



Posicionament conjunt de la Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia (SCGiG), la Federació d'Associacions de Gent Gran de Catalunya (FATEC) i la Fundació iSocial

PER A UN DEBAT OBERT (i urgent) SOBRE EL NOU MODEL DE L'ATENCIÓ DE LLARGA DURADA I RESIDENCIAL A CATALUNYA

ELEMENTS CLAU

- A Catalunya, com a bona part de la resta del món, la pandèmia de COVID-19 ha afectat especialment a les persones grans més vulnerables. La major part de la mortalitat per aquesta patologia s'ha focalitzat en aquest grup poblacional, especialment en l'àmbit residencial.
- A nivell individual, l'impacte de la pandèmia en aquestes persones, va més enllà de la mortalitat, i ha tingut múltiples repercussions tant a nivell físic, com emocional, com social. També ha tingut un gran impacte en els seus familiars i entorn cuidador, així com en els professionals assistencials.
- A nivell assistencial, aquesta crisi ha fet aflorar alguns dèficits pre-existents tant de model d'atenció, com de planificació i gestió, de finançament i de governança, especialment en l'atenció a les persones amb necessitats complexes d'atenció socials i sanitàries.

Davant d'aquesta realitat, **manifestem** que:

- Tant en l'avaluació de les causes de la crisi, com en l'anàlisi de la situació actual, així com en les respostes de futur, serà necessària una **mirada compartida i integradora** de les diferents sensibilitat, mirades, agents i sectors que requerirà d'un **debat i de decisions urgents**, allunyats de maximalismes, i **necessàriament serens i oberts**.
- Qualsevol proposta de futur s'ha de fonamentar en els **drets** i en les **preferències de les persones grans** sobre com volen viure la seva vellesa; en coherència, l'atenció sanitària i social s'ha d'enfocar a donar resposta a la voluntat i les necessitats d'aquestes persones, així com als resultats que són importants per elles.
- Ens **posicionem com a interlocutors** especialment rellevants i sense conflictes d'interès en aquest debat, i ens posem a disposició de l'administració per **promoure un debat participatiu, constructiu i pragmàtic** amb tots els actors implicats.

DESCRIPCIÓ BREU DE L'IMPACTE DE LA CRISI COVID-19 EN LES PERSONES GRANS

La **mortalitat** per COVID-19 en les persones grans ha estat especialment elevada: segons dades epidemiològiques de Catalunya¹, la mortalitat per COVID-19 que en la població general és propera al 4%, s'incrementa fins al 18% en les persones de 75-84 anys, i al 29% en aquelles de més de 84 anys. El 90% de les morts s'han esdevingut en persones de més de 65 anys -el 70% en majors de 75 anys-. Tal i com ha succeït també en molts altres països, en el cas de les **residències geriàtriques** l'afectació ha estat encara més dramàtica: un 25% dels residents infectats ha mort, estimant-se que les defuncions en residències equivalen almenys a un 50% del total de defuncions per la COVID-19 que s'hauran produït al nostre país².

Però **més enllà de la mortalitat**, l'impacte de l'estat d'alarma i del confinament en diferents àmbits de les persones grans³, així com també dels seus cuidadors, ha estat, és i serà molt alt. Alguns exemples són:

- **A nivell físic**, amb increment de síndromes geriàtriques com la immobilitat o el delírium.
- **A nivell psicològic**, amb impacte emocional i vivències d'amenaça, frustració, culpa, soledat, tant per part de les persones, com dels seus familiars i entorn cuidador.
- **A nivell social**, l'impacte en un col·lectiu que sovint ja té poques oportunitats de relació social, habitualment molt lligades a rutines diàries (fer la compra,...), el confinament ha propiciat l'aïllament social, la pèrdua de vincles i de les relacions interpersonals.
- Tampoc es pot menystenir l'impacte que ha tingut la gestió de les **situacions de final de vida**: en un enfocament eminentment centrat en "salvar vides", altres realitats inherents als processos d'envellir i morir, així com la **importància de les cures i de l'atenció a les necessitats essencials** de la persona, massa sovint han quedat relegades a un segon pla.

En aquest sentit, la consideració de l'actual crisi com un problema únicament sanitari (obviant sovint les implicacions socials de la mateixa), ha afavorit **estereotips negatius** sobre les persones grans i l'envelliment. Així, per exemple, les **persones que viuen a les residències** foren inicialment invisibles per al sistema -prioritzant un enfocament estrictament hospitalari de la resposta a la pandèmia-, per posteriorment passar a ser estigmatitzades, posant el focus en la seguretat per sobre d'altres principis i drets. És probable que aquesta consideració, conjuntament amb les restriccions d'informació i de participació en la presa de decisions, la limitació de visites, activitats i la seva mobilitat, condicioni que **les conseqüències sobre aquest col·lectiu siguin encara més remarcables**.

Cal també fer èmfasi en la situació dels **cuidadors** no professionals, que també han patit i pateixen una càrrega molt important, sovint amb la dificultat afegida de la interrupció de diferents tipus de prestacions de suport per part de cuidadors professionals, públics o privats.

Finalment, però, és necessari destacar també que aquesta crisi també **ha fet aflorar moltes qualitats**, tan de les persones grans com del sistema, que cal posar en valor: en primer lloc és destacable l'actitud extraordinàriament **resilient** per part de moltes de les persones grans davant aquesta crisi. Per altra banda, cal destacar també **l'esforç i la implicació de molts professionals**, tan de l'àmbit social com sanitari, que han

aconseguit -per exemple- que malgrat les enormes limitacions, menys del 20% de les persones que viuen a residències hagin patit la infecció per SARS-VOC-2.

DÈFICITS PRE-EXISTENTS QUE EXPLIQUEN LA GRAN REPERCUSSIÓ DE LA CRISI COVID-19 EN LES RESIDÈNCIES GERIÀTRIQUES

Certament: ni el sector residencial ni el sanitari **no estàvem preparats** per afrontar l'escenari d'una pandèmia d'aquesta magnitud. Però tampoc la capacitat de resposta ha resultat prou àgil, posant en evidència diferents **problemes previs** (funcionals, estructurals i de model), vinculats amb la institucionalització de les persones grans en residències geriàtriques:

- Per una banda, **les residències no han acabat de convertir-se en llars per a les persones grans més dependents** perquè el seu disseny, tant arquitectònic com en servei, ha estat pensat per optimitzar recursos assistencials i no per desplegar un model d'atenció centrat en la persona real, basat en el drets de les persones grans a mantenir el control sobre la seva vida fins al final.
- Per altra banda, **l'infrafinançament** públic del sector i **l'excessiva sectorització** de l'atenció social i assistencial a la gent gran ha fet que no s'hagi fet efectiva una veritable coordinació eficient entre el sector social i el sanitari. En un àmbit on la **integració de l'atenció social i sanitària** és fonamental, les polítiques departamentals i les dinàmiques de governança no han estat capaces de generar o recolzar propostes territorials tangibles.
- Això sovint ha condicionat que, malgrat una **concentració de complexitat extraordinària** en l'àmbit de les residències geriàtriques de Catalunya (87 anys d'edat mitjana, 46% de persones amb demència, 51% de GMA d'alt risc, 54% de prevalença de situació de final de vida i mortalitat anual global superior al 20%)⁴, la resposta assistencial sovint resulti insuficient, poc equitativa amb la resta de la població.
- En aquest sentit, probablement hagués estat d'especial importància haver disposat de directrius i indicadors comuns que permetessin vetllar per **qualitat i l'equitat** en la prestació de serveis.
- A **nivell dels professionals**, són especialment rellevants tan les iniquitats a nivell retributives i de conveni laboral dels professionals de l'àmbit residencial respecte els del sistema sanitari, així com l'accés a programes formatius destinats a la seva millora competencial.
- El coneixement específic de la situació de les residències catalanes és també deficitari, en el seu conjunt, per la **falta de dades homogènies i del foment de la investigació** en aquest sector.

UNA GRAN OPORTUNITAT PER REPENSAR L'ATENCIÓ DE LLARGA DURADA

Considerem que aquesta dramàtica situació de crisi ha de representar, com a mínim, una **oportunitat per repensar el model** de tota l'**atenció de llarga durada**, que abasti tots els serveis i suports que les persones grans necessiten en aquesta etapa de la seva vida, tant en l'àmbit residencial, com al domicili o en altres entorns, i amb el suport i la implicació de la comunitat.

Efectivament: aquesta crisi ha demostrat la **importància d'innovar i transformar** el model de gestió i d'atenció de llarga durada a les persones grans per adaptar-se a les noves realitats. Així per exemple, la integració i/o interoperabilitat dels sistemes d'informació, un major ús de solucions tecnològiques en els domicilis probablement haguessin resultat cabdals per millorar la resposta a una crisi com l'actual. Els models innovadors – com els serveis que prioritzen els drets de les persones usuàries, que garanteixen intimitat i eviten la massificació, que incentiven l'autogestió, o que ofereixen informació i faciliten la participació activa de les persones grans en la presa de decisions-, han demostrat una **millor capacitat per respondre** a les necessitats d'aquestes persones.

En el cas de les **residències geriàtriques**, en el context actual cal ser molt prudents amb les respostes reactives que, més enllà de repensar el model d'atenció sanitària, advoquen per una *“sanitarització”* absoluta d'aquest entorn. Bàsicament per 2 motius:

- En primer lloc, perquè no qüestionen el **problema estructural de fons**, que és la institucionalització de la vellesa que dificulta fer efectiva una atenció centrada en la persona com a subjecte de drets, i no únicament com a subjecte de necessitats, i vinculada a la comunitat i a l'entorn. Una *“sanitarització”* no faria més que agreujar aquest enfocament.
- En segon lloc perquè posant el focus de l'impacte del COVID-19 bàsicament en l'àmbit residencial, sovint es tendeix a obviar les **persones amb necessitats complexes d'atenció en l'àmbit domiciliari** o en altres entorns, on les cures són assumides per cuidadors professionals i no professionals, i on l'infrafinançament públic és molt més greu que el de l'àmbit residencial.

Cal **distingir** doncs la **necessitat de replantejar el model d'atenció sanitària** en l'àmbit residencial, compartit per tots nosaltres, de la *“sanitarització”* de les **residències geriàtriques**, que implicaria una major medicalització i institucionalització de la vellesa. En aquest sentit, resulta imprescindible **afrontar el problema de fons**: cal dissenyar un model d'atenció de llarga durada que tingui en compte la diversitat en la vellesa, que aposti per a un repartiment més just de les cures, que reconegui el seu valor social i no afavoreixi la seva precarietat, que doni resposta a la complexitat assistencial derivada de l'envelliment poblacional i que posi en el centre els drets de les persones grans a continuar decidint sobre la seva vida.

Respecte als escenaris del futur model de l'atenció de llarga durada a Catalunya, proposem **10 principis bàsics** sobre els que **iniciar el debat i construir el nou model**:

ELS 10 PRINCIPIS BÀSICS QUE HAURIA DE CONSIDERAR AQUEST NOU MODEL

1

El model de l'atenció de llarga durada ha de tenir una **mirada àmplia** des de la perspectiva vital i de necessitats de les persones, que van **des de la prevenció** de discapacitat i la rehabilitació, **fins a l'atenció de final de vida** i cures pal·liatives precoces.

2

Cal incorporar les **persones grans i els seus cuidadors**, professionals i no professionals, en la conceptualització i el disseny del nou model, que ha de partir de les seves preferències i dels resultats que són importants per elles⁵. El seu **paper ha de ser central**, i no únicament consultiu. Alhora és imprescindible comptar amb la **implicació de la comunitat i dels diferents agents** que en formen part, en un exercici de reflexió compartit i conjunt.

3

Cal tenir en compte que la **major part de les persones grans volen viure a la seva llar** fins al final de la seva vida perquè volen preservar la seva autonomia i els vincles familiars i socials. Això requereix de: **3.1) apostar per l'atenció integrada social i sanitària** al domicili - tal com recomana la UE⁶; **3.2) polítiques socials** que lluitin contra l'explotació i precarietat en els treballs de cures formals i informals, i contra les desigualtats per raons de gènere, classe o ètnia; i **3.3) polítiques d'habitatge** i urbanes que tinguin en compte les necessitats de la gent gran i la diversitat de maneres de viure l'envelliment

4

Des d'una perspectiva individual, l'atenció a les persones grans ha de fer un pas endavant cap a la **personalització de les intervencions**, basats en: **1) una valoració individualitzada** des d'una perspectiva multidimensional (**Valoració Geriàtrica Integral**); i **2) un procés de presa de decisions compartida** (i sovint amb un Pla de Decisions Anticipades), enfocada als resultats i a les preferències de les persones. En aquest sentit, caldrà consensuar **indicadors orientats als resultats que importen a les persones** (PREMS i PROMS)⁷, per tal de garantir tan la qualitat com l'equitat de l'atenció a aquestes persones, així com la seva monitorització.

5

Algunes vegades, i amb l'objectiu de preservar la qualitat de vida de la persona, cal plantejar alternatives, tenint en compte que l'envelliment en el propi domicili no es pot imposar. En aquest sentit, si bé les residències geriàtriques poden ser també un bon lloc per viure i un recurs molt valuós per persones grans que, per motius socials o de salut, no puguin ser ateses al domicili⁸, **caldrà desenvolupar altres alternatives, properes al domicili**, sense que la residència sigui l'única alternativa possible. Efectivament, en funció dels condicionants socials de la vellesa i el aspectes vinculats amb el cicle vital de la persona, la llar pot tenir moltes formes: des de l'habitatge privat, als pisos amb serveis, cohabitats, pisos tutelats, i residències.

6

Un model integrat d'atenció de llarga durada requerirà d'**atenció col·laborativa i compartida** entre el món sanitari i social, així com d'una **mirada necessàriament territorial** que transcendeixi les pròpies organitzacions. Això requerirà sovint de propostes específiques d'**atenció integrada** (i en alguns casos, de triple integració⁹). Respecte l'**atenció sanitària** a les persones:

- El **fil conductor de la continuïtat ha de recaure en l'Atenció Primària de salut**, possiblement amb models d'atenció específics per expertesa i organització, contemplant també models col·laboratius amb altres àmbits. En aquest context, el **rol d'infermeria** jugarà un paper clau.
- Sobre aquesta base, cal **aprofitar l'expertesa d'equips especialitzats en Geriatria i Cures Pal·liatives** (PADES, EARs, Hospitalització Domiciliària, ...) per a intervencions intenses i limitades en el temps, com a suport de l'Atenció Primària de salut, especialment durant les crisis de salut¹⁰.
- En aquest context, l'**atenció intermèdia** haurà de tenir un rol de proximitat a les persones i als equips d'Atenció Primària, tan en l'adequació d'ingressos als hospitals d'aguts, com en la prestació de serveis des d'una mirada centrada en les necessitats de les persones, ja siguin aquestes rehabilitadores, o de control simptomàtic, a l'hospital, al domicili o a la residència¹¹.

7

Des d'una perspectiva assistencial, cal **debatre conjuntament** i abordar de forma sincrònica **tots els àmbits de l'atenció de llarga durada**: atenció **residencial**, model de **llarga estada sociosanitària**, **centres i hospitals de dia**, així com **atenció domiciliària**.

8

Cal garantir la seguretat i la salut dels/les professionals de les residències i apostar decididament per **millorar les competències i el reconeixement dels cuidadors i dels professionals**, fet que implica desenvolupar programes formatius específics i continuats, la dignificació de les condicions laborals i desenvolupar accions per promoure el seu reconeixement social.

9

Cal també **incorporar la tecnologia com a eina de suport**, imprescindible, com a mitjà de connexió remota amb la persona i els cuidadors ("teleassistència"), suport directe als cuidadors i formació i seguiment dels mateixos cuidadors.

10

Finalment, caldrà **adaptar els sistemes de provisió dels serveis** d'atenció de llarga durada per a les persones grans a aquestes noves realitats, replantejant i redefinint el marc legal, els sistemes de col·laboració públic-privats, i els models de finançament i de control que s'apliquin en cada cas.

CONCLUSIONS

Cal, doncs, **iniciar un procés de diàleg obert i de consens de forma urgent**, si és precís per via telemàtica, donat el context actual, per tal de començar a donar forma a l'atenció residencial / de llarga durada a Catalunya, evitant corporativismes o lideratges excloents.

Davant la crisi viscuda, així com les dramàtiques conseqüències que se'n deriven, **la inacció en el canvi de model no hauria de ser una opció a contemplar**. Cal aprofitar aquesta oportunitat per redissenyar un futur més digne, que és el que es mereixen tant els professionals com totes les persones grans, que, si tot va bé, un dia també serem nosaltres.

Annex 1. IMPULSORS D'AQUESTA PROPOSTA

Si bé no hi ha dubte que en el **debat** que plantegem en aquest document **hi ha de participar una multitud d'actors** (administració, col·legis professionals, patronals, societats científiques i una multitud d'entitats, organismes i professionals implicats en aquest àmbit), en aquest procés de consens col·laboratiu caldrà un **impuls inicial**. És en aquest context que, donades les especificitats que detallem a continuació, la FATEC, la SCGiG i la Fundació iSocial podem oferir un rol facilitador:

1. EL ROL DE LES PERSONES GRANS I DE L'ENTORN CUIDADOR EN EL DISSENY DEL MODEL

El **rol de les persones grans i del seu entorn cuidador** en la conceptualització i el disseny del model d'atenció de llarga durada **ha de ser central** (i no únicament consultiu), i ha de partir de les seves preferències i dels resultats que són importants per elles.

La Federació d'Associacions de Gent Gran de Catalunya (FATEC), entitat creada l'any 1983, compta amb **550 entitats** federades i adherides que **representen més de 350.000 persones**, i tenim una trajectòria i presència social que ens han portat a esdevenir l'organització més representativa de la gent gran de Catalunya.

Les persones grans **NO volem ser uns simples actors passius** del que passa al nostre entorn, sinó que volem ser-ne **protagonistes**. En aquest sentit, la FATEC vol participar activament en la construcció de la societat del pròxim futur, en la que el percentatge poblacional de persones grans, la seva longevitat, el seu nivell cultural i la seva salut mental i física faran canviar els esquemes i l'organització social del País. El model d'atenció de llarga durada hauria de ser:

- **Disponible**, amb una gama de serveis àmplia amb l'objectiu de poder donar resposta a les diferents necessitats, i preservant el dret de les persones a escollir l'opció que s'ajusti més als seus objectius i preferències.
- **Accessible**, perquè pugui ser utilitzat per tothom independent de la seva edat, capacitat o estatus.
- **Assequible**, per evitar la discriminació per raó d'estatus social.
- **Transparent**, proporcionant una informació clara i completa que aporti informació assessorament, i que sigui de fàcil accés.

2. EL ROL DE LA GERIATRIA I LA GERONTOLOGIA EN EL DISSENY DEL MODEL

Catalunya compta amb una **experiència extensa i consolidada en l'àmbit de la Geriatria i la Gerontologia**, amb una gran capacitat de regeneració i adaptació a les noves realitats. Aquest bagatge i coneixement hauria de ser aprofitat especialment en 2 sentits:

- **Modelització / contextualització**. És fonamental comptar amb els professionals especialitzats i experts en geriatria i gerontologia en el disseny, la supervisió i, fins i tot en la planificació i gestió dels models d'atenció de llarga durada. Segons l'evidència disponible de models internacionals, això garanteix millors resultats¹².

- **Atenció a les persones grans i/o amb necessitats complexes.** El coneixement expert en Geriatria i Gerontologia -de forma compartida amb altres professionals del sistema de salut i el món social-, poden **aportar un gran valor** en diferents àmbits:
 - **A nivell comunitari:** ja sigui en els domicilis / àmbit residencial, els professionals i equips especialitzats de Geriatria són especialment valuosos com a equips de suport, amb intervencions més intenses i acotades en el temps (en l'atenció a crisis de salut agudes, com en la rehabilitació integral o en final de vida), o en l'atenció de llarga durada (especialment en l'àmbit residencial). En les residències les infermeres i infermers amb especialitat en Geriatria i/o formació específica en Geriatria i Gerontologia haurien de jugar un paper central.
 - **A nivell hospitalari,** l'atenció intermèdia ha d'oferir un servei de proximitat, orientat a les persones grans i aquelles amb necessitats complexes d'atenció, i integrat a les dinàmiques territorials (equips, dispositius i organitzacions) d'atenció a aquestes persones. També la Geriatria d'aguts pot aportar, si s'escau, un maneig especialitzat de la complexitat en el moment agut.

En aquest sentit, la SCGiG som un **interlocutor privilegiat** per diferents motius:

1. Som una **societat científica**; és a dir: fonamenta les seves activitats i posicions sobre anàlisis i observacions rigoroses, i no presenta conflictes d'interès respecte a la gestió dels recursos. L'interès principal és el benestar de les persones grans de Catalunya.
2. Som una societat **interdisciplinària**, que inclou tots tipus de professionals dels àmbits de geriatria i gerontologia; és a dir: tant **professionals sanitaris com socials** (amb diferents àrees de coneixement i expertesa, de diferents professions: metges, infermeres, fisioterapeutes, terapeutes ocupacionals, psicòlegs, treballadors socials, educadors socials, TCAIS,...) com de la **investigació gerontològica i psicosocial**.
3. Tenim un **coneixement específic i expert** sobre les **persones grans**, i un interès clar en la millora de l'atenció en les **residències geriàtriques** i en l'**atenció de llarga durada**. La SCGiG històricament ha comptat amb una vocalia de Residències, que coordina una renovada **secció de residències i atenció a les persones grans amb dependència**, així com amb una vocalia social

Des de la SCGiG volem fer èmfasi en que aquest oferiment **en cap cas té una vocació corporativista**, i ni molt menys pretén reivindicar un rol exclusiu en l'atenció de les persones grans en l'àmbit domiciliari/residencial. Tenim clar que cal impulsar models i propostes col·laboratives, de base territorial i vocació integrada.

3. EL ROL DE LA INNOVACIÓ EN L'ÀMBIT SOCIAL EN EL DISSENY DEL MODEL

Aquesta crisi ha demostrat la importància d'innovar i transformar el model de gestió i d'atenció de llarga durada a les persones grans. Des d'una visió innovadora i global, més enllà de repensar el que tenim avui **cal impulsar propostes diferents i alternatives** que parteixin de les voluntats de les persones grans i del respecte als seus drets; que incorporin les visions de tots els agents socials implicats: associacions de persones grans, sector del coneixement, entitats de voluntariat, sector empresarial, associacions

professionals, entitats comunitàries, etc.; que contemplin tot el ventall de suports que les persones grans necessiten, en intensitat i forma, en espai i temps; que replantegin la provisió actual dels serveis per adaptar-la a noves formes de prestar suports; i que revisin i adequin el marc legal a aquests nous models.

Aquest és el rol de la **Fundació iSocial per a la innovació en l'acció social**, una organització nascuda fa dos anys sota l'impuls d'un conjunt d'entitats del tercer sector de llarga trajectòria i d'àmbits d'intervenció diversos, amb l'objectiu de promoure la innovació al sector dels serveis socials de Catalunya.

La innovació que la Fundació iSocial impulsa es focalitza en la **transformació dels models d'intervenció** perquè garanteixin el dret d'elecció de les persones ateses, la vinculació amb la comunitat, la personalització dels serveis, la capacitat d'autogestió o un acció global sobre tots els àmbits de la persona; en l'impuls de **canvis sistèmics**, com l'atenció integrada social i sanitària, l'enfortiment dels serveis de proximitat, la desinstitucionalització, o l'impuls de suports per a la vida independent; **l'adaptació del rol dels/les professionals** a aquests nous models de gestió i d'atenció; i la introducció de les **millores instrumentals i tecnològiques** que contribueixin a fer-ho possible.

Annex 2. BIBLIOGRAFIA

1. Prieto-Alhambra D, Ballo E, Coma-Redon E, et al. Hospitalization and 30-day fatality in 121,263 COVID-19 outpatient cases. medRxiv 2020;2020.05.04.20090050. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.05.04.20090050>
2. Comas-Herrera A, Zalakaín J, Litwin C, Hsu A, Lane N, Fernández J. Mortality associated with COVID19 outbreaks in care homes: early international evidence. 2020. Accessible a: <https://ltccovid.org/2020/04/12/mortality-associated-with-covid-19-outbreaks-in-care-homes-early-international-evidence/>
3. Armitage R, Nellums LB. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. Lancet Public Heal. 2020;5(5). DOI:[https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30061-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30061-X)
4. Amblàs-Novellas J, Santaeugènia S, Vela E, Clèries M, Contel J. BMC Geriatrics (2020) 20:187 <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01587-8>
5. European Quality Framework for long-term care services Principles and guidelines for the wellbeing and dignity of older people in need of care and assistance. Accessible a: https://www.age-platform.eu/sites/default/files/EU_Quality_Framework_for_LTC-EN_0.pdf
6. Spasova, S., Baeten, R., Coster, S., Ghailani, D., Peña-Casas, R. and Vanhercke B. Challenges in long-term care in Europe. A study of national policies. 2018. Accessible a: <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?langId=en&catId=89&newsId=9185>
7. Coulter A. Measuring what matters to patients. BMJ 2017;356. doi: 10.1136/bmj.j816.
8. Beerens HC, Zwakhalen SMG, Verbeek H, et al. Change in quality of life of people with dementia recently admitted to long-term care facilities. J Adv Nurs 2015;71(6):1435–47. DOI: [10.1111/jan.12570](https://doi.org/10.1111/jan.12570)
9. Thomas P, Meads G, Moustafa A, Nazareth I, Stange KC, Hess GD. Combined horizontal and vertical integration of care: A goal of practice-based commissioning. Qual Prim Care 2008;16(6):425–32.
10. Mas MÀ, Inzitari M, Sabaté S, Santaeugènia SJ, Miralles R. Hospital-at-home Integrated Care Programme for the management of disabling health crises in older patients: Comparison with bed-based Intermediate Care. Age Ageing 2017;46(6).
11. Westwood S, Daly M. Social Care and Older People in Home and Community Contexts: A Review of Existing Research and Evidence. 2016. Accessible a: https://www.researchgate.net/publication/310373803_Social_Care_and_Older_People_in_Home_and_Community_Contexts_A_Review_of_Existing_Research_and_Evidence_A_Working_Paper
12. Mukamel DB, Peterson DR, Temkin-Greener H, et al. Program Characteristics and Enrollees' Outcomes in the Program of All-Inclusive Care for the Elderly (PACE). Milbank Q 2007;85(3):499–531.