



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

POR UN DEBATE ABIERTO (y urgente) SOBRE EL NUEVO MODELO DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN Y RESIDENCIAL EN CATALUÑA

ELEMENTOS CLAVE

- En Cataluña, como en buena parte del resto del mundo, la pandemia de COVID-19 ha afectado especialmente a las personas mayores más vulnerables. La mayor parte de la mortalidad por esta patología se ha focalizado en este grupo poblacional, especialmente en el ámbito residencial.
- A nivel individual, el impacto de la pandemia en estas personas va más allá de la mortalidad, y ha tenido múltiples repercusiones tanto a nivel físico, como emocional, como social. También ha tenido un gran impacto en sus familiares y entorno cuidador, así como en los profesionales asistenciales.
- A nivel asistencial, esta crisis ha hecho aflorar algunos déficits pre-existentes tanto de modelo de atención, como de planificación y gestión, de financiación y de gobernanza, especialmente en la atención a las personas con necesidades complejas de atenciones sociales y sanitarias.

Ante esta realidad, **manifestamos** que:

- Tanto en la evaluación de las causas de la crisis, como en el análisis de la situación actual, así como en las respuestas de futuro, será necesaria una **mirada compartida e integradora** de las diferentes sensibilidades, visiones, agentes y sectores, que requerirá de un **debate y de decisiones urgentes**, alejados de maximalismos, y **necesariamente serenos y abiertos**.
- **Cualquier propuesta de futuro debe fundamentarse en los derechos y en las preferencias de las personas mayores**, sobre cómo quieren vivir su vejez; en coherencia, la atención sanitaria y social debe enfocarse a dar respuesta a la voluntad y las necesidades de estas personas, así como a los resultados que son importantes para ellas.
- Nos posicionan **como interlocutores especialmente relevantes y sin conflictos de interés** en este debate, y nos ponemos a disposición de la administración para **promover un debate participativo, constructivo y pragmático** con todos los actores implicados

DESCRIPCIÓN BREVE DEL IMPACTO DE LA CRISIS COVID-19 EN LAS PERSONAS MAYORES

La **mortalidad** por Covid-19 en las personas mayores ha sido especialmente elevada: según datos epidemiológicos de Cataluña (1), la mortalidad por COVID-19 que en la población general es cercana al 4%, se incrementa hasta el 18% en las personas de 75-84 años, y al 29% de en aquellas de más de 84 años. El 90% de las muertes se han convertido en personas de más de 65 años -el 70% en mayores de 75 años-. Tal como ha sucedido también en muchos otros países, en el caso de las **residencias geriátricas** la afectación ha sido aún más dramática: un 25% de los residentes infectados ha muerto, estimándose que los fallecimientos en residencias equivalen al menos a un 50% del total de defunciones por la COVID-19 que se habrán producido en nuestro país (2).

Pero **más allá de la mortalidad**, el impacto del estado de alarma y del confinamiento en diferentes ámbitos de las personas mayores (3), así como también de sus cuidadores, ha sido, es y será muy alto. Algunos ejemplos son:

- A **nivel físico**, con incremento de síndromes geriátricos como la inmovilidad o el delirium.
- A **nivel psicológico**, con impacto emocional y vivencias de amenaza, frustración, culpa, soledad, tanto por parte de las personas, como de sus familiares y entorno cuidador.
- A **nivel social**, el impacto en un colectivo que a menudo ya tiene pocas oportunidades de relación social, habitualmente muy ligadas a rutinas diarias (hacer la compra, ...), el confinamiento ha propiciado el aislamiento social, la pérdida de vínculos y de las relaciones interpersonales.
- Tampoco se puede menospreciar el impacto que ha tenido la gestión de las **situaciones de final de vida**: en un enfoque eminentemente centrado en "salvar vidas", otras realidades inherentes a los procesos de envejecer y morir, así como la **importancia de los cuidados y de la atención a las necesidades esenciales** de la persona, demasiado a menudo han quedado relegadas a un segundo plano.

En este sentido, la consideración de la actual crisis como un problema únicamente sanitario (obviando a menudo las implicaciones sociales de la misma), ha favorecido **estereotipos negativos** sobre las personas mayores y el envejecimiento. Así, por ejemplo, las **personas que viven en las residencias** geriátricas estuvieron inicialmente "invisibilizadas" por parte del sistema -priorizando un enfoque estrictamente hospitalario de la respuesta a la pandemia-, para posteriormente pasar a ser estigmatizadas, poniendo el foco en la seguridad por encima de otros principios y derechos. Es probable que esta consideración, conjuntamente con las restricciones de información y de participación en la toma de decisiones, la limitación de visitas, actividades y su movilidad, condicione que **las consecuencias sobre este colectivo sean aún más remarcables**.

Es necesario hacer énfasis también en la situación de los **cuidadores** no profesionales, que han sufrido y sufren una carga muy importante, a menudo con la dificultad añadida de la interrupción de diferentes tipos de prestaciones de apoyo por parte de cuidadores profesionales, públicos o privados.

Finalmente, es necesario destacar también que esta crisis también **ha hecho aflorar muchas cualidades**, tanto de las personas mayores como del sistema, que hay que poner en valor: en primer lugar es destacable la actitud extraordinariamente resiliente por parte de muchas de las personas grandes ante esta crisis. Por otra parte, cabe destacar también el **esfuerzo y la implicación de muchos profesionales**, tanto del ámbito social como sanitario, que han conseguido -por ejemplo- que a pesar de las enormes limitaciones, menos del 20% de las personas que viven en residencias hayan sufrido la infección por SARS-COV-2.

DEFICIENCIAS PRE-EXISTENTES QUE EXPLICAN LA GRAN REPERCUSIÓN DE LA CRISIS COVID-19 EN LAS RESIDENCIAS GERIÁTRICAS

Ciertamente: ni el sector residencial ni el sanitario estaban preparados para afrontar el escenario de una pandemia de esta magnitud. Pero tampoco la capacidad de respuesta ha resultado lo suficientemente ágil, poniendo en evidencia diferentes **problemas previos** (funcionales, estructurales y de modelo), vinculados con la institucionalización de las personas mayores en residencias geriátricas:

- Por un lado, **las residencias no han terminado de convertirse en hogares para las personas mayores más dependientes**, porque su diseño -tanto arquitectónico como en servicio- ha sido pensado para optimizar recursos asistenciales y no para desplegar un modelo de atención centrado en la persona real, basado en los derechos de las personas mayores a mantener el control sobre su vida hasta el final.
- Por otra parte, la **infrafinanciación** pública del sector y la **excesiva sectorización** de la atención social y asistencial a las personas mayores ha hecho que no se haya hecho efectiva una verdadera coordinación eficiente entre el sector social y el sanitario. En un ámbito donde la **integración de la atención social y sanitaria** es fundamental, las políticas departamentales y las dinámicas de gobernanza no han sido capaces de generar o apoyar propuestas territoriales tangibles.
- Esto a menudo ha condicionado que, a pesar de una **concentración extraordinaria de complejidad** en el ámbito de las residencias geriátricas de Cataluña (87 años de edad media, 46% de personas con demencia, 51% de GMA de alto riesgo, 54% de prevalencia de situación de final de vida y mortalidad anual global superior al 20%) (4), la respuesta asistencial a menudo resulte insuficiente, poco equitativa con el resto de la población.
- En este sentido, probablemente hubiera sido de especial importancia haber dispuesto de directrices e indicadores comunes que permitieran velar por **la calidad y la equidad** en la prestación de servicios.
- A nivel de los **profesionales**, son especialmente relevantes tanto las inequidades a nivel retributivas y de convenio laboral de los profesionales del ámbito residencial respecto a los del sistema sanitario, así como la dificultad al acceso a programas formativos destinados a su mejora competencial.

- El conocimiento específico de la situación de las residencias catalanas es también deficitario, en su conjunto, por la **falta de datos homogéneos y del fomento de la investigación** en este sector.

UNA GRAN OPORTUNIDAD PERA REPENSAR LA ATENCIÓN DE LLARGA DURACIÓN

Consideramos que esta dramática situación de crisis debe representar, como mínimo, una **oportunidad para repensar el modelo** de todos los **cuidados de larga duración**, que abarque todos los servicios y apoyos que las personas mayores necesitan en esta etapa de su vida, tanto en el ámbito residencial, como en el domicilio, en otros entornos habitacionales, y con el apoyo y la implicación de la comunidad.

Efectivamente: esta crisis ha demostrado la importancia de **innovar y transformar** el modelo de gestión y de cuidados de larga duración a las personas mayores para adaptarse a las nuevas realidades. Así por ejemplo, la integración y / o interoperabilidad de los sistemas de información, un mayor uso de soluciones tecnológicas en los domicilios probablemente hubieran resultado fundamentales para mejorar la respuesta a una crisis como la actual. Los modelos innovadores - como los servicios que priorizan los derechos de las personas usuarias, que garantizan intimidad y evitan la masificación, que incentivan la autogestión, o que ofrecen información y facilitan la participación activa de las personas mayores en la toma de decisiones-, han demostrado una **mejor capacidad para responder** a las necesidades de estas personas.

En el caso de las **residencias geriátricas**, en el contexto actual hay que ser muy prudentes con las respuestas reactivas que, más allá de repensar el modelo de atención sanitaria, abogan por una "sanitarización" absoluta de este entorno. Básicamente por dos motivos:

- En primer lugar, porque no cuestionan el **problema estructural de fondo**, que es la institucionalización de la vejez que dificulta hacer efectiva una atención centrada en la persona como sujeto de derechos, y no únicamente como sujeto de necesidades, y vinculada a la comunidad y al entorno. Una "sanitarización" no haría más que agravar este enfoque.
- En segundo lugar, porque poniendo el foco del impacto del COVID-19 básicamente en el ámbito residencial, a menudo se tiende a obviar las **personas con necesidades complejas de atención en el ámbito domiciliario** o en otros entornos, donde los cuidados son asumidos por cuidadores profesionales y no profesionales, y donde el infra-financiación pública es mucho más grave que el del ámbito residencial.

Hay que **distinguir**, pues, **la necesidad de replantear el modelo de atención sanitaria** en el ámbito residencial -compartido por todos nosotros-, **de la "sanitarización" de las residencias geriátricas**, que implicaría una mayor medicalización e institucionalización de la vejez. En este sentido, resulta imprescindible **afrentar el problema de fondo**: hay que diseñar un modelo de cuidados de larga duración que tenga en cuenta la diversidad en la vejez, que apueste por un reparto más justo de los cuidados, que reconozca su valor social y no favorezca su precariedad, que dé respuesta a la complejidad asistencial derivada del envejecimiento poblacional y que ponga en el centro los derechos de las personas mayores a continuar decidiendo sobre su vida.

Respecto a los escenarios del futuro modelo de la atención de larga duración en Cataluña, proponemos **10 principios** básicos sobre los que **iniciar el debate y construir el nuevo modelo**:

LOS 10 PRINCIPIOS BÁSICOS QUE TENDRÍA DE CONSIDERAR ESTE NUEVO MODELO

1

El modelo de cuidados de larga duración debe tener una **mirada amplia** desde la perspectiva vital y de necesidades de las personas, que van **desde la prevención de discapacidad** y la rehabilitación, **hasta la atención de final de vida** y cuidados paliativos precoces.

2

Hay que incorporar a las **personas mayores y sus cuidadores**, profesionales y no profesionales, en la conceptualización y el diseño del nuevo modelo, que debe partir de sus preferencias y de los resultados que son importantes para ellos (5). Su **papel debe ser central**, y no únicamente consultivo. Es imprescindible contar con la **implicación de la comunidad y de los diferentes agentes**, en un ejercicio de reflexión compartido y conjunto.

3

Hay que tener en cuenta que **la mayor parte de las personas mayores quieren vivir en su hogar** hasta el final de su vida, porque quieren preservar su autonomía y los vínculos familiares y sociales. Esto requiere de: **3.1** apostar por la **atención integrada social y sanitaria** en el domicilio - tal como recomienda la UE (6); **3.2** **políticas sociales** que luchen contra la explotación y precarización en los trabajos de cuidados formales e informales, y contra las desigualdades por razones de género, clase o etnia; y **3.3** **políticas de vivienda** y urbanas que tengan en cuenta las necesidades de las personas mayores y la diversidad de maneras de vivir el envejecimiento

4

Desde una perspectiva individual, la atención a las personas mayores debe dar un paso adelante hacia la **personalización de las intervenciones**, basados en: **1**) una valoración individualizada desde una perspectiva multidimensional (**Valoración Geriátrica Integral**); y **2**) un proceso de **toma de decisiones compartida** (y a menudo con un Plan de Cuidados Anticipados), enfocada a los resultados y a las preferencias de las personas. En este sentido, habrá que consensuar **indicadores orientados a los resultados que importan a las personas** (PREMS y PROMS) (7), para garantizar tanto la calidad como la equidad de la atención a estas personas, así como su monitorización.

5

Algunas veces, y con el objetivo de preservar la calidad de vida de la persona, hay que plantear alternativas, teniendo en cuenta que el envejecimiento en el propio domicilio no se puede imponer. En este sentido, si bien las residencias geriátricas pueden ser también un buen lugar para vivir y un recurso muy valioso para personas mayores que, por motivos sociales o de salud, no puedan ser atendidas en el domicilio (8), **habrá que desarrollar otras alternativas, cercanas al domicilio**, para que la residencia sea la única alternativa posible. Efectivamente, en función de los condicionantes sociales de la vejez y los aspectos vinculados con el ciclo vital de la persona, el hogar puede tener muchas formas: desde la vivienda privada, los pisos con servicios, *cohousing*, pisos tutelados, y residencias.

Un modelo integrado de cuidados de larga duración requerirá de **atención colaborativa y compartida** entre el mundo sanitario y social, así como de una **mirada necesariamente territorial** que trascienda las propias organizaciones. Esto requerirá a menudo de propuestas específicas de **atención integrada** (y en algunos casos, de triple integración (9)).

Respecto la **atención sanitaria** a las personas:

- El **hilo conductor de la continuidad debe recaer en la Atención Primaria** de salud, posiblemente con modelos de atención específicos, contemplando también modelos colaborativos con otros ámbitos. En este contexto, el rol de enfermería jugará un papel clave.
- Sobre esta base, hay que **aprovechar la experiencia de equipos especializados en Geriatría y Cuidados Paliativos** (PADES, EARs, Hospitalización Domiciliaria, ...) para intervenciones intensivas y limitadas en el tiempo, como soporte de la Atención primaria de salud, especialmente durante las crisis de salud (10).
- En este contexto, la **atención intermedia** deberá tener un rol de proximidad a las personas ya los equipos de Atención Primaria, tanto en la adecuación de ingresos en los hospitales de agudos, como en la prestación de servicios desde una mirada centrada en las necesidades de las personas, ya sean estas rehabilitadoras, o de control sintomático, en el hospital, en el domicilio o en la residencia (11).

6

Desde una perspectiva asistencial, hay que **debatir conjuntamente** y abordar de forma sincronizada **todos los ámbitos de la atención de larga duración**: atención **residencial**, modelo de **larga estancia sociosanitaria**, **centros y hospitales de día**, así como **atención domiciliaria**.

7

Hay que garantizar la seguridad y la salud de los / las profesionales de las residencias y apostar decididamente para **mejorar las competencias y el reconocimiento de los cuidadores y los profesionales**, lo que implica desarrollar programas formativos específicos y continuos, la dignificación de las condiciones laborales y desarrollar acciones para promover su reconocimiento social

8

Hay también **incorporar la tecnología como herramienta de apoyo**, imprescindible, como medio de conexión remota con la persona y los cuidadores ("teleasistencia"), apoyo directo a los cuidadores y formación y seguimiento de los mismos cuidadores.

9

Finalmente, habrá que **adaptar los sistemas de provisión de los servicios** de cuidados de larga duración para las personas mayores a estas nuevas realidades, replanteando y redefiniendo el marco legal, los sistemas de colaboración público-privados, y los modelos de financiación y de control que se apliquen en cada caso.

10

CONCLUSIONES

Es **imprescindible iniciar un proceso de diálogo abierto y de consenso de forma urgente**, si es preciso por vía telemática -dado el contexto actual-, con el fin de empezar a dar forma a la atención residencial / de larga duración en Cataluña, evitando corporativismos o liderazgos excluyentes.

Ante la crisis vivida, así como las dramáticas consecuencias que de ella se derivan, **la inacción en el cambio de modelo no debería ser una opción** a contemplar. Hay que aprovechar esta oportunidad para rediseñar un futuro más digno, que es lo que se merecen tanto los profesionales como todas las personas mayores.

Anexo 1. IMPULSORES DE ESTA PROPUESTA

Si bien no hay duda de que en el **debate** que planteamos en este documento **debe participar una multitud de actores** (administración, colegios profesionales, patronales, sociedades científicas y una multitud de entidades, organismos y profesionales implicados en este ámbito), en este proceso de consenso colaborativo será imprescindible un **impulso inicial**. Es en este contexto que, dadas las especificidades que detallamos a continuación, la FATEC, la SCGiG y la Fundación iSocial podemos ofrecer un rol facilitador:

1. EL ROL DE LAS PERSONAS MAYORES Y DEL ENTORNO CUIDADOR EN EL DISEÑO DEL MODELO

El **rol de las personas mayores y de su entorno cuidador** en la conceptualización y el diseño del modelo de atención de larga duración debe ser central (y no únicamente consultivo), y debe partir de sus preferencias y de los resultados que son importantes por ellas.

La Federación de Asociaciones de Mayores de Cataluña (FATEC), entidad creada en 1983, cuenta con **550 entidades** federadas y adheridas que **representan más de 350.000 personas**, y tenemos una trayectoria y presencia social que nos han llevado a convertirse en la organización más representativa de la gente mayor de Cataluña.

Las personas mayores **NO queremos ser unos simples actores pasivos** de lo que ocurre en nuestro entorno, sino que queremos ser **protagonistas**. En este sentido, la FATEC quiere participar activamente en la construcción de la sociedad del próximo futuro, en la que el porcentaje poblacional de personas mayores, su longevidad, su nivel cultural y su salud mental y física harán cambiar los esquemas y la organización social del País. El modelo de atención de larga duración debería ser:

- **Disponible**, con una gama de servicios amplia con el objetivo de poder dar respuesta a las diferentes necesidades, y preservando el derecho de las personas a elegir la opción que más se ajuste a sus objetivos y preferencias.
- **Accesible**, para que pueda ser utilizado por todos, independiente de su edad, capacidad o estatus.
- **Asequible**, para evitar la discriminación por razón de estatus social.
- **Transparente**, proporcionando una información clara y completa que aporte información asesoramiento, y que sea de fácil acceso.

2. EL ROL DE LA GERIATRÍA Y LA GERONTOLOGÍA EN EL DISEÑO DEL MODELO

Cataluña cuenta con una **experiencia extensa y consolidada en el ámbito de la Geriátrica y la Gerontología**, con una gran capacidad de regeneración y adaptación a las nuevas realidades. Este bagaje y conocimiento debería ser aprovechado especialmente en 2 sentidos:

- **Modelización / contextualización**. Es fundamental contar con los profesionales especializados y expertos en Geriátrica y Gerontología en el diseño, la supervisión y, incluso en la planificación y gestión de los modelos de atención de larga duración. Según la evidencia disponible de modelos internacionales, esto garantiza mejores resultados (12).
- **Atención a las personas mayores y / o con necesidades complejas**. El conocimiento experto en Geriátrica y Gerontología -de forma compartida con otros profesionales del sistema de salud y el mundo social, pueden **aportar un gran valor** en diferentes ámbitos:
 - o **A nivel comunitario**: ya sea en los domicilios / ámbito residencial, los profesionales y equipos especializados de Geriátrica son especialmente valiosos como equipos de apoyo, con intervenciones más intensivas y acotadas en el tiempo (en la atención a crisis de salud agudas, como en la rehabilitación integral o en final de vida), o en los cuidados de larga duración (especialmente en el ámbito residencial). En las residencias las enfermeras y enfermeros con especialidad en Geriátrica y / o formación específica en Geriátrica y Gerontología deberían jugar un papel central.
 - o **A nivel hospitalario**, la atención intermedia debe ofrecer un servicio de proximidad, orientado a las personas mayores y aquellas con necesidades complejas de atención, e integrado a las dinámicas territoriales (equipos, dispositivos y organizaciones) de atención a estas personas. También la Geriátrica de agudos puede aportar, en su caso, un manejo especializado de la complejidad en el momento agudo.

En este sentido, la SCGIG somos un **interlocutor privilegiado** por diferentes motivos:

1. Somos una **sociedad científica**; es decir: fundamenta sus actividades y posiciones sobre análisis y observaciones rigurosas, y no presenta conflictos de interés con respecto a la gestión de los recursos. El interés principal es el bienestar de las personas mayores de Cataluña.

2. Somos una sociedad **interdisciplinaria**, que incluye todo tipo de profesionales de los ámbitos de Geriátría y Gerontología; es decir: tanto profesionales sanitarios como sociales (con diferentes áreas de conocimiento y experiencia, de diferentes profesiones: médicos, enfermeras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, psicólogos, trabajadores sociales, educadores sociales, TCAIS, ...) como de la investigación gerontológica y psicosocial.

3. Tenemos un **conocimiento específico y experto** sobre las **personas mayores**, y un interés claro en la mejora de la atención en las **residencias geriátricas y en los cuidados de larga duración**. La SCGiG históricamente ha contado con una vocalía de Residencias, que coordina una renovada sección de residencias y atención a las personas mayores con dependencia, así como con una vocalía social

Desde la SCGiG queremos hacer énfasis en que este ofrecimiento en ningún caso tiene una vocación corporativista, y ni mucho menos pretende reivindicar un rol exclusivo en la atención de las personas mayores en el ámbito domiciliario / residencial. Tenemos claro que hay que impulsar modelos y propuestas colaborativa, de base territorial y vocación integrada.

3. EL ROL DE LA INNOVACION EN EL AMBITO SOCIAL EN EL DISEÑO DEL MODELO

Esta crisis ha demostrado la importancia de innovar y transformar el modelo de gestión y de cuidados de larga duración a las personas mayores. Desde una visión innovadora y global, más allá de repensar lo que tenemos hoy es necesario **impulsar propuestas diferentes y alternativas** que partan de las voluntades de las personas mayores y del respeto a sus derechos; que incorporen las visiones de todos los agentes sociales implicados: asociaciones de personas mayores, sector del conocimiento, entidades de voluntariado, sector empresarial, asociaciones profesionales, entidades comunitarias, etc.; que contemplen todo el abanico de soportes que las personas mayores necesitan, en intensidad y forma, en espacio y tiempo; que replanteen la provisión actual de los servicios para adaptarla a nuevas formas de prestar apoyos; y que revisen y adecuen el marco legal a estos nuevos modelos.

Este es el rol de la **Fundación iSocial para la innovación en la acción social**, una organización nacida hace dos años bajo el impulso de un conjunto de entidades del tercer sector de larga trayectoria y de ámbitos de intervención diversos, con el objetivo de promover la innovación en el sector de los servicios sociales de Cataluña.

La innovación que la Fundación iSocial impulsa se focaliza en la **transformación de los modelos de intervención** para que garanticen el derecho de elección de las personas atendidas, la vinculación con la comunidad, la personalización de los servicios, la capacidad de autogestión o un acción global sobre todos los ámbitos de la persona; en el impulso de **cambios sistémicos**, como la atención integrada social y sanitaria, el fortalecimiento de los servicios de proximidad, la desinstitucionalización, o el impulso de soportes para la vida independiente; la **adaptación del rol de los / las profesionales** en estos nuevos modelos de gestión y de atención; y la introducción de las **mejoras instrumentales y tecnológicas** que contribuyan a hacerlo posible.

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.
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.
3. Armitage R, Nellums LB. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *Lancet Public Heal.* 2020;5(5).
4. Amblàs-Novellas J, Santauegènia S, Vela E, Clèries M, Contel J. *MC 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.
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.
7. Coulter A. Measuring what matters to patients. *BMJ* 2017;356.
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.
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, Santauegènia 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.
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.