

# Cuidados integrados de larga duración (coordinación sociosanitaria) para personas mayores que viven en su hogar. Consideraciones teóricas y prácticas innovadoras en Europa.<sup>8</sup>

KAI LEICHSENRING. Experto del Centro Europeo de Viena para las Políticas y la Investigación en Bienestar Social.

## INTRODUCCIÓN.

### 1. EL MARCO INTERLINKS PARA LOS CLD.

- 1.1. Identificación de las innovaciones actuales en los cuidados de larga duración: ejemplos de prácticas.
- 1.2. El Ejemplo Cuidados en el barrio: Buurtzorg (Holanda).
- 1.3. El Ejemplo Reembolso (multas) por altas hospitalarias retardadas (Suecia).
- 1.4. El Ejemplo R.O.S.A. Una red de empleo y servicios de cuidados (Italia).

## CONCLUSIONES.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

<sup>8</sup> El presente texto está basado en las deliberaciones y hallazgos que guiaron el desarrollo del marco INTERLINKS dedicado a los cuidados de larga duración en el contexto del proyecto FP7 "Health systems and long-term care for older people in Europe" (Sistemas sanitarios y cuidados de larga duración en Europa). Este enfoque también se explicó en la publicación final de INTERLINKS (Leichsenring et al., 2013), en particular en los capítulos "Addressing long-term care as a system – Objectives and Methods of the Study" (Billings et al., 2013) y "The emerging identity of long-term care in Europe" (Nies et al., 2013). El autor está muy agradecido a todos los colegas que hicieron contribuciones al proyecto. La responsabilidad respecto al contenido del presente artículo corresponde únicamente al autor.

## INNOVACIONES PARA VIVIR BIEN EN CASA

CUANDO LAS PERSONAS  
TIENEN UNA SITUACIÓN  
DE DEPENDENCIA

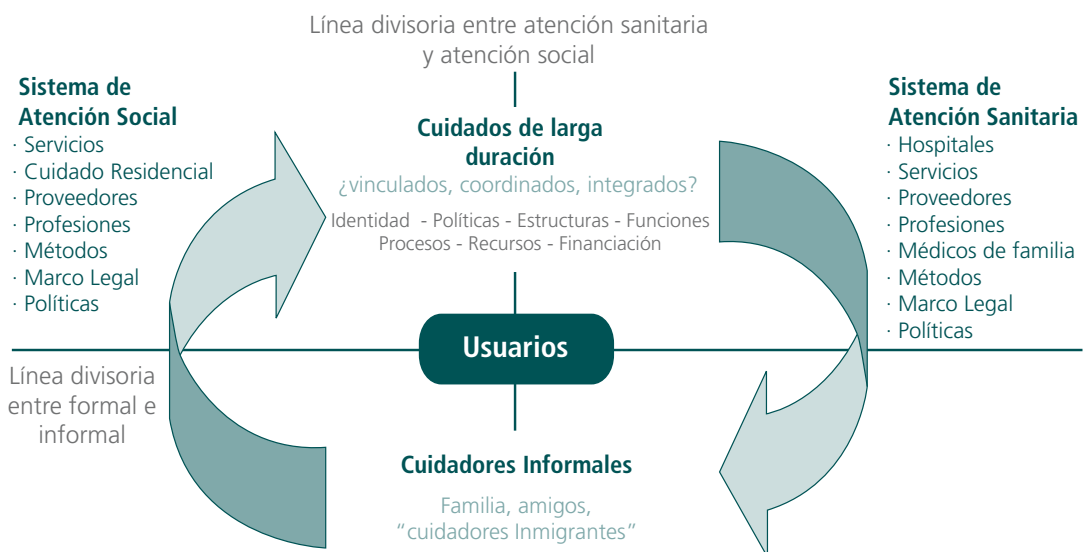


## INTRODUCCIÓN.

La descripción y el análisis de las experiencias estudiadas sobre la coordinación entre los sistemas sanitarios y los sociales en el ámbito de los cuidados de larga duración parten del supuesto de que ha habido una diferenciación entre ambos sistemas la cual ha originado “cuellos de botella” y dificultades que los usuarios y otras partes interesadas han experimentado. Como Fuchs (2006: 38) indicó en un ensayo teórico sobre el sistema de salud, “todavía hay que explicar en qué manera los ‘cuidados’ encajan dentro del sistema, si deberían ser englobados como un subsistema del sistema de salud o como un sistema funcional en sí mismo que está a punto de diferenciarse”. En este contexto, durante más de tres décadas, se han propuesto y aplicado teorías y métodos para mejorar la coordinación, los vínculos y la conexión en red, pero han sido fragmentados y han estado restringidos a proyectos piloto a pesar de haber mostrado claramente las capacidades de mejora (Ferlie et al, 1989; Leichsenring, 2012; Nies et al, 2010; Allen et al., 2011).

La continua aparición de diferencias funcionales cuando se trata de cuidados de larga duración o atención social para adultos se ha identificado repetidamente en la teoría y en la práctica a lo largo de la última década (Billings & Leichsenring, 2005; Leutz, 1999; véase también el Gráfico 1). Es por ello que, dentro del proyecto FP7 “Health systems and long-term care for older people”(INTERLINKS) se han hecho grandes esfuerzos para enmarcar y analizar de manera sistemática los elementos y cuestiones clave que son de crítica importancia para el proceso de reestructuración de los sistemas y el nivel organizativo. De hecho, en los términos de la Teoría de los sistemas sociales de Luhmann (1987), podemos observar la construcción de un (sub-)sistema, si podemos distinguir entre el sistema y su entorno, es decir, si un sistema empieza a desarrollar comunicaciones selectivas que crean “un sentimiento de identidad” en tanto que condición previa importante para la diferenciación funcional.

**GRÁFICO 1 ¿HACIA UNOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN COMO SISTEMA FUNCIONAL EN SÍ MISMO?**



Esto implica adentrarse en terrenos teóricos y empíricos poco firmes puesto que los sistemas de salud y particularmente los sistemas de atención social, en comparación con los sistemas económicos, políticos o educativos, siguen sin estar suficientemente determinados desde el punto de vista teórico (Fuchs, 2006). Sin embargo, recordamos que, a lo largo de varios siglos, la atención médica ha desarrollado una amplia gama de especializaciones y, en particular, un código binario bastante claramente definido que permite una nítida “construcción de la realidad” en términos de “enfermo frente a sano” (Luhmann, 1990: 184) o, como propuso Pelikan (2007: 296), “enfermo frente a no-enfermo”.

Teniendo presentes estos criterios de inclusión/exclusión, el sistema de atención médica ha logrado grandes éxitos en lo que respecta a “curar”, pero ha tenido especiales dificultades en el manejo de los cuidados terminales, discapacidades y cuidados de larga duración (Fuchs, 2006) porque en estos casos los “pacientes” dejan de ser “pacientes”. Las personas que precisan cuidados de larga duración (CLD) no pueden ser “curados” pero necesitan atención, asistencia y ayuda para realizar actividades instrumentales de la vida diaria. Las organizaciones de atención sanitaria están mal preparadas para estas funciones. Por tanto se ha hecho necesario desarrollar más subsistemas flexiblemente acoplados. En estos subsistemas parece ser importante la coexistencia de la accesibilidad y la proximidad, así como un carácter diferenciado y la capacidad de respuesta rápida.

Pese a ello, los sistemas y organizaciones diferenciados, en nuestro caso los CLD, pueden asegurar la autonomía y desarrollar una identidad específica aunque puedan aún interactuar con la atención médica y otros ámbitos relacionados (Orton y Weick, 1990: 205), por ejemplo cuando se trata de intercambiar conocimientos o simplemente tratar de la curación de un problema de salud agudo.

Esto aumenta las posibilidades de desarrollar identidades propias en el caso de sistemas y organizaciones integrados para los cuidados de larga duración estructuralmente diferenciados y con sus propios enfoques, valores y misiones específicas – p. ej. autonomía, dignidad, confianza o llevar una “vida normal” – para que puedan actuar más eficientemente con respecto a las necesidades de las personas que precisan cuidados, y dejen éstas de ser percibidas, por ejemplo, como “problemas” o “bloqueantes de camas” en los hospitales.<sup>9</sup>

Dado que estamos hablando de sistemas de CLD “emergentes”, deberíamos destacar que también están en proceso la adquisición de una identidad y la construcción de “sentido” específica. Pero, dentro de la perspectiva de la teoría de sistemas, el sentido y la identidad son elementos centrales en la distinción de los sistemas sociales – definen qué cabe y qué no cabe esperar, cuándo

<sup>9</sup> Otro ejemplo sería el marco legislativo austriaco que denomina abiertamente a los pacientes que ya no pueden ser curados en los hospitales como “casos procuratio”; es decir si un médico del hospital decide que el paciente necesita cuidados de larga duración, la estancia deja de ser cubierta por el seguro público de salud y habrá de ser pagada de manera privada o por la asistencia social. En otros países se encuentran regulaciones similares; en Suecia y Dinamarca la responsabilidad de los costes de los “bloqueantes de camas” en los hospitales se ha transferido a las autoridades municipales. Esta disposición ha supuesto un incentivo para que los municipios aumenten los servicios específicos de cuidados de larga duración como la vivienda asistida, centros intermedios de cuidados y cuidados a domicilio.

y quién debe hacerlo y seleccionar las tareas que forman parte del sistema y las que no (Kneer y Nassehi, 1993). Una condición previa para comprender un sistema es el conocimiento de su sentido y sus valores guía (Faß, 2009: 50).

Sin embargo, si estos valores siguen sin estar determinados suficientemente, como ocurre con los sistemas de CLD, podremos observar numerosas incompatibilidades y deficiencias mientras que las partes interesadas innovan, buscan y negocian medios y tipos de comunicación adecuados.

Por ejemplo, si se considera que las residencias son inadecuadas para garantizar la dignidad en los cuidados terminales (Pleschberger, 2007) o si se organizan los cuidados a domicilio para que el usuario esté caliente, alimentado y limpio en vez de mejorar el auto-cuidado y la autonomía para evitar una mayor discapacidad, entonces resulta evidente la ausencia de valores y misiones comunes entre las organizaciones y profesionales. Además, si el personal médico toma instintivamente la iniciativa en la evaluación y planificación de las intervenciones asistenciales, en vez de buscar colaboraciones con otros profesionales y así crear un diálogo con usuarios y cuidadores informales (la familia), esto podría indicar que continúan pensando en términos de una organización de atención sanitaria y que no están reflexionando sobre sus objetivos en relación con los CLD.

Además, si las organizaciones que tratan explícitamente los problemas que surgen en las interfaces entre la atención sanitaria y la social encuentran dificultades para crear un lenguaje común entre los profesionales de ambos ámbitos, es posible que consideren que es necesario desarrollar el conjunto común de valores que están conformando las opciones individuales, organizativas y estratégicas en los CLD.

Entre las soluciones que se han aplicado para superar algunas de las deficiencias más evidentes en las interfaces de la atención sanitaria y la social se encuentran varios tipos de “gestores de caso”. Dependiendo de su función, pueden estar situados en el hospital (“gestores de altas”) o en la atención comunitaria y proceden de ámbitos profesionales diferentes. Pueden ser percibidos como “controladores” o como “colaboradores” (Faß, 2009: 44).

En cualquier caso, estos perfiles profesionales relativamente nuevos de “gestor de casos” o “gestor de la atención” siguen estando bastante indefinidos; hay distintos enfoques, tipos de formación y currículos dentro de cada uno de los países europeos y de un país a otro. La gestión de casos significa “mejor coordinación y organización de los servicios en torno a las necesidades de los individuos y no que estos estén limitados por las percepciones organizativas de la gama de los diferentes proveedores de servicios”. La gestión de la atención significa “una mejora en los contenidos de los servicios proporcionados de modo que ofrezcan más respuestas, sean más flexibles y estén mejor adaptados a los deseos y necesidades de las personas que los reciben” (Challis, 1990: 10; véase también Challis & Davies, 1986; Challis et al., 1989).

No obstante, los profesionales sanitarios y sociales pueden interpretar de manera diferente

sus deberes y responsabilidades y las llevarán a cabo también de manera diferente; en particular debido a que la formación específica para estas competencias es bastante escasa y no se imparte sistemáticamente en un contexto multiprofesional. En consecuencia, la gestión de casos se desarrolla a menudo dentro de sectores individuales, p. ej. en la atención proporcionada por médicos y enfermeros en tanto que 'atención gestionada', en vez de en la totalidad de la atención sanitaria y social (Wendt, 2001).

A nivel político o a nivel de sistemas, la falta de valores específicos para los CLD crea "cuellos de botella" y restringe las opciones de reforma de la atención sanitaria y social; no se buscan soluciones que permitan tratar de manera adecuada las características y valores específicos de los CLD, p. ej. el rol de los cuidados informales, el auto-cuidado, la dignidad, la calidad de vida y los derechos de las personas mayores.

Por ejemplo, en las reformas sanitarias de las dos últimas décadas en las que se introdujeron los mecanismos de financiación GDR (basados en la clasificación de grupos relacionados por el diagnóstico) de los hospitales, la dirección y el personal tienen un creciente interés en acortar la estancia de los pacientes así que a menudo las personas mayores son dadas de alta teniendo todavía una importante necesidad de atención. En muchos casos no hay comunicación con las estructuras existentes de cuidado comunitario y/o dejando a los servicios disponibles sin los recursos suficientes para afrontar las consecuencias.

La introducción de los "gestores de altas" en los hospitales ha sido una de las reacciones ante este tipo de deficiencias, pero, al igual que sucede con la función de los gestores de casos, resulta dudoso si se puede encontrar fácilmente un lenguaje común entre los gestores de altas de los hospitales, los pacientes, sus familias y los servicios de atención comunitaria. De hecho, los proyectos innovadores en este ámbito encuentran normalmente dificultades tales como los procedimientos convencionales, las competencias mal definidas y la resistencia de importantes partes involucradas (véase, p. ej. en Austria: BMGFJ, 2005: 164f.; Allen et al., 2013).

Sin embargo -o mejor dicho: debido a esta situación-, puede identificarse en Europa una amplia gama de iniciativas, proyectos y programas destinados a respaldar soluciones ad-hoc con valores, misiones y definiciones orientados específicamente a los CLD. INTERLINKS ha destacado cómo la sociedad (los políticos y las políticas diseñadas) y las organizaciones dedicadas a los cuidados de larga duración han empezado a desarrollar cierta 'conciencia de identidad' (Lazenby, 2007: 27), así como otros muchos elementos y cuestiones clave que sustentan el nacimiento de los sistemas de CLD.

## 1. EL MARCO INTERLINKS PARA LOS CLD.

Para contribuir al análisis y mejora de los sistemas europeos emergentes de CLD, se ha desarrollado el marco INTERLINKS que ilustra los elementos que han de estar operativos para trabajar en relación con los enlaces e interfaces entre los sistemas de atención sanitaria y social y para

construir un sistema integrado de cuidados de larga duración.

El marco se estructura en cuatro niveles, concretamente: temas, subtemas, cuestiones clave y ejemplos de prácticas. Cada uno de los seis temas contiene una explicación introductoria sobre su finalidad dentro del proceso de modelación y se define aún más a través de una serie de subtemas que a su vez se especifican con las cuestiones clave relevantes.

Antes del proceso de modelación se recopiló información a través de investigaciones realizadas durante las primeras fases del proyecto y que dieron lugar a los documentos europeos descriptivos sobre cuestiones relativas a los CLD (European overview papers on LTC-specific foci): prevención y rehabilitación, cuidados informales, desarrollo de la calidad y gobernanza y finanzas. Además, los resultados fueron validados por Paneles de Expertos Nacionales y un grupo europeo en el que estaban representados actores relevantes en las áreas de la atención sanitaria y social.

La mayoría de las 135 cuestiones clave han sido ilustradas con ejemplos de prácticas seleccionados (casi 100) los cuales son descritos y analizados en función de los enlaces, interfaces y deficiencias tratados. Los ejemplos de prácticas son descritos y analizados a través de plantillas consensuadas. Por su propia naturaleza, los ejemplos de prácticas tratan (o al menos deberían hacerlo) varios temas y subtemas y pueden ser descritos desde distintos ángulos y/o ilustrar varios (sub)temas. De hecho, se seleccionaron, describieron y analizaron prestando atención a las características más relevantes e innovadoras en el tratamiento de cuestiones clave dentro de los subtemas específicos los cuales se detallaron como se muestra a continuación (véase en la Tabla 1 un ejemplo del tema “Identidad de los cuidados de larga duración”).

**TABLA 1. EL MARCO INTERLINKS PARA LOS CLD – EL TEMA “IDENTIDAD DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN”**

## 1. IDENTIDAD DE LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN.

### 1.1. Valores.

- a) Cómo se expresan los principios clave característicos de los CLD; qué valores dominan según las perspectivas de los distintos actores (p. ej. perspectivas económicas y de calidad, ciudadanía).
- b) Hay o no valores que estén dando forma a las opciones individuales, organizativas, políticas en los CLD (p. ej. a través de encuestas sobre las necesidades específicas de atención y asistencia de las personas mayores).
- c) Qué tratamiento se da a los cuidados informales y/o la ética familiar en los marcos legislativos.
- d) Descripción de las cuestiones de la dignidad, la calidad de vida y el empoderamiento en los documentos de las políticas.

- e) Cómo se consideran los valores relativos a la prevención y rehabilitación.
- f) Cómo abarcan los valores la diversidad de usuarios y cuidadores (según el género, la cultura y las desigualdades sociales) y cómo atienden las necesidades de los grupos de difícil acceso.

### **1.2. Declaraciones sobre las misiones.**

- a) Organizaciones que tratan explícitamente los problemas que surgen en las interfaces entre cuidados formales e informales, entre la atención sanitaria y la social, en la prevención y rehabilitación o en el empleo de trabajadores inmigrantes.
- b) Una descripción de cómo se tratan los problemas y de qué factores particulares distinguen a una organización en tanto que "organización de CLD", frente a las de atención sanitaria y social.

### **1.3. Definiciones organizativas.**

- a) Cómo se definen los CLD dentro de las organizaciones o entre las mismas.
- b) Cómo los proveedores de atención sanitaria definen su finalidad en relación con los CLD (curación frente a cuidados; necesidades frente a oferta; expectativas frente a preferencias).

Fuente: <http://interlinks.euro.centre.org>

El marco INTERLINKS está dirigido a los responsables del diseño de políticas, gestores, profesionales, investigadores y promotores que trabajan con o en cuidados de larga duración. El marco puede usarse de varias maneras para describir, analizar y mejorar los sistemas de cuidados de larga duración, en particular por medio del sitio web interactivo (<http://interlinks.euro.centre.org>). Para facilitar el uso del sitio web se invita a los usuarios a considerar una serie de cuestiones:

En primer lugar, tal vez sea interesante para los usuarios preguntarse sobre cómo se aplican a su situación los temas, subtemas y cuestiones clave:

- ¿Abordan nuestras políticas (nacionales o regionales) estos temas? Por ejemplo, ¿se trata en los documentos legales y los de las políticas la identidad específica de los cuidados de larga duración?
- ¿Hay itinerarios, procesos, estructuras organizativas que tomen en consideración los "cuellos de botella" en las interfaces entre atención sanitaria y social?
- ¿Hay mecanismos de gestión y liderazgo que promuevan las soluciones para la conexión e integración de la atención sanitaria y la social, y los cuidados de tipo informal y formal?
- ¿Hay medios y recursos para superar estos "cuellos de botella"?



En segundo lugar, los usuarios del sitio web pueden mirar los subtemas y reflexionar más detalladamente sobre las preguntas. Las cuestiones clave identificadas en los subtemas contemplan los distintos niveles en la prestación de cuidados de larga duración. Algunas tratan del sistema completo de atención y otras tienen más que ver con la organización o el nivel práctico.

Cuando el usuario del sitio web haya identificado una cuestión clave de interés, tal vez le sea útil aplicar el clásico ciclo de gestión de calidad PLANIFICAR – HACER – COMPROBAR– ACTUAR y así analizar su propia organización:

- ¿Cómo se planifica y organiza esta cuestión clave?
- ¿Quién está involucrado? ¿Qué actores de la conexión entre la atención sanitaria y la social, los cuidados formales e informales deberían estar involucrados?
- ¿Cómo se está aplicando esa cuestión clave?
- ¿Quién está tomando la iniciativa?
- ¿Qué recursos tienen o necesitan para garantizar prácticas que funcionen bien a ambos lados de las fronteras entre atención sanitaria y social y entre cuidados formales e informales?
- ¿Cómo se hace el seguimiento de la provisión de cuidados?
- ¿Quién es responsable de comprobar los efectos y resultados a ambos lados de las fronteras entre atención sanitaria y social y entre cuidados formales e informales?
- ¿Qué medidas hay para asegurar que se usen los resultados para mejorar la planificación y aplicación de la futura integración entre atención sanitaria y social, y entre los cuidados formales e informales?

El cuarto paso consistiría en mirar algunos de los ejemplos de prácticas (aparecen en una lista debajo de cada cuestión clave) los cuales proporcionan descripciones detalladas para ayudar a afrontar cuestiones clave específicas y a aprender de los puntos fuertes y débiles de las experiencias de otras personas. Los usuarios registrados también pueden aportar enlaces e información sobre ejemplos similares de sus países.

Por último, se invita a los usuarios del sitio web a compartir sus propios ejemplos de prácticas y a participar en el desarrollo del recurso INTERLINKS – los usuarios puede registrarse y enviar un resumen, el coordinador da la autorización para la elaboración online. Una vez entregado, habrá una revisión por pares del ejemplo y tras las modificaciones será publicado en el sitio web.

El marco INTERLINKS es la primera iniciativa de enfoque paneuropeo para describir y analizar sistemáticamente los elementos de los cuidados de larga duración y sirve como una base de conocimientos para facilitar la integración y mejora de los cuidados de larga duración como sistema en sí mismo, prestando especial atención a los vínculos e interfaces entre la atención sanitaria y social y entre los cuidados formales e informales.

## 1.1. IDENTIFICACIÓN DE LAS INNOVACIONES ACTUALES EN LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN: EJEMPLOS DE PRÁCTICAS.

Entre los casi 100 ejemplos de prácticas que ilustran el marco INTERLINKS para los CLD se pueden encontrar numerosos enfoques innovadores, pero hay que recordar las diferencias nacionales puesto que la innovación depende del contexto e itinerarios específicos que han de ser considerados antes de transferir las maneras de trabajar de un país a otro.<sup>10</sup>

A continuación, usamos la plantilla de INTERLINKS para describir y analizar los ejemplos de prácticas que ilustran tres cuestiones claves seleccionadas que son pertinentes en relación con la coordinación y la vinculación entre, por una parte la atención sanitaria y la social, y por otra los cuidados formales e informales:

- **Estructuras organizativas.** Cuidados formales en el hogar y en la comunidad: Estructuras que facilitan la coordinación y cooperación con otros tipos de cuidados formales y/o informales. Cuidados en el barrio (“Buurtzorg”) es un ejemplo holandés que muestra oportunidades para un rápido despliegue de nuevas ideas cuando éstas demuestran ser eficientes respecto al coste y estar orientadas hacia el cliente (Huijbers, 2011).
- **Políticas.** Oportunidades para vincular la atención social y la atención sanitaria: El ‘Reembolso (multas) por altas hospitalarias retardadas’ tal y como se aplica en Suecia (y Dinamarca) muestran una manera en la que aplicar mecanismos de incentivo a la gobernanza (Emilsson, 2011).
- **Identidad/Concepto de Cuidados de Larga Duración.** Organizaciones que tratan explícitamente los problemas que surgen en las interfaces entre cuidados formales e informales: R.O.S.A., una red de empleo y servicios asistenciales (Italia), promueve la regulación del trabajo no declarado y la calidad de los cuidados (Di Santo, 2011).

## 1.2. EL EJEMPLO: CUIDADOS EN EL BARRIO: BUURTZORG (HOLANDA).

### *¿Por qué se aplicó este proyecto?*

Buurtzorg se originó a raíz de los desajustes entre las necesidades de los clientes y los servicios proporcionados por las agencias tradicionales de cuidados a domicilio, entre las competencias del personal y las rutinas de trabajo diarias, y entre los cuidados suministrados por las agencias de cuidados a domicilio y el apoyo de otras organizaciones y profesionales. Para afrontar el primer desajuste, Buurtzorg ha elaborado una evaluación holística de las necesidades de los clientes; estas incluyen necesidades médicas, de CLD y de tipo personal/social.

Aparte de los cuidados de enfermería básicos, el plan individual de cuidados proporciona

<sup>10</sup> Para obtener información sobre las idiosincrasias nacionales en materia de CLD véase: <http://interlinks.euro.centre.org/countries>

información que ayudará al cliente en sus roles sociales y a auto-cuidarse y hacerse más independiente. El segundo desajuste parece ser salvado gracias a los equipos de auto-gestión que permiten aprovechar mejor las competencias del personal y responsabilizarse de más tareas asistenciales. Para abordar el tercer desajuste, se traza el mapa de la red de cuidados informales del cliente y se involucra a la misma. Además, otros cuidadores formales son identificados e incluidos. Por último, Buurtzorg ha iniciado nuevos equipos de ayuda social (“Buurtdiensten”) que se basan en los mismos principios que rigen sus cuidados a domicilio. En los lugares en los que existen estas “actividades hermanas” es posible salvar más fácilmente los desajustes entre los diversos tipos de servicios.

### ***Descripción.***

El modelo Buurtzorg fue diseñado por enfermeros de distrito experimentados que empezaron un grupo en 2006 con el objetivo de proporcionar cuidados integrados a domicilio, es decir con conexión con los servicios sociales, los médicos de familia y otros proveedores, para todas las personas que precisaban cuidados en su hogar.

El principio organizativo de Buurtzorg consiste en que pequeños equipos autogestionados de un máximo de 12 profesionales prestan los servicios de cuidados al tiempo que se mantienen los costes de organización tan bajos como sea posible, en parte gracias al uso de TIC para la organización de los cuidados y gracias a una back-office centralizada pequeña pero eficiente.

El método Buurtzorg cuenta con seis elementos secuenciales, que se aplican como un paquete coherente y no pueden aplicarse por separado. Este paquete incluye evaluación, un mapa de la red de cuidados informales a la cual se involucra junto a los cuidadores formales, prestación de los servicios asistenciales, apoyo al cliente en su rol social y promoción del auto-cuidado y la independencia.

El modelo fue introducido en el estrictamente regulado sistema de cuasimercado de los cuidados a domicilio en Holanda en el año 2006, y desde ese momento tuvo que competir con la atención domiciliaria usual para conseguir clientes y contratos. A mediados de 2010, los equipos estaban activos en 250 localidades, 2.600 trabajadores formaban el personal total de esos equipos (1.500 enfermeros de distrito cualificados) y daban servicio a unos 30.000 clientes anualmente. La tasa de crecimiento de Buurtzorg continua desde entonces; 70 miembros de personal distribuidos en de 5 a 10 equipos al mes, con lo que en 2013 llegaron a ser 6.000. En la back-office centralizada trabajan unos 50 profesionales.

Aparte de una subvención inicial dentro del marco holandés del “Netherlands Transition programme for long-term care” (Programa de Holanda de Transición para los cuidados de larga duración) ([www.transitieprogramma.nl](http://www.transitieprogramma.nl)), los costes están enteramente cubiertos por las fuentes regulares utilizadas por las organizaciones de asistencia a domicilio usuales para obtener sus

ingresos, es decir, la iniciativa Buurtzorg está creciendo gracias al gran compromiso de los profesionales dentro del sistema de cuasimercado de los cuidados en Holanda.

### ***¿Cuáles son y fueron los efectos?***

De momento, no hay datos verificables disponibles para evaluar los resultados en el efecto para los clientes. Así que la cuestión de si este nuevo método de trabajo puede subsanar los desajustes en los CLD no puede ser contestada todavía. Sin embargo, existen algunos indicadores sobre efectos positivos.

- Buurtzorg ocupa el primer lugar entre todas las organizaciones dedicadas a los cuidados a domicilio respecto a la satisfacción de los usuarios según la evaluación nacional obligatoria de la calidad de los cuidados. Esto puede reflejar satisfacción respecto a la cooperación que aborda los desajustes entre los cuidados a domicilio, otros cuidados formales y el cuidado informal y también entre las expectativas y el cuidado proporcionado.
- La investigación cualitativa ha mostrado una gran satisfacción por parte de los médicos de familia y las autoridades locales respecto a la colaboración con Buurtzorg.
- En 2011, se concedió a Buurtzorg un premio como mejor empleador de Holanda en la categoría de organizaciones con más de 1.000 empleados. En aquel momento Buurtzorg contaba con más de 4.000 empleados y obtuvo las puntuaciones (en una escala del 1 al 10) de 9,5 en implicación, 9,1 en rotación de personal, y 8,7 en satisfacción del personal.
- Un resultado significativo es la impresionante disminución de los costes: la consultoría Ernst and Young calculó que Buurtzorg parece ser menos de la mitad de cara que los cuidados a domicilio usuales.
- Otro indicador de éxito es la duplicación y la imitación: Buurtzorg continua expandiéndose desde 2006, nuevas empresas similares y las organizaciones usuales de cuidados a domicilio están adoptando sus métodos.

### ***Puntos fuertes.***

- Puede que Buurtzorg esté estableciendo un nuevo estándar para los cuidados a domicilio en Holanda. Su principal punto fuerte es que salva con éxito los desajustes en los cuidados a domicilio a nivel local gracias a que ha reconocido cuáles son los problemas y ha diseñado en consecuencia métodos de trabajo que afrontan esos problemas. Por tanto satisfacen las necesidades de los pacientes de cuidados integrados.
- El modelo Buurtzorg ha demostrado ser muy competitivo: es atractivo tanto para los

pacientes como para el personal, y puede ser introducido fácilmente casi en cualquier localidad incluso si ya hay cuidados a domicilio disponibles en el área.

***Puntos débiles.***

- Los equipos auto-gestionados suponen un alto grado de exigencia respecto al trabajo del personal.
- Hay que realizar actividades ajenas a las previstas en la formación profesional, en los horarios planificados pero también en horarios no planificados en mitad de la noche, puesto que están previstos en las normas los turnos nocturnos. Para algunos miembros del personal, esto resulta incompatible con otras actividades personales e intereses que desarrollan en sus casas y tienen que marcharse.

***Oportunidades.***

- La transferencia a otros países del modelo Buurtzorg es viable sólo cuando se den las condiciones de libre competencia, libre elección de los usuarios, autogestión de los equipos y motivación del personal.

***Amenazas.***

- Dado que otras entidades (usuales) de cuidados domiciliarios están adoptando el modelo Buurtzorg (aunque de manera poco sistemática), se reducirá el espacio para las iniciativas Buurtzorg. Sin embargo, desde la perspectiva de los cuidados integrados, no es importante quién presta los servicios de cuidados integrados a domicilio, lo que cuenta es el modelo y el sistema de prestación.

1.3. EL EJEMPLO: REEMBOLSO (MULTAS) POR ALTAS HOSPITALARIAS RETARDADAS (SUECIA).

***¿Por qué se aplicó este proyecto?***

En 1992, cuando se aplicó la reforma Ädel, las siguientes responsabilidades fueron atribuidas a los municipios: atención social de las personas mayores, vivienda, empleo y apoyo para las personas con discapacidades psiquiátricas y servicios para aquellas personas que finalizan su tratamiento médico y son dadas de alta en el hospital. Las autoridades locales también son responsables de los cuidados en alojamientos especiales (viviendas con servicios o especializadas) y cuidados domiciliarios básicos en viviendas ordinarias (en el 50 por ciento de los condados).

Los Consejos de los Condados son responsables de los cuidados domiciliarios sanitarios en viviendas ordinarias (en el otro 50 por ciento de los condados), y en particular de los hospitales

(cuidados agudos) y atención primaria en centros médicos (médicos de familia).

Antes de la reforma, un número significativo de pacientes “bloqueaba camas” en los servicios de cuidados agudos generando largas listas de espera para los tratamientos hospitalarios, lo cual suponía un problema importante. Para resolver este problema se atribuyó a los municipios la responsabilidad de gestionar las viviendas especializadas y residencias (antes era competencia de los Consejos de Condado) para las personas con necesidades de atención sanitaria y social. También se les atribuyó la responsabilidad económica de los “bloqueantes de camas” en los hospitales a través de un sistema llamado de “reembolso” implementado en 1992 y el ‘modelo de planificación conjunta de cuidados’ (implementado en 2006) para reforzar la cooperación entre los Consejos de los Condados y los municipios.

### ***Descripción***

Con una población en proceso de envejecimiento, los avances médicos y las cambiantes expectativas de la población, las camas hospitalarias se convierten en un recurso escaso y su demanda a menudo supera la oferta. Además existe la necesidad de que diversas organizaciones cooperen en el cuidado de los pacientes con necesidades múltiples. En general, hay un amplio consenso respecto a la necesidad de que cooperen los Consejos de los Condados y los municipios. Sin embargo, para que esto sea una realidad, se necesitan incentivos en ambas partes; esto se realizó con la combinación del sistema de reembolso con un modelo de planificación conjunta de los cuidados.

En cuanto el paciente ingresa en el hospital, el médico responsable del centro escribe una nota de derivación a los servicios municipales de cuidados y al médico de familia responsable para iniciar formalmente el modelo de planificación conjunta de cuidados y el correspondiente sistema de reembolso:

Se reúnen con el paciente (y con un cuidador informal si es pertinente) representantes de los cuidados agudos y la unidad de evaluación de necesidades del municipio para planificar la rehabilitación y los cuidados futuros conjuntamente y de acuerdo con las necesidades del paciente. Se envían los resultados de esta reunión desde el hospital a los servicios sociales municipales y se incluye la posible fecha del alta hospitalaria. Tras este procedimiento, corresponde a los municipios activar los servicios de atención en los cinco días siguientes a la “fecha de derivación” (día del alta). Si el municipio no es capaz de proporcionar una plaza en una residencia o los servicios de atención domiciliaria adecuados, entonces ha de reembolsar al Condado los costes hospitalarios del paciente.

### ***¿Cuáles son/fueron los efectos?***

El modelo para el plan conjunto de cuidados y especialmente el sistema de reembolso han sido incentivos potentes para que los municipios proporcionen los servicios adecuados en términos de

cuidados a domicilio y residencias.

La Junta Nacional Sueca de Salud y Bienestar realizó estudios de seguimiento con una muestra de diversas secciones en un día concreto en la que se observaba el número de “bloqueantes de camas”. Entre 1992 y 1999 hubo una disminución desde casi 2.500 pacientes que podrían ser definidos como ‘bloqueantes de camas’ a poco más de 1.000 dentro de una muestra de diversos servicios en un día concreto. Desde 1999 las cifras se han mantenido relativamente estables, entre 1.100 y 1.300 pacientes, aunque en 2007 se percibió un ligero aumento, también debido a cambios importantes en las políticas sanitarias, concretamente una importante reducción de camas hospitalarias. Sin embargo, el consumo sanitario y la atención social están aumentando. En consecuencia, ‘el reembolso y el modelo de planificación conjunta’ no resolvieron enteramente el problema, pero con ese mecanismo la cantidad de bloqueantes de camas es menor y fluctúa menos.

### ***¿Cuáles son los puntos fuertes y las limitaciones?***

En la práctica, la introducción del modelo de “reembolso y planificación conjunta” redujo en gran medida la cantidad de altas retardadas. Además, el sistema refuerza la comunicación entre la atención sanitaria y la social y contribuye a una mayor transparencia y responsabilidades definidas.

Una mayor disminución de la duración de las estancias en los hospitales pondrá más presión sobre las autoridades locales, en particular sobre aquéllas que tienen una mayor proporción de personas mayores. En Suecia, esto podría llevar a más diferencias entre los municipios respecto a los impuestos locales y, a largo plazo, podría desencadenar debates sobre la igualdad y la solidaridad nacional.

En otros países, en particular en aquellos en los que los municipios no pueden establecer impuestos locales, habría que adaptar el sistema, p. ej. incluyendo datos sobre los gastos en servicios sociales en los mecanismos correspondientes de distribución de los impuestos nacionales entre regiones y municipios. En cualquier caso, una mayor transparencia respecto a los costes y responsabilidades podría ser un impulso importante para alimentar la expansión de los servicios de atención social y para reducir los gastos en cuidados agudos hospitalarios.

## 1.4. EL EJEMPLO R.O.S.A. – UNA RED DE EMPLEO Y SERVICIOS DE CUIDADOS (ITALIA).

### ***¿Por qué se implementó este proyecto?***

En un contexto de escasez de servicios sociales para las personas mayores y un sistema de bienestar basado en la familia, durante los últimos 15 años las familias italianas acuden en gran medida a “cuidadores inmigrantes” para responder a la creciente demanda asistencial en una sociedad envejecida. Esto originó un flujo de más de 700.000 inmigrantes que trabajan ayudando

en las tareas domésticas y como cuidadores internos en los hogares italianos. En más del 50 por ciento de los casos trabajan sin una base legal.

R.O.S.A., red de la región de Puglia, tiene como objetivo mejorar la situación de las familias y de los ayudantes inmigrantes incluyendo a estos últimos en redes locales de servicios de atención domiciliaria y garantizando soluciones profesionales adecuadas. También quieren apoyar las prioridades estratégicas de la región de Puglia en términos de mejora de la inclusión social, calidad de trabajo asistencial, participación femenina en el mercado laboral, promoción de una mejor conciliación laboral y personal y la implementación de instalaciones en el hogar para los mayores con necesidad de CLD.

### ***Descripción.***

R.O.S.A. es un acrónimo de “Red para el empleo y los servicios de cuidados” y pretende establecer un sistema de apoyo a las personas que necesitan cuidados y a las que los proporcionan conectando oferta y demanda a través de una red que vincula diferentes organismos institucionales y actores sociales. En particular, los objetivos son:

- Apoyar a las familias en la búsqueda de cuidadores cualificados italianos e inmigrantes;
- Proteger la oferta y la demanda de servicios asistenciales a domicilio con contratos de empleo regulares y cualificados;
- Facilitar a los trabajadores asistenciales privados (italianos e inmigrantes) una formación continua para garantizar la calidad de los cuidados;
- Conocer mejor el trabajo no declarado en cuidados a domicilio para poder combatirlo;
- Crear un sistema que permite a las mujeres trabajadoras conciliar la vida laboral y familiar.

R.O.S.A. es un proyecto experimental que se inició en 2008 y que todavía continúa, está cofinanciado por la región de Puglia y el gobierno italiano. Han implementado diversos métodos para mejorar los cuidados que reciben las personas mayores en sus hogares, y para promocionar un sistema integrado de servicios de atención domiciliaria para quienes precisan CLD:

- Un registro provincial de cuidadores italianos e inmigrantes que ofrecen servicios privados de cuidados en los hogares;
- Se han diseñado incentivos económicos para favorecer la contratación por parte de las familias de cuidadores inmigrantes a través de contratos regulares;
- Puntos de información y consulta en relación con el empleo en cada distrito social local;
- Campañas informativas con participación de los sindicatos que proporcionan a bajo coste o de manera gratuita ayuda administrativa en relación con los contratos de trabajo.

Como respuesta a las numerosas peticiones de asistencia domiciliaria en la región de Puglia, el proyecto pretende incrementar los servicios de atención domiciliaria incluyendo a los cuidadores



inmigrantes en las redes formales de servicios locales de atención domiciliaria y garantizando soluciones profesionales adecuadas.

El proyecto está dirigido a las familias de personas vulnerables (mayores y/o discapacitadas) que precisan atención domiciliaria y a cuidadores cualificados italianos e inmigrantes que ofrecen servicios de atención domiciliaria.

La región de Puglia ha definido y reconocido de manera formal, a través de una regulación específica, la asistencia privada proporcionada por cuidadores inmigrantes como una profesión. Los trabajadores que han realizado un curso especial de formación y cuyas competencias han sido certificadas por el Servicio Público de Empleo, son inscritos en registros oficiales de cuidadores a domicilio. Cada provincia se encarga de mantener su registro. Los trabajadores que no reúnen las competencias necesarias para la certificación de sus cualificaciones profesionales son inscritos en un listado especial y participan en actividades formativas proporcionadas por el proyecto R.O.S.A. Después de completar la formación como asistentes domésticos (300 horas), pasan al registro oficial de cuidadores a domicilio. Las familias que quieran emplear a un cuidador a domicilio cualificado pueden acudir al Servicio Público de Empleo y buscar en los listados al cuidador italiano/inmigrante que satisfaga sus necesidades. El Servicio Público de Empleo ofrece asesoramiento en la contratación.

Para fomentar la regulación de los contratos laborales de los cuidadores inmigrantes, la región de Puglia ofrece una prestación en forma de bono, 2.500 euros por familia (pago único). Esta prestación es un pago único vinculado a la evaluación de los recursos.

El coste total de proyecto R.O.S.A. fue de 1.740.000 euros, de los cuales 1.010.000 euros fueron financiados por el Departamento de Igualdad de Oportunidades y Derechos del Consejo de Ministros del Gobierno Italiano.

### ***¿Cuáles son/fueron los efectos?***

El proyecto forma parte de un proceso más amplio de reorganización de la totalidad del sistema regional integrado para la continuidad de los servicios de atención en la región de Puglia. La evaluación todavía está en curso pero ya hay dos resultados evidentes:

- Crecimiento en la ocupación: En Italia los cuidados a domicilio dependen principalmente de iniciativas privadas e informales. Los cuidados familiares corren a cargo tradicionalmente de las mujeres, las cuales, debido a la actual tendencia negativa, participan cada vez menos en el mercado laboral y tienen menos oportunidades de realizar programas formativos. Como consecuencia del proyecto R.O.S.A., en marzo de 2010 aproximadamente 2.000 personas habían sido inscritas en el registro de cuidadores a domicilio: 800 eran aptas para trabajar y habían recibido la certificación para realizar trabajos de cuidados a domicilio mientras que 1.200

estaban en la lista para participar en los programas formativos proporcionados por la región de Puglia.

- Regularización de trabajo no declarado: Desde los años 90, debido a razones históricas y geográficas, la región de Puglia es un centro importante de inmigración; gran parte de los inmigrantes encuentran trabajo en el sector doméstico. En la mayoría de los casos, las familias no establecen un contrato regular para evitar gastos en impuestos y contribuciones a la seguridad social. El objetivo del proyecto es estabilizar el empleo de al menos 800 cuidadores inmigrantes y respaldar este esfuerzo con los bonos a las familias. Estos bonos deberían servir para cubrir parcialmente los gastos en impuestos y contribuciones a la seguridad social vinculados a los contratos laborales regulares. Sin embargo, a fecha de marzo de 2011, sólo 82 familias habían solicitado el bono. Todavía no hay datos disponibles respecto al número total de contratos laborales firmados dado que el proyecto sigue en curso. La reducida cifra antes mencionada se debe en parte a que el bono (vinculado a una evaluación de los recursos) supone un incentivo insuficiente y también a la considerable resistencia de las familias a establecer contratos laborales legales pues estos conllevan tener que cumplir ciertas condiciones legales como salarios mínimos y tiempos de descanso. Por este motivo, el proyecto tiene un efecto adicional relativo a la creación de un cambio cultural.

### ***¿Cuáles son los puntos fuertes y las limitaciones?***

Puntos fuertes.

- El proyecto fomenta una mejor calidad de los servicios proporcionados por los cuidadores inmigrantes a personas vulnerables que precisan CLD conectando oferta y demanda y a través de la regulación del trabajo no declarado y del empleo femenino.

- Apoya a los cuidadores informales con el empleo de cuidadores inmigrantes y fomenta la conciliación de la vida laboral y familiar.

Puntos débiles.

- No existen mecanismos municipales que refuercen los servicios como por ejemplo seguimientos, tutorías en los hogares, servicios de respiro familiar, atención de emergencia, etc.

- Puede que la cantidad asociada al bono no tenga efectos en el proceso de regularización porque sólo cubre parcialmente los costes necesarios para regularizar a los cuidadores inmigrantes.

- Las personas mayores y los cuidadores informales no están acostumbrados a elegir a cuidadores inmigrantes u otro tipo de servicios a través de un "registro especial". Los registros han de ser diseñados de modo que sean más cómodos para el usuario en su función de informar

no sólo a los mayores y las familias sino también a todos aquellos que puedan desempeñar un papel en la relación entre el usuario y los cuidadores inmigrantes.

- Los cuidadores inmigrantes sólo disponen de unas pocas horas a la semana para cuidarse a sí mismos: muchos cuidadores inmigrantes no dan ninguna prioridad al cuidado de su propia salud; desconocen por completo algunos de los servicios sanitarios.

Oportunidades.

- El proyecto integra el trabajo asistencial privado realizado por cuidadores inmigrantes dentro de la red formal de servicios sociales, lo cual podría constituir una oportunidad para la mejor sostenibilidad del trabajo de los cuidadores inmigrantes en Italia.

Riesgos.

- Los cuidadores italianos/inmigrantes siguen colocándose por medio de otros canales como el boca a boca entre vecinos, amigos, conocidos y miembros de la parroquia, más que por medio del registro oficial.

- Siguen sin ser reconocidas fácilmente las cualificaciones obtenidas en sus países de origen por las mujeres inmigrantes, especialmente las cualificaciones de los ámbitos social y sanitario.

- Las iniciativas para integrar a los cuidadores inmigrantes en el sistema de CLD son sólo un primer paso de un largo camino de reformas. No obstante, este “modelo” de atención podría ser una barrera a la innovación en materia de políticas sociales.

- Este proyecto tiene efectos positivos para las familias en lo que se refiere al cuidado personalizado y al acceso inmediato a los servicios, pero tendrá que afrontar variadas cuestiones relativas a la sostenibilidad a largo plazo en términos de oferta y demanda del trabajo asistencial. En un contexto de regulación progresiva, algunas familias verán cada vez más reducida la posibilidad de permitirse económicamente la asistencia familiar. Además, no debe asumirse que la disponibilidad de cuidadores inmigrantes seguirá estable, pues los países de origen, especialmente los de la Europa del Este, están tratando de detener la emigración femenina.

## CONCLUSIONES.

El objetivo de esta contribución era mostrar los resultados obtenidos gracias a INTERLINKS así como la necesidad de desarrollar una identidad propia de los sistemas de CLD en las interfaces de la asistencia sanitaria y la social y entre los cuidados formales e informales como pre-requisito para unos CLD integrados. Ya se pueden encontrar los primeros indicadores de dicha evolución en distintas partes de Europa – a diferentes ritmos, niveles e intensidades.

El marco INTERLINKS para los CLD proporciona variados ejemplos e ideas inspiradas para mejorar los cuidados de larga duración en Europa (véase el sitio web <http://interlinks.euro.centre.org>) y facilita la participación de expertos y diseñadores de políticas. El marco INTERLINKS para los CLD puede servir de plataforma interactiva para más intercambios, promoción de nuevas ideas y la mejora de las bases para la prevención y rehabilitación, gestión de la calidad, gobernanza y la mejor integración de la atención sanitaria y la social y de los cuidados informales.

En toda Europa se están construyendo los CLD, pero podemos aprender unos de otros a distintos niveles reflexionando sobre las alternativas de otros países antes de planificar un servicio o instalación y adaptando las innovaciones foráneas a los contextos locales o regionales.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Allen, K., Glasby, J. & R. Rodrigues (2013) 'Joint Working between health and social care', pp. 81-99 in: K. Leichsenring, J. Billings & H. Nies (eds.) Long-term care in Europe – Improving Policy and Practice. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Billings, J. & K. Leichsenring (eds.) (2005) Integrating health and social care services for older persons – Evidence from nine European countries. Aldershot: Ashgate.

Billings, J., Leichsenring, K. & L. Wagner (2013) 'Addressing long-term care as a system – Objectives and Methods of the Study', pp. 3-18 in: K. Leichsenring, J. Billings & H. Nies (eds.) Long-term care in Europe – Improving Policy and Practice. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend (2005) Schnittstellenmanagement zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Endbericht des Projekts 'MedTogether'. Wien: BMGFJ.

Bauch, J. (Hg.) (2006) Gesundheits System. Systemtheoretische Betrachtungen des Gesundheitswesens. Konstanz: Hartung-Gorre-Verlag (Konstanzer Schriften zur Sozialwissenschaft).

Challis, D. (1990) 'Case Management: Problems and Possibilities', pp. 9-22 in: Allen, I. (ed.) Care Managers and Care Management. London: Policy Studies Institute.

Challis, D., Darton, R., Johnson, L., Stone, M., Traske, K. & B. Wall (1989) Supporting Frail Elderly People at Home: The Darlington Community Care Project. University of Kent: PSSRU.

Challis, D. & B. Davies (1986) Case Management in Community Care. Aldershot: Gower.

Faß, R. (2009) Helfen mit System. Systemsteuerung im Case Management. Marburg: Tectum Verlag.

Ferlie, E., Challis, D. & B. Davies (1989) Efficiency-Improving Innovations in Social Care of the Elderly. Aldershot: Gower.

Fuchs, P. (2006) 'Das Gesundheitssystem ist niemals verschluckt', pp. 21-38 in: Bauch, J. (Hg.) *Gesundheit als System. Systemtheoretische Betrachtungen des Gesundheitswesens*. Konstanz: Hartung-Gorre-Verlag.

Giarelli, G. (2003) *Il malessere della medicina. Un confronto internazionale*. Milano: Franco Angeli.

Kneer, G. & A. Nassehi (1993) *Niklas Luhmanns Theorien sozialer Systeme. Eine Einführung*. München: UTB.

Leichsenring, K. (2012) 'Integrated Care for older people in Europe – latest trends and perceptions' in: *International Journal of Integrated Care*, Vol. 12 (January): 1-10.

Leichsenring, K., Billings, J. & H. Nies (eds.) (2013) *Long-term care in Europe – Improving Policy and Practice*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Leutz, W. (1999) 'Five Laws for Integrating Medical and Social Services: Lessons from the United States and the United Kingdom' in: *The Milbank Quarterly*, Vol. 77(1): 77-110.

Luhmann, N. (1999) 'Der medizinische Code', S. 183-195 in: Luhmann, N. (Hg.) *Soziologische Aufklärung 5: Konstruktivistische Perspektiven*. Frankfurt/M.: Suhrkamp.

Nies, H., Leichsenring, K. & S. Mak (2013) 'The emerging identity of long-term care in Europe', pp. 19-41 in: K. Leichsenring, J. Billings & H. Nies (eds.) *Long-term care in Europe – Improving Policy and Practice*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Orton, J. D. & K.E. Weick (1990) 'Loosely Coupled Systems. A Reconceptualization' in: *Academy of Management Review*, Vol. 15(2): 203-223.

Pelikan, J. M. (2007) 'Zur Rekonstruktion und Rehabilitation eines besonderen Funktionssystems – Medizin und Krankenbehandlung bei Niklas Luhmann und in der Folgerezeption' in: *Soziale Systeme*, Vol. 13(1/2): 290-303.

Pleschberger, S. (2007) 'Dignity and the challenge of dying in nursing homes: the residents' view' in: *Age and Ageing*, Vol. 36(2): 197-202.

Wendt, W.-R. (2001) *Case-Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung*. Freiburg i. Br.: Lambertus.

