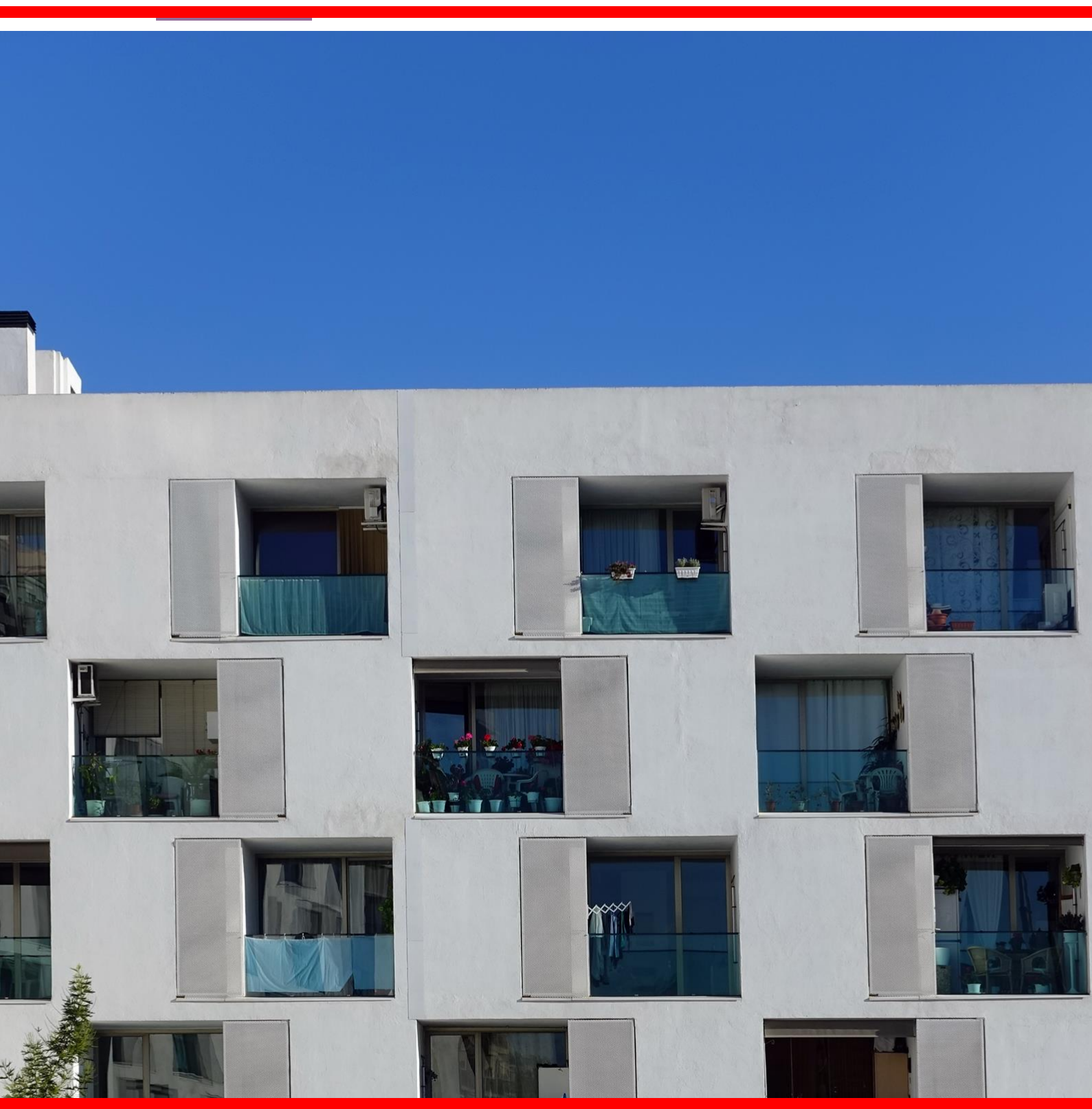

Habitatges amb serveis versus residències per a persones grans

Barcelona 2019



©[2019Tabla 1] Agència de Salut Pública de Barcelona
Tots els drets reservats. No es permet la reproducció total ni parcial
de las imatges o textos d'aquesta publicació sense prèvia autorització.

<https://www.aspb.cat/>

Aquesta publicació està sota una llicència
Creative Commons Reconeixement – NO Comercial – Compartir igual (BY-
NC-ND)

<https://creativecommons.org/>



Habitatges amb serveis versus residències per a persones grans

Habitatges amb Serveis versus residències per a persones grans

Autoria

Rosa Puigpinós i Riera

Carles Ariza

Lucía Artazcoz

Índex

Introducció	9
Estudis que comparen els habitatges assistits amb altres recursos comunitaris i les cures residencials	14
Conclusions	22
Proposta	23
Cronograma	23
A curt termini (en els propers mesos)	23
A mig termini (en els propers anys)	23
A llarg termini	23
Pressupost	24
Propostes a curt termini	24
Propostes a mig termini	24
Propostes a llarg termini	25
Bibliografia	26

Introducció

La qüestió sotmesa a controvèrsia és si el fet de viure en **habitatges amb serveis** realment retarda el procés de fragilització i de dependència de les persones grans, moment en el què han de recórrer a les llars d'avis. Per aquesta raó, s'imposa definir i conceptualitzar aquests dos tipus de recursos.

S'han anat desenvolupant diferents models que s'han anomenat habitatges amb serveis i que, es basen en que les persones tenen dret a poder continuar vivint a casa seva o en un ambient no institucionalitzat que els faci sentir com a casa (Argoud, 2011). No existeix una definició única i universal d'habitatges amb serveis, de la mateixa manera que no existeix una única tipologia. Donada la gran varietat de models que hi ha, el que més diferenciaria els habitatges amb serveis de les residències de persones grans, és l'obligació que tenen aquestes darreres d'oferir servei d'infermeria (tot i que alguns habitatges amb serveis també ho ofereixen).

Pel que fa als habitatges amb serveis l'Ajuntament de Barcelona esmenta: "Especialment pensats en el seu disseny per a la gent gran, els habitatges amb serveis són promocions de pisos de lloguer de l'Institut Municipal de l'Habitatge i Rehabilitació (IMHAB). Els objectius generals dels habitatges amb serveis són oferir a les persones grans de la ciutat de Barcelona un habitatge adaptat, segur, confortable i integrat en la comunitat, que compti amb el suport necessari. Disposen de serveis de consergeria, teleassistència, suport a la neteja i suport personal. Estan

A partir d'una revisió de diferents estudis (Wysocki et al 2015) defineixen els habitatges amb serveis, com serveis de base individual i comunitària, bé a través de llars individuals o de llars incloses en complexos comunitaris per a persones grans amb propostes de tipus de serveis molt variables i amb necessitat de suport i serveis de llarga durada.

adreçats a persones de 65 anys o més, que no tenen habitatge en propietat i que fan les activitats del dia a dia per si mateixes." (<http://ajuntament.barcelona.cat/accessible/ca/guia-recursos/habitatges-amb-serveis-comuns>).

L'Ajuntament de Barcelona també posa en evidència que "Els habitatges tutelats per a gent gran són un servei d'acolliment alternatiu per a

persones grans autònomes, les circumstàncies sociofamiliars de les quals no els permeten romandre a la pròpia llar". Es tracta d'un conjunt d'habitatges amb estances d'ús comú i sense barreres arquitectòniques.

Wysocki (2015), defineix les residències de persones grans com instal·lacions institucionals amb llicència estatal que ofereixen allotjament i menjar les 24 hores, supervisió i cures d'infermeria.

Els residents dels habitatges tutelats comparteixen tasques i despeses i, optativament, poden viure amb els cònjuges o parelles i amb les persones que en depenguin. Els equips professionals que ofereixen el servei d'habitatge tutelat han d'estar formats, com a mínim, per un director o directora responsable i un treballador o treballadora social per a les admissions, el seguiment i la recerca de recursos, en coordinació amb la xarxa d'atenció primària. Així mateix, han de tenir un conserge o un servei de teleassistència, disponible durant les 24 hores del dia. (<http://ajuntament.barcelona.cat/gentgran/ca/canal/habitatges-tutelats>).

Per **residències de persones grans**, segons el model del IMSERSO (Fernández Garrido, 2009), s'enten els establiments destinats a servir d'habitatge permanent i comú a persones de la tercera edat, en les què es presta una assistència integral i continuada a aquelles persones que no poden satisfer algunes necessitats per altres vies. Les residències per a persones grans són un recurs social d'allotjament temporal o permanent per a les persones grans en situació de dependència i, per tant, que no poden viure de manera autònoma i tenen necessitant de manera duradora de l'ajut d'altres per a les activitats de la vida quotidiana.

Aquests serveis residencials s'adrecen a persones de 65 anys o més en situació de dependència. L'assignació d'un centre residencial arreu del territori es duu a terme a través del Programa individual d'atenció (PIA), que realitzen els serveis socials públics i que determina les modalitats d'intervenció més adients per a les necessitats de les persones en situació de dependència pel que fa als serveis i les prestacions econòmiques previstes a la resolució pel seu grau i nivell.

El tipus d'assistència o acolliment que ofereixen les residències de persones grans són:

1. **Servei de llar residencial:** Aquest servei d'acolliment residencial de caràcter temporal o permanent es destina a persones grans amb un grau d'autonomia suficient per a les activitats de la vida diària, que requereixen un determinat nivell d'organització i suport personal. L'objectiu principal és facilitar un entorn substitutori de la llar. Les funcions que compleix aquest servei són: allotjament, manutenció, acolliment, convivència i suport personal. La llar residència consta d'un habitatge amb serveis comuns, i disposa d'un equip professional format per un o una responsable del servei, una o un responsable higiènic-sanitari i de personal suficient per a la prestació adequada de les funcions d'allotjament, manutenció, acolliment, convivència i suport personal, de manera que se n'asseguri la presència permanent i continuada durant les 24 hores del dia.

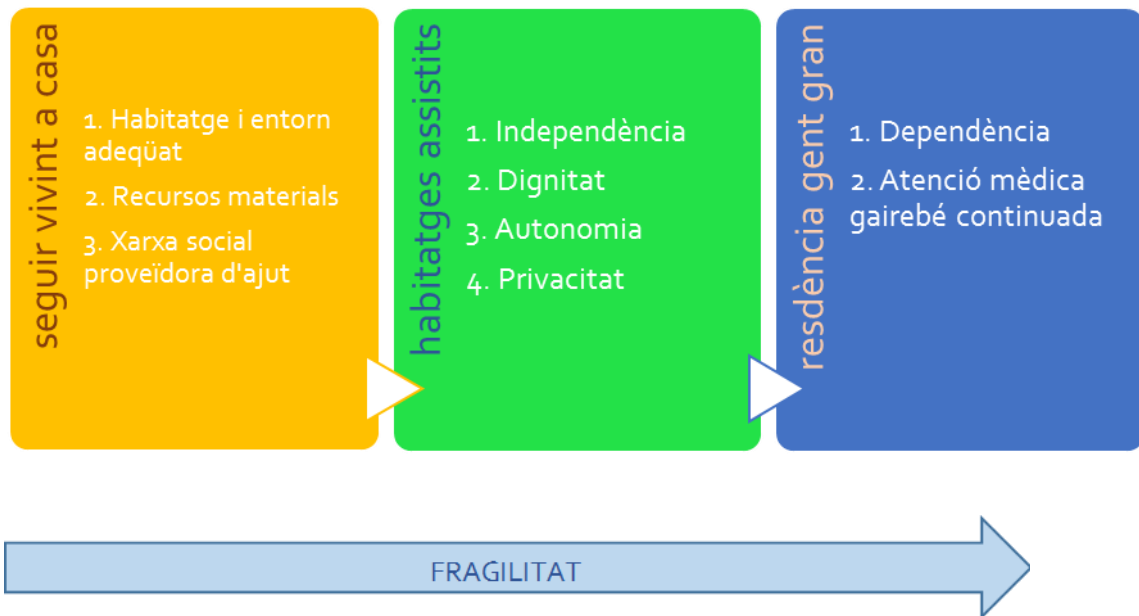
El servei de residència assistida és un servei d'acolliment residencial, amb caràcter permanent o temporal, i d'assistència integral, adreçat a persones grans que no tenen un grau d'autonomia suficient per fer les activitats de la vida diària, que necessiten supervisió constant i que tenen una situació sociofamiliar que requereix la substitució de la llar. El servei s'adapta al grau de dependència de les persones usuàries. L'equip professional que hi treballa és pluridisciplinari i està format per infermers i infermeres, auxiliars de gerontologia, fisioterapeutes, terapeutes ocupacionals, persones expertes en educació social, psicologia i medicina. També hi ha un director o directora responsable i una o un responsable higiènic-sanitari.

Un concepte important és el de **fragilitat**, quan l'envelliment no es dona d'una forma saludable. S'entén per fragilitat una síndrome biològica en la caracteritzada per l'augment de la vulnerabilitat als estressors derivats de les limitacions associades a l'envelliment en la funció i la reserva en múltiples sistemes fisiològics i, en última instància, comprometent la capacitat de mantenir una homeòstasi estable. Tenint en compte aquesta definició s'han establert una sèrie de marcadors de fragilitat: disminució de la força, disminució de l'energia, desacceleració del rendiment motor, baixa activitat física i/o disminució de pes no intencionada (Chen, Mao, & Leng, 2014).

Per tant, i tal com es representa a la Figura 1, existeix una gradació de la necessitat de serveis que va des de l'autonomia més completa que permet seguir vivint a casa de manera completament autònoma i/o amb petits serveis en el propi domicili (atenció domiciliària) fins als habitatges assistits com un primer grau de compartir serveis comunitaris així com també en funció del perfil social, habitatges tutelats d'ús comú amb tutela social i finalment la residència de persones grans quan l'atenció

mèdica ja es precisa d'una forma continuada (Pinazo-Hernandis & Bellegarde-Nunves, 2018; Pinazo-Hernandis & Poveda Puente, 2015). Cal tenir en compte que les residències, tal com s'ha comentat anteriorment, en funció de que estiguin en zones on no hi ha el pas entremig del pisos amb serveis, cobreixen diverses funcions.

Figura 1. Gradació de necessitats de serveis segons el grau d'autonomia de les persones grans.



Font: elaboració pròpia a partir de Pinazo-Hernandis et al 2015 i Pinazo-Hernandis et al 2018.

Estudis que comparen els habitatges assistits amb altres recursos comunitaris i les cures residencials

A continuació es revisen els estudis que han comparat els habitatges assistits amb altres recursos comunitaris i les cures residencials en termes de benestar i salut en les persones beneficiàries dels diferents tipus de serveis.

AUTOR	(Wysocki et al., 2015), estudi de revisió dut a terme majoritàriament amb literatura principalment dels Estats Units.
PREGUNTA	Es pregunta si els serveis i suports a llarg termini es tradueixen en resultats en salut diferents segons es visqui en una institució, a casa amb o en habitatges amb serveis. Els indicadors que valora mesuren: funcions cognitives, salut mental i ús de serveis.
RESULTATS	<p>Funció cognitiva: no troba diferències significatives</p> <p>Salut mental: no troba diferències significatives. Només en un estudi troba que la depressió és major en les persones que viuen en residències de gent gran.</p> <p>Mortalitat: no troba diferències significatives. Només en un estudi troba que la mitjana de supervivència és menor en les persones que viuen en residències.</p> <p>Ús de serveis sanitaris: en els estudis revisats no troba diferències quant a hospitalització. Només en un estudi troba que les persones que tenen demència van més a l'hospital.</p>

Per tant:

No troba grans diferències entre ambdós equipaments, però en alguns estudis la depressió i la mortalitat és més alta en les residències de persones grans.

AUTOR	(Boland et al., 2017), publica una revisió de revisions majoritàriament amb literatura anglosaxona i sobretot d' EUA
PREGUNTA	Es pregunta: <ul style="list-style-type: none">• Viure a casa amb suport versus viure independent• Rebre cures a casa o en un centre institucionalitzat• Fer rehabilitació a casa versus centre convencional de rehabilitació
RESULTATS	<p>Viure a casa amb suport versus viure independent: 11 revisions, de les quals 7 afavoreixen viure en una casa amb suport, 3 no troben diferències i 1 dona insuficient evidència.</p> <p>Rebre cures a casa versus en un centre institucionalitzat: 3 revisions, 2 d'elles troben insuficient evidència i 1 afavoreix rebre les cures a casa.</p> <p>Rehabilitació a casa versus centre convencional de rehabilitació: 7 revisions, de les quals 5 no troben diferències, 1 té insuficient evidència i 1 que és més beneficiós fer la rehabilitació a casa.</p>

Per tant:

Els resultats suggereixen que les intervencions dutes a terme a casa de les persones milloren la seva salut i augmenten l'autonomia. Una dificultat és que els diferents estudis no defineixen de la mateixa manera el que s'entén per viure a casa i amb cures o supervisió.

Habitatges amb serveis versus residències per a persones grans

AUTOR	(Mitchell & Kemp, 2000): estudi realitzat a Califòrnia
PREGUNTA	<p>Estudi de la qualitat de vida (QV) entre els diferents models d'habitatge (segons serveis). La QV es mesura en les següents dimensions:</p> <ul style="list-style-type: none">• Depressió i estat d'ànim en general• Satisfacció amb la vida• Satisfacció amb els serveis rebuts <p>Estudia la influència que pot tenir sobre la QV les següents dimensions:</p> <ul style="list-style-type: none">• Factors demogràfics i de salut de les persones (auto-declaració del nivell de dependència i trastorns crònics)• Relacions socials i de família (familiars i amics que tinguessis a prop o quantes hores havien de conduir per a anar-los a veure; activitats socials en les que participen)• Pràctiques que facilitin l'autonomia (fins a quin punt prenen decisions, qüestionari POLIF)• Entorn social i ambiental (qüestionari que mesura cohesió, conflictivitat, independència i influència en l'entorn residencial)
RESULTATS	<p>Les persones més grans tenen un major nivell de satisfacció amb els serveis que les més joves</p> <p>La presència de trastorns crònics té una correlació positiva i significativa amb tots els ítems de qualitat de vida estudiats: depressió i satisfacció amb els serveis rebuts. En tots els casos, la presència de trastorns implica pitjors resultats.</p> <p>Dur a terme a diari activitats de tipus instrumental es correlaciona positivament amb la satisfacció amb els serveis</p> <p>L'ambient social, en concret la conflictivitat, la cohesió i la independència estan correlacionats amb les 3 dimensions de la QV en el sentit que ambients favorables contribueixen a una millora en les diferents imensions de qualitat de vida</p>

Per tant:

Els factors que es relacionen positivament amb la QV són:

1. L'edat de les persones amb la satisfacció amb els serveis
2. La presència de trastorns crònics afecta en les tres dimensions
3. El fet de dur a terme a diari activitats de tipus instrumental està relacionat amb la satisfacció amb els serveis.
4. L'entorn social té una influència molt important en totes les dimensions de la QV

AUTOR

(Cotrell & Carder, 2010). Portland (Oregon)

PREGUNTA

La Universitat de Portland i el Cedar Sinai Park, construeixen uns habitatges per a persones grans amb diferents carteres de serveis i un centre per a que els estudiants d'infermeria, medicina, treball social etc. es puguin formar en el treball amb persones grans al mateix temps que ofereixen uns serveis.

Subvencionen a aquelles persones que necessitin suport per a mantenir el nivell d'estabilitat física i emocional que requereixi la seva independència i economia.

El 40% dels residents no parlen anglès.

Van estudiar: estat físic (trastorns crònics i activitats instrumentals), psicològic, participació social, ús de serveis.

RESULTATS

Estat físic: la majoria de les malalties declarades eren les comunes entre les persones grans (hipertensió 64% i artritis 63% varen ser les més freqüents). El nombre de trastorns crònics que tenien oscil·lava entre 2,6 i 6,9. La majoria eren independents pel que fa a les funcions instrumentals a excepció de feines que requereixen esforços importants (netejar la banyera, fregar el terra o els vidres..). La realització d'activitat física els resultava més difícil.

Salut mental: mesurada amb el Mini-Mental State Examination (MMSE) i establint el punt de tall a 26 (de manera que quedessin fora la majoria de falsos positius). Un 22,4% dels residents tenien valors per sota d'aquest punt de tall.

Participació social: no tots tenien xarxa d'amics i família. Els que no parlaven anglès eren més vulnerables a l'aïllament social (31.5%) (definit pel nombre de persones amb les que es relacionen) degut a la barrera lingüística, però es relacionaven i donaven suport amb els que parlen la mateixa llengua. Alguns residents es senten sols a vegades (el 9,4%).

Us de serveis: 91,5% dels residents havien visitat al metge durant els últims 6 mesos, 21,5% havien estat hospitalitzats entre altre serveis.

Per tant:

1. Una majoria té un mínim de 2 trastorns crònics i no es veu capaç de fer activitat física.
2. Un 10% se senten sols i la xifra augmenta a 31,5% en els que no parlen anglès.
3. Un de cada 5 presenta valors per sota el llindar de normalitat de salut mental.

AUTOR

(Rantz et al., 2011), resultats entre 2004 i 2008 i del 2014. Missouri (resultats entre 2009 i 2012)

PREGUNTA

Mateix model que a Portland, en aquest cas coordinat des de l'escola d'Infermeria de Columbia, Missouri. En aquest cas estableixen un grup comparació. El grup intervenció es beneficia d'un programa anomenat Aging in Place (AIP) i el grup comparació disposa de serveis però de manera menys estructurada que el AIP.

Mesuren costos, llargada del temps d'estada, salut mental (amb el SF-12) i salut física (també amb el SF-12, activitats de la vida diària i risc de caiguda), satisfacció dels consumidors.

RESULTATS

Costos i temps d'estada: el grup intervenció resulta més car anualment ja que la gent que esta en aquest programa normalment s'hi queda fins al final de la vida (una mitjana de 26.3 mesos, mentre que els que no estan en aquest AIP i tenen menys serveis, canvien d'habitatges i busquen quelcom amb més serveis (una mitjana de 25.9 mesos). En el segon

estudi comptabilitzen costos similars al primer i estableixen que l'habitatge amb serveis (programa AIP) és més barat que les residències de gent gran.

Salut mental: tant l'estudi transversal com el longitudinal mostren resultats similars en ambdós grups. En el grup intervenció els valors oscil·len entre 26.9 el 2005 i 22,7 el 2008. En el grup comparació per a aquestes mateixes dates oscil·len entre 28 i 24.2 (les diferències no són significatives).

Salut física: No hi ha diferències entre els grups en les activitats de la vida diària. El risc de caigudes és inferior al grup d'intervenció

Satisfacció: No hi ha diferències entre els dos grups

En el segon estudi, pel que fa a l'anàlisi longitudinal entre 2009 i 2012 troben que la majoria de les mesures efectuades han millorat o s'han mantingut constants. Milloren sobretot els resultats quant a caigudes i els valors del SF-12 tendeixen a una millora sobretot el 2010 i 2011.

Per tant:

El programa Aging in Place (AIP) de serveis, té millors resultats en la salut física i mental, així com en el risc de caigudes de les persones usuàries i és més barat.

AUTOR

(Kandilov et al., 2017), Vermont. És un informe del Department of Health and Human Services Assistant Secretary for Planning and Evaluations, Office of Disability, Aging and Long-Term care policy. De fet és l'informe d'avaluació després de 5 anys de funcionament del programa SASH.

PREGUNTA

El programa SASH utilitza equips de coordinadors i personal d'infermeria encarregats de vetllar pel benestar de les persones grans residents, inserits en la cartera de serveis en una xarxa d'habitatges assequibles com a plataforma per connectar els residents amb serveis de salut i els suports socials.

Utilitzant mètodes mixtes (quantitatius i qualitatius), i tenint com a grup intervenció persones de Medicare

	<p>que entren en el programa SASH (anteriorment explicat) i en el grup control persones de Medicare que no participen del SASH, volen respondre les següents preguntes:</p> <ul style="list-style-type: none">• Poden els serveis de salut i suport coordinats que reben les persones que viuen en els habitatges assequibles del programa SASH millorar la seva qualitat de vida, salut i estat funcional?• Hi ha diferències en l'atenció sanitària i els costos d'habitatge per a les persones que viuen en els habitatges del programa SASH respecte a les persones que reben suport de Medicare però que no estan dins d'aquest programa? <p>Es valoren variables de salut, nutrició i maneig de medicaments, entre altres.</p>
RESULTATS	<p>El programa SASH té un impacte positiu en la salut i la funcionalitat de les persones.</p> <p>Saben utilitzar millor els medicaments, ja que han rebut una formació específica</p> <p>La taxa d'hospitalització és menor</p> <p>Quant a l'impacte econòmic per a Medicare en general no és més alt que el del grup SASH, tot i que depèn del moment en que les persones s'hagin incorporat al programa SASH</p>

Per tant:

El programa SASH mostra una millora en la continuïtat de l'atenció i en la reducció del creixement de les despeses assistencials entre la població de gent gran així com també en persones amb discapacitat.

Conclusions

De tot l'anterior, es pot establir que:

1. Les persones prefereixen envellir tant com sigui possible a casa seva o en el seu defecte en un entorn favorable, on se sentin com a casa seva, on sentin que poden decidir sobre la seva pròpia vida i on puguin conservar la seva dignitat i intimitat.
2. Quan arriben a un cert nivell de fragilitat, l'entorn que més afavoreix poder continuar en aquestes condicions, amb una bona qualitat de vida i sense que sentin que han perdut el control de la seva vida, és en habitatges amb assistència, on se'ls prové d'aquells serveis que requereixen per a la vida diària i la cura i seguiment de les patologies cròniques que pateixin en major o menor mesura.
3. Les residències són un entorn institucionalitzat on es perden la majoria d'aquests aspectes positius i on hi van les persones quan ja requereixen assistència i/o medicalització pràcticament les 24 hores del dia.
4. L'evidència apunta que el fet de viure en habitatges amb assistència, fa que els diferents aspectes de la qualitat de vida de les persones grans millorin i en conseqüència el seu benestar físic i emocional.
5. L'ús de serveis sanitaris canvia, en el sentit que les persones que viuen en habitatges assistits fan més visites a les cures d'infermeria però tenen menys hospitalitzacions i visites amb especialistes.
6. Un entorn amable i preferiblement al barri habitual de les persones afavoreix el bon estat cognitiu de les persones grans.
7. Els principals indicadors per a valorar la fragilitat de les persones grans inclouen: la salut percebuda, la salut mental, la mobilitat, la força, l'equilibri i els nivells de vitamina D.
8. L'avaluació per a ser efectiva requereix un seguiment en el qual a més hi hagi un grup de comparació, però això és complicat.
9. Un altre problema a resoldre és l'accés per a totes les persones a aquest tipus d'habitatges o serveis.

Proposta

La majoria dels estudis s'han realitzat a països anglosaxons, que són molt diferents des del punt de vista social, cultural i econòmic del nostre entorn. A més, els resultats no són consistents. Per això, es proposa un estudi que permeti conèixer les raons de la utilització d'habitatges amb serveis o residències, la satisfacció (amb la vida en general i els serveis), la satisfacció, l'estat de salut i la qualitat de vida, així com l'evolució de les persones residents al llarg de la seva estada. També es podran identificar possibles millores.

Cronograma

Es plantegen diverses accions amb una temporalització diferents:

A curt termini (en els propers mesos)

1. Recollir informació retrospectiva sobre l'evolució de la població que ha ocupat habitatges amb serveis al llarg dels 10 darrers anys (població que ha marxat o que moren, motiu de sortida...)
2. Identificar els indicadors a monitorar.
3. Afegir aquests indicadors als formularis utilitzats en el procés de demanda, assignació i entrada als habitatges.

A mig termini (en els propers anys)

Realitzar una enquesta periòdica sobre salut, benestar i qualitat de vida des d'una perspectiva d'envelliment actiu i saludable.

A llarg termini

1. Si existeixen polítiques alternatives des del Departament de Gent Gran per a la millora de l'habitatge de les persones que romanen al domicili, poder comparar-les amb els habitatges amb serveis.
2. Fer un estudi quasi-experimental, establint un grup comparació amb les persones de la llista d'espera i fent dues mesures abans-després en ambdós grups.

Pressupost

Propostes a curt termini

Per a dur a terme les activitats proposades en aquest apartat es comptaria amb els propis recursos; així, des de l'ASPB es faria una proposta sobre la informació que caldria recollir a l'ingrés de les persones en el habitatges i el personal dels habitatges serien els responsables de dur a terme la recollida d'aquesta informació (seguint els procediments habituals de recollida d'informació i benvinguda de les persones que ingressen en els serveis).

Caldria establir de manera conjunta la periodicitat així com el flux de dades que es consideri necessari quant als indicadors clau.

Propostes a mig termini

Per a poder calcular el cost de dur a terme una enquesta transversal ens cal tenir informació sobre el nombre de persones a entrevistar i la llargada de l'entrevista.

Per a calcular aproximadament el nombre de persones a entrevistar en primer lloc cal saber l'univers mostral, que serien, les persones que viuen en els habitatges amb serveis.

Segons l'informe de gestió del 2016 dels habitatges amb serveis de l'Ajuntament de Barcelona, l'any 2016 hi havia un total de 1206 habitatges, dels quals n'hi havia 1174 d'ocupats, això vol **dir un 98%** d'ocupació. En aquests habitatges hi vivia un total de 1341 persones, és a dir, 1,15 persones per terme mig en cada habitatge.

D'altra banda, el 2017 es posaven en marxa 178 habitatges més (134 a Sant Martí i 44 a Sarrià); si la taxa d'ocupació és del 98% el nombre d'habitatges ocupats seria 174 i si en cadascun d'ells hi viuen 1,15 persones vol dir que en aquests nous habitatge hi hauria 200 persones.

Si el fluxe d'entrades i sortides dels habitatges es manté regular tal com és de suposar, estem parlant d'una població mostral de $1341+200= 1541$ persones.

Per a calcular el nombre de persones necessàries per a obtenir una mostra representativa, i el nostre objectiu és estudiar la salut, podem fer el càlcul en base al percentatge de mala salut. Segons l'Enquesta de Salut de Barcelona (ESB) del 2016, el percentatge d'homes de més de 65 anys que declaren mala salut és de 36,8% i el de dones 47,4%. Tenint en compte que en els habitatges la majoria de les persones que hi viuen

són dones, treballarem amb un 47% de mala salut per a calcular la mostra, amb un marge d'error del 5% i amb un 15% de pèrdues implica una mostra de 370 persones. Aquesta mostra es proposa ampliar a 500 persones per tal d'assegurar un nombre mínim de persones per districte i segons gènere.

Basant-nos en el cost de l'Enquesta de Salut de Barcelona, que un entrevistador vagi a la llar i entreviste a una persona, val (amb IVA inclòs), 40 euros. Això implica un cost de 20.000 euros per a fer el treball de camp.

Propostes a llarg termini

Per tal de poder fer un estudi prospectiu amb un grup de comparació es faria el següent:

- D'una banda s'establiria com a grup control les persones que estan en llista d'espera per a entrar a un habitatge. S'escolliria una mostra de 200 persones distribuïdes pels 10 districtes de la ciutat, per tant, 20 persones per districte.
- D'altra banda hi hauria un grup d'estudi amb 200 persones residents en els habitatges i que s'han incorporat durant els darrers 12 mesos. Aquestes 200 persones serien també escollides en els 10 districtes de la ciutat.

Es faria una primera enquesta per tal de conèixer la salut física i emocional d'aquestes persones així com el seu grau d'autonomia i la seva xarxa i suport social.

Al cap d'un any es tornaria a repetir l'estudi per tal de poder comparar entre els dos grups.

En aquest cas el cost s'hauria de calcular en base també a 500 persones (250 grup d'estudi i 250 grup comparació). Com que l'enquesta es faria dues vegades el cost seria de 40.000 euros.

Bibliografia

- Argoud, D. (2011). De l'hébergement à l'habitat : une évolution ambiguë. *Gérontologie et Société*. <https://doi.org/10.3917/gS.136.0013>
- Boland, L., Légaré, F., Perez, M. M. B., Menear, M., Garvelink, M. M., McIsaac, D. I., ... Stacey, D. (2017). Impact of home care versus alternative locations of care on elder health outcomes: An overview of systematic reviews. *BMC Geriatrics*. <https://doi.org/10.1186/s12877-016-0395-y>
- Chen, X., Mao, G., & Leng, S. X. (2014). Frailty syndrome: An overview. *Clinical Interventions in Aging*.
- Cotrell, V., & Carder, P. (2010). Health-Related Needs Assessment of Older Residents in Subsidized Housing. *Cityscape, Vol. 12, No. 2, p. 47, 2010, 12(2)*, 47. <https://doi.org/10.2307/20868744>
- Fernández Garrido, J. J. (2009). *Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes España y Cuba. Servei de Publicacions*.
- Kandilov, A., Keyes, V., Siegfried, N., Smith, K., Edwards, P., Brophy, J., ... Stone, R. (2017). *Support and services at home (SASH) evaluation: evaluation of the first four years*. Washington DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- Mitchell, J. M., & Kemp, B. J. (2000). Quality of life in assisted living homes: A multidimensional analysis. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*. <https://doi.org/10.1093/geronb/55.2.P117>
- Pinazo-Hernandis, S., & Bellegarde-Nunves, M. D. (2018). *La soledad de las personas mayores. Conceptualización, valoración e intervención. Fundación Pilares para la autonomía personal. N.º 5*. Madrid: Colección Estudios de la Fundación.
- Pinazo-Hernandis, S., & Poveda Puente, R. (2015). Innovación para el envejecimiento activo en la unión europea. Análisis del programa ambient assisted living joint programme (AAL) en el periodo 2008-

2015. *Búsqueda*, 0(15), 38–50.
<https://doi.org/10.21892/01239813.95>

Rantz, M. J., Phillips, L., Aud, M., Popejoy, L., Marek, K. D., Hicks, L. L., ... Miller, S. J. (2011). Evaluation of aging in place model with home care services and registered nurse care coordination in senior housing. *Nursing Outlook*.
<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2010.08.004>

Wysocki, A., Butler, M., Kane, R. L., Kane, R. A., Shippee, T., & Sainfort, F. (2015). Long-Term Services and Supports for Older Adults: A Review of Home and Community-Based Services Versus Institutional Care. *Journal of Aging and Social Policy*, 27(3), 255–279.
<https://doi.org/10.1080/08959420.2015.1024545>

C S B Consorci Sanitari
de Barcelona

 **Agència
de Salut Pública**



Promoció de la salut

Connectem
   

www.aspb.cat