

Amerykański Case Management wzorzec dla reform systemu pomocy społecznej w Polsce?

(Agnieszka Smrokowska-Reichmann. *Wspólne Tematy* nr10, 11-12/2009)

Część I

Reakcje adekwatne do problemów

Kilka lat temu na naszych łamach ukazał się artykuł pt. *Dokąd zmierza praca socjalna w XXI wieku?* Czytelnicy bardzo żywo zareagowali na ten tekst. Niektóre organizacje i instytucje poprosiły nas o zgodę na zamieszczenie artykułu na swoich stronach internetowych i w publikacjach drukowanych. Artykuł był też wielokrotnie cytowany we fragmentach, a nawet, niestety, plagiowany. Od daty publikacji upłynęło ładnych parę lat, ale, jak się okazuje, tematyka tego opracowania pozostaje nadal aktualna. Jak wynika z korespondencji prowadzonej z niektórymi Czytelnikami, jakość pracy socjalnej ulega stałemu podwyższeniu. I zdaje się, że nic już nie zatrzyma tego pozytywnego trendu. Rzeczywiście wkroczyliśmy w wiek XXI.

Niestety, wiele jest również sygnałów mówiących o niedociągnięciach i brakach:

- Trudności bardzo często wynikają z sytuacji lokalnej, a konkretnie: z niechęci miejscowych władarzy do pomocy społecznej jako takiej (popularna jest zwłaszcza opinia, że pomoc społeczna „marnotrawi środki rozdając je nierobom”). Co więcej, pracownicy socjalni są w pewnym sensie utożsamiani ze swoimi klientami przez negatywnie nastawionych decydentów / administratorów.
- Inna poważna bolączka to frustracja, jakiej doświadcza pracownik socjalny, gdy on sam zrobił dla klienta dosłownie wszystko, co było w jego mocy, ale nie ma go dokąd dalej przekazać. Brakuje specjalistycznych placówek odpowiadających na specyfikę problemów podopiecznego, albo znajdują się tak daleko od miejsca zamieszkania, że klient nie będzie z nich korzystał.
- Trzecim problemem powtarzającym się w listach i mailach od Czytelników jest niespójność sieci pomocowej. Są klienci, którymi nie wiadomo kto ma się zająć, gdyż nie istnieją odpowiednie regulacje prawne ani środki przewidziane na świadczenie im specjalistycznej pomocy. Takie sygnały świadczące o niekompletności sieci pomocy społecznej można zresztą zaobserwować również w środkach masowego przekazu. Oto kilka przykładów:
 - Oskarża się pracownika socjalnego, że „nie dopilnował” podlegającej mu rodziny dysfunkcyjnej, w której małe dziecko było bite i głodzone. Nie pada jednak pytanie o liczbę rodzin, którymi pracownik socjalny musi zajmować się w swoim rejonie, o to, czy ma czas i możliwości, aby rzeczywiście objąć je intensywną opieką i często odwiedzać.
 - W telewizyjnej publicystyce ubolewa się nad zjawiskiem „galerianek” - nastolatek

szukających „sponsora” w galeriach handlowych i na dworcach. I co dalej? Ano nic. Nie widać, aby przeznaczano większe fundusze na mobilizację streetworkerów, której celem byłoby zmasowane przeciwdziałanie tej formie prostytucji nieletnich.

- Domy pomocy społecznej są oblegane przez seniorów, którzy tak naprawdę woleliby - i mogliby! - pozostać we własnych mieszkaniach, gdyby tylko zapewniono im minimalną pomoc w uporaniu się z zakupami, sprzątaniem i gotowaniem żywności.
- Mężowie karani za przemoc wracają do swoich domów, gdzie nadal znęcają się nad żoną i dziećmi, bo mają prawo tam mieszkać, a nie mają dokąd pójść.
- Według najnowszych danych (wrzesień 2009) ponad milion rodzin w Polsce boryka się z długami, których nie są w stanie spłacić w całości. Tymczasem fachowe poradnictwo dla osób zadłużonych (względnie pomagające w oddłużeniu gospodarstwa domowego) jest właściwie nieobecne.

Przykłady tego typu można mnożyć. Zostały tu przytoczone nie dla próżnego krytykowania niedoskonałości w funkcjonowaniu naszego sektora socjalnego, lecz po to by pokazać, że jest jeszcze wiele do zrobienia. Dopóki takie i podobne przypadki nie są rzadkimi wyjątkami, dopóty pomoc społeczna wymaga dalszej profesjonalizacji, przebudowy struktur oraz szukania nowych sposobów zwiększenia efektywności.

Nowy model pracy socjalnej

Nie ma sensu wyważać drzwi, które ktoś kiedyś już otworzył. Warto uczyć się od tych, którym już się udało zrobić coś lepiej, mądrzej, prościej - a zarazem skuteczniej. I właśnie z tej perspektywy chcemy przyrzeć się w dalszej części artykułu amerykańskiemu modelowi *case management* (w tekście na oznaczenie tego modelu będziemy posługiwać się skrótem CM). Ta koncepcja pochodząca ze Stanów Zjednoczonych jest z powodzeniem implementowana w niektórych państwach europejskich, oczywiście po zaadaptowaniu do lokalnych uwarunkowań. Ponieważ model CM działa skutecznie od czterdziestu lat, można z całej jego bogatej oferty wybrać bezpiecznie te elementy, które mogą okazać się przydatne w naszym kraju. (Na marginesie zaznaczmy, że CM zmienił nie tylko priorytety funkcjonowania sektora socjalnego w USA, ale też gruntownie zrekonstruował zasady rządzące tam opieką zdrowotną.)

Aktualny, nowoczesny model CM jest wypadkową kilku czynników, charakterystycznych dla amerykańskiej pracy socjalnej lat siedemdziesiątych i osiemdziesiątych XX wieku oraz klimatu społeczno -politycznego panującego w tamtym okresie w USA. Opracowania źródłowe wymieniają co następuje:

Deinstytucjonalizacja

Zaczęto odchodzić od świadczenia pomocy psychosocjalnej w dużych podmiotach instytucjonalnych (np. szpitalach, domach dla osób psychicznie chorych, dużych poradniach). Te zadania przejęły małe ośrodki, funkcjonujące blisko miejsca zamieszkania klientów / pacjentów. Dzięki temu podopieczni są w stanie zachować dużo wyższy poziom

samodzielności i niezależności. Z drugiej strony wymaga to od klientów/ pacjentów podejmowania większej aktywności i większych wysiłków we własnym interesie, niż gdyby podlegali wielkiej instytucji sprawującej nad nimi opiekę „totalną”.

Decentralizacja służb społecznych

Jest to logiczna konsekwencja deinstytucjonalizacji. Powstaje wiele lokalnych usługodawców socjalnych, zanikają natomiast duże podmioty sprawujące rolę centralnych koordynatorów. W USA był to efekt zamierzonej przez państwo prywatyzacji sektora socjalnego i redukcji socjalnej roli państwa. Na początku reform - realizowanych konsekwentnie, radykalnie i w dużym tempie - pisano, że ten „węzeł gordyjski został przecięty zbyt gwałtownie”. Bo rzeczywiście, nie obyło się wtedy bez wyraźnych skutków negatywnych. Stare struktury już nie działały, a nowe jeszcze nie rozwinęły swego całego potencjału. Jednak w międzyczasie udało się zrekompensować skutki złego pośpiechu. Nowe podmioty działają sprawnie i efektywnie.

Przeciwdziałanie eksplozji kosztów

Dlaczego najbogatsze państwo świata dążyło do prywatyzacji sektora socjalnego i opieki zdrowotnej? Ponieważ eksplozja kosztów w sektorze państwowym była tak znaczna, że groziło to załamaniem całej struktury i jej całkowitą niewydolnością. Trzeba było jak najszybciej podjąć jakieś działania. Wymyślono więc prywatyzację. Ale dopiero z perspektywy kilku dziesięcioleci pomysł okazał się słuszny.

Praca z klientami wieloprogowymi

Powstanie koncepcji CM wynikało z obiektywnej oceny sytuacji klientów oraz oceny ich kompetencji, a przede wszystkim: deficytów kompetencyjnych. Wśród osób korzystających z pomocy społecznej znaczną grupą stanowią klienci obciążeni wieloma poważnymi problemami jednocześnie, na przykład:

bezrobocie *plus* uzależnienia *plus* zagrożenie bezdomnością lub bezdomność *plus* zadłużenie *plus* samotność. Nie ma mowy o tym, aby taki klient był w stanie samodzielnie zorientować się w skomplikowanym systemie pomocy socjalnej i zdrowotnej, i dotarł do każdej instytucji, zajmującej się jakimś wycinkiem jego złożonych deficytów. Równie nierealistyczne jest założenie, że przeciążony pracą fachowo pomagający specjalizujący się na przykład w leczeniu uzależnień będzie miał jeszcze czas i ochotę na zabezpieczenie pacjenta przed utratą mieszkania. Niezbędne stało się więc skonstruowanie takiej koncepcji pomocowej, w której spotkanie człowieka potrzebującego z jednym profesjonalistą wywoła „reakcję łańcuchową” - czyli zainicjuje zajęcie się tym klientem kolejno przez innych specjalistów, w sposób całościowy, kompleksowy, odpowiadający na złożoność jego problemów.

Odejście od dotychczasowej logiki funkcjonowania służb socjalnych

Logika ta polegała na oczekiwaniu, że klient samodzielnie zdefiniuje zakres swoich problemów. W klasycznych modelach pracy socjalnej potencjalny klient musi najpierw

dokonać samookreślenia, aby trafić do właściwej komórki pomocy społecznej. W praktyce stało się to poważną przeszkodą dla wielu osób potrzebujących fachowego wsparcia. Na przykład klienci mogą posiadać tak niski poziom kompetencji, że nie są w stanie dokonać tego wyboru. Albo też konkretna instytucja jest dla nich trudna do osiągnięcia (odległość, koszty podróży itp.). Albo klienci nie wiedzą nawet, że istnieje ośrodek, w którym rozwiązuje się właśnie takie problemy jak te, które ich dotyczą (np. przemoc domowa, molestowanie, problemy z wychowaniem dzieci, alkoholizm małżonka itp.).

Zajęcie się osobami, które nie posiadają funkcjonującej sieci społecznej

Klienci, którzy nie przynależą do żadnego pozytywnie zdefiniowanego środowiska socjalnego należą do najtrudniejszych przypadków spotykanych w pracy socjalnej. Osamotnienie, izolacja socjalna, minimalne wsparcie społeczne w środowisku życia, brak szans na resocjalizację / rehabilitację w miejscu zamieszkania - to czynniki wyłączające wielu klientów z ram standardowej interwencji psychosocjalnej, gdzie zakłada się, że - pomimo wszystkich trudności - klient funkcjonuje jednak w typowych, normalnych uwarunkowaniach, a wypaczeniu uległa jedynie jego zdolność do zarządzania własnym życiem. Dla klienta nie spełniającego tego kryterium „nie ma miejsca” w typowych strukturach pomocowych. Rosnąca liczba tego rodzaju przypadków sprawiła, że trzeba było skonstruować placówki przejmujące tych właśnie najtrudniejszych, osamotnionych klientów.

Opracowania przedstawiające historię rozwoju CM w USA pokazują, że w wyniku reformy doszło do szybkiego podwyższenia się jakości usług psychosocjalnych w krótkim okresie, jak również, że zdołano wreszcie dotrzeć do grup klientów, które dotąd znajdowały się poza zasięgiem pomocy społecznej. (Na przykład w latach siedemdziesiątych wreszcie udało się objąć w Nowym Jorku specjalistyczną pomocą uzależnione kobiety w ciąży.) Nie bez znaczenia było też osiągnięte w latach osiemdziesiątych znaczne zredukowanie kosztów w sektorze socjalnym. Nowa metodyka pracy praktykowana przez nowe podmioty sprawiła, że z rynku zniknęły instytucje mało energiczne i mało skuteczne.

Priorytety i linie przewodnie modelu *Case Management*

Stany Zjednoczone to państwo, które kieruje się zasadami gospodarki wolnorynkowej w stopniu znacznie większym, niż ma to miejsce w (także przecież kapitalistycznej) Europie. Nic zatem dziwnego, że model CM wzbudza w Stanach Zjednoczonych tak duże zainteresowanie - wszak okazał się **skuteczny** i doprowadził do **podwyższenia jakości**, przy jednoczesnym znaczącym, a przy tym trwałym **zredukowaniu kosztów funkcjonowania sektora socjalnego**. Te pozytywne efekty nie były oczywiście dziełem *szczęśliwego przypadku*, lecz wynikiem zamierzonych strategii. Z tego względu podstawowym priorytetem CM jest **ewaluacja planów danego programu pod kątem efektywności**. Druga, równie ważna reguła CM polega na **sporządzeniu bilansu między środkami ludzkimi i materialnymi niezbędnymi do zrealizowania programu a spodziewanymi wymiernymi efektami**.

W Stanach Zjednoczonych trudno sobie obecnie wyobrazić wdrażanie jakiegoś programu interwencji, pomocy czy terapii, wobec którego w fazie planowania nie zostałaby przeprowadzona rzetelna ewaluacja. Musi ona zawsze opierać się na danych, które da się dokładnie wyliczyć, sprawdzić albo przynajmniej prognozować z dużym prawdopodobieństwem. Wynik tych wszystkich kalkulacji i symulacji musi być jednoznacznie pozytywny. Projekt socjalny, którego nie można tak precyzyjnie ocenić, albo który daje zbyt niski współczynnik efektywności / opłacalności - jest z reguły odrzucany. Z podobną starannością i według podobnych kryteriów przeprowadza się porównanie ofert potencjalnych świadczeniodawców. Wygrywa ten, który jest najtańszy, ale i oferuje najwyższą jakość w stosunku do ceny. Natomiast nawet najtańszy oferent nie ma szans, jeśli nie spełnia kryteriów jakości i efektywności. W USA funkcjonują specjalne agencje CM zajmujące się wybieraniem dla klienta pomocy społecznej podmiotu, który najlepiej odpowie na specyfikę jego problemów.

W naszym opisie modelu CM powtarza się *pojęcie jakości*. Nasuwa się zatem pytanie - co ten termin oznacza w odniesieniu do usług socjalnych? Jakimi kryteriami kierują się fachowo pomagający przy wybieraniu podmiotu, do którego skierują swego klienta / pacjenta? Otóż zasadnicze znaczenie przyznaje się następującym wskaźnikom:

- ✓ Pozytywne wyniki pracy z przypadkami, które już korzystały z usług tego oferenta.
- ✓ Największa adekwatność do problemów kierowanego tam klienta.
- ✓ Dobre traktowanie podopiecznego. Uwzględnianie i docenianie czynnika ludzkiego. Humanistyczne i humanitarne podejście personelu. Prowadzenie dialogu z podopiecznym.
- ✓ Solidność działania, pewność, że proces interwencyjny / pomocowy / terapeutyczny zostanie doprowadzony do finału, a klient / pacjent odniesie maksymalne możliwe korzyści.
- ✓ Łatwość dostępu - przestrzenna i czasowa. Klient nie będzie borykał się z żadnymi trudnościami korzystając z oferty. Szybkie reagowanie na potrzeby podopiecznego.

Te ogólne, ramowe sformułowania wymagają wypełnienia ich bardziej konkretnymi treściami. Oszczędność w wydaniu amerykańskiego CM nie oznacza bynajmniej cięcia kosztów ze szkodą dla klienta / pacjenta. Przeciwnie, surowe reguły wolnego rynku stosuje się po to, aby uzyskać jak największe korzyści dla podopiecznego. Ze względu na bardzo szerokie spektrum usług psychosocjalnych i pedagogicznych, z których może korzystać klient pracy socjalnej w XXI wieku, mieszkający w bogatym państwie, nie znajdziemy precyzyjnie sformułowanych detalicznych kryteriów rygorystycznie wytyczających postępowanie w ramach CM. Jednak bez trudu można wyodrębnić cechy wspólne ofert zatwierdzonych i uznawanych na amerykańskim (a w międzyczasie również na europejskim rynku) za spełniające kryteria jakości i efektywności. Do fundamentów współczesnej pracy socjalnej - skutecznej, wysoce profesjonalnej i optymalnie wykorzystującej fundusze - należy zaliczyć:

Zorientowanie na klienta

Ta od dawna znana i ciągle umacniająca się dzięki coraz silniejszej pozycji ruchu konsumenckiego zasada - została przejęta również przez instytucje szeroko rozumianej pomocy społecznej. Już od lat sześćdziesiątych XX wieku na rząd USA wywierany był znaczny nacisk środowisk i organizacji lobbujących na rzecz większych praw klienta pomocy

społecznej i pacjenta służby zdrowia. Kampania zakończyła się sukcesem. Obecnie klient/pacjent nie musi już się bać, że stoi na z góry przegranej pozycji, jeśli po drugiej stronie znajduje się silna organizacja, od której ten człowiek jest zależny pod względem socjalnym lub zdrowotnym. W tym miejscu przyda się komentarz uzupełniający. Można by się spodziewać, że nasi koleżanki i koledzy pracujący w amerykańskiej pomocy społecznej będą interpretować opisywane zmiany jako dołożenie im pracy oraz zwiększenie i tak już znacznej odpowiedzialności. Nic takiego jednak się nie stało. Rozmowy z działającymi w USA pracownikami socjalnymi, psychologami i pedagogami pokazują, że:

- Satysfakcja z pracy ocenianej według kryteriów wolnorynkowych jest znacznie większa niż gdyby sektor pomocy społecznej oceniany był tylko jako „rezerwat”. Pomoc społeczna przestała być postrzegana jako piąte koło u wozu, jako „jałmużna” czy „łaska”. Zamiast tego zaczęła być rozumiana jako ważny element stabilizujący porządek społeczny. Skuteczność, szybkość, profesjonalizm i oszczędność wyrobiły pomocy społecznej tak dobrą markę, że obecnie może zawsze liczyć na odpowiednie zabezpieczenie środków materialnych, finansowych, jak i zasobów personalnych.
- Konkurencyjność motywuje do szukania nowych rozwiązań, wypróbowywania lepszych technik pracy, eksperymentowania w celu zwiększenia efektywności. Fachowo pomagający innowator nie jest traktowany jak dziwak zajmujący się fanaberiami, lecz jest uważany za solidnego pracownika, aktywnego na rzecz swojego pracodawcy.
- Dochodzi do pozytywnej selekcji, zarówno personalnej, a także na poziomie instytucji. W tym systemie nie „przechowa się” bezpiecznie do emerytury koleżanka / kolega idący po najmniejszej linii oporu i zadowolający się minimalną wydajnością. Porównywanie usługodawców przez organy i instytucje finansujące pomoc społeczną, ale i przez poszczególnych klientów / pacjentów doprowadziło do zniknięcia z rynku „czarnych owiec” sektora socjalnego, czyli nieprofesjonalnych i nierzetelnych usługodawców.

Stronniczość na rzecz klienta

Pojęcie stronniczości także nie jest nowe. Występuje dość powszechnie w literaturze omawiającej metodykę pracy socjalnej. Jednakże CM nadaje mu nieco zmodyfikowane znaczenie. Nie chodzi już o samo tylko intelektualne i emocjonalne nastawienie, które w jakimś wymiarze znajdzie odbicie w pracy z danym klientem. Stronniczość na rzecz klienta wymaga jak najwcześniejszego sprawdzenia, czy rzeczywiście podopieczny znalazł się we właściwych rękach. Fachowo pomagający odpowiedzialny za koordynację procesu CM (case-menedżer) sprawdza w związku z tym następujące kwestie:

- Czy w ofercie usług socjalnych obecne są zasoby adekwatne do całościowo postrzeganej specyfiki klienta?
- Czy klient ma/będzie miał rzeczywisty dostęp do tych zasobów?
- Czy usługodawca traktuje klienta jako osobę należącą do podstawowego kręgu odbiorców świadczonych przez niego usług psychosocjalnych?

Koordynator odpowiedzialny za skierowanie klienta do instytucji socjalnej (case-menedżer) jest odpowiedzialny za wybranie podmiotu, który najpełniej odpowie na jego problemy. Musi

więc najpierw dobrze poznać klienta i jego trudności. Podręczniki CM piszą w tym kontekście o potrzebie zapewnienia jak największej adekwatności tych działań do faktycznych potrzeb podopiecznego. W tym celu fachowo pomagający prowadzi rozbudowany dialog z podopiecznym. Przeprowadza szczegółową anamnezę. Poznaje jego subiektywne postrzeganie i definiowanie trudności życiowych. Dzięki takiemu właśnie podejściu unika się nadmiernej rutyny i stosowania gotowych rozwiązań oddalonych od realiów życia klienta.

Podsumujmy ten punkt. Model CM wprowadza ogniwo pośrednie pomiędzy klientem pracy socjalnej a instytucją pomocową. Agencja socjalna / case-menedżer gwarantuje, że człowiek szukający pomocy trafi do właściwej placówki sektora socjalnego. Tak więc jest to tylko pozorne wydłużenie czasu trwania procedur. Klient korzysta na takiej właśnie konstrukcji otrzymywania odpowiedzi na swoje potrzeby. Zostaje przekazany do komórki o największej efektywności, a ponadto posiada już odpowiednią rekomendację, czyli nie jest anonimowy dla fachowo pomagających, którzy od teraz będą się nim zajmować.

Empowerment

Pojęcie empowermentu zalicza się do kluczowych terminów amerykańskiej pracy socjalnej. Występuje w standardach związku zawodowego pracowników socjalnych (*National Association of Social Work*). Używa się go w książkach z zakresu pracy socjalnej. Jest też słowem-kluczem w strategiach CM. Jak rozumiany i jak tłumaczony jest empowerment przez pryzmat CM?

- Każdy człowiek dysponuje kompetencjami realnymi lub potencjalnymi. Może z nich korzystać nawet w ekstremalnie trudnych uwarunkowaniach. Nieuprawnione jest więc zakładanie zupełnej bezradności klienta i niemożności do działania we własnym interesie.
- Umiejętność pomocy samemu sobie jest zróżnicowana u poszczególnych jednostek. Za kompetencje o największym znaczeniu należy uznać w tym kontekście prowadzenie interakcji socjalnej w swoim najbliższym otoczeniu. Pierwszym zadaniem fachowo pomagającego z perspektywy empowermentu, będzie więc trenowanie i ćwiczenie z podopiecznym umiejętności uczestniczenia w interakcji socjalnej.
- Klienci cechujący się zredukowanymi kompetencjami socjalnymi to zwykle osoby borykające się z problemami zdrowotnymi, doświadczające utraty ludzi, którzy im dotąd pomagali (w wyniku śmierci, przeprowadzki itp.), nie ze swej winy usunięte z rynku pracy. W takich sytuacjach to nie jednostka utraciła kompetencje, lecz okoliczności zewnętrzne utrudniły korzystanie z nich w satysfakcjonującym wymiarze. Nawet częściowa poprawa położenia klienta przyczyni się do lepszego korzystania przez niego z kompetencji, które przecież posiada.
- Każdy człowiek chce być skuteczny w interakcji socjalnej. Pracownik socjalny nie musi więc wyręczać klienta, lecz powinien ułatwić mu korzystanie z zasobów znajdujących się w jego najbliższym otoczeniu.

Przemyślane, nieprzypadkowe działanie

Na co należy zwracać uwagę, przekładając powyższe zasady na praktykę? Priorytetowe znaczenie przyznaje się następującym czterem aspektom:

A. Nastawienia i wyznawany system wartości. Jeśli klient ma odzyskać wiarę we własne siły, jeśli ma z optymizmem przystąpić do interakcji socjalnej i wreszcie - jeśli celem interwencji psychosocjalnej jest odzyskanie przez podopiecznego kontroli na własnym życiu, to na każdym etapie interwencji powinien on współdecydować o swoim losie, dokonywać wyborów. Dużo łatwiej pisze się te słowa niż realizuje je w praktyce - zwłaszcza wtedy, gdy partnerem terapeutycznego dialogu jest trudny klient, na przykład osoba z zaburzeniami psychicznymi. Jednakże wstępna akceptacja poglądów podopiecznego, jego subiektywnych doświadczeń, systemu wartości, zakładanych celów (nawet jeśli wiadomo, że trzeba je będzie zmodyfikować) są niezbędne dla zaistnienia dialogu pomiędzy profesjonalistą a klientem.

B. Uznanie dla kolektywnych doświadczeń. Wspólnie poczynione doświadczenia, podobne przeżycia, kwestie interpretowane podobnie - redukują u klienta skłonność do postrzegania własnego położenia jako wyjątkowo negatywnego, do oskarżania siebie samego. Ponadto kierują spojrzenie klienta na inne sprawy, zapobiegając skupianiu się wyłącznie na osobistych niepowodzeniach. Dzielenie się swoją historią pomaga w docenianiu jej, ale też docenianiu biografii innych osób. Z tej perspektywy CM promuje funkcjonowanie wszelkich nieformalnych sieci socjalnych. Bo takie sieci istotnie wspomagają i intensyfikują skuteczność procesów realizowanych przez fachowo pomagających.

C. Wiedza o zróżnicowanych modelach myślenia oraz umiejętność posługiwania się nimi. Chodzi tu przede wszystkim o rozróżnienie między zewnętrznymi i wewnętrznymi aspektami problemów klienta (struktura makro i mikro). Zaprezentowanie klientowi takiego rozróżnienia działa na niego odciążające. Uświadamia mu bowiem, że nie ponosi całej odpowiedzialności za doznane niepowodzenia. Z kolei posługiwanie się w pracy szerokim wachlarzem technik analizy przypadków chroni profesjonalistę przed popełnianiem błędów. Do takich błędów należy na przykład ograniczanie się do budowania kompetencji w podopiecznym przy całkowitym abstrahowaniu od okoliczności zewnętrznych silnie wpływających na jego aktualne życie.

D. Zorientowanie na aktywizację. Wspólnym mianownikiem wszystkich procesów empowermentu jest aktywizowanie klienta rozumiane w szerokim, rozbudowanym kontekście. Pracownik socjalny organizuje odpowiednie wspomaganie, uczy efektywnego zarządzania własnym życiem, dopomaga w zdobyciu wiedzy / doksztalcaniu, orientuje się, jakimi możliwościami aktywizowania klienta dysponuje środowisko lokalne w miejscu zamieszkania tej osoby itp.

We współczesnym CM nic nie dzieje się przypadkowo, a tym bardziej nie ma tam miejsca na postępowanie nieprzemyślane i takie, którego nie da się uzasadnić. Coraz większe zainteresowanie CM bierze się stąd, że klient pomocy społecznej jest obecnie postrzegany jak każdy inny klient wolnego rynku. Dysponuje prawami. Nie wolno go uprzedmiotawiać. Zaś

fachowo pomagający muszą się wykazać sukcesami przed swoimi pracodawcami i organizacjami finansującymi ich sprywatyzowaną działalność w sektorze socjalnym.

Część II

Dopracowane standardy

Rozwój idei *case management* i jej praktyczne wprowadzanie do rozmaitych obszarów profesjonalnego pomagania odbywa się w nieustannym dialogu toczącym się pomiędzy teoretykami a praktykami. Rozległe badania empiryczne wykorzystywane są do doskonalenia jakości procesu a efektów finalnych. A to znowu pociąga za sobą konieczność permanentnego modyfikowania standardów. Toczą się więc nieustanne starania o *best practice* - najlepszą praktykę. Z korzyścią dla klientów / pacjentów, ale też dla fachowo pomagających dysponujących coraz efektywniejszymi narzędziami pracy.

Zapoznając się z literaturą dotyczącą CM, znajdziemy wiele standardów, precyzyjnie regulujących cele i działania na poszczególnych etapach procesu interwencji socjalnej. Oto kilka przykładów ilustrujących, w jaki sposób buduje się sprawnie funkcjonującą maszynę fachowego pomagania.

Standard: Wstępna rozmowa z klientem

- Przekazanie jednoznacznych informacji o przebiegu CM, zdefiniowanie metody w sposób zrozumiały dla klienta.
- Poinformowanie o możliwościach, ale też o granicach interwencji / wsparcia / pomocy / metody.
- Wskazanie podopiecznemu mogących się pojawić potencjalnych konfliktów interesów, wynikających z różnych perspektyw postrzegania celu (celów).
- Objasnienie klientowi przysługujących mu praw.

(porównaj: Moxley, 1997)

Standard: Wskazówki dotyczące oszacowania potrzeb klienta

- W każdym przypadku należy stworzyć szczegółowe pisemne oszacowanie potrzeb klienta.
- Współpracownicy oceniają, czy potrzebne są dodatkowe specjalistyczne konsultacje (psychiatryczne, medyczne, z jakiejś innej dyscypliny). Jeżeli brakuje adekwatnych danych (np. informacji z ostatnich trzech do sześciu miesięcy), dąży się do uzyskania opinii specjalistów na interesujący temat.
- Powyższe oszacowanie powinno być przeprowadzone w ciągu kilku dni roboczych po przekazaniu klienta do ośrodka CM.
- W czasie anamnezy i oszacowania należy również uwzględnić domowe warunki klienta.

- Oszacowanie przeprowadza zawsze zespół interdyscyplinarny.
- Zanim zostaną zaktywizowane odnośne służby, klient musi wyrazić na to zgodę.
- Zgodę klienta należy również pozyskać dla dalszego przekazywania dotyczących go danych.

(porównaj: Raiff, Shore, 1993)

Standard: Kryteria wdrażania procesu CM w ramach klinicznej pracy socjalnej

- Problemy kompleksowe (np. pacjenci o szczególnym stopniu ryzyka/niechciana ciąża / kobiety przed porodem, które nie uczęszczały do szkoły rodzenia / kobiety lub dzieci wykorzystane seksualnie).
- Niezdolność do samopomocy z perspektywy potrzeb fizycznych / psychicznych. Case-menedżer organizuje jak najefektywniejszy „zestaw” usług optymalizujących funkcjonowanie podopiecznego po opuszczeniu szpitala.
- Problemy z mobilnością (trudności z dostępem do specjalistycznych służb i usług).
- Potrzeba intensywnej pomocy zdrowotnej dla członków rodziny w połączeniu z barierami spowodowanymi brakiem wykształcenia.
- Problemy finansowe w połączeniu z deficytami zdrowotnymi.
- Zagrożenie długotrwałą hospitalizacją.
- Inne szczególne sytuacje o wysokim stopniu ryzyka. Case-menedżer jako „zarządzający ryzykiem” - a więc minimalizujący zakres i częstotliwość występowania zagrożeń.
- Bariery w dostępie do leczenia (bezdolność, brak ubezpieczenia zdrowotnego).
- Problemy geriatryczne (dom pomocy społecznej, demencja, podatność na złamania, brak naturalnego systemu wsparcia socjalnego, przemoc domowa).

(porównaj: Cesta, 1998)

Bardzo ciekawym dokumentem, streszczającym filozofię CM są wzorce ewaluacji procesów tworzących ten model pracy socjalnej. Należy wiedzieć, że każdy element składowy CM, a tym bardziej efekt finalny - są poddawane szczegółowej ewaluacji. Ewaluacja jest obligatoryjna. Badacze CM zgodnie twierdzą, że to właśnie ta częsta i dokładna ewaluacja jest jednym z podstawowych narzędzi przyczyniających się do radykalnego podnoszenia skuteczności CM, jak też skuteczności całościowo postrzeganej współczesnej, nowoczesnej pracy socjalnej, która potrafi adekwatnie odpowiedzieć na potrzeby klienta XXI wieku. Zaprezentowany poniżej amerykański standard ewaluacji wytycza ogólne zasady postępowania, kreśli ramowe uwarunkowania, wskazuje na główne punkty ciężkości w postawie fachowo pomagającego

(porównaj: Moxley, 1997).

1. Intencją systemu CM jest pomoc człowiekowi w taki sposób, aby był on w stanie podejmować właściwe decyzje, realizować je w praktyce, osiągać zamierzone cele, doświadczać własnej skuteczności, przeżywać sukcesy.
2. Od klienta nie oczekuje się, że będzie skuteczny jedynie o własnych siłach. Odpowiedzialność za wyniki działania leży zarówno po stronie podopiecznego, jak i systemu pomocy społecznej. Zachodzi więc **podział odpowiedzialności**, a struktura

- pomocowa intensywnie angażuje się w aktywności warunkujące zrealizowanie planów i osiągnięcie najlepszych możliwych wyników.
3. Sensem funkcjonowania systemu pomocowego jest możliwość praktycznego korzystania z tej struktury przez podopiecznych. Klienci rozeznają wartość i przydatność działań pracownika socjalnego na podstawie zaobserwowanych praktycznych efektów.
 4. System pomocy społecznej jest elastyczny i potrafi odpowiedzieć na problemy, z którymi podopieczni stykają się w swoim dobrowolnie wybranym środowisku życia. System pomocowy potrafi skutecznie zareagować na problemy najbardziej dotyczące aktualnych warunków życia potrzebującego człowieka.
 5. System pomocowy cechuje się znacznym zakresem współpracy abstrahującej od hierarchicznych relacji. Wysoko ceni się wzajemne zaufanie. Dlatego zakłada się, że fachowo pomagający zajmujący się tym samym przypadkiem mają prawo komunikować się ze sobą na temat klienta (za jego zgodą). Dyskusje prowadzone są kolegioidalnie. Ich uczestnicy nie biorą pod uwagę różnic hierarchicznych, wynikających z dotychczasowych osiągnięć, statusu, zajmowanego stanowiska itp. Ta forma kolegioidalnej komunikacji różni się od typowych, rutynowych rozmów o przypadkach i problemach pracy socjalnej. Omówienia cechują się okazywaniem sobie wzajemnego szacunku, zaufania, udzielaniem sobie nawzajem wsparcia i pomocy.
 6. Zakres i rodzaj wsparcia udzielanego przez system pomocowy jest definiowany poprzez problemy klienta. Fachowo pomagający sprawdzają, czy system dysponuje wszystkimi przydatnymi usługami socjalnymi, czy dysponuje kompetencjami niezbędnymi do świadczenia pomocy tej konkretnej osobie. Należy przy tym zaznaczyć, że system pomocy społecznej korzysta nie tylko z własnego fachowego personelu, ale też angażuje do współpracy rodzinę podopiecznego, jego przyjaciół, grupę rówieśniczą itp. Im bogatsza gama stosowanych środków i technik, tym lepszych efektów należy się spodziewać.
 7. Klient otrzymuje wsparcie w jak najprostszym, bezpośrednim sposób. Klient rozumie, w jaki sposób dotrze do pomocy, z której powinien skorzystać. Wie, jak ma to wyglądać w praktyce. Równie bezproblemowo system pomocowy może zastępować świadczenia i usługi, zakończyć proces wspierania klienta.
 8. System pomocowy ponosi odpowiedzialność za klienta. Zadaniem systemu pomocy społecznej jest taka interwencja na rzecz podopiecznego, aby odniósł on sukces na polu, które sam uznał za ważne. Klient ma prawo do podejmowania decyzji odmiennych od sugerowanych przez fachowo pomagających. Tego rodzaju postawa nie prowadzi do napiętnowania podopiecznego. System pomocowy preferuje kulturę pomagania potrafiącą się obchodzić z zachowaniami klienta, które nie są zgodne z oczekiwaniami profesjonalnego opiekuna. Fachowo pomagający zdaje sobie sprawę z tego, że sprzeciw, opór, podejmowanie subiektywnych decyzji może w życiu klienta otwierać drogi do lepszych wariantów rozwoju sytuacji.

Stare strategie w nowych szatach?

Literatura europejska referująca wiodące techniki współczesnej pracy socjalnej pisze o

holistycznej interwencji socjalnej oraz sugeruje permanentną profesjonalizację dokumentacji przypadku. Zalecane jest również organizowanie interdyscyplinarnych narad, kiedy pracownik socjalny nie czuje się w pełni kompetentny - np. zajmując się szczególnie problemowym klientem indywidualnym lub rodziną wieloproblemową. W Europie nie jest nam obce zorientowanie na klienta oraz dążenie do jak największej efektywności. Czyżbyśmy więc już operowali takim samym instrumentarium, co nasi amerykańscy koleżanki i koledzy - tyle że nie nazywamy strategii, którymi się posługujemy pojęciem *case management*. Na to pytanie można udzielić odpowiedzi twierdzącej, jednak tylko jeśli chodzi o ogólne trendy współczesnego rozwoju i przeobrażania się pracy socjalnej. W szczególności występują bowiem zasadnicze różnice pomiędzy amerykańską a europejską wersją pracy socjalnej.

O ile w Polsce można jeszcze zauważyć stosunkowo szeroki margines dowolności zadań podejmowanych przez poszczególne ośrodki pomocy społecznej, a także dróg mających zaprowadzić do zamierzonych celów - o tyle w USA raczej nie spotkamy obecnie podmiotów sektora socjalnego nie posługujących się CM. Amerykański pracownik socjalny nie ma właściwie wyboru. Jest zobligowany do posługiwania się techniką CM.

Ostatnich oponentów zmiotło radykalne urynkowanie sektora usług socjalnych. Czy należy negatywnie oceniać to zjawisko? Zdecydowanie nie, gdyż właśnie dzięki ścisłemu połączeniu efektywności pracy socjalnej z przestrzeganiem kryteriów wydajności oraz opłacalności - odzyskała ona w świadomości społecznej należną jej rangę. W USA **akceptacja społeczna dla pracowników socjalnych jako grupy zawodowej i dla pomocy społecznej jako sektora niezbędnego dla sprawnego funkcjonowania państwa jest bardzo wysoka**. Bo wiadomo, że robi się dla klienta tylko to, co konieczne i co przyniesie wymierną poprawę jego położenia. A więc w końcowym rozrachunku: oszczędza się związanych z tym przypadkiem kosztów finansowych (płaconych przecież z podatków wszystkich obywateli) i społecznych (niszczących zdrową tkankę społeczną). Przyzwolenie na wieloletnie kontynuowanie „negatywnej kariery klienta pomocy społecznej” jest w amerykańskim społeczeństwie minimalne. Z drugiej zaś strony postrzega się te kwestie z ogromnym realizmem. Nikt nie oczekuje, że człowiek słaby socjalnie wydobędzie się z dołka jedynie o własnych siłach. Mają mu w tym pomóc profesjonaliści. Wszyscy oczekują, że to wsparcie, interwencja, zaradzenie potrzebom - nie zostaną przez klienta pracy socjalnej zmarnowane. Jest to jak najbardziej racjonalne, realistyczne i logiczne postrzeganie roli sektora socjalnego we współczesnym świecie.

Co zmienił CM w postawach amerykańskich pracowników socjalnych? Czy pracuje im się lepiej, łatwiej, czy przeciwnie - zostali obarczeni kolejnymi obowiązkami? W państwie reklamującym się jakże często jako światowa stolica swobód obywatelskich i wolności rzuca się w oczy bardzo mocne dyscyplinowanie pracowników socjalnych regułami i standardami CM. Wcześniej byli „panami swoich działań”, nikt im „nie zaglądał przez ramię na ich własnym terenie”. Obecnie muszą wykazywać się posłuszeństwem wobec standardów i transparentnością działań na każdym etapie interwencji socjalnej. Trzeba też wyróżniać się efektywnością, którą w niektórych przypadkach trzeba nawet udowodniać. Jednakże mylne byłoby wyprowadzenie z powyższych uwag wniosku, że pracownik socjalny w USA jest zniewolony regulaminami i wprzęgnięty w sztywne jarzmo technokratycznie określonych, z góry narzuconych obowiązków. Standardy CM wytyczają ogólne, ramowe priorytety interwencji - i tego należy się trzymać. Natomiast jaką treścią zostaną wypełnione te pojęcia -

to już zależy bezpośrednio od fachowo pomagającego. I tu właśnie otwiera się szerokie pole do realizowania własnych pomysłów i inicjatyw.

Model CM nie jest oczywiście idealną konstrukcją, której teoria bezproblemowo daje się przekładać na praktykę. Największą słabością CM są bez wątpienia dylematy etyczne, na jakie może się natknąć pracownik socjalny. Stronniczość na rzecz klienta, udzielenie mu maksymalnego możliwego wsparcia - zderza się relatywnie często z postulatami oszczędności i wydajności osiąganey w jak najkrótszym czasie. Ten problem nie jest oczywiście pomijany milczeniem. Szuka się zabezpieczenia interesów klienta / pacjenta poprzez wyraźne określenie ram świadczonej mu pomocy, także w przypadkach, kiedy pojawiają się wątpliwości co do wariantu realizowanej strategii interwencyjno-pomocowej. Z tej perspektywy można wskazać co najmniej cztery przydatne elementy istotnie redukujące zagrożenie powstawania konfliktów o podłożu etycznym (Rothman, 1992, cytowane za: Klug 2005):

1. **Administrative authority:** Dzięki wiążącym umowom prawnym pomiędzy poszczególnymi świadczeniodawcami usług socjalnych / medycznych / innych wykorzystywanych przez CM, case-menedżer dysponuje jednoznacznie sformułowanymi i solidnie ugruntowanymi prawami. Jego zadaniem jest czuwanie na zachowaniem wymaganej jakości usług, z których korzysta podopieczny, kontrolowanie całego procesu, ale też jego przerwanie, przedwczesne zakończenie, jeśli zaplanowane cele nie są osiągnięte, względnie nierealistyczne jest założenie, że w ogóle zostaną osiągnięte.
2. **Legal authority:** Prawo do przyznawania świadczenia oraz do podejmowania decyzji związanej z praktyczną realizacją świadczenia zostało określone odnośnymi nadrzędnymi regulacjami, względnie wynika z wewnętrznych regulaminów instytucji / organizacji. W ten sposób wykluczona została dowolność, niespójność i brak reguł. Po prostu klientowi coś się należy z mocy prawa.
3. **Fiscal authority:** Fachowo pomagający aktywny w ramach CM dysponuje budżetem przyznanym w ramach tego projektu, pochodzącym na przykład od ubezpieczyciela. Organ finansujący autoryzuje decyzje case-menedżera wykorzystującego posiadane środki finansowe do zakupu usług przeznaczonych dla podopiecznego.
4. **Joint funding authority:** Chodzi tu o organ pośredniczący pomiędzy usługodawcą a klientem. Misją tego podmiotu polega nie tylko na skierowaniu podopiecznego do instytucji najlepiej przygotowanej do zaradzenia jego specyficznym potrzebom, ale też sprowadza się do zewnętrznej kontroli jakości świadczonych usług. Należy w tym miejscu zaznaczyć, że to właśnie świadczeniodawcy zabiegają o nadzorowanie ich przez wyspecjalizowane biuro CM i finansują jego funkcjonowanie. Tym sposobem gwarantują sobie certyfikację świadczonych usług, a także stały dopływ klientów.

Jakość świadczonych usług, czyli...

W piśmiennictwie dotyczącym CM nie znajdziemy opracowania, w którym przez wszystkie przypadki nie byłoby odmieniane pojęcie **jakość**. Jak jest rozumiany ten termin w kontekście

pracy socjalnej, a więc dziedziny zdominowanej kontaktami z trudnymi klientami, z osobami znajdującymi się w szczególnie niekorzystnych uwarunkowaniach życiowych? Jak stosować kategorię jakości w odniesieniu do działań pracownika socjalnego - działań, które przecież bardzo często trudno jest ocenić obiektywnie, bo sam kontekst interakcji z podopiecznym ma jedyny w swoim rodzaju charakter?

O ile jeszcze kilka dziesięcioleci temu tego rodzaju pytania kwitowane były w najlepszym wypadku pobłażliwym uśmiechem, gdyż funkcjonowanie sektora socjalnego wydawało się być rzeczywistością wyłączoną z ewaluacji stawiającej pytanie o jakość - o tyle obecnie traktuje się kwestię jakości jako jedno z podstawowych kryteriów oceny podmiotu socjalnego. Skąd wzięła się ta zmiana? Stąd, że dzisiaj praca socjalna -tak, jak wcześniej opieka zdrowotna - jest oferowana w USA na wolnym rynku. Poszczególne podmioty konkurują ze sobą w coraz większym zakresie. Trzeba więc wykazać się coraz wyższą jakością obsługi klienta, reklamować swoje usługi i udowodnić, że reklama nie zawierała obietnic bez pokrycia. Tak właśnie pozyskuje się nowych klientów i przychyłność organów odpowiedzialnych za finansowanie sektora socjalnego. Osoby i podmioty świadczące usługi socjalne muszą wykazać się zdolnością do funkcjonowania w gospodarce wolnorynkowej.

Jakość w odniesieniu do organizacji socjalnej funkcjonującej według modelu CM sprawdza się ze względu na następujące trzy wymiary:

I. Jakość struktury dotycząca relatywnie stałych, nie zmieniających się warunków świadczenia usług. Struktura jest konstrukcją utrzymującą i udostępniającą cały potencjał fachowego pomagania. Struktury, jakich oczekuje CM, powinny cechować się elastycznością i umiejętnością dopasowywania się do zmieniających się okoliczności.

II. Jakość procesu wyrażająca się w sposobie praktycznego realizowania usługi socjalnej. CM bierze pod lupę każdy element procesu. Bada i ocenia cały jego przebieg.

III. Jakość wyniku (końcowego skutku) sprawdzana jest pod kątem efektywności, wyników ekonomicznych (gospodarności) oraz zgodności z obowiązującymi regulacjami prawnymi. CM bada również, jak wysoko postawiona została poprzeczka przy wyborze celu oraz dochodzeniu do jego osiągnięcia.

Nasuwa się teraz pytanie, w jaki sposób organizacja socjalna przygotowuje się do badania jakości? Jak powinna budować swoje standardy, strategie pracy, tworzyć ogólne i szczegółowe zasady działania, aby wynik oceny zgodnej z priorytetami CM był pozytywny? Już dziesięć lat temu Wolf Rainer Wendt sformułował punkty ciężkości często cytowane w piśmiennictwie poświęconym CM. Otóż przedstawione trzy wymiary wypełniamy następującymi treściami:

JAKOŚĆ STRUKTURY

- Organizacja opieki socjalnej i zdrowotnej.
- Wykształcenie i kompetencje fachowego personelu. Strategie optymalnego wykorzystania

zasobów ludzkich.

- Warunki dostępu klienta / pacjenta do usług.
- Warunki lokalowe.
- Przebieg procesów informacyjnych i komunikowania się.

JAKOŚĆ PROCESU

- Sposób świadczenia usług i ich rodzaj, a więc stosowana metoda.
- Wykorzystanie posiadanego potencjału osobowego i materialnego (sprawność przebiegu działań).

JAKOŚĆ WSPÓŁPRACY

- Posiadanie i rozwijanie standardów - adekwatne do uwarunkowań.
- Jakość / klasa planu interwencyjno-pomocowego.

JAKOŚĆ WYNIKU / SKUTKU

- Osiągnięcie celu.
- Porównanie pomiędzy *ma być a jest*.
- Stopień aktywizowania potencjału pomocowego.
- Zadowolenie klienta - odbiorcy usług socjalnych.
- Poziom osiągniętej kooperacji.

Dopowiedzenie

- Należy podkreślić, że CM nie unicestwił spontanicznych, empatycznych, „zwykłych” międzyludzkich relacji pomiędzy pracownikiem socjalnym a klientem. Przeciwnie, te stosunki nabrały nowego kolorytu, a nawet zostały zintensyfikowane, bowiem CM wyraźnie i jednoznacznie zdefiniował aspekty podlegające racjonalnej analizie oraz określił posługiwanie się przez fachowo pomagającego standardami. Dzięki temu zwiększył się poziom zaufania podopiecznych w stosunku do pracowników socjalnych i innych profesjonalistów. Interdyscyplinarne zajmowanie się przypadkiem sprawia, że klient odnosi wrażenie, iż znalazł się w centrum zainteresowania, doświadcza na sobie praktycznego solidaryzmu wielu osób. A to ogromnie wzmacnia go psychicznie i uzdalnia do bycia aktywnym współpracownikiem w swoich własnych sprawach, w pokonywaniu osobistych problemów i kryzysów życiowych.
- CM rozwija się i rośnie wraz potrzebami podopiecznych. Jeśli jakiś istotny problem nie znajduje adekwatnej odpowiedzi w już istniejącej strukturze, to „po prostu” zostaje ona uzupełniona o nowe elementy (technikę pracy, zasób wiedzy, pozyskanie do współpracy specjalisty itd.). Nie zdarza się tak, że inny klient zjawi się z analogicznymi trudnościami i znowu trzeba będzie od początku konstruować optymalny sposób reagowania. Wraz z pojawianiem się nowych, specyficznych problemów klienta zagęszczają się oczka sieci pomocowej. System pomocowy staje się coraz sprawniejszy. Jest efektywny niezależnie od sytuacji, w którym powinien się uaktywnić. Tę dojrzałą koncepcję funkcjonowania pomocy społecznej we współczesnych nam czasach warto naśladować i udoskonalać.

LITERATURA

- Bulger S., Feldmeier C.: *Developing standards and quality measurements for Case Management practice*, "Journal of Case Management", 7 (3) 1998.
- Cesta T.G., Taran H.A., Fink L.F.: *The Case Manager's survival guide*, St.Louis 1998. Christensen D.N., Todahl J., Barrett W.C.: *Solution-based casework. An introduction to clinical and case management skills in case-work practice*, New York 1999.
- Klug W. i in. (Hg.): *Case Management. Tali- und Systemsteuerung in der Sozialen Arbeit*, München 2005. Moxley D.: *Case-Management by design*, New York 1997.
- Raiff, N.R., Shore B.K.: *Advanced Case Management: New strategies for the 21st Century*, Newbury Park, 1993. Rossi P.: *Case Management in health care. A practical guide*, Philadelphia 1999. Rothman J., Sager J.S.: *Case Management: integrating individual and community practice*. Boston 1998.