

Suzana Bornarova

VODENJE PRIMERA V GERONTOLOŠKEM SOCIALNEM DELU

ODGOVOR NA SPREMINJAJOČ SE KONTEKST SKRBI ZA STARE LJUDI

UVOD

Trenutni in napovedani svetovni demografski trendi kažejo, da se prebivalstvo nasploh hitro stara in da se ravnovesje med starostnimi skupinami nagiba k temu, da se v svetovnem prebivalstvu večja delež ljudi visoke starosti. Tako sta se politika in praksa socialnega varstva prilagodili temu, da podpirata in vzdržujeta starajoče se prebivalstvo. Oblikovalci socialne politike in strokovnjaki se vse bolj zavedajo prihodnjih sprememb v strukturi prebivalstva in razvijajo različne odgovore na niz zapletenih in ključnih vprašanj. Najpomembnejše spremembe so povezane s premikom v strokovni praksi, namreč od prakse, v kateri pomagamo starejšim ljudem, do prakse, pri kateri so starejši ljudje aktivni v skrbi zase ob določeni stopnji »pomoči«. Poleg tega neposreden, osebni strokovni odnos, ki smo ga podedovali od tradicionalnega »dela na primeru« v praksi socialnega dela, vse bolj nadomeščajo aktivnejši pristopi, ki upoštevajo širše mreže podpore starim. V tem procesu se od vseh pristopov v praksi socialnega dela najpogosteje uporablja model vodenja primera (*case management*).

Vodenje primera je model prakse, ki ga v poklicih za pomoč ljudem, zlasti v socialnem delu, uporabljamo že vrsto let, na njegov nastanek pa so zelo vplivale družbeno-ekonomske spremembe. Ker naša življenja postajajo vse kompleksnejša in daljša, postaja tudi interakcija med potrebami in storitvami vse bolj zapletena. V današnji dobi privatizacije, deinstitucionalizacije in decentralizacije socialnih programov in zmanjševanja obsega

pooblaščenih služb se je povečala potreba po vodenju primera v različnih okoljih, kjer se odvija praksa socialnega dela. V gerontološkem socialnem delu, področju socialnodolovne prakse, ki se osredotoča na stare ljudi, sta načrtovanje in organizacija oskrbe vse bolj priznana kot najpomembnejša strategija, ki je bistvena za spodbujanje učinkovitega zagotavljanja storitev za to ciljno populacijo. Njegovo temeljno načelo izhaja iz pojmovanja, da se strokovnjaki ukvarjajo s starimi ljudmi, ki imajo več različnih potreb – bodisi zaradi hude hendikepiranosti bodisi zaradi neugodnih okoliščin –, ki omejujejo njihove zmožnosti, da bi si sami našli pomoč, skladno povezali medsebojno združljive storitve, se pogajali z različnimi ponudniki in uporabljali te storitve oziroma pravice dlje časa.

Namen pričujočega članka je najprej predstaviti svetovne demografske trende, ki vplivajo na spreminjajoč se kontekst skrbi za stare in zahtevajo od strokovne prakse socialnega dela, da se razvija naprej. Dalje je naš namen raziskati zgodovino in koncept vodenja primera, da bi orisali splošni okvir modela in njegove funkcije. V tretjem poglavju pa analiziramo model vodenja primera, kot ga uporabljamo v kontekstu gerontološkega socialnega dela, kjer je zelo priznan kot najučinkovitejši pri koordiniranju in sestavljanju različnih sistemov zagotavljanja storitev, od katerih so odvisne socialne potrebe starejših. Najprej bomo analizirali razloge, ki stojijo za premikom od »dela na primeru« k »vodenju primera (delu s primerom)« v gerontološkem socialnem delu, nato pa bo sledil prikaz ključnih vlog, ciljev in

etičnih dilem, ki so povezani z vodenjem primera pri starih ljudeh. Nazadnje precej pozornosti posvetimo teoretski predstavitvi funkcij vodenja primera v gerontološkem socialnem delu in specifičnih nalog posameznih faz vodenja primera (napotitev, sprejem in ocena stanja), načrtovanja storitve (razvoj strategije za delovanje), koordinacije storitev (katere storitve potrebujemo in kako jih bomo povezali med seboj), optimalne uporabe neformalnih virov pri vodenju primera in spremljanja storitev (ponovna ocena in evalvacija rezultata).

SVETOVNI DEMOGRAFSKI TRENDI IN SPREMINJAJOČI SE KONTEKST SKRBI ZA STARE

V drugi polovici 20. stoletja se je v razvitejših državah stopnja staranja prebivalstva povečala kot še nikoli v zgodovini demografije. Po napovedih naj bi šle v prvih petdesetih letih novega stoletja skozi enako prehodno obdobje tudi države v razvoju in tranzicijske države. Razlog hitrega staranja prebivalstva je v tem, da po vsem svetu – z izjemo podsaharske Afrike – vztrajno padata tako rodnost kot smrtnost. Tako je Evropa ob koncu tisočletja prišla v tako zrela leta, da v njej živi več starih ljudi (starih več kot šestdeset let) kot mladih, Azija naj bi se postarala do leta 2040, kmalu pa naj bi ji sledili obe Ameriki (Harper 2006: 205). Po vsem svetu začenjajo ljudje, stari več kot šestdeset let, številčno prekašati otroke, stare manj kot petnajst let. Do leta 2050 bodo ljudje, stari šestdeset let in več, sestavljali tretjino prebivalstva v razvitih predelih. V državah v razvoju pa jih bo le za petino prebivalstva, to je delež, ki so ga bogatejše države že dosegle. Od petdesetih let 20. stoletja je delež starih (starih šestdeset let in več) vztrajno naraščal, in se z 8 odstotkov leta 1950 povečal na 11 odstotkov leta 2007, do leta 2050 pa naj bi dosegel 22 odstotkov. Stara pa se tudi starejše prebivalstvo. Med tistimi, ki so stari več kot šestdeset let, najhitreje narašča število najstarejših starih, to je tistih, ki so stari več kot osemdeset let. Njihovo število se trenutno povečuje za 3,9 odstotkov na leto. Danes je ena oseba od

osmih, ki so stare šestdeset let ali več, stara več kot osemdeset let. Do leta 2050 naj bi se ta delež povečal na približno dve osebi, stari osemdeset let ali več, na vsako deseto starejšo osebo (*World Population Ageing* 2007).

Nasploh ljudje živijo dlje in v nekaterih delih sveta bolj zdravo. To je eden izmed največjih dosežkov zadnjega stoletja, zmagoslavje medicinskega, družbenega in gospodarskega napredka nad boleznijo, ki pa je obenem precejšen izziv. Daljše življenje ima namreč svojo ceno, saj staranje družbe vpliva na gospodarsko rast in na veliko drugih področij, denimo na preživetje družin, in na to, ali lahko države in skupnosti zagotavljajo sredstva za stare. Ena izmed največjih družbenih sprememb, ki je prizadela stare, je povezana z družinsko strukturo. Zaradi svetovnega trenda upadanja rodnosti ljudje v starosti prejemajo manj družinske pomoči in podpore. Trendi, kot so visoke stopnje ločitev, ljudje brez otrok, spremembe v življenjski ureditvi (več starih živi samih, drugače od prejšnjih večgeneracijskih gospodinjstev) spreminjajo kontekst skrbi. Dolgoročna skrb za stare je postala ključno vprašanje tako na Zahodu kot v številnih srednje razvitih državah (*Why Population Aging Matters: A Global Perspective* 2007: 8).

Demografski trendi staranja prebivalstva precej vplivajo na kontekst razpoložljivosti skrbi za stare, saj se narava zdravstvenega in socialnega varstva temeljito spreminja. Ker je javnost vse bolj pozorna na ponudbo in izvajanje storitev socialnega in zdravstvenega varstva, se povečujejo pričakovanja glede storitev, in ker uporabniki in oskrbovalci dejavno iščejo enakovrednejši položaj, slepo zaupanje v strokovnost počasi izginja. Čeprav znanstveni in tehnološki napredek povečuje terapevtski potencial, obenem zbuja tako finančne kot etične napetosti glede dostopa do obravnave in sorazmerne uravnovešenosti skrbi in zdravljenja.

Do enega izmed najbolj ostrih izrazov takih napetosti pride, ko gre za pravice in pričakovanja starih, zlasti tistih najbolj ranljivih. Čeprav politični diskurz prežemajo besede o partnerstvu, imamo vse več dokazov, da pri sprejemanju pomembnih odločitev o zdra-

vljenju starih in skrbi zanje stari in tisti, ki jim pomagajo, pogosto ostajajo zgolj obrobne figure (Nolan *et al.* 2001: 1–2).

Zaradi procesa demografskega staranja in njegovih družbeno-ekonomskih posledic so se v zadnjem času začeli pojavljati številni trendi, premiki in napetosti v gerontologiji kot disciplini, v pobudah politik, katerih namen je poskrbeti za potrebe ljudi v starajoči se družbi, in med strokovnjaki, ki si želijo, da bi celostno in stroškovno učinkovito zadovoljili potrebe starih in tistih družinskih članov, ki skrbijo zanje. Številne izmed teh napetosti so odraz vse večjega zanimanja za kakovost življenja starih, zlasti »najstarejših starih«, in tega, kako lahko kljub temu, da so zahteve uporabnikov vse večje in da nimamo neizčrpnih virov, z ustreznimi storitvami vzdržujemo kakovost življenja starih. Glavni trendi, povezani s spreminjenim kontekstom skrbi za stare, so tele.

Obrat v paradigmi zdravstvenega in socialnega varstva. V skrbi za stare in širše v splošni javni zdravstveni in socialni politiki je v zadnjem desetletju skoraj povsod po svetu prišlo do precejšnjih sprememb. V Evropi je do prvih večjih sprememb prišlo v osemdesetih letih z razvojem demokratičnega sistema, tržne ekonomije in z vzpostavitvijo lokalnih oblasti kot odgovornih organov. Te spremembe so prispevale k redefiniciji politik javnega zdravstva in socialnega varstva. Obrat paradigme se je začel zlasti v državah, kjer je v javnem zdravstvu in socialni politiki začela prevladovati moč trga, posledica česar je bila privatizacija zdravstvenih klinik in domov za stare. Danes še ni jasno, koliko bodo družbeno-ekonomske spremembe odvisne od tržne ekonomije. Obrat paradigme pa se jasno kaže tudi v tem, da države področju socialne varnosti namenjajo manj denarja. V zahodnih socialnih državah dopolnilne storitve in konkurenco profitnim in vladnim organizacijam zagotavljajo civilne in neprofitne organizacije. V srednjezhodni Evropi države (zaradi pomanjkanja sredstev) omejujejo naloge socialne varnosti (ki smo jih pridobili v socializmu), nevladne organizacije, ki bi zagotavljale vzporedne, primerljive storitve, pa šele nastajajo (Lévai 2000: 11–14).

Premik k skupnostni skrbi. Eden izmed največjih razvojnih dosežkov v zadnjih petdesetih letih, ki je bil najintenzivnejši v zadnjih dvajsetih letih, je bil premik od institucionalne skrbi k skupnostnim oblikam skrbi za stare. Vzroki za ta premik k »staranju v domačem okolju« so raznovrstni. Nasploh bi lahko rekli, da so ekonomski, politični in socialni. Iz socialne perspektive naj bi šlo za pozitivno pridobitev, kar zadeva kvaliteto življenja doma. Politike zdravstvenega in socialnega varstva, ki doživljajo kritike glede povečevanja stroškov, vprašanj kakovosti skrbi v domovih za stare in politično retoriko dvoma v vlogo države pri zagotavljanju skrbi, se nenehno spreminjajo, tudi v svojem pravnem kontekstu, pri čemer poudarjajo pobude za skrb znotraj skupnosti (Crawford, Walker 2004: 26).

Javno-zasebno partnerstvo in zagotavljanje skrbi. V zadnjem času se, kar zadeva zagotavljanje socialnih storitev, vse več pozornosti namenja možnostim in novim oblikam sodelovanja med državo in nedržavnimi akterji. Vlade so namreč vse manj sposobne in pripravljene zagotavljati zadovoljevanje javnih potreb, medtem ko spremembe v družbenih strukturah – denimo, spremembe v sestavi družin, hitro staranje prebivalstva – zahtevajo izjemne finančne in človeške vire. Posledica tega je vztrajno naraščanje števila neprofitnih akterjev, zlasti na področjih socialnega in zdravstvenega varstva, kar številni uveljavljeni raziskovalci pojasnjujejo z nezmožnostjo države, da bi si naložila te naloge, drugi pa ta pojav pripisujejo neuspešnosti trga (Lévai 2000: 87).

Kot odziv na vse večje potrebe naraščajočega števila starih je začela nastajati tudi industrija vodenja primerov v zasebnem sektorju. Ti nosilci primerov, ki so jih najeli uporabniki ali še pogosteje člani družin ali kakšne tretje stranke kot plačniki, pomagajo pri iskanju storitev in dogovarjanju zanje v imenu svojih uporabnikov. Nekatera taka podjetja za vodenje primerov zaposlujejo socialne oskrbovalke na domu ali pa so celo organizirana kot patronažne službe, številna pa so majhna podjetja ali partnerstva, ki ponujajo storitve na uro in

nimajo nobene vloge pri dodeljevanju javnega denarja (Kane, Degenholtz 1997: 6–8).

K zdravstvenim in socialnim storitvam za neodvisno življenje. Naraščanje števila starejšega prebivalstva je zbudilo več zanimanja za funkcionalne oviranosti starih in njihovo sposobnost za samostojno življenje v skupnosti. Potreba po zdravstvenih in socialnih storitvah, ki bi lahko pomagale starim šibkejšega zdravja, da bi ostali neodvisni, se najbolj dramatično kaže v povečanju števila najstarejših starih, starih več kot petinosemdeset let. Oblikovalci javnih politik se vse bolj zavedajo prihodnjih demografskih sprememb in razvijajo najrazličnejše odgovore na niz kompleksnih in ključnih vprašanj. Ta zaskrbljenost kaže, da bo v prihodnje v starajoči se družbi prišlo do globokih družbenih sprememb, in na daljnosežne učinke javnih politik na vsakdanje življenje starih in njihovih družin. Vodenje primera je bilo ves čas osrednji sestavni del programov oblikovalcev javnih politik, strategij financiranja in sistemov zagotavljanja storitev. V zadnjih dveh desetletjih se je izjemno veliko investiralo v razvoj skupnostnih oblik pomoči in sistemov njihovega zagotavljanja s ciljem, da bi pomagali starim šibkejšega zdravja ostati doma oziroma v skupnosti. V tem oziru je vodenje primerov postalo del vseh skupnostnih oblik dolgoročnih programov skrbi za stare. (Holosko, Feit 1996: 151–152).

Celostni pristop k zagotavljanju skrbi. Posamezne storitve, ki jih zagotovimo starim, ne glede na to, kako kakovostne so, same po sebi še niso rešitev, temveč potrebujemo sistemski pristop k pomoči, ki bi vključeval tako strokovjake kot druge ljudi. Elementi systemskega pristopa, ki se jim posveča vse več pozornosti, so:

- splošno temeljno načelo, da morajo stari živeti polno in smiselno življenje in da imajo pravico do dostojnega življenja
- celostni pogled na uporabnikove, uporabničine potrebe kot temeljno vrednoto
- več pozornosti bi morali posvečati preventivni skrbi za zdravje v aktivnih letih življenja
- razvijati bi morali možnosti za primerno delo za ljudi, ki se bližajo upokojitvi ali se upokojijo

(npr. možnosti zaposlitve za polovični delovni čas)

- ko se življenjski pogoji starih spreminjajo, bi jih morali oskrbeti z:
- nizom *institucionalnih storitev*, zlasti dnevnimi centri in delovno terapijo
- celovito *oskrbo na domu*, zlasti zdravstveno in socialno
- drugimi *skupnostnimi oblikami pomoči* po meri potreb starih
- strokovnim, *visoko kakovostnim institucionalnim varstvom*, ki izpolnjuje standardizirane zahteve.

V poznejših življenjskih obdobjih bi morali stari prejemati ustrezno paliativno oskrbo in po potrebi storitve za neozdravljivo bolne (Gáthy 2000:7–8).

Vsi zgornji trendi so v prakse socialnega dela vnesli vrsto sprememb. Ena izmed največjih je premik od tradicionalnega modela prakse »dela na primeru« k modelu prakse, usmerjenem v »vodenje primera«, kar je obetajoč odziv na kontekst skrbi za stare, ki se spreminja na vseh ravneh.

ZGODOVINSKI IZVIR VODENJA PRIMERA

Vodenje primera pozdravljamo kot zdravilo za pomanjkljivosti vseh vrst zagotavljanja storitev dolgotrajne oskrbe. Čeprav je zelo priljubljeno postalo šele v zadnjem času, ni novo, temveč izvira iz začetka 20. stoletja in začetkov prakse socialnega dela. Njegove korenine segajo v zgodnje dejavnosti socialnega dela, namen katerih je bil urejati in koordinirati skrb za uporabnike. Dejavnosti vodenja primera so prepoznali tako v predhodnikih služb za socialno delo (*settlement house movement*) kot v delovanju dobrodelnih društev. Tako je vodenje primera povezano s socialnim delom na primeru, ki je temeljna metoda prakse socialnega dela. Perspektivo zgodnjega socialnega dela na primeru bi lahko danes imenovali perspektiva »osebe-v-življenjskem-svetu«, kar neposredno pomeni delo z uporabnikom in posredno delo v njihovem imenu. Skrb za to, da bi jim zagotovili koordinirane storitve in odgovarjali za

zagotavljanje storitev in uporabo virov izvira iz metod vodenja dokumentacije, ki so se razvile v teh zgodnjih gibanjih. Vodenje primera je imelo v zgodovini dvojni niz ciljev – en niz je bil povezan s kakovostjo, učinkovitostjo in koordinacijo storitev, drugi pa z zagotavljanjem odgovornosti in stroškovno učinkovito uporabo virov. Sodobno vodenje primera izvira iz teh korenin in temelji na zavezanosti, da bo reševalo tako uporabnike kot sistemske težave (Holosko, Feit 1996: 152–153).

V sedemdesetih letih so se kot rezultat družbenih, medicinskih in demografskih sprememb razvili drugačni modeli vodenja primera. Nastanek vodenja primera lahko zasledimo v šestih značilnih dejavnikih, ki vplivajo na strukturo in proces zagotavljanja storitev znotraj sodobnih služb za delo z ljudmi. Ti dejavniki so:

- 1) vpliv deinstitucionalizacije na zagotavljanje socialnih storitev
- 2) decentralizacija skupnostnih služb
- 3) prisotnost populacij uporabnikov in uporabnic, ki zelo težko socialno funkcionirajo, v naših skupnostih
- 4) priznanje ključne vloge, ki jo imajo podpora družbe in socialne mreže v funkcioniranju posameznikov in posameznic v družbi
- 5) fragmentacija služb za delo z ljudmi
- 6) vse večja zaskrbljenost zaradi stroškovne učinkovitosti služb za delo z ljudmi (Moxley, 1989: 12–15).

Vzporedno s tem razvojem se je izraz »vodenje primera« (*case management*) v začetku sedemdesetih let začel pojavljati v literaturi in leta 1974 so ga začeli uporabljati v strokovnem jeziku. Povečanje brezdomnosti, deinstitucionalizacija, revščina in drugi socialni problemi pa tudi staranje prebivalstva in vse več posameznikov s kroničnimi boleznimi so prispevali k potrebi po sistemu, s katerim bi lahko koordinirali in porazdelili storitve zadovoljevanja potreb. Pred nedavnim je premik k vodeni oskrbi v zdravstvenih storitvah poudaril potrebo po nosilcih primerov v medicinskem okolju. V kontekstu vodene oskrbe lahko ima nosilec primera vlogo koordinatorja storitev in tistega, ki obvladuje stroške zdravstvene oskrbe (Robinson, 2000:137).

DEFINICIJA PRAKSE VODENJA PRIMERA

Vodenje primera je vse bolj priznано na številnih področjih služb za delo z ljudmi kot glavna strategija prakse, bistvena za pospeševanje učinkovitega zagotavljanja storitev za različne ciljne populacije. Vodenje primera imenujemo tudi vodenje oskrbe, vodena oskrba, koordinacija skrbi, stalna koordinacija oskrbe, koordinacija stalne skrbi, povezovanje storitev in koordinacija storitev (Robinson, 2000: 140). Kot vsi vidiki prakse socialnega dela se tudi vodenje primera opira na temeljne poklicne vrednote in strokovno znanje. Vodenje primera je lahko neposredna in posredna metoda socialnega dela. Neposredna praksa vključuje dejavnosti, kot so ocena uporabnika ali uporabnice in družine in svetovanje, posredna praksa pa vključuje naloge v zvezi s financiranjem in načrtovanjem programa (Greene 2000: 155–157).

Definicija vodenja primera izhaja iz načela, na katerem temelji uporaba tehnologije te prakse. Različni avtorji so predlagali različne definicije kot odgovor na vprašanje, kaj je vodenje primera. Po eni izmed njih je vodenje primera »za uporabnika primerna strategija za pospeševanje koordinacije služb za delo z ljudmi, možnosti oziroma pravic«. Najpomembnejša rezultata vodenja primera sta, 1) da povežemo storitve niza organizacij in 2) da dosežemo kontinuiranost oskrbe (Moxley 1989: 11–12). Vodenje primera je strukturna lastnost, ki je vgrajena v storitve oskrbe na domu in skupnostnih oblik skrbi in povečuje kakovost zagotovljenih storitev. Zaposleni s poklicnim nazivom »nosilec primera« ali »koordinator oskrbe« pomaga starim ljudem šibkejšega zdravja, da ugotovijo, kakšne so njihove potrebe, za katere potrebujejo storitve skrbi na domu, poišče oziroma koordinira storitve, pooblasti koga za izvajanje storitve oziroma neposredno najame storitev in izvajanje storitev redno nadzira (Kane, Degenholtz 1997: 6–8). V Barkerjevem *Social Work Dictionary* najdemo še eno definicijo: »Vodenje primera je postopek načrtovanja, iskanja in spremljanja storitev različnih agencij za socialne storitve

in osebja v uporabnikovem imenu. Navadno glavno odgovornost za uporabnika, uporabnico prevzame kakšna agencija, ki določi nosilca primera; ta koordinira storitve, opravlja zagovorništvo in včasih nadzira vire in najame storitev za uporabnika. Ta postopek omogoča, da več socialnih delavcev v agenciji ali iz različnih agencij koordinira svoja prizadevanja za pomoč uporabniku, uporabnici s strokovnim timskim delom, s čimer širijo paleto ponudbe storitev, po katerih se kažejo potrebe. To omeji težave, ki nastajajo zaradi fragmentiranja storitev, prepogostih menjav osebja in neustrezne koordinacije izvajalcev storitev ...» (Barker 2003: 58).

Z vodenjem primera je povezan širok spekter ciljev, ki zadevajo neposredne storitve, razvoj sistema in obvladovanje stroškov. Pri ciljih neposrednih storitev se osredotočamo zlasti na uporabnike, uporabnice, tiste, ki skrbijo zanje, in družinske člane, posebno pozornost pa posvečamo izboljšanju koordinacije storitev, dostopu do njih, njihovi kakovosti in učinkovitosti. Na področju razvoja sistema nosilci primera ocenijo lokalni sistem zagotavljanja storitev, da ugotovijo, katere storitve uporabnik, uporabnica potrebuje, jih razvijejo ali razširijo ponudbo. Poleg tega nosilci primera tudi dodeljujejo sredstva, pooblaščajo izvajalce storitev in nadzorujejo sistem, kar zadeva obvladovanje stroškov. To je izjemno kompleksna vloga, ki zahteva široko strokovno in splošno znanje in obvladovanje različnih spretnosti (Holosko, Feit 1996: 153). Čeprav je vodenje primera eno izmed glavnih področij socialnega dela, tudi v nekaterih drugi poklicih, denimo v poklicu medicinske sestre, menijo, da izraz »nosilci primera« pripada njim. Vendar pa poklic medicinske sestre kot nosilca primera pogosto ne ponuja enakih storitev kot vodenje primera v socialnem delu, temveč se osredotoča bolj na zdravstvene potrebe bolnikov v bolnišnicah in ambulantnih službah in se ne ukvarja s socialnimi potrebami in potrebami zaradi življenjskega okolja (Robinson, 2000: 140).

O tem, kaj je vodenje primera, so zelo veliko razpravljali. Čeprav je v zadnjem času razprava

nekoliko potihnila, so definicije, kaj je vodenje primera in kdaj ga uporabljamo, še vedno precej različne. Seveda ne moremo pričakovati, da se bodo vsi v razpravi strinjali z eno definicijo, filozofijo ali pristopom. Kljub temu pa je sčasoma prišlo do precejšnjega soglasja, kar zadeva ključne sestavne dele vloge in funkcij vodenja primera. Tako lahko prakso vodenja primera bolj odločno opredelimo kot dinamični strateški pristop, ki ga uporabljamo v praksi socialnega dela in pri katerem se osredotočamo na ugotavljanje potreb uporabnikov, uporabnic in na to, da jih povežemo z ustreznimi viri v skupnosti, da lahko zadovoljujejo svoje potrebe.

FUNKCIJE VODENJA PRIMERA

Nosilec primera organizira, koordinira in vzdržuje uporabnikovo, uporabnično podporno mrežo, tako da uporabi pet ključnih funkcij vodenja primera. Nosilec primera lahko te funkcije uporabi v drugačnem vrstnem redu in nekatere ponovi, če to narekujejo uporabnikove, uporabnične potrebe. Lahko pa jih uporabi hitro drugo za drugo kot sredstvo, da se odzove na največjo uporabnikovo, uporabnično potrebo ali na krizno situacijo. Te ključne funkcije so:

- *ocena* uporabnikovih, uporabničnih potreb po storitvah, zmogljivosti socialne mreže in ponudnikov storitev
- *načrtovanje* storitev, ki temelji na multidisciplinarnem ali interdisciplinarnem strokovnem delu in aktivnem sodelovanju uporabnika, uporabnice
- *intervencija* pri uporabnikih, uporabnicah kot sredstvo za povečevanje njihove spretnosti in zmožnosti, da skrbijo zase, oz. v sisteme, ki zadevajo uporabnika, uporabnico
- *spremljanje (monitoring)* izvajanja storitev, uporabnikovega, uporabničnega stanja, zagotavljanja storitev in sodelovanja članov socialne mreže
- *evalvacija* učinkovitosti načrta storitev za uporabnika, uporabnico in vpliva načrta na uporabnikovo, uporabnično funkcioniranje, na zmogljivost njegove, njene socialne mreže, da ga, jo podpre, in na sposobnost strokovnega

delavca, da dela z uporabnikom, uporabnico (Moxley 1989: 20–21).

Weil in Karls (1985) sta orisala osem funkcij vodenja primera: a) identificiranje uporabnikov in terensko delo, s katerim določimo ciljno populacijo in uporabnikovo, uporabnično upravičenost, b) ocena in diagnoza uporabnika, uporabnice, pri kateri ovrednotimo njegove, njene ravni funkcioniranja in potrebe po storitvah, c) načrtovanje storitev in ugotavljanje virov z uporabnikom in člani mrež storitev, pri čemer opišemo korake in vprašanja, kar zadeva zagotavljanje storitev, njihovo spremljanje in evalvacijo, d) povezovanje uporabnikov, uporabnic s potrebnimi storitvami, povezovanje ali zagotavljanje storitev za uporabnika, uporabnico, e) izvajanje in koordinacija storitev, ocena storitev in reševanje problemov, zaključevanje dela oziroma končna izpolnitev načrta, f) spremljanje (monitoring) izvajanja storitev, nadzorovanje in supervizija storitev, g) zagovorništvo za uporabnika, uporabnico in z njim, njo v mreži storitev v sodelovanju s uporabnikom, vztrajanje pri uporabnikovih, uporabničnih potrebah, h) evalvacija izvajanja storitev in vodenja primera, ugotavljanje napredovanja načrta storitev, ki bi lahko prerastel v kontinuirano storitev z istim ali prenovljenim načrtom storitev, zaključevanje ali osnovno spremljanje uporabnika (follow-up) (Weil, Karls 1985). Po Barkerju (2003) tipično vodenje primera vključuje določanje primera, celostno oceno z več vidikov in pogosto ponovno oceno. Vodenje primera lahko vključuje spremljanje napredka uporabnikov, ki potrebujejo storitve več strokovnjakov, agencij, zdravstvenih organizacij in programov socialnih storitev (Barker 2003: 58).

OD »DELA NA PRIMERU« K »VODENJU PRIMERA«

Praksa socialnega dela se je tradicionalno razvila na temelju modela »dela na primeru«. Socialno delo na primeru je usmeritev in vrsta prakse, ki jo uporabljajo poklicni socialni delavci, ko prevajajo psihosocialne, vedenjske in sistemske koncepte v praktična znanja, s katerimi pomagajo posameznikom

in družinam reševati psihične, medosebne, družbenoekonomske težave in težave z okolico z neposrednim osebnim odnosom (Barker 2003: 402). Posledica je, da veliko socialnih delavcev meni, da je socialno delo na primeru sopomenka s prakso kliničnega socialnega dela, ki je poklicna raba teorije in metod socialnega dela za zdravljenje in preprečevanje psihosocialne disfunkcionalnosti, hendikepiranosti ali oviranosti, vključno s čustvenimi in duševnimi motnjami. Seveda tudi socialno delo na primeru oziroma klinična praksa socialnega dela poudarja perspektivo osebe v okolju.

Vendar je svetovnim demografskim trendom in spreminjajočim se okoliščinam, v katerih poteka skrb za stare, ki smo jih prikazali v prejšnjem poglavju, neogibno sledil premik v poklicnih praksah socialnega dela s starimi ljudmi. Neposreden osebni odnos, ki je bil del dela na primeru, se je kmalu razširil na odnose s socialnimi mrežami starih ljudi in širšimi podpornimi mrežami v skupnosti. Poleg tega so se praktični pristopi gibali vzdolž kontinuuma od tega, da nekaj »delamo ljudem« (poleg tega, da jim pomagamo, jih tudi omejujemo in nadzorujemo), k delu »za« ljudi (zaščitniška, pogosto pokroviteljska domneva, da je »lepo« skrbeti za stare) in nato k delu »s« starimi (partnerstvo in participacija), se pravi k temu, da jim ponudimo bolj neodvisno izbiro in lasten nadzor, to pomeni, da zase delajo sami, a po potrebi »s pomočjo«. V iskanju najboljšega odgovora na raznovrstne potrebe vse večjega števila starih je bilo vodenje primera dobro sprejeto in privzeto kot najprimernejši svetovni model prakse, ki hkrati omogoča širše skupnostno delo pri odzivu na potrebe starih in pri obravnavanju specifičnih potreb starih po oskrbi, podpori in storitvah uporabi njihov polni potencial in zmogljivost.

Čeprav vodenje primera uporabljamo v številnih okoljih, je zlasti pomembno na področju gerontološkega socialnega dela. Gerontološko socialno delo je usmeritev in specializacija v socialnem delu, ki se ukvarja s psihosocialno obravnavo starih ljudi – z razvijanjem in vodenjem socialnih storitev in programov za stare (Barker 2003: 178). Tako je jasno,

da gerontološko prakso socialnega dela in vodenje primera notranje povezuje vodenje socialnih storitev in programov. Glede na možnost kompleksnih medicinskih, socialnih, ekonomskih in pravnih vprašanj, ki so notranja procesu staranja, vodenje primera v praksi gerontološkega socialnega dela omogoči model, po katerem opredelimo probleme, ocenimo potrebe, zagotovimo povezave s storitvami in preverjanje napredka, da starejšim zagotovimo kar najboljše storitve (Robinson 2000: 136). V nadaljevanju bomo širše teoretsko predstavili ključne vloge, cilje, etične dileme in funkcije vodenja primera s starimi ljudmi.

VLOGE, CILJI IN ETIČNE DILEME VODENJA PRIMERA PRI DELU S STARIMI

Vlogo socialnega delavca pri koordinaciji in povezovanju posameznih sestavnih delov storitev dolgotrajne skrbi za stare imenujemo vodenje primera. Vodenje primera lahko imamo za intenzivno zbiranje informacij (*intake*), da za uporabnika izberemo primerne storitve vzdolž kontinuuma skrbi. Nosilci primera pomagajo starim, tako da celostno ocenijo potrebe, zasnujejo načrt primera, omogočijo dostop do storitev, koordinirajo delo številnih strokovnjakov in nastopajo kot uporabniki, uporabnični zagovorniki. Namen teh dejavnosti je izboljšati ali vzdrževati življenje starejše osebe v najmanj omejenem in najbolj varnem okolju. Če povzamemo, se je koncept kontinuuma skrbi pojavil kot odziv na potrebo po modelu, ki bi povezal različne ravni uporabnikovega funkcioniranja in zagotavljanja storitev. Glavna funkcija vodenja primera v socialnem delu je oceniti stanje starejšega posameznika ali posameznice in jima ponuditi tak tip skrbi, ki bo primeren za njune potrebe (Greene 2000: 155–157).

Nosilci primerov delajo s starimi v najrazličnejših okoljih. Številni programi v mreži storitev vključujejo vodenje primera kot svoj sestavni del. Specifično okolje, kjer zaposlujejo nosilce in nosilke primerov na področju gerontologije, so domovi za starejše, zdravstvena pomoč na domu in programi negovalnih

domov. Nosilci, nosilke primerov lahko delajo tudi v okoljih, kamor so vključeni tudi stari, denimo v organizacijah za ljudi s hendikepom ali duševno boleznijo. Potemtakem bodo nosilci primerov v socialnem delu ugotovili, da lahko delajo s starimi na številnih področjih socialnih storitev (Robinson 2000: 137–138). Obseg nalog, ki jih izvaja nosilec primera, je neposredno povezan s funkcijo storitvene organizacije in z uporabnikovimi potrebami. Vsaka naloga lahko vključuje več različnih delovnih vlog. Nosilec ali nosilka primera bosta morda morala za istega uporabnika izvajati svetovanje, povezovanje storitev, koordinacijo virov in zagovorništvo.

Rečemo lahko, da veliko pričakujemo od ciljev vodenja primera. Razdelimo jih v dve kategoriji, v prvi so tisti, ki so osredotočeni na uporabnika, uporabnico, v drugi pa tisti, ki so usmerjeni v spremembe v sistemu zagotavljanja storitev. V uporabnika, uporabnico usmerjeni cilji so:

- 1) zagotoviti, da storitve ustrezajo potrebam
- 2) spremljati uporabnikovo, uporabnično stanje, da bi mu, ji zagotovili ustrezne storitve
- 3) izboljšati dostop do kontinuiranih dolgoročnih storitev
- 4) podpreti ljudi, ki skrbijo za uporabnika, uporabnico
- 5) delovati kot most med institucionalnimi sistemi in skupnostnimi oblikami skrbi.

Sistemske usmerjeni cilji so:

- 1) omogočiti razvoj širšega spektra neinstitucionalnih storitev
- 2) razvijati kakovost in učinkovitost zagotavljanja dolgoročnih storitev
- 3) spodbujati koordinacijo dolgoročnega zagotavljanja storitev
- 4) ugotoviti, kateri posamezniki so izpostavljeni največjemu tveganju, da bi jih dali v dom, in preprečiti neustrezno institucionalizacijo
- 5) obvladovati stroške, tako da nadzorujemo uporabnikov dostop zlasti do dragih storitev (Austin 1996: 162–164).

Pri vodenju primera se lahko pri starih pojavi tudi zapletena etična vprašanja. Ena izmed dilem se pojavi, ko mora nosilec, nosilka primera presoditi, ali je starejša oseba kompetentna,

da se samostojno odloča, denimo, ali bo še naprej živela v skupnosti, kjer je na voljo malo virov, ali bo upoštevala medicinsko zdravljenje ali ostala v nezdravi ali nevarni situaciji. Druga dilema je uravnovešanje odgovornosti med nosilno organizacijo in uporabnikom. Ta vrsta konflikta se pojavi v situacijah, ko, denimo, izvajalec poskuša zmanjšati stroške, uporabnik, uporabnica pa potrebuje nepretrgano prejemanje storitev. Pri vodeni oskrbi se morajo nosilci primerov vse bolj odločati za tako storitev, ki uravnoveša potrebe uporabnika, uporabnice in finančne in časovne omejitve programov pomoči starim.

Ko uveljavljamo univerzalno vrednost participacije pri načrtovanju skrbi, se moramo zavedati tudi, da imajo uporabniki in njihove družine različna mnenja o sodelovanju pri sprejemanju odločitev in o sprejetih odločitvah. Tu je etična dilema že vprašanje, kdo je uporabnik. Druga dilema je povezana z naravo poklica in s tem, da so socialni delavci in drugi strokovnjaki v skrbstvenih poklicih etično zavezani zagotavljati kakovostne storitve. Dejansko se je v zadnjem času razprava premestila od vprašanja, kaj je vodenje primera, k vprašanju, kaj je *kakovostno* vodenje primera, saj je vse več pozornosti posvečene oblikovanju in izvajanju sistemov zagotavljanja kakovosti v programih vodenja primerov. Drug temeljni etični pomislek je uporabnikovo, uporabnično samoodločanje. Pri delu s primerom si prizadevamo, da bi spodbujali uporabnike k čim večji neodvisnosti, ki bi bila skladna z njihovimi zmožnostmi in željami glede pomoči, hkrati pa bi jim omogočila, da bi lahko čim bolj skrbeli sami zase. Vendar je za starejše uporabnike to, da želimo spodbujati in zaščititi njihovo samoodločanje, precejšen izziv (Austin 1996: 172). Stari ljudje pogosto nočejo sprejeti nečesa, kar dojemajo kot vtikanje v njihovo življenje, zaradi česar gledajo na storitve dela s primerom sumničavo in domnevajo, da je zadaj cilj, da »jih vtaknejo v dom«. Kako naj se potem nosilec primera odloči, da bo nasprotoval željam uporabnika, uporabnice? Če je uporabnik, uporabnica v nevarnosti, je odločitev nemara enostavna; kaj pa kadar

ni nobene neposredne nevarnosti? Nosilec, nosilka primera mora pogosto sprejeti etično zahtevno odločitev, tako da pretehta argumente za in proti med uporabnikovo, uporabnično samoodločitvijo na eni strani in kakovostjo življenja in vprašanjem varnosti na drugi (Robinson 2000: 155–156).

Ni se vselej lahko etično odločiti in nosilci primerov, ki delajo s starimi, se morajo zavedati, da bodo naleteli na etične dileme. Sprejemanje etičnih odločitev zahteva, da upoštevamo vrednote socialnega dela, interveniramo s svojim znanjem in smo zavezani pravici uporabnika do samoodločanja.

FUNKCIJE VODENJA PRIMERA IN GERONTOLOŠKO SOCIALNO DELO

Čeprav obstaja veliko modelov storitev vodenja skrbi, imajo vsi skupne jedrne funkcije. Austin (1996) oriše tale skupni niz glavnih sestavnih delov vodenja primera: 1) terensko delo, 2) pregled informacij (*screening*), 3) formalna ocena stanja, 4) načrtovanje skrbi, 5) dogovarjanje za storitve (*service arrangement*), 6) spremljanje (*monitoring*) in 7) ponovna formalna ocena stanja. Rothman (1992) pa določa te funkcije: opredelitev primera (*case finding*), ocena, načrtovanje storitev, koordinacija, preverjanje (*follow-up*), ponovna ocena (Rothman 1992).

Te naloge zagotavljajo temeljni okvir za splošni model vodenja primera. Pri starih je lahko posebna operacionalizacija ključnih funkcij in nalog nekoliko drugačna in jo lahko dopolnimo z dodatnimi okviri. V nadaljevanju bomo prikazali uporabo teh nalog v gerontološkem socialnem delu.

Napotitev, sprejem in ocena. Začetna koraka tega procesa sta, 1) da se povežemo z uporabnikom, uporabnico, 2) da zberemo začetne informacije s procesom ocenjevanja. Ena prvih vlog nosilcev primerov je terensko delo. Delo na terenu vključuje ponujanje storitev, ki jih zagotavlja določena agencija, in to, da poiščemo osebe, ki potrebujejo te storitve in so upravičene do vodenja primera in storitev pomoči. Druga izraza za delo na terenu sta »odkrivanje

primera« (*case finding*) in »lociranje ciljne populacije« (*locating the target population*) (Austin 1996: 155). Delo na terenu ima lahko veliko oblik in ga določa poslanstvo agencije. Če je socialni delavec, ki se ukvarja s področjem gerontologije, zaposlen v organizaciji, ki zgolj posreduje storitve (se pravi, napotuje uporabnike drugam), mora pri terenskem delu oceniti stanje uporabnika in poiskati storitve, ki jih potrebuje. Če je terenski delavec zaposlen v organizaciji, ki zagotavlja neposredne storitve starejšim, je njegova vloga, da pregleda informacije o uporabniku, uporabnici (*screening*) in potrdi njegovo, njeno upravičenost do storitev. Ko poveže uporabnika, uporabnico z agencijo, se začne proces zbiranja informacij, ki mora vključevati več obsežnejših kategorij informacij: o zdravstvenem stanju, o duševnem zdravju in o socialnih virih. Stari, zlasti tisti, ki so šibkega zdravja, imajo lahko veliko zdravstvenih in funkcionalnih težav, ki lahko povzročajo psihološke težave ali prispevajo k njim. Pri zbiranju informacij mora nosilec primera uporabiti znanje o dobri praksi, denimo to, da vključi uporabnika, uporabnico v proces, da mu, ji pojasni situacijo, da se odziva nanj, nanjo kot na enkratnega posameznika, posameznico in razišče negativne in pozitivne vidike njegove, njene situacije. Med oceno lahko nosilec primera uporabi ocenjevalne instrumente (lestvice, vprašalnike in kontrolne sezname), da ugotovi, katera področja uporabnik, uporabnica obvladuje in katere so njegove, njene potrebe. Poleg tega lahko nosilec primera opravi tudi kvalitativno evalvacijo uporabnikov. K razumevanju uporabnikovih, uporabničnih močnih točk in potreb prispeva strukturiran ali polstrukturiran intervju za oceno tako instrumentalnih kot čustveno-kognitivnih potreb. Pri vodenju primerov starih in njihovih družin so včasih potrebne tudi terapevtske spretnosti, saj lahko psihosocialna vprašanja ovirajo uporabo storitev, zato jih mora nosilec primera prav tako obravnavati (Robinson 2000: 144–147).

Načrtovanje storitev – razvoj strategije za delovanje. Ko nosilec primera zbira informacije o trenutnih potrebah in virih, jih oblikuje v načrt primera, ki določa cilje storitve. Vendar

pa se moramo zavedati, da proces ocenjevanja poteka nenehno in doseže svoj vrhunec v ponovni oceni, potem ko izpeljemo načrt primera do konca. Ocena se osredotoča na nekaj razsežnosti: ureditev življenja (*living arrangement*), prebivališče, interakcija z neformalnimi viri pomoči, neformalne dejavnosti vsakodnevnih pomoči za življenje, ravni zdravstvenega varstva in morebitna posebna bolezen, uporabnikove želje, vedenje, kontinenca, obiskovanje dnevnega centra in oskrba na domu, potreba po dnevnem centru, skupno gospodinjstvo, življenje z drugimi, oddelek (zavod) za pomoč na domu, raven obremenitve osebja (Hennessy 1993: 335). Ker imajo uporabniki, uporabnice šibkega zdravja navadno več zdravstvenih težav, funkcionalnih ovir in socialnih izgub naenkrat, je za učinkovito načrtovanje oskrbe in organizacijo storitev potrebna celostna ocena, ki upošteva vse razsežnosti (Austin 1996: 156), vključno z informacijami vseh članov skupine, ki dela s primerom – socialnih delavcev, medicinskih sester, socialnih oskrbovalk in zdravnikov. Načrt primera za stare naj poveže uporabnikove želje in vire v organiziran načrt delovanja, ki bo osredotočen na storitve, primerne za njegove, njene kompleksne potrebe. Za načrt intervencij potrebujemo oceno, na temelju katere oblikujemo celovit in izvedljiv načrt primera. Med oblikovanjem načrta določimo tudi ustrezne tehnike doseganja ciljev. Pri načrtovanju primera naj, kolikor je mogoče, sodeluje tudi uporabnik, uporabnica. Veliko bolj uspešen bo tisti načrt, ki ga bomo oblikovali skupaj z uporabnikom, uporabnico in ne zgolj zanj, zanjo. Uporabniki se tudi dobro odzovejo, če jim ponudimo priložnost, da sodelujejo pri skrbi zase in imajo nadzor nad svojim življenjem.

Koordinacija storitev – opredelitev in povezovanje storitev. Ko opravimo oceno in naredimo načrt primera, je naslednji korak, da poiščemo vire, ki bi bili primerni za uporabnika, uporabnico. Povezovalna faza vodenja primera ne pomeni kratko malo tega, da uporabnika, uporabnico napotimo k ponudniku storitve. To, da povežemo najstarejše stare s ponudniki storitev, vključuje povsem konkretna

dejanja, na primer, da jim zagotovimo prevoz, jih spremljamo do ponudnika storitve in jim po možnosti pomagamo pri posredovanju informacij drugemu ponudniku (Rothman 1992). Koordinacija storitev je pravzaprav izvajanje načrta skrbi in vključuje pogajanje s ponudniki storitev, kadar nosilec primera napoti uporabnika k drugim ponudnikom, in naročanje storitev ponudnikov, kadar je nosilec primera pooblaščen za neposredni nakup storitve v uporabnikovem imenu. (Austin 1996: 160). Nosilci primerov bi morali tudi nenehno razvijati vire, saj je zbiranje informacij o virih in spremljanje razpoložljivosti storitev in smernic o sodelovanju eden izmed bistvenih delov vodenja primera.

Ko nosilec primera začne iskati primerne storitev, mora vedeti, kakšne težave ima uporabnik, uporabnica in kaj ga, jo ovira pri dostopu do storitev, na primer slaba kakovost storitev, nezadovoljiva storitev, izkoriščanje najstarejših starih in pogosto menjanje gospodinjskih pomočnic oz. osebnih negovalk. Zato je dodatna naloga nosilca primera nadzor ponudnikov storitev in to, da pokaže na resne pomanjkljivosti pri zagotavljanju storitev.

Bistveni del opredelitve in povezovanja storitev je, da razumemo funkcijo ponudnika storitve. Informacije o njem naj vključujejo to, ali so storitve uporabniku, uporabnici dostopne, ali je upravičen do njih in kakšna je njegova, njena finančna zmogljivost. V procesu zbiranja teh informacij nosilec primera oceni kakovost zagotovljene storitve, ozračje in nastanitvene zmogljivosti ponudnika storitve, in ključne osebe v sistemu. Nosilec primera naj osebno podpre uporabnika, uporabnico, ko ta stopa v stik z različnimi storitvami; to je pri starejših ljudeh zlasti pomembno.

Nosilci primerov bi morali skupaj z uporabnikom, uporabnico raziskati tudi možnosti neformalnih povezav, ki so pogosto enako pomembne kot formalne. Poleg tega, da nosilec primera vzpostavi povezavo s skupnostnimi viri, mora uporabiti tudi druge vire, denimo posvet z družino ali drugimi oskrbovalci, in spremljati in širiti uporabnikovo socialno mrežo, ki vključuje, denimo, razširjeno družino,

cerkev, prijatelje in sosede. Proces pomoči lahko ovirajo družinska prepričanja o dajanju skrbi in individualna razmerja med člani družine (denimo, napet odnos med starejšima sorojencema), ki zahtevajo posebno presojo.

Optimalna uporaba neformalnih virov pri delu s primerom. Prijatelji in sosedje so lahko odlični spontani pomočniki, saj so pogosto najbližji stari osebi. Lahko pa se tudi zgodi, da uporabnik, uporabnica noče, da bi prijatelji in sosedje vedeli za njegovo, njeno stanje. Uporabnik, uporabnica lahko nosilcu primera najbolje pojasni, kateri prijatelji in družinski člani so primerni za pomoč, da bo lahko obdržal, obdržala kaj nadzora nad osebnimi informacijami. Razsežnosti, ki jih lahko uporabimo pri oceni neformalnih mrež pomoči, so velikost, koliko pomagajo, kako trajne so, kako dostopne so, kako blizu so in kako recipročne so. Starejšega uporabnika navadno povežemo tako s formalnimi kot z neformalnimi sistemi. Nosilec primera mora v luči uporabnikovih ciljev in potreb določiti primerne mreže in oceniti, koliko lahko pomagajo. Neformalne mreže lahko izjemno veliko pomagajo pri delu s starejšimi. Sosedje lahko ponudijo neformalno pomoč, denimo nakup hrane, prevoz, vzdrževanje doma ali nadzorovanje zdravja. Te storitve so pogosto ključne, da lahko starejša oseba še naprej živi doma (Robinson 2000: 150–151).

Spremljanje storitev – ponovna ocena in rezultat evalvacije. Potem ko nosilec primera vzpostavi neformalne in formalne povezave in naredi načrt oskrbe, je njegova naloga, da spremlja situacijo in jo vedno znova ocenjuje, da ugotovi, ali vse poteka po načrtu oziroma ali je treba načrt storitev spremeniti. Do spremembe načrta lahko pride iz več razlogov, denimo, zaradi sprememb v uporabnikovem telesnem zdravju (če je doživel kakšno nesrečo ali padec ipd.), duševnem zdravju (napredovanje Alzheimerjeve bolezni ipd.), socialnih razmerjih (bolezen ali smrt primarnega oskrbovalca ipd.) ali finančnem statusu (v zvezi s stroški storitve in upravičenostjo do nje ipd.). Ko pride do takih sprememb, mora nosilec primera ponovno oceniti načrt

storitev in vključiti nove komponente, ki bodo prispevale k rešitvi nastajajočih problemov. Funkcija spremljanja lahko vključuje tudi analizo stroškov in iskanje cenejših razpoložljivih storitev. Nenehno spremljanje nam lahko razkrije tudi posebna področja znotraj storitev, kjer se uporabnik težko pogaja in jih presoja. Vodenje primera vključuje telefonski stik, da napotitev poteka hitreje in je lažje spremljati njen potek, sestanki z drugim osebjem iz organizacije, ki zagotavlja storitev, to, da spremljamo uporabnike, uporabnice do različnih storitvenih organizacij in zagotavljamo podporo in spodbudo, kadar ga, jo kam napotimo, ali pri izvajanju načrta storitve, ki že poteka. Če ugotovimo, da ima težave več uporabnikov, uporabnic pri različnih organizacijah ali v različnih situacijah, nas to lahko zelo spodbudi, da kaj ukrenemo, da bi bile te storitve dostopnejše ali bolj celostne.

Ponovno presojo lahko izvajamo redno ali pa se zanjo odločimo, ker se zgodi kaj posebnega. V vsakem primeru naj vključuje sistematično preverjanje uporabnikove, uporabničine trenutne situacije in njegovega, njenega funkcioniranja. Naš cilj pri tem je, da opredelimo, ali se je od začetne ali zadnje presoje do trenutne presoje kaj spremenilo, in da ugotovimo, koliko smo napredovali k ciljem našega načrta skrbi. Ponovna ocena je pogosto ponovna evalvacija največjih uporabnikovih težav. V nekaterih programih je ponovna ocena spremenjena oblika prvotne ocene in se zlasti osredotoča na spremembe, do katerih je prišlo od zadnje ocene (Austin 1996: 161).

Nosilec primera lahko v tej fazi uporabi različne oblike spremljanja (monitoringa), na primer: a) zapisi o stikih z uporabnikom, na katerih je kratek opis tistega, kar se dogaja med vsakim stikom z uporabnikom, in njegovega napredovanja k ciljem, b) zapisnik obiskov, ki vsebuje zapise o delu nosilca primera in je mera pogostosti in intenzivnosti njegovih stikov z uporabniki, in c) lestvica doseganja ciljev, ki določa posamezna področja sprememb in niz ustrežajočih ciljev, pa tudi pričakovanja glede izpolnitve ciljev, kar nam pomaga oceniti subjektivni vidik napredovanja primera.

Spremljanje in ponovna ocena nista vselej lahki nalogi; njuno učinkovitost lahko ovirajo preohlapni cilji, uporabnikova, uporabničina nemotiviranost in odpori. Dosledno spremljanje in ponovna ocena omogočita nosilcu primera, da ve, kdaj in ali je primerno končati storitev. Nekateri starejši ljudje šibkejšega zdravja sicer potrebujejo storitve vodenja primera vse do smrti, številni pa jih potrebujejo zaradi kakšnega nepričakovanega dogodka, denimo zlomljene noge ali smrti zakonca; ko so kratkoročne storitve opravljene, moramo narediti evalvacijo vodenja primera. Čeprav je evalvacija našeta kot zadnja naloga, je najprimernejši čas, da jo začnemo, na začetku procesa vodenja primera; tako bo bolj osredotočena, dosledna in povezana z zastavljenimi cilji.

Vodenje primera je okvir za povezovanje storitev, pogajanje s ponudniki storitev, oceno uporabnikovih potreb, spremljanje izvajanja storitev, oceno napredka in evalvacijo rezultatov. Najučinkovitejše je, da proces izvedemo od začetka do konca, se pravi, od terenskega dela in napotitve uporabnika do evalvacije rezultata. Poleg tega vodenje primera, pri katerem sledimo zgornjim funkcijam, omogoči, da kombiniramo formalne in neformalne storitve, s čimer okrepimo uporabnikovo moč.

POGLED NAPREJ

Demografsko staranje vse bolj spreminja kontekst zagotavljanja storitev za vse večje število starih ljudi skoraj povsod po svetu in vpliva na pristope k zadovoljevanju njihovih potreb v gerontološki praksi socialnega dela. Delo na primeru, ki je prevladovalo do nedavnega, je danes nadomestil model vodenja primera, ki je bolj razširjen in dokazano učinkovit in celosten model zagotavljanja storitev najrazličnejšim skupinam uporabnikov. Vodenje primera je pomembno orodje zlasti za gerontološko socialno delo. Analiza vlog in funkcij vodenja primera, kakor ga uporabljamo v gerontološkem socialnem delu, je pokazala, da je vodenje primera na tem posebnem področju socialnega dela posebno učinkovit in primeren model za stare, ki potrebujejo več različnih storitev naenkrat.

Ta model je tipičen primer socialnega dela, ki se osredotoča na »osebo-v-življenjskem svetu«, in omogoča socialnemu delavcu, delavki, da razišče in uporabi širok spekter storitev, da dela kot koordinator in nosilec storitev v lokalni skupnosti.

Zato ni dvoma, da bo vodenje primera še naprej osrednja funkcija in storitev pri zagotavljanju dolgoročnih skupnostnih oblik pomoči za stare. Notranja napetost med odgovornostmi, ki so usmerjene na uporabnika, in tistimi, ki se osredotočajo na sistem, ne bo izginila. Udeleženosť socialnega dela v upravljanju primera ne bo povsod po svetu enaka, temveč bo odvisna od tega, kako kje opredeljujejo vlogo vodenja primera, in od prisotnosti drugih, konkurenčnih strokovnih skupin, ki se potegujejo za ta poklicni naziv. Staranje prebivalstva je demografska realnost, zato bo vodenje primera v dolgoročnih skupnostnih programih skrbi še naprej zelo verjeten, če že ne neizbežen del zagotavljanja storitev v prihodnosti.

Prevedla Polona Mesec

VIRI

- AUSTIN, D., C., (1996). Case management practice with the elderly. V: Holosko, J., M., Feit, D. M. (ur.), *Social Work Practice with the Elderly*. Toronto. Canadian Scholar's Press (151–157).
- BARKER, L., R., (2003), *The Social Work Dictionary*, Washington DC., NASW Press.
- CRAWFORD, K., WALKER, J., (2004), *Social Work with Older People: Transforming Social Work Practice*. Exeter. Learning Matters Press.
- GÁTHY, V., (ur.) (2000), *Introducing Quality Standards in Elderly Care*. Budapest. Social Innovation Foundation.
- GREENE, R., R., (2000), *Social Work with the Aged and Their Families*. New York. Aldine De Gruyter.
- HARPER, S., (2006), Addressing the Implications of Global Ageing. *Journal of Population Research*, 23, 2: 203–210.
- HENNESSY, C., H., (1993), Modeling Case Management Decision-making in a Consolidated Long-term Care Program. *The Gerontologist*, 33, 93: 33–41.
- HOLOSKO, J., M., FEIT, D. M. (ur.) (1996), *Social Work Practice with the Elderly*. Toronto. Canadian Scholar's Press.
- KANE, A. R., DEGENHOLTZ, H. (1997), Case Management as a Force for Quality Assurance and Quality Improvement in Home Care. *Journal of Aging and Social Policy*, 9, 4: 5–28.
- LÉVAI, K., (ur.) (2000), *Future Models of Elderly Care*. Budapest. Social Innovation Foundation.
- NOLAN, M., DAVIES, S., GRANT, G., (ur.) (2001), *Working with Older People and their Families: Key Issues in Policy and practice*. Buckingham: Open University Press.
- MOXLEY, P. D. (1989), *The Practice of Case Management*. Newbury Park. Sage Publications.
- ROBINSON, M. M. (2000), Case Management for Social Workers: A Gerontological Approach. V: Schneider, L. R., et al. (ur.), *Gerontological Social Work: Knowledge, Service Settings and Special Populations*. Toronto: Brooks/Cole (136–164).
- ROTHMAN, J. (1992), *Guidelines for Case Management: Putting Research to Professional Use*. Itasca: FE Peacock Publishers.
- SCHNEIDER, L. R., KROPP, P. N., KISOR, J. A. (ur.) (2000), *Gerontological Social Work: Knowledge, Service Settings and Special Populations*. Toronto: Brooks/Cole.
- WEIL, M., KARLS, J. (1985), *Case Management in Human Service Practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Why Population Aging Matters: A Global Perspective* (2007), Global Aging Special report. Washington DC. National Institute on Ageing.
- World Population Ageing* (2007), UN Report. United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division.