycznych usługobiorców. Przepaść pomiędzy laikami a ekspertami zawęziła się w miarę jak konsumenci/usługobiorcy pozyskiwali dostęp do swoich własnych technologii eksperckich, takich jak Internet. Nowe środki względem

33 Termin rzadko jeszcze pojawiający się w polskim nazewnictwie. Bywa rozumiany jako zastosowanie reguł matematycznych w celu wypracowania racjonalnych zasad działania; metody służące do szacowania ryzyka; oceny prawdopodobieństwa występowania zachowań (np. przestępczych)

wiarygodności i wykonawstwa stały się częścią zarządzania w opiece zdrowotnej i pomocy społecznej. Stało się to być może w odpowiedzi na zawężającą się przestrzeń pomiędzy ekspertem a laikiem i rosnącą kulturę obwiniania, że coraz częściej eksperckie technologie, najlepiej gdy oparte na bardziej wiarygodnej 'racjonalności naukowej', wykorzystywane są w celu wspierania kruchej tożsamości zawodowej i zaufania publicznego. Jak zauważa Colin Gordon (1991), decydenci przyjmujący perspektywę neoliberalną proponują, aby: Indywidualne życie rozumiane było jako dążenie do różnych przedsięwzięć, aby stosunek danej osoby do siebie, jej czynności zawodowe, osobisty majątek, środowisko posiadało etos, strukturę i formę przedsiębiorstwa (strona 42). Mówiąc prościej neoliberalizm zaznacza początek 'uosobionej przedsiębiorczości', rozprzestrzenionej w każdym aspekcie życia. Opłaty bezpośrednie (ang. direct payments) dla osób dorosłych potrzebujących pomocy społecznej są spektakularnym przykładem zaangażowania mentalności uosobionej przesiębiorczości. W ten sposób usługobiorcy projektują swoją własną pomoc społeczną, promują, badają i ustalają warunki kontraktu z potencjalnymi usługodawcami. Wybierają oni i rekrutują 'osobistych asystentów', którym określają zakres pracy, ich codzienne zarządzanie (np. arkusze czasu pracy) oraz ich opłacają. Ten zaawansowany liberalny program zarządzania tworzy politykę nie poprzez normatywne odwołania względem większego dobra społecznego, ale raczej poprzez racjonalne obliczanie, prywatne wybory przedsiębiorczych osób (patrz Culpitt 1999, str. 72). Według Leah Lievrouw (1998), komunikacja przy zastosowaniu technologii internetowej odzwierciedla tę indywidualizującą neoliberalną tendencję. Promuje separatyzm społeczny i zaściankowość, hamuje negocjowanie sporów oraz uwypukla konkurujące interesy. Lievrouw opisuje rozwój 'heterotopowej komunikacji', w której uciekamy się do 'własnych urządzeń', zarówno w sensie naszych osobistych spraw, strategii, zainteresowań i interpretacji, jak i w sensie narzędzi TIK, które pomagają nam w ich realizowaniu. Na drodze w kierunku globalnej dominacji, program neoliberalny coraz bardziej omija nowe ruchy społeczne, oparte na niepełnosprawności, płci, pochodzeniu etnicznemu i środowisku. To wszystko spowodowało, że wielu teoretyków przekonuje, że 'śmierć społeczna' nie jest już tylko twierdzeniem, ale ustabilizowanym faktem w świecie zaborczego indywidualizmu (patrz Hindess, 1997; Reddy, 1996). Być może odpowienim będzie teraz stwierdzenie, że wkroczyliśmy w epokę neoliberalnej pomocy społecznej, aniżeli epoki liberalno-humanitarnej pracy socjalnej. O'Malley (2000) rozwija te argumenty o ryzyku w swojej krytyce na temat neoliberalizmu. Mówi o tym, że weszliśmy w epokę neoliberalizmu, w której zarządzanie ryzykiem jest strategią dominującą w zarządzaniu opieką zdrowia i pomocą społeczną. Ta strategia zatacza koło, ponieważ zwiększający się efekt 'wyprodukowanych niepewności' skutkuje stale podważanym zarządzaniem ryzykiem, które z kolei musi być odnawiane poprzez zastosowanie nowych technologii opieki. Systemy eksperckie łamią się pod ciężarem swoich własnych, wewnętrznych niespójności oraz presji pogłębiającej się kultury obwiniania. Ten efekt prowadzi do, jak to określił O'Malley

(1996), 'przedsiębiorczej ostrożności', w której strony zainteresowane, usługobiorcy oraz konsumenci stają się suwerenni. O'Malley twierdzi, że zarządzanie ryzykiem jest coraz bardziej związane z pragnieniami i obawami nastawionych na konsumpcję usługobiorców, którzy stale są badani ad hoc czy w grupach fokusowych w celu uformowania podejścia, w ktorym opieka zdrowia i opieka społeczna powinna być świadczona. W kontekście neoliberalnym, technologia aktuarialna praktyki ryzyka rozwija ten trend. O'Malley mówi nam: *Ostrożne podmioty czasów neoliberalizmu powinny praktykować i podtrzymywać swoją autonomię poprzez gromadzenie informacji, materiałów oraz praktyk w spersonalizowaną strategię, która rozpoznaje i minimalizuje ich narażenie na straty. Takie zarządzanie ryzykiem jest coraz bardziej związane z dostępem do statystycznych czy aktuarialnych technologii oraz specjalistycznych opinii, które przedstawiają wymierne prawdopodobieństwo kalkulacji przyszłych szkód... Te dokładne formy przewidywalnych kalkulacji są jedynie możliwe w stopniu, w którym przyszłość może wyobrażalnie powtórzyć przeszłość (O'Malley, 2000,str. 465).*Praktyka aktuarialna, jako forma społecznego zabezpieczenia względem ryzyka, jest uzależniona od nowych technologii opieki, jak również od nowych form subiektywności i metodologii planowania życia. Francois Ewald (1991) określa racjonalność tego powstającego schematu w następujący sposób: *Pod względem technologii ryzyka, zabezpieczenie jest przede wszystkim schematem racjonalności, sposobem na rozebranie, ponowne zaaranżowanie, uporządkowanie składowych rzeczywistości... Ktoś zabezpiecza się przed wypadkiem poprzez prawdopodobieństwo utraty jakiegoś dobra. Zabezpieczenie poprzez kategorię ryzyka wyraża się w każdym zdarzeniu jako potencjalny wypadek. Ogólny model zabezpieczenia jest grą przypadków. (p. 199)* W kontekście neoliberalnym świadczenie bezpośrednich usług opieki społecznej coraz częściej odzwierciedla geometrię zagrożenia, wypadku i ryzyka. Nowe technologie są metodologicznymi wariantami tej zmieniającej się geometrii opieki zdrowia i pomocy społecznej. Co uchodzi za kontakt „twarzą w twarz" z usługobiorcami, coraz częściej przybiera formę zabezpieczenia przed ryzykiem poprzez rozwój aktuarializmu. Jak przekonuje Jock Young (1999): Głównym motywem kontroli społeczeństwa późnej nowoczesności jest aktuarializm... Jest to przejście do obyczajów, w których nie ma już tak wiele względu wobec sprawiedliwości, natomiast jest obrona i ochrona społeczeństwa oraz gdzie przyczyny przestęptw oraz dewiacje nie są postrzegane jako istotne wskazówki w rozwiązywaniu problemu przestępstwa. Postawa aktuarialna kalkuluje ryzyko; to ostrożność i probabilistyczność; nie jest to zajmowanie się przyczyną lecz prawdopodobieństwem, nie sprawiedliwością, a raczej minimalizowaniem szkód. Postawa ta nie poszukuje świata wolnego od przestępstw, ale raczej takiego, w którym są stosowane najlepsze praktyki ograniczania szkód; to nie utopia, a raczej szereg wyodrębnionych rajów w nieprzyjaznym świecie. Postawa aktuarialna odzwierciedla fakt, że ryzyko zarówno wobec osób indywidualnych jak i zbiorowości zwiększyło się, przestępstwo stało się normalną częścią codziennego życia, przestępca wydaje się być wszędzie: na ulicy i w wysokim urzędzie, w biednych częściach miasta,

ale również w tych instytucjach, które powstały, aby rehabilitować i chronić, w życiu publicznym stykając się z obcymi ludźmi, a także w samej rodzinie w relacji pomiędzy mężem i żoną, rodzicem i dzieckiem. Uważamy na harcmistrzów, policjantów, autostopowiczów, opienkunki czy opiekunów do dziecka, ludzi, którzy zajmują się starszymi, mężów, randkowiczów, ojczymów i macochy; ten 'ktoś' jest wszędzie i nie ogranicza się do przestępców i outsiderów. Przyczyny coraz częściej są niepewne i ta niepewność jest pomnożona przez jej jawiącą się wszechobecność (str. 392).

Nowe technologie opieki, uformowane w kompetencjach kultury aktuarialnej, pomagają przekształcić naturę problemów osoby indywidualnej, rodziny oraz społeczeństwa, jak również celu świadczenia pomocy społecznej i interwencji. Te technologie pociągają za sobą zintensyfikowanie zarządzania postępowaniem względem najbiedniejszych członków społeczeństwa, podklasy i społecznie wykluczonych. Celem jest przekształcenie odpowiedzialności moralnej i społecznej, jednak uczynienie tego w honorowej atmosferze obiektywności eksperckiej. Jest to typowe dla neoliberalnej retoryki Blairyzmu w UK. Według polityki Nowego Ładu (ang. New Deal) Nowej Partii Pracy ci, którzy odmawiają odpowiedzialności, aby prowadzić się etycznie lub odmawiają stania się aktywnymi członkami jakiejś wyimaginowanej społeczności, są karani. Dla tak moralnie nieodpowiedzialnych osób szorstki wymiar kary uznawany jest za odpowiedni i jak to określa Rose (1999), 'Trzy próby i wylatujesz: obywatelstwo staje się uwarunkowane postępowaniem' (str. 267).

Nie tylko nowe technologie opieki stanowią o zmianie w zakresie relacji twarzą w twarz z usługobiorcami, ale również stanowią o ilości i rodzaju podejmowanej pracy (Harlo, 2002).

Bespośrednia praca, szczególnie ta, która dotyczy dogłębnej interwencji, jest na nowo zdefiniowana pod względem zasobów czy kosztów w opiece zdrowia i opiece społecznej. Istnieje prawdopodobieństwo, że ilość bezpośredniej pracy z klientami zmaleje w profesjach opieki w miarę jak praktyka aktuarialna zaciskać będzie swój uchwyt wokół kompetencji organizacyjnej. Wizyta u lokalnego lekarza medycyny ogólnej wystarczy, aby móc odczuć sens zastosowania tej aktuarialnej racjonalności. Wchodząc do gabinetu widzimy lekarza przyklejonego do płaskiego ekranu komputera. Okazyjne boczne spojrzenia są oferowane, gdy ty opowiadasz o swoich symptomach. Są wprowadzane odpowiednie dane, aktualizowanie skomputeryzowanych dokumentów. Robert Castel (1991) dokonuje bardzo wymownej obserwacji w swojej pracy pt. 'Od niebezpieczeństwa do ryzyka': Chciałbym przywołać pewną refleksję w kwestii zapobiegawczych strategii administracji społecznej, która obecnie jest rozwijana przede wszystkim w Stanach Zjednoczonych i we Francji i która zdaje się odbiegać w sposób głęboko innowacyjny od tradycji medycyny mentalnej i pracy socjalnej. Innowacja polega na tym, że nowe strategie łamią pojęcie *podmiotu* czy konkretnej osoby i w jej miejsce umieszczają mieszankę czynników, *czynników ryzyka*. Taka przemiana niesie ze sobą ważne, praktyczne

skutki. Podstawowy składnik interwencji nie przyjmuje już formy bezpośredniej relacji twarzą w twarz pomiędzy opiekunem oraz osobą objętą opieką, pomiędzy pomagającym a osobą objętą pomocą, pomiędzy specjalistą a klientem. Zamiast tego zagnieżdża się on w ustanawianiu przepływów populacji na podstawie konfrontacji zakresu abstrakcyjnych czynników uznanych za odpowiedzialne za wytworzenie ryzyka. (str.281)
Specjaliści opieki zdrowotnej i pomocy społecznej borykają się z tą aktuarialną kulturą już od jakiegoś czasu, przede wszystkim dlatego, że zbiega się ona ze schematami kryminalistyki i zarządzaniem klinicznym. Na przykład GiRAffe (Generic Integrated Risk Assessment for Forensic Environments – powszechna zintegrowana ocena ryzyka dla środowisk sądowych) jest samofinansowanym projektem, założonym przez Juliana Fullera, konsultanta psychologii klinicznej w Agencji Psychiatrii Sądowej w Szpitalu Langdon w Londynie, które jest oryginalnym miejscem pilotażu. Jest to „dopięte na ostatni guzik" centrum, określane jako miejsce 'wspomaganej komputerowo oceny ryzyka, narzędzie komunikacyjne i badawcze w odniesieniu do ryzyka, do zastosowania wśród populacji klienta sądowego, przy połączeniu podejścia klinicznego i aktuarialnego'. Celem GiRAffe jest 'koordynowanie pracy zespołów interdyscyplinarnych w złożonym procesie oceniania ryzyka klinicznego'. Oprogramowanie zostało opracowane do zastosowania w środowiskach sądowych, takich jak jednostki psychiatryczne Narodowej Służby Zdrowia o niskim i średnim zabezpieczeniu, w szpitalach, więzieniach oraz instytucjach dla młodocianych przestępców o wysokim stopniu zabezpieczenia.
Praktyka aktuarialna rozwinęła się z dominacji podejścia empirycznego w profesjach pomocowych oraz z zastosowania nowych form 'naukowej ekspertyzy', która ma na celu zniesienie „kultury obwiniania", otaczającej większość sektora publicznego. Jako rodzaj społecznego zabezpieczenia, grupuje ona specyficzne rodzaje usługobiorców. Czasem w procesie grupowania ocenia się grupy 'wysokiego' i 'niskiego' ryzyka, jak to ma miejsce w przypadku modeli oceny opieki nad dzieckiem oraz pracy z przestępcami seksualnymi. Tak więc praktyka aktuarialna, jako forma społecznej oceny ryzyka, przyjmuje techniczną racjonalność, która sformułowana jest na podstawie obliczeń prawdopodobieństwa. Ukierunkowany empirycznie ruch 'tego co jest sprawdzalne' stanowi uzasadnienie pogłębiającej się praktyki aktuarializmu w opiece zdrowia i pomocy społecznej. Opieka „telemedyczna" jest przykładem praktyki aktuarialnej w procesie dostępu i świadczenia opieki zdrowotnej na dystans. Obejmuje ona szerokie spektrum telekomunikacji oraz technologii informatycznej, które regulują dostęp do ekspertyzy opieki zdrowotnej na dystans, w różnorodny sposób – od wideokonferencji na żywo po transmisje na żywo bądź nagranych zdjęć i/lub danych. Według lekarzy i decydentów Narodowej Służby Zdrowia takie systemy informacyjne są korzystne pod względem racjonalizowania „przepustowości" w specjalistycznych klinikach, redukując czas oczekiwania i przesyłania danych, pozwalając na kalkulację przepływów populacji ryzyka, które przedstawiają typowe problemy medyczne. Zarządzanie wiedzą łączy w sobie racjonalność techniczną oraz

gospodarczą z tą pogłębiającą się kulturą aktuarialną. Jest połączeniem pojęć rozpowszechnianych przez ostatnią dekadę, takich jak: kluczowe kompetencje i teorie oparte na zasobach przedsiębiorstwa, 'mapowanie informacji' i zarządzanie źródłem informacji, 'zrównoważona karta wyników' i wartości niematerialne/intelektualne, organizacja ucząca się i 'wspólnoty praktyki', zarządzanie jakością i zmiana struktury procesu biznesowego, organizacja sieci i przedsiębiorstwo o 'mniejszych ograniczeniach'. Bez względu na użyte pojęcia, założenia praktycznego zarządzania są aktuarialne: aby przekształcić kapitał ludzki (milcząca wiedza/umiejętności zespołowe) w kapitał strukturalny (wiedza organizacyjna lub 'to, co pozostaje, gdy ludzie idą do domu', a więc udokumentowane procesy i bazy danych) i w ten sposób przejść z milczącej (ukrytej) wiedzy do wiedzy sprecyzowanej, redukując ryzyko utracenia wartościowej wiedzy w przypadku, gdy ludzie odejdą z organizacji. Ma to również wpływ na redukowanie profesjonalnej autonomii i dyskrecji, gdy tylko ukryta wiedza sformalizuje się w systemach informacyjnych.

Organizacja tworząca wiedzę uzależniona jest od interakcji pomiędzy sprecyzowaną wiedzą oraz wiedzą milczącą, będącą źródłem innowacji. Komunikacja internetowa oraz możliwości przechowywania komputerowego to istotne narzędzia w rozwoju złożoności organizacyjnych powiązań pomiędzy cichą i sprecyzowaną wiedzą (patrz Castells, 1996,str. 160). Utrata 'pamięci korporacyjnej' – innymi słowy, utrata kontroli na rzecz konkurencji – w rezultacie redukcji jest jedną z głównych przyczyn adoptowania praktyki zarządzania formalną wiedzą. Z perspektywy zarzdzania wiedzą, organizacje posiadają cenny atut w formie nieformalnej wiedzy w codziennym obiegu pracowników wiedzy, jednak ten atut trwa jedynie w kolektywnej pamięci ludzkiej i jest zatem słabo zachowywany i zarządzany. Organizacje postrzegają zarządzanie wiedzą jako środek zapobiegania powtarzania błędów, redukowania podwajania wysiłku, oszczędzania czasu na rozwiązywanie problemów oraz zbliżania się do klientów. Wszystkie te postrzegane korzyści zgodne są z logiką praktyki aktuarialnej. Zarządzanie wiedzą promuje konkurencyjne stosowanie wiedzy jako towar, który można kupić lub sprzedać. Prawdopodobne jest, że w ramach reżimu zarządzania wiedzą, specjaliści opieki zdrowotnej i pomocy społecznej będą coraz częściej wymieniani jako 'pracownicy wiedzy' w zastosowaniu systemów informacji opartej na dowodach. Wpłynie to na indywidualną praktykę zawodową oraz zasoby wymagane do wykonywania tej pracy. Również będzie to wymagało przeprowadzania lokalnych renegocjacji przyznawania zasobów, rozwoju pracowników oraz innych form ustalania realizowanej polityki. Na koniec będzie to miało wpływ na opiekę zdrowia i opiekę społeczną, jako całość, poddając rekonfiguracji tradycyjne granice oraz kwestionując założenia na temat wiedzy międzybranżowej. Możemy zaobserwować z tego punktu widzenia jak zarządzanie wiedzą dokładnie wpasowuje się w perspektywę Castellsa (1996) mówiącej o tym, że funkcje i procesy w dobie informacji są coraz bardziej zorganizowane wokół sieci. Na przykład w USA przemysł ubezpieczeń zdrowotnych został zmieniony w ostatnich latach wraz ze wzrostem sieci opieki medycznej oraz

organizacji ochrony zdrowia. Tutaj wiedza jest częścią przyczynowej władzy przepływów sieciowych, które będąc przepływem władzy, stają się ważniejsza, niż specyficzne wartości, które reprezentują (np. potrzeby pacjenta). Sprzedając wiedzę jako towar, uczestnictwo w sieci staje się szczególnie ważne.

10.4. Podsumowanie

Łatwo można zauważyć jak nowe technologie opieki komfortowo „wpisują się" w definiowanie czynników kultury praktyki aktuarialnej. W warunkach aktuarialnych sfery zawodowej, znaczące relacje społeczne ustępują relacjom funkcjonalnym na poziomie praktyki pierwszego kontaktu. Dostrzegliśmy to w opiece społecznej, szczególnie w usługach wobec osób dorosłych. Świat życia usługobiorców zmieniony został w celowy element systemów administracyjnych, technicznych i organizacyjnych, zorganizowanych według barier funkcjonalistycznych. Skutkuje to tym, co wielu pracujących na lini pierwszego kontaktu, określa mianem oceny rodzaju 'kultury odhaczania okienek'. Technologie informacyjno-komunikacyjne stają się kluczową częścią „maszynerii" osiągania tych celów. Suzanne Iaono (1996) odnotowuje:

> *Od nabywania informacji do działań wojennych i broni cyfrowej – pozostaje niewiele dziedzin życia społecznego, które pozostają nietknięte przez mechaniczną i instrumentalną retorykę obliczeniowego przetwarzania informacji oraz powiązanych sposobów, w których my ludzie obracamy się i handlujemy (str. 449).*

TIK obiecują, w przeciwieństwie do bezpośredniej pracy „twarzą w twarz", wbudowaną refleksyjność, która zdaje się nam dawać kontrolę nad interfejsem, a co za tym idzie, nad samą informacją. Sugeruje się, że kontrolowanie interfejsem daje nam kontrolę nad informacją, którą przekazuje. Społeczeństwo informacyjne mocno polega na technologii TIK, jak widać na przykładach analizy naukowej, technologicznej i systemowej. Te narzędzia kontroli są stosowane w celu racjonalizowania i upraszczania czynności społecznych, aby uczynić je bardziej czytelnymi dla osób decydujących i skierować je w stronę osiągania zawężonych i ustalonych wcześniej celów.

Wraz z umacnianiem się aktuarializmu w służbie zdrowia i pomocy społecznej, będzie coraz bardziej odnotowywany spadek znaczenia profesjonalnych wartości. Kodeks postępowania będzie coraz częściej zastępować uniwersalny kodeks etyczny. Podstawa wartości pracy socjalnej, jako jedyny czynnik definiujący tożsamość zawodową, szczególnie w odniesieniu do praktyki antyopresyjnej i antydyskryminacyjnej, nie będzie brana pod uwagę. Zmiany tutaj przewidywane będą skutkowały znacznym przeformułowaniem zawodowych tożsamości w służbie zdrowia i pomocy społecznej. W istotnym sensie, aktuarializm jest moralnie neutralny. Jest częścią zaawansowanej liberalnej wrażliwości,

którą Zygmunt Bauman (1995) określa mianem 'adiaforyzacji' (adiaphorization) obdarcie relacji międzyludzkich z ich moralnego znaczenia, zwalniając je od moralnej oceny, czyniąc je 'moralnie nieistotnymi'.

10.5. Literatura:

Bauman, Z. (1995) *Life in Fragments*. Blackwells: Oxford.

Castel, R. (1991) 'From dangerousness to risk.' In G. Burrell, C. Gordon and P. Millar (eds) *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*. London: Harvester Wheatsheaf.

Castells, M. (1996) *The Information Age: Economy, Society and Culture. Volume I. The Rise of Network Society*. Oxford: Blackwell Publications.

Culpitt, I. (1999) *Social Policy and Risk*. London: Sage Publications.

Dreyfus, H. and Rabinow, P. (1982) *Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics*. London: Harvester Wheatsheaf.

Ellul, J. (1967) *The Technological Society*. (trans John Wilkinson) New York: Vintage Books.

Ewald, F. (1991) 'Insurance and risk.' In G. Burrell, C. Gordon and P. Millar (eds) *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*. London: Harvester Wheatsheaf.

Ferguson, H. (2001) 'Social work, individualization and life politics.' *British Journal of Social Work 31*, 1, 41–56.

Gordon, C. (1991) 'Governmental rationality: an introduction.' In G. Burrell, C. Gordon and P. Millar (eds) *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*. London: Harvester Wheatsheaf.

Habermas, J. (1970) *Toward a Rational Society*. (trans J. Shapiro) Boston: Beacon Press.

Harlow, E. (2002) 'The future of social work? ' Paper given to the International Symposium on Social Work and Late Modernism, April, Ambleside, Cumbria, UK.

Hindess, B. (1997) 'A society governed by contract.' In G. Davis, B. Sullivan and A. Yeatman (eds) *The New Contractualism*? Melbourne: Macmillan.

Iacono, S. C. (1996) 'The demise of meaning-making and social agency as critical concepts in the rhetoric of an information age.' *The Information Society 12*, 4, 449–450.

Keller, E. F. (1993) 'Fractured images of science, language and power: a postmodern optic or just bad eyesight? ' In E. Messer-Davidow, D. R. Shumway, and D. J. Sylvan (eds) *Knowledges: Historical and Critical Studies in Disciplinarity*. Charlottesville: University Press of Virginia.

Kling, R. (2000) 'Learning about information technologies and social change: the contribution of social informatics.' *The Information Society 16*, 3, 25–27.

Lievrouw, L. A. (1998) 'Our own devices: heterotopic communication, discourse and culture in the information society.' *The Information Society 14*, 2, 68–75.

Luhmann, N. (1998) *Observations on Modernity*. (trans W. Whobrey) California: Stanford University Press.

McBeath, G. B. and Webb, S. A. (1997) 'Community care: a unity of state and care? Some political and philosophical considerations.' In R. Hugman, M. Peelo, M. and K. Soothil (eds) *Concepts of Care*. London: Arnold.
McBeath, G. B. and Webb, S. A. (2000) 'On the nature of future worlds? Considerations of virtuality and utopia.' *Information, Communication and Society 3*, 1, 1–16.
Mitchell, D. (1999) *Governmentality: Power and Rule in Modern Society*. London: Sage Publications.
O'Malley, P. (1996) 'Risk and responsibility.' In A. Barry, T. Osborne and N. Rose (eds) *Foucault and Political Rationality*. London: UCL Press.
O'Malley, P. (2000) 'Uncertain subjects: risks, liberalism and contract.' *Economy and Society 29*, 4, 460–484.
Reddy, S. (1996) 'Claims to expert knowledge and the subversion of democracy: the triumph of risk over uncertainty.' *Economy and Society 25*, 2, 222–254.
Rose, N. (1999) *Powers of Freedom*. Cambridge: Cambridge University Press.
Simpson, L. C. (1995) *Technology, Time and the Conversations of Modernity*. London: Routledge.
Webb, S. A. (2001) 'Some considerations on the validity of evidence-based practice in social work.' *British Journal of Social Work 31*, 1, 41–56.
Young, J. (1999) 'Cannibalism and bulimia: patterns of social control in late modernity.' *Theoretical Criminology 3*, 4, 387–407.
Yudice, G. (1995) 'Civil society, consumption, and governmentality in an age of global restructuring: an introduction.' *Social Text 45*, 2–15.

11. REDAKTORZY TOMU I AUTORZY ROZDZIAŁÓW

Roger Burrows jest zastępcą dyrektora Centrum Polityki Mieszkaniowej oraz adiunktem Wydziału Polityki Społecznej na Uniwersytecie York w UK. Wydał szereg publikacji na temat różnych aspektów zdrowia, mieszkalnictwa oraz kwestii społecznych związanych z TIK.

Joe Cullen jest dyrektorem Collaborative Learning Unit (Co-Learn) w Instytucie Tavistock w Londynie w UK oraz jest Dziekanem Naukowym Instytutu. Jest koordynatorem wielu badań naukowych oraz projektów badań naukowych i rozwojowych w dziedzinie technologii zdrowia. Do nich należą: SEASHORE (projekt UE nad HIV/AIDS); HERO (projekt UE zapewniający wsparcie w dziedzinie zdrowia i edukacji wobec przestępców w wielu więzieniach europejskich) oraz projekt ESRC dotyczący motywacji i upodmiotowienia, w ramach programu ESRC Innovative Health Technologies (IHT).

Nick Gould jest adiunktem na Wydziale Społecznych Nauk Stosowanych oraz Wydziału Nauk Społecznych i Politycznych na Uniwersytecie Bath w UK. Wydał szereg publikacji w dziedzinie zawodowego uczenia oraz zarządzania informacją, jak również uczestniczył w projekcie finansowanym przez UE opracowującym nowe podejścia do pomiarów 'luki cyfrowej'.

Michael Hardey jest wykładowcą socjologii na Uniwersytecie South Hampton w UK. Wydał szereg publikacji w takich dziedzinach jak: tożsamość; zdrowie a TIK; narracje usługobiorców i pacjentów na temat opieki zdrowia i opieki społecznej; zawodowe obszary opieki; nowe media oraz etnografia. Obecnie pisze książkę na temat e-zdrowia, wiedzy i ekspertyzy, która będzie wydana przez wydawnictwo Routledge.

Elizabeth Harlow jest starszym wykładowcą Pracy Socjalnej na Uniwersytecie Bradford w UK. Poza technologiami informacyjnymi i komunikacyjnymi w opiece społecznej jej zainteresowania naukowe dotyczą również: płci, organizacji i kariery; nowego manadżeryzmu; oraz zmieniającego się charakteru pracy socjalnej.

Annie Huntington jest wykładowcą w Dyrektoriacie Opieki Zdrowia i Opieki Społecznej na Uniwersytecie Salford w UK. Wcześniej pracowała w roli pracownika socjalnego, psychoterapeuty i pielęgniarki oraz posiada dwadzieścia lat doświadczenia w pracy w zakresie sektora ustawodawczego, wolontariatu oraz prywatnej opieki zdrowotnej i pomocy społecznej. Obroniła doktorat w roku 1999.

Brian Loader jest dyrektorem Community Informatics Research and Application Unit (CIRA) na Uniwersytecie Teesside w UK. Jest redaktorem czsopisma *Information, Communication and Society*.

Steven Muncer jest wykładowcą na Wydziale Psychologii na Uniwersytecie Durham, w Stocton Tees w UK.

Sarah Nettleton jest socjologiem medycyny i obecnie starszym wykładowcą Polityki Społecznej na Wydziale Polityki Społecznej na Uniwersytecie York w UK.

Nicholas Pleace jest Pracownikiem Naukowym w Centrum Polityki Mieszkaniowej na Uniwersytecie York w UK. Wydał szereg publikacji na temat bezdomności, kwestii opieki społecznej aspektów mieszkaniowych i społecznych TIK.

Suzanne Regan jest głównym wykładowcą Zarządzania Służbą Zdrowia i Opieki Społecznej w St. Martin's College Lancaster. Jej zainteresowania badawcze dotyczą analizy organizacji i zarządzania służbą zdrowia i opieką społeczną w warunkach praktyki lokalnej.

Brian Relph jest kierownikiem Usług dla Dzieci Rady Luton Borough w UK. Jest odpowiedzialny za program Ochrony Dzieci oraz Konferencję dotyczącą programu Dzieci pod Opieką (ang. Looked After Children) jak i Reviewing Service. Będąc wykwalifikowanym pracownikiem socjalnym z wieloletnim doświadczeniem w zakresie opieki nad dziećmi oraz ochrony dzieci w pracy w terenie jak i na stanowiskach kierowniczych, Brian Relph posiada studia podyplomowe z Uniwersytetu Oksfordzkiego i St. Andrew. Obecnie bada zintegrowane usługi dla rodzin.

Bob Sapey jest wykładowcą na Wydziale Społecznych Nauk Stosowanych na Uniwersytecie Lancaster w UK. Jest zainteresowany wpływem technologii na praktykę pracy socjalnej, w szczególności w pracy z ludźmi niepełnosprawnymi. Jest współautorem, wraz z Michaelem Oliverem, książki pt. *Social Work with Disabled People* (tł. Praca socjalna z ludźmi niepełnosprawnymi) (drugie wydanie).

Walter Sermeus jest profesorem Zarządzania Pielęgniarstwem i Badaniami w Centrum Służby Zdrowia i Badań Naukowych dot. Pielęgniarstwa na Katolickim Uniwersytecie Leuven w Belgii.

Mark Watson zapewnia elektroniczne i tradycyjne usługi informacyjne dla pracowników socjalnych od dwudziestu lat, początkowo w Departamencie Służb Opieki Społecznej Essex, a następnie w Narodowym Instytucie Pracy Socjalnej. Po zaangażowaniu się w pomoc przy powstawaniu organizacji charytatywnej Social Care Institute for Excellence, niedawno przeniósł się do firmy OLM Systems w UK, aby poprowadzić nowe opracowania tym obszarze.

Stephen A. Webb wykłada pracę socjalną i politykę społeczną na Uniwersytecie Sussex w UK. Obecnie kończy pisać książkę zatytułowaną *Social Work in a Risk Society: Social and Cultural Perspectives* (tł. Praca socjalna w społeczeństwie ryzyka: perspektywy społeczne i kulturowe) dla wydawnictwa Palgrave. Jego zainteresowania badawcze dotyczą: społeczeństwa ryzyka; etyki pracy socjalnej; praktyki opartej na dowodach; nowych technologii komunikacji i subiektywności; historii idei pracy socjalnej.

O projekcie

Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich jest realizatorem projektu systemowego pt.:*„Szkolenia e-learningowe z nowatorskich metod pracy socjalnej i publikacja specjalistycznej literatury z zakresu polityki społecznej i pracy socjalnej"*, który jest realizowany w ramach Działania 1.2 Wsparcie systemowe instytucji pomocy i integracji społecznej POKL, współfinansowanego przez Unię Europejską ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

Celem ogólnym projektu jest przybliżenie oraz poszerzenie wiedzy wśród pracowników instytucji pomocy i integracji społecznej z nowatorskich metod i technik pracy socjalnej.

Projekt zakłada opracowanie oraz przetłumaczenie specjalistycznej literatury dotyczącej pomocy i integracji społecznej, w tym w szczególności nowatorskich technik i metod pracy socjalnej, jak również przygotowanie oraz realizację szkolenia e-learningowego z nowatorskich metod i technik pracy socjalnej z osobami korzystającymi ze świadczeń pomocy społecznej.

Projekt skierowany jest do pracowników Instytucji Pomocy i Integracji Społecznej do których należą w szczególności: regionalne ośrodki polityki społecznej, powiatowe centra pomocy rodzinie, ośrodki pomocy społecznej, domy pomocy społecznej, placówki specjalistycznego poradnictwa w tym rodzinnego, ośrodki wsparcia, ośrodki interwencji kryzysowej, centra integracji społecznej, kluby integracji społecznej.

Założeniem projektu było wydanie serii publikacji – literatury specjalistycznej z zakresu polityki społecznej i pracy socjalnej, w tym nowatorskich metod i technik pracy socjalnej.

Centrum RZL wyraża nadzieję, że lektura 20 publikacji książkowych oraz 10 dotychczas niewydanych w Polsce tłumaczeń angielskojęzycznych zagranicznych publikacji książkowych spotka się z dużym zainteresowaniem pracowników socjalnych. Możliwość wykorzystania w codziennej pracy wiedzy merytorycznej o różnorodnej tematyce, a także umiejętności organizacyjnych prezentowanych w wydanej serii publikacji przyczyni się do podniesienia jakości działań w bezpośrednim kontakcie i pracy z klientami, a tym samym korzystnie wpłynie na podniesienie jakości funkcjonowania Instytucji Pomocy i Integracji Społecznej a tym samym na postrzeganie w społeczeństwie zarówno samych Instytucji, jak i ich pracowników.

Wydawca: **Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich**
Aleje Jerozolimskie 65/79, 00-697 Warszawa
Tel.: 22 237 00 00 | Fax: 22 237 00 99 | e-mail: sekretariat@crzl.gov.pl | **www.crzl.gov.pl**

ISBN 978–83–7951–301–7 (seria)
978–83–7951–328–4 (27)

Publikacja bezpłatna

KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

Centrum Rozwoju Zasobów Ludzkich

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY

Publikacja współfinansowana ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.