

# Què funciona en cures de llarga durada?

Els habitatges amb suports i cures



# Què funciona en cures de llarga durada?

Els habitatges amb suports i cures

Informe definitiu:

**Febrer de 2026**

Àmbit temàtic:

**Afers socials i desigualtat**

Projecte finançat per:

**Diputació de Barcelona**

Amb el suport de:

**Taula d'entitats del Tercer Social de Catalunya i La Confederació**

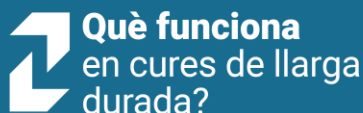
Síntesi a càrrec de:

**Daniel López Gómez (Universitat Oberta de Catalunya)**

Coordinació:

**Ivàlua**

Les idees exposades per l'autor no han de coincidir necessàriament amb les de les entitats impulsores del projecte.



Projecte de recopilació, anàlisi i transferència d'evidència per a millorar les polítiques públiques de cures de llarga durada.

Un projecte de:



# Índex

|                                                                                                                                                                        |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Introducció .....                                                                                                                                                   | 4  |
| 2. Motivació .....                                                                                                                                                     | 4  |
| 3. Descripció del servei objecte d'anàlisi .....                                                                                                                       | 6  |
| 3.1. Habitatges amb suports i cures per a persones grans i amb demència .....                                                                                          | 6  |
| 3.2. Habitatges amb suports per a persones amb discapacitat i amb problemes de salut mental .....                                                                      | 7  |
| 3.3. Models d'habitatge amb suports i cures a Catalunya .....                                                                                                          | 8  |
| 4. Preguntes que guien la revisió .....                                                                                                                                | 9  |
| 4.1. Bloc 1: Impacte a la vida de les persones usuàries .....                                                                                                          | 9  |
| 4.2. Bloc 2: Impacte sistèmic i eficiència .....                                                                                                                       | 9  |
| 5. Revisió de l'evidència .....                                                                                                                                        | 10 |
| 5.1. Metodologia .....                                                                                                                                                 | 10 |
| 5.1.1. Cerca .....                                                                                                                                                     | 10 |
| 5.1.2. Selecció .....                                                                                                                                                  | 11 |
| 5.2. Anàlisi de l'evidència .....                                                                                                                                      | 12 |
| 5.2.1. Efectivitat dels habitatges amb suports i cures en la independència i autonomia de les persones usuàries .....                                                  | 12 |
| 5.2.2. Efectivitat dels habitatges amb suports i cures en la connectivitat, suport i participació social dels usuaris .....                                            | 18 |
| 5.2.3. Efectivitat dels habitatges amb suports i cures en la qualitat de vida, benestar i salut dels usuaris .....                                                     | 23 |
| 5.2.4. Efectivitat dels habitatges amb suports i cures en la desinstitucionalització i prevenció de la institucionalització de persones amb necessitats de cures ..... | 29 |
| 5.2.5. Efectivitat en l'optimització de recursos .....                                                                                                                 | 33 |
| 6. Resum .....                                                                                                                                                         | 36 |
| 7. Implicacions per a la pràctica .....                                                                                                                                | 37 |
| 7.1. Els habitatges amb cures poden i han de substituir les residències? .....                                                                                         | 37 |
| 7.2. En el cas de persones grans i amb demència, són els habitatges amb cures un model tan diferent del de les residències? .....                                      | 38 |
| 7.3. Habitatges amb suports i cures: estables i per a "la resta de la vida"? .....                                                                                     | 38 |
| 7.4. Habitatges amb suports i cures per a totes les persones? .....                                                                                                    | 39 |
| 8. Bibliografia i publicacions revisades .....                                                                                                                         | 40 |
| 8.1. Bibliografia .....                                                                                                                                                | 40 |
| 8.2. Publicacions revisades .....                                                                                                                                      | 41 |
| Annex: Limitacions de l'estudi .....                                                                                                                                   | 54 |

## 1. Introducció

En l'actual context de **canvi demogràfic** i de crisi en els sistemes de **cures i d'habitatge**, sorgeixen nous models d'habitatge per a persones amb necessitats de suport. Aquests recursos intermedis busquen que les persones puguin **viure amb autonomia i en comunitat**, i alhora els ofereixen les adaptacions i els suports necessaris.

Aquests models se centren en el concepte de **llar** i proporcionen serveis de suports i cures que garanteixen l'estabilitat residencial, fomenten la socialització i permeten, segons el col·lectiu, **prevenir la institucionalització o facilitar la desinstitucionalització**. A diferència del disseny hospitalari de les residències tradicionals, aquests habitatges, impulsats pel sector públic i l'economia social, situen al centre el dret de les persones residents a una vida digna, independent i en comunitat. Són habitatges on els suports i les cures no són la finalitat, sinó un mitjà per garantir la qualitat de vida i l'autonomia de les persones.

Aquest tipus d'habitatges es va desenvolupar i implementar primer en països anglosaxons i nòrdics, on van apostar per la cura comunitària i la desinstitucionalització (Sancho, 2020). El nou marc de cures de llarga durada del Ministeri de Drets Socials, Consum i Agenda 2030 ha donat un nou impuls al seu desenvolupament a Espanya. Tot i amb això, l'evidència sobre l'efectivitat d'aquestes alternatives és molt limitada. Malgrat que fa anys que funcionen en aquests països, s'han fet molt poques avaluacions que permetin determinar en quina mesura aquests models funcionen, per a què i per a qui. Davant la necessitat de prendre decisions informades, aquesta revisió pretén recopilar la millor evidència disponible per orientar la política pública en el seu desenvolupament.

Aquest treball s'emmarca dins del projecte "Què funciona en cures de llarga durada?", impulsat per IVÀLUA, la Diputació de Barcelona, amb el suport de la Taula d'Entitats del Tercer Sector Social de Catalunya i la Confederació. El projecte té com a objectiu millorar el disseny i la implementació de polítiques i serveis de cures de llarga durada, recopilant, filtrant i presentant d'una manera accessible l'evidència científica disponible.

## 2. Motivació

A Espanya, les polítiques de desinstitucionalització han tingut una orientació més "familista" que en altres països del nord d'Europa, i han promogut que les persones amb necessitats de cures romanguin a l'entorn habitual per mitjà de serveis que poguessin complementar, reforçar i donar suport a les famílies i, en particular, a les dones, com a principals agents de cures. Amb tot, aquest enfocament, com es veurà, s'ha demostrat insostenible i injust tant per a les persones cuidadores com per a les cuidades. Se sap que les persones amb necessitats de cura prefereixen viure "a casa" però que, moltes vegades, aquesta preferència és el resultat d'una **manca d'alternatives** habitacionals adequades a les seves necessitats (Fernández-Carro, 2018).

D'una banda, les **residències** presenten serioses limitacions d'accés econòmic; moltes vegades són entorns massificats on viuran les persones que no poden satisfer les seves necessitats de cura al seu entorn habitual (Echevarría, 2024). A més, solen ser entorns dissenyats com a espais de treball abans que com a llars, on preval l'organització eficient de les cures per sobre de la **qualitat de vida** i l'autonomia dels seus residents. Invertir l'ordre dels factors és l'objectiu del "moviment de canvi cultural" que els països nòrdics i anglosaxons van impulsar amb la reforma de la cura residencial i que ara, amb el nou model de cures de llarga durada, es vol impulsar a Espanya (Díaz-Veiga et al., 2022).

De l'altra banda, l'actual organització de les cures al **domicili**, com ja s'ha dit, és insostenible i injusta: se segueix considerant com una responsabilitat privada i familiar, que assumeixen les dones de manera gairebé exclusiva, i una feina que té lloc en condicions precàries i amb efectes negatius, tant de salut com econòmics, per a les persones cuidadores, moltes vegades dones migrants (Comas d'Argemir, 2024). A més, els serveis d'atenció domiciliària, pensats com a reforç o complement d'aquesta cura familiar, acostumen a ser insuficients per cobrir necessitats cada cop més complexes (Comas D'Argemir, 2015). Les polítiques d'habitatge no ajuden tampoc. El domicili de moltes persones no és accessible ni està preparat per a la cura; no ofereix bones condicions climàtiques i està en entorns que ja no s'ajusten a les necessitats de persones necessitades de suports (Lebrusán, 2017). A més, les persones amb necessitats de cures, sobretot les dones (Ramos, 2017), són també les que pateixen més segregació i expulsió residencial, pobresa energètica i inseguretat.

Aquesta situació tan complexa fa urgent **integrar les polítiques d'habitatge i les de cura social**. Es necessiten nous models residencials que facilitin l'accés a habitatges assequibles per viure a la comunitat i amb els suports necessaris per fer-ho quan es produeixin situacions de dependència. Encara que aquestes polítiques són relativament noves a Espanya i el seu desenvolupament és desigual, la necessitat d'aquests habitatges amb suports serà cada cop més gran.

L'objectiu d'aquesta revisió és construir una base de coneixement sobre els habitatges amb suports i cures, recopilant la millor evidència disponible per determinar quins aspectes funcionen i quins no. És una **revisió que connecta àmbits d'intervenció i de coneixement diferents**, ja que el desenvolupament d'aquests habitatges es planteja com una solució per a persones grans, persones amb demència, amb discapacitat o amb problemes de salut mental. Per bé que tenen les seves especificitats per a cada col·lectiu, no s'aprofundeix en les diferències. Aquesta revisió se centrarà en els **aspectes que tenen en comú: la prevenció de la institucionalització o la promoció de la desinstitucionalització**, el foment de l'autonomia, la **integració comunitària** i la millora de la **qualitat de vida** de les persones amb necessitats de cures.

### 3. Descripció del servei objecte d'anàlisi

La descripció dels models d'habitatge depèn dels àmbits i col·lectius als quals s'adrecen. Així, **els models adreçats a persones grans i/o amb demència busquen prevenir la seva institucionalització en centres residencials**; en canvi, **els models per a persones amb discapacitat o problemes de salut mental constitueixen recursos per a la seva desinstitucionalització**, és a dir, per facilitar la vida independent de persones que han estat institucionalitzades o viuen sota la tutela familiar. Per un cantó, s'ha d'advertir que **aquests models no tenen una definició clara i estandarditzada: depèn del context geogràfic, del tipus d'usuaris i del moment històric**. Això es reflecteix en la seva àmplia diversitat terminològica. Totes dues consideracions suposen un repte per a l'estudi i han fet que no es puguin comparar models específics i calgui recórrer, com es veurà, a categories genèriques.

En aquesta secció, es descriuen primer els models més estudiats internacionalment, en els quals es basa aquesta revisió. Tot seguit, es recullen breument els tipus d'habitatge inclosos a l'actual **Cartera de Serveis Socials de Catalunya**, i alguns que s'està considerant incloure en el futur, com és el cas dels habitatges col·laboratius.

#### 3.1. Habitatges amb suports i cures per a persones grans i amb demència

En el cas de persones grans i amb demència, hi ha tres grans tipologies (Howe et al., 2013): a) habitatges centrats en l'estil de vida, b) habitatges amb suports i c) habitatges amb cures. La revisió realitzada se centra en aquestes dues darreres tipologies, però especialment en els habitatges amb cures, ja que són els que donen cobertura a persones amb necessitats de cures de llarga durada.

En el cas de persones grans i amb demència, els **habitatges amb suports** són recursos intermedis entre el domicili propi i els entorns institucionalitzats (residències, etc.). Mentre que aquests entorns estan orientats a garantir una atenció sociosanitària integral, els habitatges amb suports estan més orientats a necessitats de tipus social. Entren dintre d'aquesta categoria els habitatges tutelats, els habitatges compartits, els hostals o pensions per a persones grans (més freqüents en entorns rurals), les comunitats de retir o per a persones jubilades i els habitatges col·laboratius de persones grans (o sènior cohousing).

Un element important de models com els habitatges tutelats, els compartits i els hostals és garantir l'accés a un habitatge estable i adequat a les necessitats de les persones grans. Això inclou serveis de suport a les activitats diàries més o menys intensos i/o personalitzables: consergeria, teleassistència, servei de neteja, àpats, etc. Dins aquesta categoria, hi ha models més comunitaris (community-based housing) on els sistemes de suport formal s'integren amb sistemes de suport informal (suport mutu) de base comunitària. Per exemple, les **comunitats de retir** tant als Estats Units com a Europa, en ser entorns on la gent vol continuar vivint quan sorgeixen necessitats de cures, acostumen a integrar serveis de suport. Els **habitatges col·laboratius (o cohousing)**

de persones grans són també un tipus de comunitat de retir amb suports. En aquest cas, es tracta de comunitats intencionals que promouen un estil de vida per a les persones grans basat en el suport mutu i l'autogestió. Als EUA, a més, hi ha una tipologia de comunitat no intencional de persones grans, les **NORC (Naturally Occurring Retirement Communities)** que es caracteritza per ser no segregades.

Quan, a més d'aquests suports, integren serveis de cures de llarga durada, per exemple, d'atenció domiciliària (higiene personal) o fins i tot serveis terapèutics (ocupacional, fisioteràpia, etc.), aleshores es parla d'**habitatges amb cures** (*housing with care*). A diferència dels habitatges amb suports, aquest model emergeix com una forma d'habitatge per a la resta de la vida (*home for life*), perquè està dissenyat per cobrir les necessitats de cures segons vagin sorgint, i així evitar la institucionalització i poder continuar vivint en un entorn obert a la comunitat. De fet, es considera un model que pot ser beneficiós per a persones físicament fràgils o per a persones amb demència (en estadis inicials). Per aquesta raó, a diferència del model anterior, els habitatges amb cures sí que es presenten com a alternatives a les residències (Smith, 2015). Dins d'aquesta categoria es troben el model d'*extra care housing* del Regne Unit o els assist living als EUA (Howe et al., 2013), tots dos molt estesos.

En aquesta categoria, també hi ha models més comunitaris com les comunitats de retir amb cures contínues, que són comunitats de retir que no només integren sistemes de suport (com en el cas de les NORC o els habitatges col·laboratius), sinó també sistemes de cures de llarga durada (per exemple, poden incloure unitats residencials assistides per a persones amb demència). Aquest és un model molt estès als EUA (prop de 2.000), que ha començat a expandir-se pel Regne Unit (Darton i Muncer, 2005). A Espanya, alguns habitatges col·laboratius que es defineixen com a "finalistes" es poden considerar com a comunitats d'aquest tipus si es tenen en compte les dimensions (més de 80 persones), la cobertura de serveis i el disseny arquitectònic (López i Estrada Canal, 2016). Per acabar, cal aclarir que en aquesta categoria no s'han inclòs els nous models residencials per a cures de llarga durada (Brouwers et al., 2023) per dues raons: en primer lloc, perquè són residències assistides que adopten un model d'habitatge (casolà i comunitari) més que un model d'habitatge; i, en segon lloc, perquè les residències s'escapen de l'àmbit competencial de la Diputació.

### 3.2. Habitatges amb suports per a persones amb discapacitat i amb problemes de salut mental

En el cas de persones amb discapacitat i amb problemes de salut mental, es parla d'habitatges amb suports perquè el seu sentit és proporcionar ajuda i acompanyament en processos de rehabilitació i de promoció de la vida independent. Aquests models d'habitatge es classifiquen segons la cobertura i el tipus de suports, així com de la funció i la forma de l'habitatge. McPherson et al. (2018) han construït una taxonomia amb cinc tipus d'habitatges segons quatre dimensions (vegeu la taxonomia STAX-SA): 1) nivell de suport (d'elevat a cap), 2) localització de les cures (al mateix habitatge o externes), 3) disseny de l'habitatge (habitatge col·lectiu o independent) i 4) estabilitat residencial (habitatges permanents o transitoris).

**Taula 1. Taxonomia d'habitatges amb suports**

|                           | Tipus 1               | Tipus 2                | Tipus 3                | Tipus 4               | Tipus 5               |
|---------------------------|-----------------------|------------------------|------------------------|-----------------------|-----------------------|
| Localització de les cures | A l'habitatge         | A l'habitatge          | A l'habitatge          | Externes              | A l'habitatge         |
| Nivell de suport          | Alt                   | Alt                    | Moderat                | Baix / moderat        | Cap                   |
| Estabilitat residencial   | Habitatges permanents | Habitatges transitoris | Habitatges transitoris | Habitatges permanents | Habitatges permanents |
| Disseny de l'habitatge    | Habitatge col·lectiu  | Habitatge col·lectiu   | Habitatge col·lectiu   | Habitatge independent | Habitatge col·lectiu  |

Font: McPherson et al. (2018)

En aquest camp es parla d'habitatges de suport (*supportive housing*) o d'habitatges amb suports (*supported housing*) en funció del paper que té l'estabilitat residencial respecte al procés de rehabilitació, és a dir, si tenir un habitatge estable és la finalitat del suport (com als programes Housing First) o si l'habitatge és un mitjà al servei del procés de rehabilitació o d'integració social. En aquest darrer cas, l'habitatge no es considera la casa de la persona resident perquè aquesta s'ha de mudar a mesura que "avança" en el seu procés de rehabilitació/integració, passant d'habitatges col·lectius amb molts suports in situ a habitatges independents amb suports puntuals externs.

### 3.3. Models d'habitatge amb suports i cures a Catalunya

La revisió es basa en la literatura internacional sobre models d'habitatges amb suports i cures, tant per a persones grans i amb demència com per a persones amb discapacitat i amb problemes de salut mental.

Cal tenir en compte que, a Catalunya, l'actual **Cartera de Serveis Socials** només inclou habitatges amb suports com ara:

- **Apartaments amb serveis o habitatges tutelats**, que són generalment col·lectius i ofereixen serveis comuns per a la vida diària i la socialització, destinats a persones grans o amb discapacitat;
- **Llars residència**, que proporcionen un entorn familiar amb suport permanent per a persones amb discapacitat;
- **Centres d'acollida o allotjaments d'emergència**, que ofereixen allotjament temporal per iniciar un procés d' inserció;
- **Programes "habitatge primer" (*Housing First*)**, que ofereixen habitatge digne i permanent sense condicions com a part del procés de recuperació de la persona.

A més, hi ha nous models, com els **habitatges col·laboratius per a persones grans (cohousing)**, que s'està estudiant incloure a la cartera. Aquests habitatges són comunitats autogestionades

de persones grans on els mateixos residents promouen i gestionen el seu habitatge i els serveis de suports i cures de manera cooperativa.

Com veurem, **els models que integren les cures de llarga durada i ofereixen certa continuïtat assistencial per a persones grans i/o amb demència són molt rellevants en la revisió de la literatura internacional però no s'han desenvolupat a Catalunya**. Aquesta revisió pot servir com a marc de referència per a polítiques que vulguin desenvolupar aquest tipus de models en el nostre context.

## 4. Preguntes que guien la revisió

La revisió s'estructura en dos blocs i ha estat guiada per les preguntes de recerca següents:

### 4.1. Bloc 1: Impacte a la vida de les persones usuàries

Aquest primer bloc se centra en l'eficàcia dels habitatges amb suports i cures en la millora de la vida de les persones que hi viuen. Les preguntes de recerca són les següents:

- **Independència:** Són efectius els habitatges amb suports i cures per preservar o millorar la independència funcional i l'autonomia? Per a qui? En quins contextos? (vegeu l'apartat 5.2.1)
- **Connexió social:** Els habitatges amb suports i cures milloren la connectivitat, el suport i la participació social? Per a qui? En quins contextos? (vegeu l'apartat 5.2.2)
- **Qualitat de vida:** Els habitatges amb suports i cures milloren la qualitat de vida, el benestar, la salut i són satisfactoris? Per a qui? En quins contextos? (vegeu l'apartat 5.2.3)

### 4.2. Bloc 2: Impacte sistèmic i eficiència

Aquest segon bloc es refereix als efectes dels habitatges amb suports i cures en el sistema de cures de manera més àmplia. Les preguntes de recerca són:

- **Desinstitucionalització:** Els habitatges amb suports i cures afavoreixen la prevenció de la institucionalització o la desinstitucionalització? Per a qui? En quins contextos? (vegeu l'apartat 5.2.4)
- **Cost-efectivitat:** Són els habitatges amb suports i cures cost-efectius? Per a qui? En quins contextos? (vegeu l'apartat 5.2.5)

## 5. Revisió de l'evidència

Aquesta revisió té com a objectiu seleccionar i compilar l'evidència disponible internacionalment, sobretot la procedent de països on aquests models estan més desenvolupats. Malgrat les diferències notables entre la població diana (persones grans, amb demència, amb discapacitat o amb problemes de salut mental), tots aquests models comparteixen un element fonamental: **conjugar la cobertura de necessitats assistencials amb la promoció de l'autonomia, la integració comunitària i la qualitat de vida**. Per tant, s'emmarquen en les polítiques de **desinstitucionalització**.

Els resultats més importants d'aquests habitatges inclouen:

- Manteniment o millora de la **independència funcional i l'autonomia moral**.
- Millora de la **connectivitat, el suport social i la participació comunitària**.
- Millora de la **qualitat de vida, el benestar, la satisfacció i la salut** (física i psicològica).
- Prevenció o retard de la **institucionalització**.
- **Cost-efectivitat** en comparació amb entorns residencials tradicionals.

Estudiar l'impacte en persones cuidadores era un dels objectius d'aquesta revisió. No obstant això, la literatura sobre aquests models ignora aquest aspecte mentre que posa el focus gairebé exclusivament en l'impacte que té sobre les persones usuàries, a més de consideracions sistèmiques com el seu cost-efectivitat. Tal com veurem, els resultats mostren la importància que té l'organització dels suports i de les cures, fins i tot aspectes com la formació i la cultura de les cures de les persones cuidadores; però s'especifica poc en què consisteix aquesta organització i amb prou feines es considera l'impacte que tenen sobre les persones cuidadores, per exemple, en termes de condicions de treball, estabilitat, qualitat de vida, satisfacció, etc. Això no vol dir que aquests estudis no existeixin, simplement indica que apareixen com a qüestions diferents que requeririen una revisió diferenciada.

### 5.1. Metodologia

Atesa la naturalesa d'aquesta revisió, que té un **abast internacional** i diferents poblacions diana (persones grans, demència, discapacitat i salut mental), s'ha fet servir una metodologia que combina diverses estratègies de cerca i anàlisi.

#### 5.1.1. Cerca

Per recopilar la literatura, seguim els passos següents:

1. **Cerca inicial:** El primer corpus de referències es va extreure de la base de dades **SCOPUS**. Es va utilitzar una combinació de termes de cerca en anglès per a cada variable:

- **Població:** older people, people with dementia, people with disability, people with mental illness.
- **Habitatge:** housing with care, housing with support, supported housing, housing with services, assistive living, entre d'altres.

Per definir la terminologia, es van fer servir textos introductoris i publicacions que busquen establir taxonomies comunes (per exemple, Howe et al., 2013). La cerca es va limitar al període 2000-2025, que és el de més producció científica sobre el tema.

2. **Cerca de bola de neu:** A partir de la lectura de la primera tria de publicacions, en especial de les revisions sistemàtiques i exploratòries, es van identificar estudis que complien els criteris de rellevància temàtica i rigor metodològic que no havien aparegut a la recerca inicial. A més, es va fer servir l'assistent IA SciSpace. La síntesi de la literatura que oferia aquesta eina era molt defectuosa, però sí que va ser útil per cercar noves referències rellevants a partir de les preguntes que guien aquest estudi.

### 5.1.2. Selecció

Temàticament, es van deixar fora les publicacions sobre entorns institucionals o suports al mateix domicili. Per tal que s'hi incloguessin, s'havien de tractar en relació amb els models d'habitatges amb suports, per exemple, comparant-los. Tampoc no es van considerar els programes d'adaptació de la pròpia llar per la mateixa raó.

Per triar les publicacions es va adoptar una estratègia d'embut. Es partia de l'anàlisi de les revisions per posar després el focus en metaanàlisi i avaluacions específiques tenint en compte disseny metodològic i, per tant, si era possible obtenir evidències de causalitat. Aquesta estratègia va permetre anar del que és general al que és específic i de la recerca d'evidències causals a les no causals.

- **Revisions: el punt de partida d'aquest estudi han estat les revisions sistemàtiques** que avaluaven la qualitat de l'evidència. Mitjançant aquestes revisions es van poder identificar estudis temàticament rellevants que aportaven evidències causals i no causals amb prou rigor metodològic. Com que és un camp emergent en què gairebé no hi ha avaluacions d'efectivitat i impacte, també s'han inclòs a l'estudi revisions exploratòries (*scoping reviews*). Aquestes han permès mapar el camp de recerca i identificar publicacions que oferien resultats rellevants per a l'estudi.
- **Metaanàlisis i avaluacions:** A partir de les revisions, es van analitzar aquells estudis que no només eren rellevants temàticament, sinó que, pel seu disseny metodològic, aportaven evidència causal (metaanàlisi, dissenys experimentals o quasiexperimentals). L'escassetat d'aquesta classe d'estudis va fer que s'hi incloguessin els que aportaven resultats rellevants, encara que no permetien establir causalitat. Per això es van **revisar estudis qualitatius o mixtos**, ja que, si bé no permeten establir causalitat, han proporcionat un coneixement valuós sobre el funcionament dels habitatges i l'experiència de les persones usuàries.

El corpus final de referències revisades sobre habitatges amb suports està format per 52 publicacions sobre persones grans, de les quals 18 són revisions (una està dedicada al col·lectiu LGTBI); 15 publicacions sobre persones amb demència, de les quals 4 són revisions; 28 sobre persones amb discapacitat, de les quals 3 són revisions; i 34 sobre persones amb problemes de salut mental, de les quals 10 són revisions. Podeu consultar les referències a l'annex.

## 5.2. Anàlisi de l'evidència

### 5.2.1. Efectivitat dels habitatges amb suports i cures en la independència i autonomia de les persones usuàries

S'ha posat el focus en dos aspectes de la vida independent que acostumen a ser clau en els estudis: la **independència funcional** (la capacitat per fer activitats diàries) i l'**autonomia moral** (la capacitat d'elecció i control sobre la pròpia vida). Els efectes sobre cadascun d'aquests aspectes s'analitzen per separat.

***Són efectius els habitatges amb suports i cures per preservar o millorar la independència funcional? Per a qui? En quins contextos?***

#### Persones grans

La majoria dels estudis en comunitats de retir amb cures contínues i habitatges assistits (assisted living) als Estats Units, i en habitatges amb cures del Regne Unit no aporten resultats concloents ni permeten establir una relació clara entre independència funcional i habitatge. Molts són estudis longitudinals i mixtos en què les persones que es troben en millor estat funcional solen estar sobrerrepresentades, i les que tenen més deteriorament tendeixen a no participar en els estudis. (Coyle et al., 2020). Ara bé, s'han trobat dos estudis sobre habitatges amb cures al Regne Unit que van controlar aquest biaix i van mostrar resultats positius.

El primer és un estudi longitudinal (Holland et al., 2017; Holland et al., 2019) que mostrava que les persones que s'havien mudat a un habitatge amb cures **mitigaven millor l'impacte de l'envel·liment en el deteriorament cognitiu i la mobilitat que aquelles que seguien vivint a casa seva**. A més, es constatava que feien més exercici físic, un hàbit que es relacionava amb un menor risc de caigudes.

El segon estudi era una avaluació del cost-efectivitat dels habitatges amb cures al Regne Unit. L'estudi comparava dades secundàries de persones grans en habitatges amb cures i en residències, però controlant-ne estadísticament les característiques (demogràfiques, capacitat funcional i tipus d'habitatge anterior). L'estudi mostrava un benefici més gran en la capacitat funcional de les persones als habitatges amb cures que a les residències, per a una mostra homogènia de persones que, per tant, podrien residir en qualsevol dels dos entorns (Bäumker et al., 2011).

Així doncs, **alguns estudis mostren més eficàcia en la preservació de les capacitats funcionals als habitatges amb cures que les residències i/o romandre a casa, però no són resultats generalitzables ni prou concloents** (Coyle et al., 2020).

### Persones amb demència

La independència funcional **no és un aspecte que hagi estat parametrizat i avaluat quantitativament** a la literatura revisada dedicada específicament a aquest col·lectiu. Tot i que s'ha de dir que els estudis sobre persones grans inclouen en molts casos persones amb demència i els seus resultats podrien ser extensibles a aquest col·lectiu.

La major part dels estudis se centren en els habitatges amb cures del Regne Unit i són longitudinals i mixtos. Per tant, tampoc no aporten evidència causal sobre els seus beneficis en aquest aspecte. Ara bé, sí que assenyalen aspectes dels habitatges que actuen com a facilitadors o obstacles per a la independència funcional de les persones amb demència. Les revisions d'Atkinson et al. (2023) i M. Smith et al. (2022) recullen estudis de cas que destaquen la importància del **disseny de l'entorn**. Per exemple, els habitatges més petits es consideren més adequats que les grans comunitats, ja que els passadissos llargs i els ascensors poden desorientar les persones amb demència (Garwood, 2008a). La personalització i adaptació dels espais és més fàcil en habitatges petits i també contribueix a preservar la independència (Barrett et al., 2020; S. C. Evans et al., 2020; O'malley et al., 2018).

D'altra banda, cal dir també que els estudis que aborden la preservació de la independència en persones amb demència s'acostumen a centrar en innovacions residencials (com ara unitats de convivència o "*dementia villages*"), que s'han deixat fora d'aquesta revisió<sup>1</sup>. Tanmateix, val la pena esmentar un estudi sobre el seu impacte en la qualitat de vida de les persones amb demència que sí que va avaluar la independència funcional (Krier et al., 2023). La revisió mostra que **als nous entorns assistencials tipus llar, les persones amb demència preserven millor les seves capacitats funcionals que a les residències tradicionals**. Aquests entorns, si bé no són equiparables als habitatges amb cures, podrien ser una alternativa superior a l'habitatge habitual i a les residències actuals, especialment per a persones en fases inicials (Annerstedt, 1994; te Bokhorst et al., 2009).

### Persones amb discapacitat

La preservació de la independència funcional és un dels aspectes més estudiats en el cas de les persones amb discapacitat, amb resultats més positius i concloents (Wright et al. 2020; Roebuck, 2021). L'evidència és especialment positiva en el cas de persones desinstitucionalitzades (McConkey et al., 2016; Sines et al., 2012; Stancliffe et al., 2011). **Les persones que es muden d'entorns institucionals (hospitals i residències) a un habitatge col·lectiu o individual amb suports obtenen millors resultats en les activitats de la vida diària que les que es queden a la residència**. Un estudi longitudinal de tres anys va comparar persones amb discapacitat que es van mudar a un entorn casolà no institucional amb suports amb les que es van quedar en una

---

<sup>1</sup> Per revisar aquests models i el seu impacte en persones amb demència, vegeu Verbeek et al. (2009)

residència. Els resultats van mostrar canvis significatius en la independència funcional del primer grup, mentre que al segon no hi va haver canvis (Sloan et al., 2012).

**Els resultats són menys concloents quan es comparen persones que viuen al seu domicili habitual.** Això no obstant, un estudi que va analitzar l'acompliment en activitats diàries de persones amb dany cerebral a casa seva (amb família o sense), en un habitatge col·lectiu amb suports i en un entorn institucionalitzat, va trobar que l'entorn condicionava l'acompliment. Les persones en habitatges col·lectius amb suports eren les que més hàbits de la vida diària feien sense dificultat (Lamontagne et al., 2013). L'estudi també va avaluar el tipus de suport necessari, i va resultar que els entorns institucionals van ser els que més suport oferien i el domicili propi, el que menys.

### Persones amb problemes severes de salut mental

En el cas de les persones amb problemes de salut mental, l'avaluació de la independència funcional és comuna, ja que sovint els estudis sobre habitatges amb suports s'emmarquen en una lògica medicorehabilitadora i epidemiològica.

**L'evidència mostra resultats positius en comparació de les persones institucionalitzades, encara que no del tot concloents.**

Una metaanàlisi sobre la qualitat de vida en tres tipus d'entorns (residències, habitatges amb suports i suports a domicili) va mostrar que el funcionament social de les persones era millor als habitatges amb suports que als entorns més institucionalitzats, especialment pel que fa a activitats socials i d'oci (Harrison et al., 2020). No així respecte a persones que viuen a casa seva i reben suport puntual. Els resultats d'una revisió sistemàtica sobre habitatges assistits (*assisted living*) hi coincideixen (Ketola et al., 2022). Aquesta revisió sintetitza estudis que mostren que la independència funcional de les persones amb problemes de salut mental es manté o millora en habitatges amb suports després de l'alta hospitalària (Dunt et al., 2017; Hobbs et al., 2002; Meehan et al., 2011), particularment pel que fa al funcionament social.

No obstant això, un estudi amb disseny quasiexperimental, basat en el mètode d'aparellament per puntuació de propensió a fi d'evitar el biaix de mostreig, no va mostrar diferències entre habitatges amb suports i residències. L'estudi va comparar persones amb problemes de salut mental (que tenen casa) després de dos anys vivint als dos entorns i va mostrar una millora en el seu funcionament social sense que s'observessin diferències significatives entre ells (Dehn et al., 2022).

### ***Són efectius els habitatges amb suports i cures per preservar o millorar l'autonomia? Per a qui? En quins contextos?***

#### Persones grans

En els estudis sobre habitatge amb suports i cures en persones grans, l'autonomia moral es presenta com un dels principals beneficis que les distingeixen de les residències, sovint caracteritzades com a "institucions totals" on les persones tenen una capacitat de decisió i control sobre la seva pròpia vida molt limitada. **L'evidència sobre aquest tema és abundant, encara**

**que no permet establir causalitat**, ja que es fonamenta en gran mesura en estudis de cas qualitius basats en la percepció de les persones residents.

La revisió sobre **habitatges comunitaris amb suports** de Chum et al. (2022) destaca que els usuaris expressen que **aquests entorns els ajuden a ser més independents** en les seves activitats diàries, fet que millora el seu sentit d'autoeficàcia. La revisió identifica diversos factors que afavoreixen aquesta autonomia: un habitatge propi que ofereix **privadesa i seguretat**, un entorn que facilita l'**accés a serveis** i a una **comunitat veïnal**, i la possibilitat d'**escollir els serveis i activitats** en què participar. La revisió de Puplampu et al. (2020) sobre habitatge col·laboratiu (cohousing) afegeix altres factors que promouen l'autonomia: la **participació de les persones grans en la planificació i el disseny del seu futur habitatge**, així com en la gestió de la comunitat. A la revisió sobre les NORC (Naturally Occurring Retirement Communities) als Estats Units, Parniak et al. (2022) també recull nombrosos estudis que reporten un **augment de l'autoeficàcia, l'eficàcia col·lectiva i el sentit de comunitat** entre les persones que hi viuen (Parniak et al., 2022, p. 8).

En el cas d'habitatges amb cures, un estudi fet al Regne Unit sobre percepció de **control sobre la pròpia vida** va donar resultats interessants. Aquest és un aspecte central de l'autonomia i es considera especialment perjudicat als entorns més institucionalitzats. L'estudi comparava la percepció de control de persones grans que viuen en habitatges amb cures, en residències i al seu domicili a partir de l'anàlisi de quatre estudis que van utilitzar els mateixos ítems de l'escala ASCOT sobre qualitat de vida. Controlant els factors que incideixen en la percepció de control (edat, nivell de dependència i salut percebuda), l'estudi va mostrar que la percepció de control sobre la pròpia vida era més gran en residències i habitatges amb cures que vivint al propi domicili amb atenció domiciliària (Callaghan i Towers, 2014, p. 16). Això indica que **mudar-se a un habitatge amb cures o fins i tot a una residència pot ajudar més a mantenir l'autonomia que romandre al propi domicili** (Callaghan i Towers, 2014, p. 17). Els autors interpreten aquests resultats com una limitació dels serveis públics d'atenció domiciliària a les persones grans, que estan exclusivament centrats a cobrir necessitats físiques bàsiques i no cobreixen suports clau per poder sortir de casa, participar en activitats socials i de lleure, etc., que són clau per mantenir l'autonomia (Callaghan i Towers, 2014, p. 18).

### Persones amb demència

A la literatura sobre persones amb demència, l'autonomia moral es considera un pilar central del model dels habitatges amb cures. Una **revisió d'estudis qualitius longitudinals** detalla els factors que materialitzen aquest *ethos* i promouen l'autonomia dels residents (M. Smith et al., 2022). Un aspecte clau és una "**cultura de les cures**" **que no tingui aversió al risc**, on els residents tinguin llibertat per moure's, es maximitzin les oportunitats de fer les coses per ells mateixos i es respecti la seva propietat sobre l'espai. També es destaca la importància de **permetre que les parelles segueixin vivint juntes** i la possibilitat d'**escollir amb qui socialitzar i quin tipus de suports es reben**. La revisió de M. Smith et al. (2022) també subratlla que **les normes de l'habitatge han de ser flexibles i l'entorn obert als familiars**, amb **serveis de cura disponibles 24/7 de manera flexible**, per part de treballadors especialitzats, i amb una **atenció social i mèdica integrada**.

La revisió d'Atkinson et al. (2023) afegeix que els habitatges petits ofereixen seguretat i faciliten que les persones segueixin amb les rutines. Tanmateix, la mida i la possible ubicació en entorns segregats i allunyats poden reduir l'oferta de serveis i, per tant, les oportunitats d'elecció i d'interacció social (S. C. Evans et al., 2020; Garwood, 2008b; Twyford, 2016). Tots aquests estudis reforcen la idea que les persones que viuen en aquests entorns són més autònomes quan tenen els suports necessaris per prendre el control de la seva vida, cosa que requereix constància, flexibilitat, personalització i formació per part de les persones cuidadores i els familiars.

### Persones amb discapacitat

Igual que amb la independència funcional, l'autonomia moral és un aspecte molt avaluat en les persones amb discapacitat. Els estudis revisats mostren que els habitatges amb suports ofereixen **millors condicions per a l'autonomia moral, especialment en comparació amb els entorns institucionals**. Encara que **no s'ha trobat evidència causal clara**, els resultats que es detallaran apunten de manera unívoca en aquesta direcció, a diferència del que passa, per exemple, amb els estudis sobre persones grans.

La revisió sistemàtica de Wright et al. (2020) sobre alternatives habitacionals per a persones amb dany cerebral o medul·lar recull un estudi que demostra que les persones amb discapacitat en habitatges amb suports tenen **més capacitat d'elecció sobre la seva vida que aquelles que viuen en entorns institucionals** (Winkler et al., 2007, 2015). Aquesta millora s'observa en gairebé totes les àrees de la vida quotidiana, excepte en la relació amb la família, que és semblant als dos entorns. No obstant això, aquest mateix estudi també assenyala que moltes persones en aquests entorns se senten aïllades socialment.

Les revisions exploratòries consultades confirmen aquests resultats. Una d'aquestes, que estudia els habitatges individualitzats amb suports per a persones amb discapacitat, mostra que els estudis que han avaluat l'autonomia i l'autodeterminació indiquen millors resultats en habitatges amb suports (col·lectius i individuals), així com al propi domicili, que en entorns més segregats i institucionalitzats (Oliver et al., 2020, p. 12). De manera similar, una revisió exploratòria sobre habitatges per a persones amb discapacitat intel·lectual (Roebuck, 2021) recull nombrosos estudis qualitatius, incloent-hi un estudi longitudinal, que reporten que les persones que es muden d'un entorn institucional a un habitatge a la comunitat **no sols milloren la seva independència funcional, sinó també la seva capacitat d'elecció i el control sobre la pròpia vida**. Tot i amb això, també s'esmenten limitacions, com la capacitat restringida de les persones usuàries per triar els seus proveïdors de suports o els seus companys d'habitatge.

### Persones amb problemes severos de salut mental

En el cas de persones amb problemes de salut mental, els estudis sobre autonomia moral són escassos. Els pocs que hi ha suggereixen un **increment en el control i la capacitat de decisió, però l'evidència no és causal i difícilment generalitzable**, ja que la majoria són avaluacions qualitatives (Nelson et al., 2007; Piat et al., 2020). A més, en aquests estudis l'autonomia moral sovint queda subsumida en el concepte de funcionament social, avaluada com una capacitat dels individus que indica el progrés de la rehabilitació.

Val a dir, però, que les revisions consultades relacionen l'autonomia moral amb les preferències habitacionals. Reconeixen la necessitat de conèixer i atendre les opcions d'habitatge que les persones amb problemes de salut mental prefereixen, i no tan sols les que es consideren convenientment clínicament. Richter i Hoffmann (2017a) sosté que les preferències de les persones usuàries són un aspecte central per a la seva recuperació, ja que viure en un entorn no desitjat els pot portar a abandonar l'habitatge i, per tant, el tractament (Richter i Hoffmann, 2017a, p. 276). La preferència és viure de manera independent al mateix apartament (Richter i Hoffmann, 2017b) i els habitatges independents amb suports augmenten la capacitat d'elecció, cosa que es tradueix en una millor qualitat de vida (Nelson et al., 2007).

#### **Quadre 1. Resum de l'evidència relacionada amb l'impacte en la independència funcional i l'autonomia**

##### **Persones grans**

- Hi ha evidència que apunta que **els habitatges amb cures són més eficaços en la preservació de la capacitat funcional física i cognitiva** que les residències o la permanència al domicili.
- Alguns estudis mostren que **els habitatges amb suports i amb cures poden contribuir a augmentar l'autonomia** en comparació amb les persones usuàries de residències o que viuen a casa seva, perquè ofereixen més oportunitats de tenir control sobre la pròpia vida i prendre decisions que van més enllà de les activitats bàsiques.
- En qualsevol cas, **l'evidència disponible és limitada, no és causal ni concloent**.

##### **Persones amb demència**

- Hi ha evidència abundant que mostra que **els habitatges amb suports i cures poden millorar l'autonomia de les persones amb demència** quan disposen dels suports necessaris.
- **Manca evidència sobre l'impacte dels habitatges amb suports i cures en la independència funcional** de les persones usuàries.
- Molts estudis identifiquen **aspectes dels habitatges amb suports i cures, com ara el disseny de l'entorn, que milloren tant l'autonomia com la independència** de les persones amb demència.

##### **Persones amb discapacitat o amb problemes severos de salut mental**

- Els habitatges amb suports, **quan formen part d'un procés de desinstitucionalització i rehabilitació, milloren la independència funcional** respecte a les persones que resideixen en entorns institucionalitzats, tant en el cas de persones amb discapacitat com amb problemes de salut mental.
- Hi ha evidència abundant que apunta que els habitatges amb suports **incrementen la capacitat d'elecció i l'autonomia moral de les persones amb discapacitat, especialment respecte als entorns institucionals**.

#### Quadre 1. Resum de l'evidència relacionada amb l'impacte en la independència funcional i l'autonomia

- Hi ha **escassetat d'evidència sobre l'efecte dels habitatges amb suports sobre l'autonomia de les persones amb problemes severos de salut mental**. Els estudis existents apunten cap a la **necessitat de considerar les preferències d'habitatge** de les persones com a factor crucial per a la seva recuperació.

### 5.2.2. Efectivitat dels habitatges amb suports i cures en la connectivitat, suport i participació social dels usuaris

Un objectiu central dels habitatges amb suports i cures és promoure la connectivitat, la participació i la inclusió social de les persones que requereixen cures, a diferència de les residències i altres entorns assistencials. Tant la institucionalització com la convivència familiar poden augmentar l'aïllament social i l'estigma. Per això, els habitatges amb suports i cures cerquen oferir atenció social i assistencial i alhora oportunitats de socialització que previnguin l'aïllament i l'exclusió.

Aquesta secció se centra en el paper dels habitatges amb suports i cures en el desenvolupament de relacions i suport social, així com en la participació en activitats socials dins i fora de l'entorn de l'habitatge. A diferència de la secció anterior, no es presenten aquestes dues dimensions per separat, ja que els estudis acostumen a combinar-les i fan servir termes com "benestar social" o "qualitat de vida social". El concepte de "funcionament social", que sovint es vincula més a una capacitat individual, s'ha abordat a l'apartat d'independència funcional.

***Els habitatges amb suports i cures milloren la connectivitat, el suport i la participació social? Per a qui? En quins contextos?***

#### Persones grans

Els habitatges amb cures es presenten com entorns que poden reduir l'aïllament i la soledat de les persones grans (Kneale, 2013). Tanmateix, **l'evidència no és clara** respecte a si les persones grans participen més i estan més connectades socialment. Els estudis disponibles no aporten evidència causal i els resultats són dispars: **semblen indicar que afavoreixen la connectivitat i la participació social, però també que poden tenir l'efecte contrari en aquelles persones de més edat i amb més necessitats de suports**.

Els estudis quantitatius (Coyle et al., 2020) ofereixen resultats dispars i poc comparables a causa dels diferents instruments de mesura i del disseny dels estudis: molts són estudis longitudinals qualitius o mixtos amb problemes per controlar el biaix de la mostra i l'impacte de factors com la salut o l'edat que poden tenir. Alguns estudis reporten alts nivells de benestar social entre els residents. Per exemple, un estudi longitudinal sobre benestar social en habitatges amb cures al Regne Unit (Callaghan et al. 2008) mostrava que les persones residents percebien una millora en la seva vida social des de la mudança i que el 90% havien fet noves amistats. A més, mostraven que aquesta millora estava relacionada amb un augment de la participació en activitats socials.

Un altre estudi longitudinal mostrava que la connectivitat social es mantenia alta després de cinc anys de mudar-se a un habitatge amb cures, encara que les interaccions socials amb les amistats i els familiars van anar minvant amb el temps (Holland et al., 2019).

Aquesta disparitat també es produeix quan s'avalua la solitud. Mentre alguns estudis assenyalen que és un problema, especialment en habitatges petits (Callaghan et al., 2008), d'altres mostren que els seus residents no perceben soledat i que això es manté al llarg del temps (Holland et al., 2019). Un estudi comparatiu recent aporta evidència de la seva efectivitat. Amb un estudi quasiexperimental, es va observar que **les persones que viuen en habitatges amb cures reporten menys solitud que les que viuen al seu domicili habitual**. No obstant això, **el seu aïllament social és més gran pel fet que tenen menys contactes amb amistats**, encara que no es va trobar una diferència significativa respecte als contactes amb familiars (Beach et al., 2022).

Els estudis qualitius i mixtos també mostren incongruències. D'una banda, acostumen a indicar beneficis. Els estudis de les revisions de Chum et al. (2022) i S.-I. Hou i Cao (2021a) sobre habitatges comunitaris amb suports indiquen una disminució de l'aïllament social en relació amb les amistats i la comunitat, precisament l'aspecte crític dels habitatges amb cures (Beach et al., 2022). Un estudi sobre habitatges col·laboratius va mostrar que els seus residents **donaven i rebien més suport emocional, instrumental i informacional** que no pas una mostra comparable de l'Enquesta Social General dels Estats Units (Markle et al., 2015). Els estudis qualitius també destaquen el valor de la participació en activitats per preservar la identitat social, cultural i religiosa, construir un sentit de pertinença i millorar la salut (Chum et al., 2022; Croucher et al., 2006).

D'altra banda, hi ha estudis que reporten un **augment de l'exclusió social, el pensament grupal negatiu i més estigma en diferents models d'habitatges comunitaris amb suports** (Chum et al., 2022). Altres estudis assenyalen l'impacte negatiu que la desigualtat té en la connectivitat social en habitatges amb cures (Atkinson et al., 2014; Croucher et al., 2006). **Les persones més fràgils, amb menys recursos econòmics o de salut, acostumen a tenir més problemes per socialitzar i més risc d'aïllament** (S. Evans, 2009). **Les persones amb problemes cognitius o de salut mental i les persones que en tenen cura tenen més risc d'exclusió, aïllament i d'experimentar hostilitat** (Streib i Metsch, 2002). Això també és el que va mostrar l'estudi longitudinal de quinze habitatges amb cures al Regne Unit (Callaghan et al. 2008). L'estudi va revelar que el benestar social de les comunitats de retir era significativament més gran que el dels habitatges amb cures. La raó d'aquesta diferència radicava tant en el millor estat funcional de les persones residents de les comunitats de retir com en la política d'exclusió de les persones amb necessitats de cura, implementada, precisament, per preservar la seva vida social "activa".

L'evidència també indica que les persones grans acostumen a patir més aïllament a mesura que les seves xarxes socials es redueixen per defunció o mudança, i que tenen més dificultats per integrar-se amb les persones que acaben d'arribar (Stacey- Konnert i Pynoos, 1992). Els patrons de gènere també hi influeixen. Els homes tenen més problemes de socialització que les dones i l'estat civil de les dones afecta la formació de noves amistats. Les dones casades es relacionen amb altres parelles, i les solteres s'integren més fàcilment, perquè valoren més les amistats (Mary Ann Erickson et al., 2000). Les vídues, però, tenen un estatus social més baix i més risc de marginació (Van Den Hoonaard, 1994). Els homes vidus són els que tenen més problemes de socialització.

Encara que aquests aspectes no són exclusius dels habitatges amb suports i cures, és crucial tenir en compte aquestes formes d'exclusió i de discriminació per evitar visions idealitzades.

Una de les crítiques als habitatges amb suports i cures per a persones grans és que es poden convertir en guetos i limitar el contacte amb l'exterior. La revisió de Coyle et al. (2020) **no troba prou evidència per demostrar que mudar-se a comunitats de persones grans redueixi la interacció amb l'exterior, ni tampoc el contrari**. No obstant això, sí que hi ha evidència de factors que modulen aquestes relacions. A les comunitats de retir amb cures contínues als Estats Units, els residents més joves i autònoms són els més actius a l'exterior (Sherwood et al., 1997). La procedència dels usuaris també hi influeix: els que venen de lluny estableixen més vincles socials dins de l'habitatge que els que vivien a prop, perquè aquests últims mantenen les xarxes socials externes (Waldron et al., 2005). Quant al suport social, aquests estudis indiquen que és similar en tots dos casos, ja que els que es muden de lluny reverteixen la pèrdua de suport social amb noves amistats, mentre que els que vivien a prop mantenen el suport que tenien.

### Persones amb demència

Com en l'apartat anterior, els estudis revisats no acostumen fer servir instruments quantitius estandarditzats, cosa que dificulta determinar si la connectivitat, el suport i la participació social dels residents milloren amb el temps, i si ho fan en comparació amb altres entorns (Atkinson et al., 2023; Smith et al., 2022). A causa del disseny dels estudis, tampoc no és possible establir relacions de causalitat.

Tanmateix, alguns estudis longitudinals aporten informació valuosa sobre els factors contextu- als que, segons els participants, faciliten o limiten la connectivitat, el suport i la participació (Barrett et al., 2020; Cameron et al., 2020; Evans et al., 2020). La relació entre residents fomenta el suport social i el sentit de pertinença. En alguns habitatges, tant residents com treballadors reporten una **“bona consciència de demència”** (*good dementia awareness*), cosa que significa que **les persones sense demència interactuen i ajuden els qui la tenen**, creant un espai segur on aquests últims es poden moure amb llibertat. Tot i això, molts estudis assenyalen que **els prejudicis contra les persones amb demència són molt comuns**, la qual cosa pot portar a la seva exclusió i aïllament.

Aquests estudis també reporten que **la participació en activitats entre residents amb demència o sense, i sense limitacions prèvies, facilita la interacció i prevé l'aïllament** (Evans i Vallyelly, 2007). Això depèn en gran mesura de la formació dels treballadors en una cultura de les cures flexible i personalitzada, i que els espais siguin adequats. Una dimensió petita dels habitatges facilita les relacions, però els espais comuns no han de ser massa petits, perquè limitarien la interacció social i la participació en activitats (Evans et al., 2020). **Fomentar la participació dels familiars també és clau** per a les persones amb demència, perquè prevé l'aïllament, especialment dels que tenen un deteriorament cognitiu més gran. Els treballadors assenyalen que el disseny menys regulat d'aquests habitatges, la bona ubicació i la disponibilitat d'espais exteriors contribueixen a fer que siguin llocs oberts a familiars i persones de l'entorn. Tot i això, **l'èmfasi en la independència d'aquests habitatges també pot produir situacions d'aïllament**, per exemple, si els apartaments només estan pensats per a residents i no s'admet la pernoctació de persones externes.

A causa del disseny d'aquests estudis, no es pot determinar fins a quin punt els habitatges són eficaços per millorar les relacions i la participació comunitària. Ara bé, una avaluació amb grup control i mostreig aleatoritzat del programa EOP (*Enriched Opportunities Programme*) en cinc habitatges amb cures va mostrar **millores significatives en la percepció de suport social i inclusió de les persones amb demència** després de 18 mesos (Brooker et al., 2011). **Aquest programa es**

**basava en la inclusió d'una persona facilitadora** encarregada de maximitzar les oportunitats de benestar de les persones residents, assegurar que les cures s'ajustaven a les necessitats de cadascú, facilitar la relació entre la persona i els serveis assistencials i socials i que les persones amb demència participaven en les activitats socials dintre i fora de l'habitatge. A més, el programa incloïa un programa formatiu per a les persones cuidadores i canvis en l'organització per tal d'assegurar una bona coordinació entre la persona facilitadora i la resta.

### Persones amb discapacitat

La majoria dels estudis analitzats sobre persones amb discapacitat indiquen que aquelles que viuen en habitatges amb suports tenen més relacions socials i més participació que les que ho fan en entorns més institucionalitzats. Amb tot, l'habitatge no sembla el factor més determinant, cosa que, d'altra banda, s'acaba de veure en l'avaluació de l'*Enriched Opportunities Programme* per a persones amb demència. La revisió sistemàtica de Kozma et al. (2009) aporta evidència en aquesta direcció: les persones que viuen en habitatges amb suports, de dimensions més petites i amb menys rotació, solen tenir més amistats fora de casa i rebre més visites (Emerson i McVilly, 2004; Forrester-Jones et al., 2006; McConkey et al., 2007). El trasllat d'un entorn institucional a un habitatge amb suports millora el contacte familiar i el manté en el temps (Chou et al., 2008). La revisió exploratòria de Roebuck (2021) ho corrobora: dels divuit estudis revisats, la majoria dels estudis longitudinals assenyalen millores en la participació comunitària i les relacions personals després del trasllat a habitatges amb suports. Tot i així, ambdues revisions insisteixen que la participació social de les persones amb discapacitat (intel·lectual) és molt baixa en general (Kozma et al., 2009) i que és habitual que reportin solitud i relacions escasses (Bigby et al., 2017).

Pel que fa a la integració comunitària, els estudis de Kozma et al. (2009) demostren que, si bé és baixa en qualsevol tipus d'habitatge (Baker, 2007), és millor en habitatges amb suports i habitatges semiindependents que no en residències (Stancliffe i Keane, 2000). La revisió de Wright et al. (2020), que aborda la integració comunitària a sis dels seus deu estudis, indica que les persones en habitatges amb suports reporten resultats més positius que les que viuen en residències. Un estudi longitudinal que va avaluar l'impacte que tenien els habitatges amb suports en comunitat (en habitatges independents o per a persones amb discapacitat amb teràpia ocupacional comunitària) en persones amb dany cerebral, va demostrar beneficis en la integració comunitària dels residents al cap de tres anys, i que aquests beneficis eren millors en les persones en habitatges independents (Sloan et al., 201).

Això no obstant, no es pot concloure que això sigui així en tots els casos. Alguns estudis sobre persones amb discapacitat en situacions d'alta complexitat indiquen que viure en entorns més institucionalitzats (group homes) pot estar associat amb una participació més gran en activitats organitzades i més contacte amb persones de l'exterior que no pas si viuen de manera independent amb les seves famílies (Felce et al., 2011). Un altre estudi assenyalava que les persones que viuen en habitatges amb suports fora de la institució (ja sigui al seu propi domicili, compartint casa o d'un altre tipus) tenien menys activitats amb amistats, ja que els entorns residencials paucaven la forma i el contingut d'aquestes activitats (Emerson i McVilly, 2004).

Aquests estudis indiquen, d'una banda, que una independència més gran en l'habitatge no implica necessàriament una sociabilitat i integració comunitària també més grans, perquè algunes persones necessiten més suports i entorns més estructurats. El model d'habitatge no és un factor tan decisiu per a la connectivitat i la participació social (Kozma et al., 2009). Les relacions d'amistat estan modulades pel tipus de suport ofert; per exemple, la implementació d'un suport actiu, que canvia l'estil de suport i el passa de "cuidar" a "treballar amb" s'associa amb xarxes socials més grans (Emerson et al., 2001). En el cas de les relacions familiars, la distància o l'edat dels pares són factors més decisius, i per a la integració comunitària sembla que els serveis disponibles i la intensitat dels suports tenen més pes que el tipus d'habitatge (Emerson et al., 2001). La solitud no sembla tampoc estar relacionada amb el model d'habitatge, sinó més aviat amb la convivència amb persones incompatibles i la ubicació en barris insegurs (Stancliffe et al., 2007).

### Persones amb problemes severos de salut mental

**No és clar que els habitatges amb suports millorin les relacions socials i la integració comunitària en persones amb problemes de salut mental.** Una metaanàlisi mostra una satisfacció més gran amb les relacions socials en habitatges amb suports que en entorns més institucionalitzats (Harrison et al., 2020, p. 6). Ara bé, una revisió sistemàtica assenyala que els beneficis socials dels habitatges amb suports, com l'ocupabilitat, són limitats en persones desinstitucionalitzades (McPherson et al., 2018a, p. 10). No obstant això, **estudis qualitius basats en l'experiència de les persones amb problemes de salut mental indiquen un benefici potencial en aquesta àrea si compten amb un bon suport i se'ls ofereix oportunitats de socialització** (Barnes et al., 2022; Watson et al., 2019). Aquests estudis també adverteixen del **risc de solitud**, perquè són entorns enfocats a promoure l'autonomia i la privacitat, un aspecte assenyalat també en el cas de les persones amb demència.

L'evidència és una mica més clara quan es tracta de persones amb problemes de salut mental que viuen al carrer. A la revisió de McPherson et al. (2018a), els dos estudis causals que reporten beneficis socials s'adrecen a aquest grup. Un constata un **augment de les relacions familiars satisfactòries i duradores** (Tsai et al., 2013) i l'altre, una **millora en la participació social, l'ús de recursos comunitaris i el sentit de pertinença** (Stergiopoulos et al., 2014). En tots dos casos, l'habitatge amb suports forma part d'una intervenció de suport més àmplia.

**Els programes *Housing First* per a persones sense llar amb problemes psiquiàtrics també van demostrar que són eficaços per augmentar l'estabilitat residencial d'aquest col·lectiu** (McPherson et al., 2018a, p. 6). Si bé l'estabilitat residencial no garanteix millores en les relacions socials, hi ha indicis que hi ajuda. Una revisió sistemàtica va identificar tres estudis amb millores substancials i sis sense millores significatives, però cap no va reportar un empitjorament (Richter i Hoffmann, 2017a, p. 274). Això suggereix que **els habitatges amb suports poden tenir un impacte positiu en la integració social de persones amb problemes de salut mental que també pateixen vulnerabilitat habitacional**. Encara que a Europa la malaltia mental no sempre implica viure al carrer, Richter i Hoffmann (2017a) considera que els bons resultats de les intervencions als Estats Units es podrien aplicar també a persones que no es troben en aquesta situació.

## Quadre 2. Resum de l'evidència relacionada amb l'impacte en la connectivitat, el suport i la participació social

### Persones grans i persones amb demència

- **Manca evidència causal.** En termes generals, els **resultats són dispars i poc con- cloents.**
- L'evidència apunta cap a **diferències en l'impacte en funció del perfil de persona usuària.**
- **Entre les persones grans,** aquelles amb **més fragilitat o amb condicions socio- econòmiques o de salut desfavorables poden tenir més dificultats** per socialitzar i estan en risc d'exclusió, mentre que les que no tenen aquestes cir- cumstàncies reporten beneficis en les relacions socials.
- Entre les **persones amb demència,** els habitatges amb cures poden ser una **opor- tunitat per millorar la connectivitat i la participació, especialment a les fases inicials de la malaltia,** ja que aquestes persones sovint afronten situacions d'ex- clusió. L'evidència destaca la **necessitat d'adaptar els habitatges i implementar programes que assegurin acompanyament** per facilitar la socialització.

### Persones amb discapacitat

- L'evidència és consistent i mostra que **les persones desinstitucionalitzades mi- lloren la seva connectivitat social i la seva integració comunitària als habitatges amb suports,** encara que l'habitatge en si no és un factor tan determinant com el tipus de suport o la seva ubicació.
- Els estudis mostren, però, que aquest col·lectiu presenta una baixa participació social i que habitualment reporta solitud i relacions limitades.

### Persones amb problemes severos de salut mental

- L'**evidència és ambigua** respecte a l'impacte de les llars amb suports en la con- connectivitat i la participació social de la **població que prové d'entorns institucionals.**
- Els estudis mostren **millores en la integració social de les persones amb proble- mes severos de salut mental que provenen de situacions de sensellarisme.**
- L'evidència disponible suggereix que **el tipus de suport constitueix un factor més determinant que el model d'habitatge.**

## 5.2.3. Efectivitat dels habitatges amb suports i cures en la qualitat de vida, benestar i salut dels usuaris

La qualitat de vida i la salut dels residents són dos aspectes molt presents a les avaluacions dels habitatges amb suports i cures. En primer lloc, aquesta revisió analitza en quina mesura viure en aquest tipus d'entorns té un benefici per a la qualitat de vida, el benestar i la satisfacció amb l'habitatge. Posteriorment, se'n detalla la incidència en la salut de les persones residents, en par- ticular en la salut percebuda, la salut psicològica i la salut física.

## *Els habitatges amb suports i cures milloren la qualitat de vida, el benestar i són satisfactoris? Per a qui? En quins contextos?*

### Persones grans

**L'evidència sobre els beneficis en la qualitat de vida de les persones grans no és clara i no permet establir causalitat.** Alguns estudis mostren millores quan les persones es muden des del seu domicili habitual (Roberts i Adams, 2018) o des de residències (Rossen i Knafl, 2007). Els factors clau per a aquesta millora estan relacionats amb el suport i el rol dels treballadors, així com amb la relació entre els residents (Mitchell i Kemp, 2000). Tanmateix, també hi ha estudis longitudinals amb grup de control que no troben diferències significatives amb les persones que continuen vivint al seu domicili (Bernard et al., 2004).

A diferència de la qualitat de vida, **l'evidència sobre la satisfacció és molt més clara**, tant als habitatges amb cures (King, 2003) com als habitatges comunitaris amb suports, per exemple, els habitatges col·laboratius (Chum et al., 2022; Pupilampu et al., 2020), encara que el disseny de les avaluacions no permet tampoc establir causalitat. Dos estudis longitudinals van reportar una satisfacció generalitzada (Callaghan et al., 2008; Croucher et al., 2003). No obstant això, un d'aquests també va trobar que les persones més crítiques eren les més fràgils i dependents, ja que el model de "casa per a tota la vida" no funcionava per a elles i havien de mudar-se a un altre servei. Els estudis qualitius també mostren diferències en allò que produeix satisfacció: la vida social és més valorada per les persones joves i menys fràgils, mentre que els serveis i el personal són més importants per a les de més edat i amb més fragilitat (Bernard et al., 2004; Croucher et al., 2003).

### Persones amb demència

Nombrosos estudis qualitius i longitudinals reporten una bona qualitat de vida per a les persones amb demència als habitatges amb cures (S. C. Evans et al., 2020; Holland et al., 2017; Means et al., 2006; Vallelly et al., 2006). No obstant això, la qualitat de vida tendeix a disminuir en estadis mitjans i avançats de la malaltia, quan cal un canvi a entorns més especialitzats (Reimer et al., 2004). L'avaluació amb grup control i mostreig aleatoritzat del programa "Enriched Opportunities Programme" per a persones amb demència, abans esmentada, **va demostrar el seu impacte positiu en la qualitat de vida gràcies a la introducció de la figura del facilitador de benestar** (Brooker et al., 2011). La funció d'aquesta figura és servir d'enllaç entre la persona amb demència i els serveis i activitats de l'habitatge, fet que incrementa les possibilitats que rebi el suport necessari i tingui accés a activitats que li interessin.

Un factor recurrent que les persones participants assenyalen per explicar la millora en la qualitat de vida és la **seguretat** que proporcionen aquests habitatges, tant per a les persones usuàries com per a la seva família i les persones treballadores (Evans et al., 2020; Vallelly et al., 2006). El disseny dels entorns i la naturalesa de les cures brindades contribueixen a aquesta sensació de seguretat, que també és fonamental per promoure la independència.

Igual que en el cas de les persones grans, **l'evidència sobre la satisfacció és generalment positiva**. Un estudi longitudinal amb persones amb demència i els seus familiars va reportar una alta

satisfacció al llarg de tres anys, fins i tot quan la meitat de participants van haver de canviar temporalment d'habitatge (Vallelly et al., 2006).

### Persones amb discapacitat

La revisió de Wright et al. (2020) sobre persones amb dany cerebral i medul·lar assenyala que la qualitat de vida i la satisfacció dels residents són temes poc abordats a la literatura, que prioritza la independència i la integració comunitària. No obstant això, les revisions existents indiquen que **deixar la institució i l'habitatge familiar per viure a la comunitat en un habitatge amb suports millora la qualitat de vida de les persones amb discapacitat** (Roebuck, 2021, p. 17). Un estudi longitudinal recent a Espanya també reporta resultats positius en persones desinstitucionalitzades (Navas et al., 2025).

Els estudis mostren que, si bé hi ha molta variabilitat, **les millores en la qualitat de vida estan associades a característiques individuals, les pràctiques dels treballadors i els procediments del servei** (Kozma et al., 2009, p. 13). La revisió d'Oliver et al. (2020) recull estudis quantitatius que indiquen una avaluació positiva del benestar de les persones amb discapacitat intel·lectual que es traslladen a habitatges amb suports.

Un estudi basat en un experiment natural va mostrar **canvis positius en el benestar percebut de persones amb discapacitat intel·lectual** després que es mudessin a habitatges amb suports. L'experiment natural va ser possible gràcies a un programa de dos anys que va facilitar el trasllat de 119 persones a entorns menys institucionalitzats segons una avaluació de necessitats de suport. Els entorns eren: allotjaments segregats i col·lectius amb suports les 24 hores, habitatges amb suports personalitzats, habitatges col·lectius amb suports i habitatges amb cura familiar. Això va permetre comparar les persones que s'havien traslladat amb les que encara no ho havien fet. Les persones amb discapacitat intel·lectual que es van traslladar a habitatges independents amb suports van reportar un **benestar significativament més gran que les que es van quedar en entorns més institucionalitzats**. El benestar també va millorar, encara que de manera més modesta, en aquelles persones que es van traslladar a habitatges col·lectius amb suports (especialment si tenien més necessitats de suport) i en aquelles que es van quedar a l'habitatge familiar (McConkey et al., 2018). Per contra, el benestar percebut va empitjorar en les persones que es van quedar a la institució i, de manera generalitzada, en el grup de persones amb problemes de salut mental.

L'evidència és molt clara quant a la **satisfacció** de les persones amb discapacitat i dels familiars. Kozma et al. (2009), però, adverteixen que **els resultats en el cas dels familiars s'han d'interpretar amb cautela**. Si bé les persones amb discapacitat estan satisfetes perquè són crítiques amb les institucions i no hi volen tornar, **els familiars també van reportar satisfacció amb els entorns institucionals** quan no hi havia altres alternatives.

### Persones amb problemes severos de salut mental

Segons una metaanàlisi, **el benestar de les persones amb problemes de salut mental no sembla relacionat amb el fet de viure en un habitatge amb suports o en un altre tipus d'habitatge**, ni tan sols amb el tipus de suport (integrat, puntual, extern) (Harrison et al., 2020). No obstant això, en

**els perfils que requereixen més suports i que han tingut ingressos previs, hi ha estudis que indiquen que tenen millor qualitat de vida als habitatges assistits (*assisted living*) que als entorns hospitalaris (Ketola et al., 2022). També hi ha estudis que indiquen que les persones amb pitjor qualitat de vida són les que viuen en habitatges independents i permanents amb suports temporals i, en canvi, que els habitatges amb suports integrats i enfocats a la rehabilitació, és a dir, amb estades limitades en el temps, reporten millor qualitat de vida (Ketola et al., 2022).**

**No obstant això, l'habitatge permanent amb suports és el que més satisfacció comporta i el que prefereixen les persones residents, tant si inclou serveis com si no (Roebuck, 2021). És en les persones que, a més, viuen al carrer, una situació molt prevalent als Estats Units, on la millora de la qualitat de vida és més clara.** Encara que Harrison et al. (2020) assenyalen que l'aspecte més rellevant no és tant l'habitatge en si com el suport que la persona rep (McPherson et al., 2018a). En canvi, **els pocs estudis sobre qualitat de vida en persones amb problemes de salut mental que no viuen al carrer o en una institució no aporten evidència clara sobre una millora en la qualitat de vida.** Aquests estudis se centren en els processos de reinstitucionalització, que mostren un deteriorament de la qualitat de vida quan les persones reingressen. L'evidència més sòlida suggereix una relació inversa entre el grau d'institucionalització i la qualitat de vida: les persones que reingressen a institucions psiquiàtriques són les que tenen pitjor qualitat de vida (McPherson et al., 2018b).

Els estudis sobre persones amb problemes de salut mental i vulnerabilitat residencial mostren que **l'estabilitat residencial és un aspecte clau per a la qualitat de vida** i és on l'evidència resulta més sòlida i positiva (McPherson et al., 2018a; Richter i Hoffmann, 2017a). L'ocupabilitat és un altre aspecte important de la qualitat de vida, però no es disposa de prou evidència sobre l'impacte que té l'habitatge (McPherson et al., 2018a).

### **Quadre 3. Resum de l'evidència relacionada amb l'impacte en la qualitat de vida, el benestar i la satisfacció**

#### **Persones grans i persones amb demència**

- **No hi ha evidència prou consistent i clara** per afirmar que els habitatges amb suports i cures milloren la qualitat de vida i el benestar de les persones grans o amb demència.
- **Els habitatges amb suports i cures poden incloure persones amb necessitats molt diverses, cosa que dificulta identificar un efecte clar.**
- **L'organització i la cultura de les cures impacten** en la qualitat de vida. Els **suports orientats a la vida independent, flexibles i personalitzats** són els que ofereixen més bons resultats.
- **La satisfacció de les persones usuàries i dels seus familiars és generalment positiva**, encara que els factors que provoquen satisfacció varien en funció de la fragilitat o del nivell de suport que necessiten les persones usuàries.

### Quadre 3. Resum de l'evidència relacionada amb l'impacte en la qualitat de vida, el benestar i la satisfacció

#### Persones amb discapacitat o problemes severos de salut mental

- Es constata que els habitatges amb suports **proporcionen qualitat de vida a les persones amb discapacitat intel·lectual, cerebral o medul·lar desinstitucionalitzades.**
- En el cas de les persones amb problemes severos de salut mental, no és clar que els habitatges amb suports siguin un factor important en la millora de la seva qualitat de vida, excepte per a aquelles que pateixen **vulnerabilitat habitacional**, per a les quals sí que es constata un efecte positiu.
- **La satisfacció és alta entre les persones amb discapacitat i els seus familiars.** Cal destacar que, entre els familiars, la satisfacció també és alta en entorns institucionals quan no hi ha alternatives.

### *Són efectius els habitatges amb suports i cures en la millora de la salut? Per a qui? En quins contextos?*

#### Persones grans

La revisió de Coyle et al. (2020) ofereix una revisió detallada de l'impacte dels habitatges amb cures en la salut de les persones grans. La majoria dels estudis avaluen la **salut percebuda** i el **benestar psicològic**. Els resultats no són totalment concloents, però sí que apunten a beneficis.

Hi ha tres estudis que permeten avaluar l'eficàcia en la salut per part dels habitatges amb cures: dos de longitudinals amb grup de control (Holland et al., 2019; Kingston et al., 2001) i un estudi de casos i controls aparellats (Gaines et al., 2011). Tots tres van reportar una **millor salut percebuda i benestar psicològic en els residents d'habitatges amb cures**. Malgrat que els grups de control eren lleugerament més joves, amb menys comorbiditats i millor capacitat funcional, la percepció de salut dels residents dels habitatges amb cures va ser superior i aquesta diferència es va mantenir en el temps (Gaines et al., 2011). Altres estudis longitudinals no van registrar canvis significatius en la salut percebuda de les persones en habitatges amb cures (Bernard et al., 2004; Rossen i Knafl, 2007), mentre que altres estudis sí que ho van fer (Pruchno i Rose, 2000).

**Pel que fa a la salut psicològica, els resultats també són positius, encara que l'evidència no permet establir causalitat ni tampoc no és concloent** (Coyle et al., 2020). Un estudi longitudinal va reportar una salut psicològica millor en els residents i va suggerir que l'entorn ajudava a mantenir una percepció positiva de la salut (Kingston et al., 2001). Un altre estudi amb grup de control va mostrar una millora en la salut percebuda i una reducció dels símptomes depressius i d'ansietat després de cinc anys. En comparació del grup de control, els residents dels habitatges amb cures també semblaven mitigar els efectes de les comorbiditats i l'edat (Holland et al., 2015; Holland et al., 2019). Altres estudis mostren que el benestar es manté quan les persones reben

un elevat suport social (Cummings, 2002), cosa que subratlla la importància de la seguretat i el suport social.

**Pel que fa a la salut física, no es pot afirmar que viure en aquests entorns tingui una incidència significativa.** Tot i amb això, els estudis revisats per Coyle et al. (2020) indiquen un augment de les comorbiditats, que els autors expliquen perquè les persones que es muden ja tenen certa fragilitat i perquè la supervisió mèdica més gran pot portar a un millor control i diagnòstic. Un estudi fins i tot va suggerir que viure en una comunitat de retir augmentava l'esperança de vida en cinc anys (Mayhew et al., 2017).

### Persones amb demència

**L'evidència sobre la salut de les persones amb demència és escassa i no permet treure conclusions.** No és un aspecte que s'avaluï de manera específica en els estudis que s'han trobat, perquè els habitatges no estan dissenyats com a entorns sanitaris.

### Persones amb discapacitat

Segons la revisió de Kozma et al. (2009), en aquest col·lectiu s'han estudiat menys els resultats de salut dels diferents entorns. **No hi ha evidència que el canvi a un habitatge amb suports provoqui un trauma o un augment de problemes de salut mental** (Kozma et al., 2009, p. 18). No obstant això, **l'evidència sí que mostra que viure en un entorn menys restrictiu pot portar a hàbits menys saludables**, com ara inactivitat, tabaquisme o una dieta deficient que pot conduir a l'obesitat (Bryan et al., 2000).

**La mortalitat també ha estat analitzada, amb resultats molt diversos.** En els estudis que indiquen un augment de la mortalitat, els factors que el produeixen no són clars: alguns estudis ho atribueixen a un accés inadequat als serveis de salut, mentre que d'altres ho associen a riscos de salut individuals.

Un aspecte important vinculat amb el benestar psicològic són els **comportaments disruptius**. Els resultats no són concloents: **alguns estudis no mostren canvis significatius, altres reporten un empitjorament o passivitat, i encara altres no mostren millores quantitatives, però sí qualitatives** (Kozma et al., 2009). La revisió d'Oliver et al. (2020) també identifica estudis que semblen apuntar que els habitatges amb suports podrien estar relacionats amb una disminució dels comportaments disruptius o problemàtics, encara que l'evidència és escassa i poc clara respecte a la seva eficàcia.

### Persones amb problemes severos de salut mental

L'impacte dels habitatges amb suports varia segons la situació prèvia de la persona. Segons la revisió de McPherson et al. (2018a), **els habitatges amb suports són un factor important en el manteniment i la millora de la seva simptomatologia psiquiàtrica en persones que provenen del carrer (sense llar)**. Pocs estudis reporten empitjorament de la salut en persones sense llar. En el cas de persones derivades d'institucions, el resultat també és positiu, però sí que hi ha alguns estudis que reporten empitjorament (Kallert et al., 2007). Per a les persones que provenen d'altres

recursos comunitaris, els resultats són menys concloents, amb evidència tant de millora com d'empitjorament.

#### Quadre 4. Resum de l'evidència relacionada amb l'impacte en la salut

##### **Persones grans i persones amb demència**

- En les **persones grans s'observen beneficis en la salut percebuda, el benestar psicològic i una millor supervisió mèdica** en comparació amb les que viuen al seu domicili.
- **L'evidència sobre la salut de les persones amb demència és escassa** i no permet treure'n conclusions fermes.

##### **Persones amb discapacitat o problemes severos de salut mental**

- **Hi ha poca evidència** sobre l'impacte dels habitatges amb suports en la salut de les persones amb discapacitat.
- Els estudis existents indiquen un **risc més gran d'hàbits de vida poc saludables i una menor supervisió mèdica**, cosa que suggereix que l'autonomia pot tenir un cost quan els suports als habitatges són insuficients.

##### **Persones amb problemes severos de salut mental**

- **L'evidència disponible se centra en l'impacte sobre els símptomes psiquiàtrics.**
- Els **resultats són positius per a les persones que provenen de situacions de sensellarisme**, que experimenten una millora significativa de la seva simptomatologia. L'impacte és menys clar per a les persones que provenen d'entorns institucionalitzats.

#### 5.2.4. Efectivitat dels habitatges amb suports i cures en la desinstitucionalització i prevenció de la institucionalització de persones amb necessitats de cures

La idea que els habitatges amb suports i cures poden ser "llars per a la resta de la vida" (*home for life*) és atractiva tant per a les persones usuàries, que eviten un règim institucional amb efectes negatius sobre la seva autonomia, com per a les persones gestores, que veuen en la desinstitucionalització un sistema més digne, respectuós amb els drets humans i, potencialment, més cost-efectiu.

Per abordar aquesta qüestió, cal aclarir el sentit que té la desinstitucionalització per als diferents grups. Per als dos primers grups, persones grans i amb demència, l'enfocament és la prevenció de la institucionalització, és a dir, evitar o endarrerir l'entrada en una residència. En el cas de les persones amb discapacitat i amb problemes de salut mental, es parla de desinstitucionalització com un procés que va de l'ingrés a institucions a la recuperació per a la independència i la integració social.

## *Els habitatges amb suports i cures afavoreixen la prevenció de la institucionalització o la desinstitucionalització? Per a qui? En quins contextos?*

### Persones grans

Les revisions que s'han fet sobre habitatges comunitaris amb suports de persones grans als Estats Units (S.-I. Hou i Cao, 2021a) aporten estudis interessants. Per exemple, l'avaluació d'una NORC va mostrar que només el 2% de residents va ingressar en una residència, una xifra menor que el 4,5% de la mitjana nacional. Un estudi longitudinal de sis anys sobre aquesta NORC, amb un grup de control que vivia al seu domicili habitual, va posar en relleu que el 7,1% del grup de control va ingressar en una residència, mentre que només ho va fer el 3,2% de les persones que residien a la NORC (Elbert i Neufeld, 2010).

Un estudi que va avaluar si els habitatges amb cures podien ser per a tota la vida va aportar resultats interessants. Utilitzant dades de 1.189 usuaris, va estimar que l'estada mitjana a l'habitatge era de 6,5 anys, la probabilitat d'ingressar en una institució després de cinc anys era del 8%, amb una taxa de baixes per institucionalització i defunció d'1 a 3. Després de deu anys, el 14% dels residents hauria anat a una residència. En comparació amb un grup de control de persones amb atenció domiciliària, la probabilitat d'ingressar a una residència després de cinc anys era entre un 30% i un 57% més baixa als habitatges amb cures. Aquesta probabilitat era un 50% menor per a les persones amb més necessitats de cures (majors de 80 anys) (Kneale, 2011). Alguns estudis aporten millors resultats, encara que acostumen a ser comunitats de retir amb cures contínues que disposen de residència annexa (Croucher et al., 2003).

Aquests resultats mostren el potencial que tenen els habitatges amb suports i cures a l'hora d'endarrerir i evitar l'ingrés a residències. No obstant això, en els casos on els resultats són més positius, als habitatges amb cures, es constata que el model pot no ser suficient per a persones amb demència. Els factors més comuns que porten a ingressar en residències són la manca de cobertura dels serveis (Kneale, 2011) i l'estat funcional de la persona: la depressió, la incontinència, el deteriorament cognitiu i la dependència són els detonants més habituals (Coyle et al., 2020).

**L'evidència sembla mostrar, per tant, que els habitatges amb cures poden ser una opció de per vida per a aquelles persones que necessiten una cobertura de cures mitjana.** Quan les necessitats s'intensifiquen, per exemple, amb una demència avançada, és molt probable que les persones s'hagin de traslladar a entorns més especialitzats. L'ambigüitat del terme "habitatges d'estada prolongada" provoca estrès als residents, que no saben fins on podran cobrir els serveis i poden amagar els seus problemes de salut per por d'haver d'anar-se'n. Per tant, **els habitatges amb cures són una alternativa per a algunes persones, però no poden substituir o reemplaçar les residències** (Croucher et al., 2006, p. 81).

### Persones amb demència

Com ja s'ha esmentat, no és clar que els habitatges amb cures evitin la institucionalització de les persones amb demència. La revisió d'Atkinson et al. (2023) planteja que la prevenció o el retard de la institucionalització és un dels beneficis potencials, i subratlla la importància d'un model de

suport flexible i personalitzat perquè la persona pugui viure en aquest entorn tan de temps com sigui possible (M. Smith et al., 2022, p. 10). Tot i amb això, **pràcticament no hi ha estudis que demostrin la seva efectivitat en la prevenció de la institució de persones amb demència** (Croucher et al., 2006). De fet, un estudi longitudinal va mostrar que, després de dos anys, més de la meitat de les 36 persones estudiades havien hagut d'anar a entorns més assistits (Vallelly et al., 2006).

### Persones amb discapacitat

En el cas de les persones amb discapacitat, la desinstitucionalització es relaciona amb la capacitat per transitar de la cura residencial a la vida independent. **No s'ha trobat evidència causal ni concloent de la seva efectivitat.** Ara bé, sí que hi ha estudis qualitatius que assenyalen **factors que incideixen en el procés: l'escassetat d'habitatges adequats i la dificultat d'accedir-hi** (Wiesel, 2015), **i la qualitat dels suports, en termes d'intensitat, flexibilitat i adaptació a cada persona** (McConkey et al., 2013). Aquest darrer aspecte, com veurem tot seguit, és determinant per a l'èxit dels processos de recuperació en persones amb problemes de salut mental.

### Persones amb problemes severos de salut mental

Segons la literatura, la transició cap a una vida independent està influïda per característiques personals com el diagnòstic, el consum de drogues i l'atenció clínica rebuda (Lodder, 2024). A més, l'extensió de l'estada en un entorn institucional fa menys probable la progressió, i l'edat i el gènere també hi incideixen, ja que els homes grans tendeixen a estar en entorns més institucionalitzats (Harrison et al., 2024).

L'estudi QUEST al Regne Unit aporta evidència rellevant sobre la taxa de desinstitucionalització, definida com la proporció de persones que aconsegueixen viure en entorns amb més independència i suports temporals (almenys durant trenta mesos) (Killaspy et al., 2020). El 42 % dels participants va progressar (dos terços es van traslladar a un habitatge independent i van reduir el temps de suport a la meitat). **L'estudi mostra que les persones en habitatges independents amb suports temporals tenen més probabilitat de progressar que aquelles que viuen en habitatges amb suports continus integrats, i aquestes, més que les que viuen en residències. La probabilitat de progressió es relaciona amb la qualitat del servei, en particular amb la promoció dels drets humans i l'adopció de pràctiques basades en la recuperació.** Això implica protegir la privacitat, la dignitat i els drets de les persones usuàries, promoure la seva col·laboració en la planificació de les cures, adoptar habilitats per a la vida independent i crear una cultura de confiança en la recuperació. **Els factors que es relacionen negativament amb la progressió són la participació de la família i dels recursos comunitaris.** Els autors suggereixen que això pot ser degut a la resistència dels familiars i dels mateixos recursos comunitaris a fer que els usuaris s'independitzin i canviïn de domicili. La literatura assenyalava altres factors contextuais com ara la disponibilitat d'habitatge assequible i les oportunitats d'integració comunitària (Farkas i Coe, 2019).

Un altre aspecte clau en el procés de recuperació és la **reducció dels ingressos hospitalaris**. Nombrosos estudis indiquen que els habitatges amb suports estan relacionats amb una reducció

de la durada dels ingressos (Adamus et al., 2022) o de la seva freqüència i durada (McDermott et al., 2015).

La revisió de Rog et al. (2014) indica que els habitatges amb suports **milloren l'estabilitat residencial de les persones amb problemes de salut mental**, ja que redueixen el risc que acabin vivint al carrer (Rog et al., 2014, p. 4). A més, l'**estabilitat residencial** apareix com un aspecte important per trencar la "lògica de la porta giratòria". Aquesta lògica fa que l'accés a l'habitatge sigui possible, principalment un cop ha tingut lloc la crisi psiquiàtrica i l'ingrés hospitalari, i que es faci prevaler una aproximació basada en la intervenció en crisi i no en suports continus preventius de baixa intensitat (o'Malley i Croucher, 2005, p. 2). Programes com *Housing First*, que proporcionen un habitatge permanent amb suports sense condicions terapèutiques, han demostrat resultats molt positius en persones amb problemes de salut mental que viuen al carrer (Richter i Hoffmann, 2017a).

#### **Quadre 5. Resum de l'evidència relacionada amb l'efectivitat en la desinstitucionalització i la prevenció de la institucionalització**

##### **Persones grans i persones amb demència**

- L'objectiu dels habitatges amb suports i cures és **prevenir o endarrerir la institucionalització**.
- Són **més efectives que l'atenció domiciliària per evitar l'ingrés en una residència de persones amb necessitats moderades de cura**.
- Les **persones amb demència avançada i amb necessitats elevades de cures acostumen a requerir entorns més assistits**, per la qual cosa els habitatges amb cures difícilment poden prevenir el seu ingrés en una residència.

##### **Persones amb discapacitat o problemes severos de salut mental**

- L'objectiu dels habitatges amb suports és **promoure la desinstitucionalització**, vinculada a un procés de recuperació i independència.
- Els estudis mostren que els **habitatges independents amb suports són efectius en la recuperació de les persones amb problemes de salut mental**.
- L'**evidència relativa a persones amb discapacitat és escassa i no concloent**, encara que hi ha estudis que mostren els factors que incideixen en el procés.
- En tots dos casos, **l'efectivitat depèn de la qualitat dels suports**, basada en els drets de les persones usuàries i una cultura de la recuperació.
- L'**estabilitat residencial** és un element central en la recuperació de persones amb problemes psiquiàtrics que viuen situacions de sensellarisme.

### 5.2.5. Efectivitat en l'optimització de recursos

S'han fet estudis d'ús de serveis socials i de salut i cost-efectivitat en habitatges per a persones grans i amb problemes de salut mental. En canvi, no s'han trobat estudis de cost-efectivitat en habitatges per a persones amb discapacitat i, en el cas de persones amb demència, només hi ha estudis qualitatius que no permeten arribar a conclusions clares.

#### *Són els habitatges amb suports i cures cost-efectives? Per a qui? En quins contextos?*

##### Persones grans

Els estudis revisats per Coyle et al. (2020) no proporcionen una evidència clara que els habitatges amb cures redueixin l'ús dels serveis d'atenció primària o dels serveis socials. Un estudi de casos i controls aparellats va comparar residents de comunitats de retir amb cures contínues amb participants d'un estudi sobre salut i jubilació, i no va trobar diferències en l'ús de serveis domiciliaris o hospitalaris.

Malgrat això, altres estudis al Regne Unit sí que suggereixen una relació amb l'ús de serveis hospitalaris, i mostren una reducció en la durada de les hospitalitzacions, les visites mèdiques i les hospitalitzacions planificades (encara que no en les d'emergència) (Holland et al., 2019). Segons Coyle et al. (2020), això podria ser perquè els serveis hospitalaris faciliten l'alta en considerar que els serveis de l'habitatge són suficients. Un altre estudi (Yates, 2016) també indica una reducció en l'ús de serveis d'emergència (policia, bombers, etc.).

Tot i aquestes dades, hi ha poques avaluacions de cost-efectivitat (Croucher et al., 2006, p. 55). La revisió de Coyle et al. (2020) en recull algunes. Als EUA, dues avaluacions d'una CCRC (Comunitat de Retir de Cures Contínues) van trobar que els **costos eren més baixos que en una residència per a persones amb un perfil i necessitats de dependència similars** (M. Rantz et al., 2014; M. J. Rantz et al., 2011). Al Regne Unit, dos estudis de cost-efectivitat (el de la Universitat de Kent i el de la Universitat d'Aston) suggereixen que els habitatges amb cures són **més cost-efectius que les residències per a persones amb necessitats moderades**. El cost és similar, però la qualitat de vida i de les cures és superior (Bäumker et al., 2010; Bäumker et al., 2011; Holland et al., 2015; Holland et al., 2019).

No obstant això, Darton i Muncer (2005) i Croucher et al. (2006) adverteixen que aquestes avaluacions s'han d'interpretar amb cautela i que és molt difícil treure conclusions sobre el cost-efectivitat. Quan es compara amb residències, cal incloure els costos associats a l'habitatge juntament amb les cures. Això no sempre és possible perquè poden ser serveis independents de proveïdors diferents als habitatges amb cures. Quan es compara amb l'atenció domiciliària, cal tenir en compte que els habitatges amb cures poden tenir personal *in situ* les 24 hores mentre que a l'atenció domiciliària no acostuma a ser així. A més, si no s'inclou la feina de cura informal no remunerada, la comparativa sempre sortirà esbiaixada, ja que aquest tipus de feina és més habitual als habitatges amb cures que a les residències i menys que a l'atenció domiciliària.

### Persones amb demència

La revisió d'Atkinson et al. (2023) recull alguns estudis que suggereixen que **els habitatges amb cures poden reduir les hospitalitzacions de les persones amb demència**. Això no només té un impacte positiu en la salut i la qualitat de vida en evitar l'estrès del canvi d'entorn, sinó que també redueix la pressió assistencial als hospitals. La revisió d'Atkinson et al. (2023) indica que el grau d'estalvi depèn de diversos factors, com el tipus de model d'habitatge, el nivell de suport requerit i les necessitats específiques de la persona. No s'han aconseguit identificar estudis de cost-efectivitat específics per a aquest col·lectiu. No es disposa d'evidència clara ni que permeti treure conclusions sobre la seva efectivitat.

### Persones amb discapacitat

Mentre que alguns models poden comportar estalvis, d'altres tenen costos similars o més elevats que els de les residències més tradicionals. Un estudi mostra que l'impacte dels habitatges amb suports permanent en l'ús de serveis socials i de salut depèn de la situació prèvia de la persona usuària. En el cas de persones desinstitucionalitzades, es relaciona amb un augment de les hospitalitzacions i els serveis d'urgència i una reducció de les visites a l'atenció primària. En canvi, no hi ha diferència en l'ús de recursos per a persones que provenen d'entorns comunitaris (Grove et al., 2023).

### Persones amb problemes severos de salut mental

Ketola et al. (2022) afirma que hi ha una **reducció significativa en el nombre d'hospitalitzacions en persones que viuen en habitatges assistits amb suport moderat**, en comparació amb els que viuen de manera independent (Gilmer et al., 2003). La revisió també assenyala que **quatre estudis reporten un consum més gran de fàrmacs** en persones que viuen en habitatges independents, cosa que suggereix que la manca de personal de suport podria estar sent compensada amb un augment de la medicació.

En el cas de persones amb problemes de salut mental sense llar, la revisió de McPherson et al. (2018a) indica que els habitatges amb suports faciliten un ús efectiu dels serveis d'atenció primària i de seguiment psiquiàtric (Gilmer et al., 2010, 2014), i s'associen amb una **reducció de les hospitalitzacions** i altres recursos d'emergència (Mares i McGuire, 2000).

Respecte al **cost-efectivitat**, o'Malley i Croucher (2005) mostra que és difícil determinar si aquests habitatges són una alternativa cost-efectiva als hospitals, ja que els costos no associats amb l'habitatge (com les visites mèdiques) poden fer que la cura comunitària no sigui necessàriament més barata.

Segons Ketola et al. (2022), **si es consideren la qualitat i el cost de la cura, els habitatges assistits de tipus 2 i 3 (que tenen personal al lloc, ofereixen suports de moderats a intensos i tenen un enfocament rehabilitador) semblen els més cost-efectius** (Dalton-Locke et al., 2018; Killaspy et al., 2016). En comparació amb els hospitals psiquiàtrics, el cost dels habitatges assistits de tipus 1 (més suport al lloc) és menor, però no ofereixen el mateix nivell de cobertura. Un estudi a Suècia va mostrar que la desinstitucionalització per mitjà de la promoció de la cura comunitària

va reduir els costos generals en un 13 % (Lindström et al., 2007). Ara bé, això podria ser degut a una transferència de costos cap a la cura familiar, no inclosa en l'anàlisi.

Per tant, és crucial no considerar els habitatges amb cures com una alternativa més barata que les residències i els entorns assistencials més institucionals, perquè podria comprometre la salut dels usuaris. Per exemple, se sap que els problemes de salut física en la població psiquiatritzada estan augmentant per l'envelliment d'aquesta població. Si els habitatges amb suports no estan preparats per donar resposta a aquesta situació i se segueix considerant els seus usuaris com a joves adults, poden deixar de ser cost-efectius (Chan et al., 2007). En aquest sentit, caldria considerar la possibilitat d'estendre el model d'habitatges amb cures també a persones grans amb discapacitat o amb problemes de salut mental.

#### **Quadre 6. Resum de l'evidència relacionada amb l'efectivitat en la desinstitucionalització i la prevenció de la institucionalització**

##### **Ús de serveis de salut**

- **L'evidència disponible no permet afirmar que els habitatges amb suports i cures generin un estalvi clar** en l'ús de serveis de salut i socials en comparació amb altres entorns.
- **En persones amb problemes de salut mental**, els resultats són més consistents i mostren una **reducció dels ingressos hospitalaris i un ús més efectiu de l'atenció primària**.
- **En persones grans i amb demència**, alguns estudis indiquen una reducció en la durada de les estades hospitalàries, encara que **l'evidència continua sent no concloent**.
- **En persones amb discapacitat**, en certs casos la desinstitucionalització s'associa a un **augment de les hospitalitzacions i a una utilització menor de l'atenció primària**.

##### **Cost-efectivitat**

- Hi ha evidència que les **comunitats de retir amb cures contínues són més cost-efectius que les residències per a persones amb necessitats moderades**.
- En salut mental, els habitatges amb suports continus semblen els més cost-efectius en termes de qualitat de vida i cures. Malgrat això, si es valorés la recuperació, els habitatges independents amb suports temporals podrien ser més avantatjosos, encara que falten dades.
- Els estudis de cost-efectivitat poden presentar biaixos: és difícil obtenir **dades fiables sobre els costos reals i el contingut dels serveis**, i a més la **cura informal no remunerada** —clau en aquests models— no s'acostuma a incloure, cosa que pot distorsionar les comparacions.

## 6. Resum

Els habitatges amb suports i cures representen un model d'atenció alternatiu a les institucions tradicionals que ofereix un enfocament més centrat en la persona, encara que la seva efectivitat varia significativament segons el col·lectiu i el context. En general, l'evidència suggereix que el valor d'aquests habitatges no rau tant en el simple fet de viure en aquests habitatges, sinó en la **qualitat, flexibilitat i personalització dels serveis** que ofereixen.

Als col·lectius on predomina una lògica basada en els drets, com en alguns habitatges per a **persones amb discapacitat i problemes de salut mental**, s'observen beneficis més clars. En el cas de la discapacitat, aquests habitatges han demostrat ser eficaços per promoure la **independència funcional** i l'**autonomia moral** de les persones desinstitucionalitzades, encara que la **connectivitat social** pot ser limitada. En l'àmbit de la **salut mental**, l'evidència és sòlida pel que fa a la desinstitucionalització. Moltes de les persones que accedeixen a aquests habitatges han passat per **situacions de sensellarisme i per processos d'ingrés psiquiàtric, de manera que els suports residencials contribueixen a trencar aquest cicle**, i aporten estabilitat i **milloren de manera significativa la simptomatologia psiquiàtrica i l'ús de serveis de salut**.

Per a les persones grans i amb **demència**, l'evidència és menys concloent. El model de "casa per a la resta de la vida" (*home for life*) funciona millor per a les persones que tenen necessitats de cures intermèdies, perquè els ajuda a endarrerir o evitar l'ingrés a residències. S'observen millores en la **salut percebuda** i el **benestar psicològic**, i es constata que en persones amb necessitats intermèdies pot millorar la preservació de capacitats físiques i cognitives respecte d'aquelles que viuen al seu domicili habitual. No obstant això, quan les necessitats de cures s'intensifiquen, les limitacions del model es fan evidents i la manca de claredat sobre quan un resident s'ha de mudar a un entorn amb més assistència, com ara una residència, pot provocar estrès. Pel que fa als beneficis en les relacions socials, aquest benefici es constata especialment en persones amb poques necessitats de cura i bona salut.

Quant a la **cost-efectivitat**, l'evidència és ambigua i esbiaixada, perquè sovint no es comptabilitzen els costos reals ni la cures informals. Amb tot, **alguns estudis suggereixen que els habitatges amb cures són més cost-efectius que les residències per a persones amb necessitats moderades, ja que ofereixen una qualitat de vida superior per un cost similar**. Tanmateix, no es pot afirmar que siguin una alternativa universal a les cures residencials, perquè no estan dissenyats per atendre necessitats complexes i, en alguns casos, fins i tot poden augmentar els costos hospitalaris.

En resum, **els habitatges amb suports i cures no són una solució única per a tothom**. El seu èxit depèn de la capacitat dels serveis per adaptar-se a les necessitats de cada persona i de la col·laboració entre persones usuàries, professionals i famílies per crear entorns que promoguin l'autonomia, la dignitat i el benestar.

## 7. Implicacions per a la pràctica

A Catalunya, els habitatges amb suports i cures són un tipus de recurs nou i poc estès. Encara no hi ha habitatges amb cures pensades com a llars per a la resta de la vida i que garanteixin la continuïtat assistencial. Revisions com aquesta poden ser útils per orientar-ne el desenvolupament basant-se en l'evidència disponible.

Tanmateix, l'evidència disponible prové sobretot de països com el Regne Unit, que compten amb una trajectòria més llarga en la promoció de la cura comunitària i que té unes característiques socioeconòmiques i culturals diferents del context català. Per tant, l'evidència trobada no pot fonamentar directament les decisions a Catalunya si no es tenen en compte aquestes diferències. Allò que funciona en aquests països no ha de funcionar necessàriament al nostre.

Per aquesta raó, no es proposarà la simple "importació" de models, tècniques o dissenys que han demostrat ser eficaços i eficients en altres contextos. Per bé que es reconeix el seu innegable valor com a inspiració per a les polítiques catalanes, les implicacions pràctiques que es volen extreure d'aquesta revisió se situen en un estadi previ. L'objectiu és posar damunt la taula les qüestions crítiques que les polítiques en aquests països han hagut d'abordar i les respostes que hi han donat i que defineixen els seus diferents models.

### 7.1. Els habitatges amb cures poden i han de substituir les residències?

En el cas de persones que requereixen cures de llarga durada, els models que assegurin la continuïtat assistencial poden posposar o, fins i tot, substituir l'ingrés en una residència. Ara bé, la revisió realitzada indica que aquesta concepció dels habitatges pot causar certs problemes, entre els quals hi ha:

1. Un risc més gran que les persones no rebin l'atenció necessària. No és clar que les persones amb necessitats de cures més intenses tinguin els serveis necessaris en aquest tipus d'habitatges.
2. Pot provocar frustració i ansietat en les persones residents, ja que els límits de la cobertura de les cures en aquests habitatges no són clars per endavant, cosa que provoca incertesa sobre si podran evitar la institucionalització.
3. El risc que els habitatges amb cures siguin percebuts simplement com una versió més econòmica de les residències.

L'evidència actual mostra que aquests models són alternatives que poden complementar les residències, però difícilment les poden substituir quan les necessitats de cures augmenten. Així doncs, si aquesta és la situació, les polítiques han d'afavorir habitatges amb cures "finalistes"? És a dir, han d'estar dissenyats per cobrir totes les necessitats de cures absolutament fins al final de la vida de la persona?

## 7.2. En el cas de persones grans i amb demència, són els habitatges amb cures un model tan diferent del de les residències?

Les diferències amb els grans centres residencials són notables quan els habitatges amb cures:

- Incorporen una cultura i organització de les cures flexible, personalitzada i centrada en la qualitat de vida.
- L'espai és obert i casolà i està integrat a la comunitat.
- No es troben ubicades en zones aïllades o perifèriques

Això no obstant, quan se les compara amb els nous entorns assistencials tipus llar (unitats de convivència, dementia villages, etc.), les diferències es tornen menys evidents, perquè tots dos models parteixen de principis molt similars. Ara bé, a diferència dels habitatges amb cures, aquests nous models residencials continuen sent un recurs assistencial. No són domicilis pensats perquè les persones puguin viure amb autonomia i al seu entorn. Allò assistencial preval sobre la vida social i comunitària. Per tant, no es pot promoure el desenvolupament dels habitatges amb cures sense impulsar paral·lelament una reforma dels entorns residencials existents.

Això planteja dues preguntes importants per a les polítiques públiques:

- Podem impulsar polítiques que promoguin els habitatges amb cures sense modificar el model residencial actual?
- És necessari integrar el model d'habitatges amb cures amb el de les noves residències, o s'hauria d'apostar decididament per desenvolupar un model només?

## 7.3. Habitatges amb suports i cures: estables i per a “la resta de la vida”?

En el cas de les persones grans, els habitatges amb cures proporcionen habitatge estable amb diferents nivells assistencials segons les necessitats. D'aquesta manera, les persones poden romandre al seu entorn habitual i eviten haver de mudar-se constantment a mesura que els seus requeriments d'atenció canvien. Aquest és un model centrat en l'habitatge que dona resposta a persones amb necessitats variades, abastant l'espectre “*from fit to frail*” (des de qui només necessita suports puntuals fins a qui necessita cures intenses).

Aquest enfocament contrasta amb els models d'habitatge amb suports dissenyats per a persones amb discapacitat o problemes de salut mental. En aquests casos, els habitatges sovint funcionen com a instruments d'intervenció terapèutica (per exemple, per a la rehabilitació i la reinserció social). En aquests models, l'habitatge no és un recurs estable; les persones canvien de llar a mesura que empitjoren o milloren, de més a menys suports. No obstant això, programes com el *Housing First* demostren que l'estabilitat residencial és un aspecte que té una importància crucial.

Això fa que ens preguntem: fins a quin punt és important l'estabilitat residencial i que els habitatges amb suports i cures siguin la casa dels seus residents?

En un context de creixents desigualtats socials, no solament hi haurà més persones amb necessitats de cures, sinó que aquestes també tindran més risc d'exclusió habitacional. Per tant, cal plantejar-se preguntes com ara: anem cap a un escenari d'habitatges temporals i orientats a una atenció cada cop més integrada i especialitzada, o bé cap a un model d'habitatge estable a l'entorn del qual organitzem serveis en funció de les necessitats? Sembla necessari pensar com integrar l'atenció social amb les polítiques d'habitatge i no només amb l'atenció sanitària.

## 7.4. Habitatges amb suports i cures per a totes les persones?

Els estudis revisats indiquen reiteradament que aquesta classe d'habitatges, ara com ara, no semblen accessibles ni adreçats a qualsevol persona que tingui necessitats de suport i cures. Les persones de classes més desafavorides i grups minoritaris solen dependre més del seu entorn familiar i domèstic, i també afronten un risc superior de ser institucionalitzades.

Moltes anàlisis realitzades sobre aquests nous models d'habitatge destaquen que les persones que hi accedeixen són, sovint, persones grans de classes més acomodades i amb un nivell formatiu alt. A més, hi ha molt pocs estudis que avaluïn el seu impacte en poblacions com les persones migrants o el col·lectiu LGTBQ+. Tot això suggereix que el procés de desinstitucionalització no arriba a certes persones.

Alhora, l'envelliment de les persones amb discapacitat i amb problemes de salut mental planteja un repte addicional per als habitatges amb suports. En aquesta etapa, emergeixen noves necessitats assistencials que podrien no estar cobertes pels models actuals. A més, la promoció de la vida independent que aquests habitatges fomenten pot no estar alineada amb les necessitats que emergeixen a la vellesa, per exemple, la prevenció de l'aïllament.

Això ens obliga a reflexionar sobre dos punts crucials:

- La promoció dels habitatges amb suports i cures per a persones grans i amb demència està tenint en compte els canvis demogràfics? En particular, la diversitat creixent (resultat de la migració i de nous estils de vida) i l'augment de les desigualtats socials en les futures generacions de persones grans.
- Els habitatges amb suports per a persones amb discapacitat i problemes de salut mental estan realment preparats per fer front als reptes de l'envelliment d'aquesta població i a les necessitats de cures de llarga durada que això implica?

## 8. Bibliografia i publicacions revisades

### 8.1. Bibliografia.

Brouwers, Marta; Broekharst, Damien. S. E.; de Boer, Bram; Groen, Win. G. i Verbeek, Hilde (2023). An overview of innovative living arrangements within long-term care and their characteristics: A scoping review. *BMC Geriatrics*, 23(1), 442. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04158-9>

Comas D'Argemir, Dolors (2015). Los cuidados de larga duración y el cuarto pilar del sistema de bienestar. *Revista de Antropología Social*, 24, 375-404. [https://doi.org/10.5209/rev\\_RASO.2015.v24.50663](https://doi.org/10.5209/rev_RASO.2015.v24.50663)

Comas d'Argemir, Dolors (2024). Envejecer en el hogar: Ecosistemas de cuidado de orientación local y comunitaria. *Zerbitzuan: Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria = Revista de servicios sociales*, 83, 5-18.

Darton, Robin A. (2022). Extra Care Housing: The Current State of Research and Prospects for the Future. *Social Policy and Society*, 21(2), 292-303. <https://doi.org/10.1017/S1474746421000683>

de Asís, Rafael (2023). *Estudio sobre los procesos de desinstitucionalización y transición hacia modelos de apoyo personalizados y comunitarios*. Universidad Carlos III de Madrid.

Díaz-Veiga, Pura y Sancho, Mayte (2022). La reformulación de los cuidados de larga duración en España. Un cambio inaplazable. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 57(5), 247-249. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2022.09.002>

Echevarría, Irene Vicente (2024). *Estudio sobre los procesos de desinstitucionalización y transición hacia modelos de apoyo personalizados y comunitarios: Personas Mayores*. Universidad Carlos III de Madrid. <https://estudiodesinstitucionalizacion.gob.es/wp-content/uploads/2024/01/2.-Resumen-Mayores.-Estudio-EDI.pdf>

Howe, Anna. L.; Jones, Andrew. E. i Tilse, Cheryl (2013). What's in a name? Similarities and differences in international terms and meanings for older peoples' housing with services. *Ageing and Society*, 33(4), 547-578. <https://doi.org/10.1017/S0144686X12000086>

Lebrusan, Irene (2017). La vivienda en la vejez: Problemas y estrategias para envejecer en sociedad [Http://purl.org/dc/dcmitype/Text, Universidad Complutense de Madrid]. A *La vivienda en la vejez: Problemas y estrategias para envejecer en sociedad* (pp. 1-502). <https://portalcientifico.uned.es/documentos/5d1df62d29995204f7663994?lang=ca>

Mahmood, Atiya; Seetharaman, Kishore; Jenkins, Hailey-Thomas i Chaudhury, Habib (2022). Contextualizing Innovative Housing Models and Services Within the Age-Friendly Communities Framework. *The Gerontologist*, 62(1), 66-74. <https://doi.org/10.1093/geront/gnab115>

Rodríguez, Pilar (Ed.) (2020). *Viviendas Para Personas Mayores En Europa. Nuevas Tendencias Para El Siglo Xxi*. Fundación Pilares para la Autonomía Personal.

Sancho Castiello, Mayte (2020). Viviendas y alojamientos para personas mayores. La experiencia internacional. *Revista internacional de los estudios vascos = Eusko ikaskuntzen nazioarteko aldizkaria = Revue internationale des études basques = International journal on Basque studies, RIEV*, 65(1-2), 180-225.

Wright, Fay; Tinker, Anthea; Mayagoitia, Ruth; Hanson, Julianne; Wojgani, Hedieh i Holmans, Alan (2010). What Is the 'Extra' in Extra Care Housing? *The British Journal of Social Work*, 40(7), 2239-2254. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcq040>

## 8.2. Publicacions revisades

### 8.2.1. Habitatges amb suports i cures per a persones grans

#### 8.2.1.1. Revisions

Atkinson, Teresa June; Evans, Simon; Darton, Robin; Cameron, Ailsa; Porteus, Jeremy i Smith, Randall (2014). Creating the asset base – a review of literature and policy on housing with care. *Housing, Care and Support*, 17(1), 16–25. <https://doi.org/10.1108/HCS-09-2013-0017>

Chum, Karen; Fitzhenry, Griffin; Robinson, Kali; Murphy, Michelle; Phan, Delyth; Alvarez, Jacob; Hand, Carri; Laliberte Rudman, Debbie i McGrath, Colleen (2022). Examining Community-Based Housing Models to Support Aging in Place: A Scoping Review. *Gerontologist*, 62(3), E178–E192. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaa142>

Coyle, Camille; Buggy, Sarah; Cagney, Olivia; Farragher, Louise; Lee, Caitriona; Patje, Darren i Long, Jean (2020). *Housing with support for older people*. Health Research Board.

Cutler, Lois J. (2007). Physical environments of assisted living: Research needs and challenges. *The Gerontologist*, 47 Spec No 3, 68-82. Scopus. [https://doi.org/10.1093/geront/47.supplement\\_1.68](https://doi.org/10.1093/geront/47.supplement_1.68)

Croucher, Karen; Hicks, Leslie i Jackson, Karen (2006). *Housing with Care for Later Life: A literature review*. Joseph Rowntree Foundation.

Darton, Robin i Muncer, Ann-Marie (2005). Alternative Housing and Care Arrangements: The Evidence. In *Intermediate and Continuing Care: Policy and Practice* (pp. 183–203). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9780470774960.ch12>

Hou, Su-I. i Cao, Xian (2021). Promising Aging in Community Models in the U.S.: Village, Naturally Occurring Retirement Community (NORC), Cohousing, and University-Based Retirement Community (UBRC). *Gerontology and Geriatric Medicine*, 7. <https://doi.org/10.1177/23337214211015451>

Mpofu, Elias; Prybutok, Gayle; Meier, Naomi i Ingman, Stan (2023). Social Connectedness Resource Preferences of Older Adults in Assisted Living: A Scoping Review Based on the WHO-ICF Framework. *Journal of Gerontological Nursing*, 49(9), 35-42. ProQuest Central. <https://doi.org/10.3928/00989134-20230816-03>

Nguyen, T. H. Trang i Levasseur, Mélanie (2023). How Does Community-Based Housing Foster Social Participation in Older Adults: Importance of Well-Designed Common Space, Proximity to Resources, Flexible Rules and Policies, and Benevolent Communities. *Journal of Gerontological Social Work*, 66(1), 103-133. Scopus. <https://doi.org/10.1080/01634372.2022.2133199>

Nies, Mary A. i Shirley, Alyssa Mae (2022). Social Networks in Retirement and Assisted Living Communities: A Literature Review. *Journal of Gerontological Nursing*, 48(1), 42-46. ProQuest Central. <https://doi.org/10.3928/00989134-20211207-01>

Park, Sojung; Park, Soobin; Ryu, Byeongju; Baek, Jihye; Amano, Takashi i Kim, Borin (2024). Subsidized Senior Housing in the US: A Scoping Review. *Journal of Applied Gerontology*, 43(7), 814-828. Scopus. <https://doi.org/10.1177/07334648231223028>

Parniak, Simone; DePaul, Vincent G.; Frymire, Clare; DePaul, Samuel i Donnelly, Catherine (2022). Naturally Occurring Retirement Communities: Scoping Review. *JMIR Aging*, 5(2). <https://doi.org/10.2196/34577>

Perone, Angela. K. ; Zhou, Leyi; Reed, Brevin; Singh, Navya; Kopp-Richardson, Sydney; Dubensky, Josh; Godwin, Thomas; Shin, Jiwon; Lee, Megan i Glusker, Ann (2025). A Community-Engaged Scoping Review of Affordable Housing Models for LGBTQ+ Older Adults. *Gerontologist*, 65(6). Scopus. <https://doi.org/10.1093/geront/gnaf103>

Puplampu, V.; Matthews, E.; Puplampu, G. ; Gross, M. ; Pathak, S. i Peters, S. (2020). The Impact of Cohousing on Older Adults' Quality of Life. *Canadian Journal on Aging / La Revue Canadienne Du Vieillissement*, 39(3), 406–420. <https://doi.org/10.1017/S0714980819000448>

Smith, Randall (2015). Longitudinal studies and housing with care in England: A review. *Housing, Care and Support*, 18(1), 1-11. Scopus. <https://doi.org/10.1108/HCS-08-2014-0020>

Tinelli, Michela; Knapp, Martin i Guy, Danielle (2019). *Integrated housing with care and support for older people: Economic evidence*. National Institute for Health Research.

Vallely, Sarah (2002). Extra care housing: A review of the effectiveness of extra care housing for older people. *Housing, Care and Support*, 5(1), 7-11. Scopus. <https://doi.org/10.1108/14608790200200003>

Westwood, Sue i Daly, Mary (s. f.). *Social Care and Older People in Home and Community Contexts: A Review of Existing Research and Evidence*. 68.

#### 8.2.1.2. Avaluacions

Bäumker, Theresia; Netten, Ann; i Darton, Robin (2010). Costs and Outcomes of an Extra Care Housing Scheme in England. *Journal of Housing For the Elderly*, 24(2), 151–170. <https://doi.org/10.1080/02763891003757098>

Bäumker, Theresia; Netten, Ann; Darton, Robin i Callaghan, Lisa (2011). Evaluating Extra Care Housing for Older People in England: A Comparative Cost and Outcome Analysis with

Residential Care. *Journal of Service Science and Management*, 4(4), 523–539.  
<https://doi.org/10.4236/jssm.2011.44060>

Beach, Brian; Willis, Paul; Powell, Jillina; Vickery, Alex; Smith, Randall i Cameron, Ailsa (2022). The Impact of Living in Housing With Care and Support on Loneliness and Social Isolation: Findings From a Resident-Based Survey. *Innovation in Aging*, 6(7), igac061.  
<https://doi.org/10.1093/geroni/igac061>

Bernard, Miriam; Bartlam, Bernadette; Biggs, Simon i Sim, Julius (2004). *New lifestyles in old age: Health, identity and well-being in Berryhill Retirement Village* (1st ed.). Bristol University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctt1t892nh>

Callaghan, Lisa; Netten, Ann; Darton, Robin; Bäumker, T. i Holder, J. (2008). *Social Well-Being in Extra Care Housing: Emerging Theme* [Interim Report]. Joseph Rowntree Foundation.

Callaghan, Lisa i Towers, Ann-Marie (2014). Feeling in control: Comparing older people's experiences in different care settings. *Ageing & Society*, 34(8), 1427–1451.  
<https://doi.org/10.1017/S0144686X13000184>

Cummings, Sherry M. (2002). Predictors of psychological well-being among assisted-living residents. *Health & Social Work*, 27(4), 293–302. <https://doi.org/10.1093/hsw/27.4.293>

Elbert, Karen Berry i Neufeld, Peggy Strecker (2010). Indicators of a Successful Naturally Occurring Retirement Community: A Case Study. *Journal of Housing For the Elderly*, 24(3-4), 322–334. <https://doi.org/10.1080/02763893.2010.522440>

Erickson, Mary Ann; Dempster-McClain, Donna; Whitlow, Carol i Moen, Phyllis (2000). Social Integration and the Move to a Continuing Care Retirement Community. In *Social Integration in the Second Half of Life* (p. 211–227). JHU Press.

Evans, Simon (2009). “That lot up there and us down here”: Social interaction and a sense of community in a mixed tenure UK retirement village. *Ageing and Society*, 29(2), 199–216.  
<https://doi.org/10.1017/S0144686X08007678>

Evans, Simon i Vallelly, Sarah (2007). Never a dull moment? Promoting social well-being in extra care housing. *Housing, Care and Support*, 10(4), 14–19.  
<https://doi.org/10.1108/14608790200700024>

Gaines, Jean M.; Poey, Judith L.; Marx, Katherine A.; Parrish, John M. i Resnick, Barbara (2011). Health and Medical Services Use: A Matched Case Comparison Between CCRC Residents and National Health and Retirement Study Samples. *Journal of Gerontological Social Work*, 54(8), 788–802. <https://doi.org/10.1080/01634372.2011.595476>

Holland, Carol; Boukouvalas, Alexis; Wallis, Stuart; Clarkesmith, Danielle; Cooke, Richard; Liddell, Leanne i Kay, Amanda (2017). Transition from community dwelling to retirement village in older adults: Cognitive functioning and psychological health outcomes. *Ageing & Society*, 37(7), 1499–1526. <https://doi.org/10.1017/S0144686X16000477>

- Holland, Carol; Carter, Mathew; Cooke, Richard; Graham, Leask; Shaw, Rachel i West, Karen (2015). *Collaborative Research between Aston Research Centre for Healthy Ageing (ARCHA) and the ExtraCare Charitable Trust*. Aston University.
- Holland, Carol; Garner, I.; O'Donnell, J. i Gwyther, H. (2019). *Integrated homes, care and support - Measurable outcomes for healthy ageing*. ExtraCare Charitable Trust.
- King, Nigel (2003). Continuing care retirement communities: Description and an evaluation. *Housing, Care and Support*, 6(4), 29–33. <https://doi.org/10.1108/14608790200300027>
- Kneale, Dylan (2011). *Establishing the extra in Extra Care - Perspectives from three Extra Care Housing Providers*. ILC-UK.
- Kneale, Dylan (2013). *What role for extra care housing in a socially isolated landscape?* Housing LIN.
- Markle, Elisabeth A.; Rodgers, Rachel; Sanchez, William i Ballou, Mary (2015). Social support in the cohousing model of community: A mixed-methods analysis. *Community Development*, 46(5), 616–631. <https://doi.org/10.1080/15575330.2015.1086400>
- Mayhew, Less; Rickayzen, Ben i Smith, David (2017). *Does living in a retirement village extend life expectancy? The case of Whiteley Village*. The International Longevity Centre.
- Mitchell, Joshua M. i Kemp, Bryan J. (2000). Quality of life in assisted living homes: A multidimensional analysis. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 55(2), P117–127. <https://doi.org/10.1093/geronb/55.2.p117>
- O'malley, Mary; Innes, Anthea; Muir, Sarah i Wiener, Jan. M. (2018). "All the corridors are the same": A qualitative study of the orientation experiences and design preferences of UK older adults living in a communal retirement development. *Ageing & Society*, 38(9), 1791–1816. <https://doi.org/10.1017/S0144686X17000277>
- Pruchno, Rachel A. i Rose, Miriam S. (2000). The Effect of Long-Term Care Environments on Health Outcomes. *The Gerontologist*, 40(4), 422–428. <https://doi.org/10.1093/geront/40.4.422>
- Rantz, Marilyn J.; Phillips, Lorraine; Aud, Myra; Popejoy, L.; Marek, Karen Dorman; Hicks, Lanis L.; Zaniiletti, Isabella i Miller, Steven J. (2011). Evaluation of aging in place model with home care services and registered nurse care coordination in senior housing. *Nursing Outlook*, 59(1), 37–46. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2010.08.004>
- Rantz, Marilyn; Popejoy, Lori L.; Galambos, Colleen; Phillips, Lorraine. J.; Lane, Kari. R.; Marek, Karen Dorman; Hicks, Lanis; Musterman, Katy; Back, Jessica; Miller, Steven J. i Ge, Bin (2014). The continued success of registered nurse care coordination in a state evaluation of aging in place in senior housing. *Nursing Outlook*, 62(4), 237–246. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2014.02.005>
- Roberts, Amy R. i Adams, Kathryn B. (2018). Quality of Life Trajectories of Older Adults Living in Senior Housing. *Research on Aging*, 40(6), 511–534. <https://doi.org/10.1177/0164027517713313>

Rossen, Eileen K. i Knafl, Kathleen A. (2007). Women's Well-Being After Relocation to Independent Living Communities. *Western Journal of Nursing Research*, 29(2), 183–199. <https://doi.org/10.1177/0193945906292539>

Sherwood, Sylvia C.; Ruchlin, Hirsch. S.; Sherwood, Clarence C. i Morris, Shirley A. (1997). *Continuing Care Retirement Communities*. The Johns Hopkins University Press.

Stacey-Konnert, Candace i Pynoos, Jon (1992). Friendship and Social Networks in a Continuing Care Retirement Community. *Journal of Applied Gerontology*, 11(3), 298–313. <https://doi.org/10.1177/073346489201100304>

Streib, Gordon F. i Metsch, Lisa R. (2002). Conflict in Retirement Communities: Applying an Analytical Framework. *Research on Aging*, 24(1), 67–86. <https://doi.org/10.1177/0164027503024001005>

Twyford, Katey (2016). *Individuals with dementia living in extra care housing: An initial exploration of the practicalities and possibilities*. Housing LIN.

Van Den Hoonaard; Deborah Kestin (1994). Paradise lost: Widowhood in a Florida retirement community. *Journal of Aging Studies*, 8(2), 121–132. [https://doi.org/10.1016/S0890-4065\(05\)80001-5](https://doi.org/10.1016/S0890-4065(05)80001-5)

Waldron, Vincent R.; Gitelson, Richard; Kelley, Douglas i Regalado, Jennifer (2005). Losing and Building Supportive Relationships in Later Life: A Four-Year Study of Migrants to a Planned Retirement Community. *Journal of Housing For the Elderly*, 19(2), 5–25. [https://doi.org/10.1300/J081v19n02\\_02](https://doi.org/10.1300/J081v19n02_02)

Yates, Kim (2016). *A fresh outlook on wellbeing: Delivering person-centred care across the West Midlands*. Housing Learning and Improvement Network and Nehemiah Housing Association.

## 8.2.2. Habitatges amb cures per a persones amb demència

### 8.2.2.1. Revisions

Atkinson, Teresa June; Oatley, Rebecca i Evans, Simon (2023). Advantages and challenges of extra care housing in the UK for people living with dementia: A scoping review. *Housing, Care and Support*, 26(3-4), 84–102. <https://doi.org/10.1108/HCS-09-2022-0023>

Krier, Damien; de Boer, Bram, Hiligsmann, Mickaël; Wittwer, Jérôme i Amieva, Hélène (2023). Evaluation of Dementia-Friendly Initiatives, Small-Scale Homelike Residential Care, and Dementia Village Models: A Scoping Review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 24(7), 1020–1027.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2023.03.024>

Smith, Michael; Brown, Margaret; Ritchie, Louise; Papadopoulou, Constantina i Tolson, Debbie (2022). Living with dementia in supported housing: A systematic review and thematic synthesis of qualitative research. *Health and Social Care in the Community*, 30(3), e589–e604. <https://doi.org/10.1111/hsc.13618>

Smith, Randall (2015). Longitudinal studies and housing with care in England: A review. *Housing, Care and Support*, 18(1), 1–11. <https://doi.org/10.1108/HCS-08-2014-0020>

#### 8.2.2.2. Avaluacions

Annerstedt, Lena (1994). An attempt to determine the impact of group living care in comparison to traditional long-term care on demented elderly patients. *Aging Clinical and Experimental Research*, 6(5), 372–380. <https://doi.org/10.1007/BF03324268>

Barrett, Julia; Evans, Simon i Pritchard-Wilkes, Vanessa (2020). Understanding and supporting safe walking with purpose among people living with dementia in extra care, retirement and domestic housing. *Housing, Care and Support*, 23(2), 37–48. <https://doi.org/10.1108/HCS-03-2020-0004>

Brooker, Dawn J.; Argyle, Elaine; Scally, Andrew J. i Clancy, David (2011). The Enriched Opportunities Programme for people with dementia: A cluster-randomised controlled trial in 10 extra care housing schemes. *Aging & Mental Health*, 15(8), 1008–1017. <https://doi.org/10.1080/13607863.2011.583628>

Darton, Robin i Callaghan, Lisa (2009). The role of extra care housing in supporting people with dementia: Early findings from the PSSRU evaluation of extra care housing. *Journal of Care Services Management*, 3(3), 284–294. <https://doi.org/10.1179/csm.2009.3.3.284>

Evans, Simon C.; Atkinson, Teresa; Cameron, Ailsa; Johnson, Eleanor K.; Smith, Randall; Darton, Robin; Porteus, Jeremy i Lloyd, Liz (2020). Can extra care housing support the changing needs of older people living with dementia? *Dementia*, 19(5), 1492–1508. <https://doi.org/10.1177/1471301218801743>

Garwood, Sue (2008a). *Duddon Mews Extra Care Scheme for People with Mental Health Problems and Physical Frailty in Cumbria*. Housing LIN.

Garwood, Sue (2008b). *Reeve Court Retirement Village St Helen's - an Evaluation*.

Means, Robin; Evans, Simon; Fear, Tina i Vallelly, Sarah (2006). A home for life? Extra care sheltered housing and people with dementia. *Journal of Dementia Care*, 14(4).

Reimer, Marlene A.; Slaughter, Sussan; Donaldson, Cam; Currie, Gillian i Eliasziw, Michael (2004). Special care facility compared with traditional environments for dementia care: A longitudinal study of quality of life. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(7), 1085–1092. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2004.52304.x>

te Boekhorst, Selma; Depla, Marja F. I. A.; de Lange, Jacomine; Pot, Anne Margriet i Eefsting, Jan A. (2009). The effects of group living homes on older people with dementia: A comparison with traditional nursing home care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(9), 970–978. <https://doi.org/10.1002/gps.2205>

Vallelly, Sarah; Evans, Simon; Fear, T. i Means, Robin (2006). *Opening doors to independence – summary*. Housing21.

### 8.2.3. Habitatges amb suports per a persones amb discapacitat

#### 8.2.3.1. Revisions

Kozma, Agnes; Mansell, Jim i Beadle-Brown, Julie (2009). Outcomes in Different Residential Settings for People With Intellectual Disability: A Systematic Review. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 114(3), 193–222. <https://doi.org/10.1352/1944-7558-114.3.193>

Oliver, Stacey; Gosden-Kaye, Emily Z.; Winkler, Dianne i Douglas, Jacinta M. (2020). The outcomes of individualized housing for people with disability and complex needs: A scoping review. *Disability and Rehabilitation*, 1–15. <https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1785023>

Roebuck, Maryam (2021). Housing for People with Intellectual Disabilities: A Scoping Review. *Journal on Developmental Disabilities*, 26(2), On–line first.

#### 8.2.3.2. Avaluacions

Baker, Peter. A. (2007). Individual and Service Factors Affecting Deinstitutionalization and Community Use of People with Intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20(2), 105–109. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2006.00313.x>

Bigby, Christine; Bould, Emma i Beadle-Brown, Julie (2017). Conundrums of supported living: The experiences of people with intellectual disability. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 42(4), 309–319. <https://doi.org/10.3109/13668250.2016.1253051>

Bryan, F.; Allan, T. i Russell, L. (2000). The move from a long-stay learning disabilities hospital to community homes: A comparison of clients' nutritional status. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 13(4), 265–270. <https://doi.org/10.1046/j.1365-277x.2000.00239.x>

Chou, Yueh-Ching; Lin, Li-Chuan; Pu, Ceng-Yun; Lee, Wang-Ping i Chang, Shu-Chuan (2008). Outcomes and Costs of Residential Services for Adults with Intellectual Disabilities in Taiwan: A Comparative Evaluation. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 21(2), 114–125. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2007.00373.x>

Emerson, E. i McVilly, K. (2004). Friendship Activities of Adults with Intellectual Disabilities in Supported Accommodation in Northern England. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 17(3), 191–197. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2004.00198.x>

Emerson, E.; Robertson, J.; Gregory, N.; Hatton, C.; Kessissoglou, S.; Hallam, A.; Järbrink, K.; Knapp, M.; Netten, Ann i Walsh, P. N. (2001). Quality and costs of supported living residences and group homes in the United Kingdom. *American Journal of Mental Retardation: AJMR*, 106(5), 401–415. [https://doi.org/10.1352/0895-8017\(2001\)106<0401:QACOSL>2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0895-8017(2001)106<0401:QACOSL>2.0.CO;2)

Felce, David; Perry, Jonathan i Kerr, Michael (2011). A Comparison of Activity Levels Among Adults with Intellectual Disabilities Living in Family Homes and Out-of-Family Placements. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 24(5), 421–426.  
<https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2010.00620.x>

Forrester-Jones, Rachel; Carpenter, John; Coolen-Schrijner, Pauline; Cambridge, Paul; Tate, Alison; Beecham, Jennifer; Hallam, Angela; Knapp, Martin i Wooff, David (2006). The Social Networks of People with Intellectual Disability Living in the Community 12 Years after Resettlement from Long-Stay Hospitals. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 19(4), 285–295. <https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2006.00263.x>

Grove, Lexie R.; Berkowitz, Seth A.; Cuddeback, Gary; Pink, George H.; Stearns, Sally Clarck; Stürmer, Til i Domino, Marisa Elena (2023). Permanent Supportive Housing Receipt and Health Care Use Among Adults With Disabilities. *Medical Care Research and Review*, 80(6), 596–607.  
<https://doi.org/10.1177/10775587231183192>

Lamontagne, Marie-Eve; Poncet, Frederique; Careau, Emmanuelle; Sirois, Marie-Josée i Boucher, Normand (2013). Life habits performance of individuals with brain injury in different living environments. *Brain Injury*, 27(2), 135–144. <https://doi.org/10.3109/02699052.2012.722253>

Martínez-Leal, R.; Salvador-Carulla, L.; Linehan, C.; Walsh, P.; Weber, G.; Van Hove, G.; Määttä, T.; Azema, B.; Haveman, M.; Buono, S.; Germanavicius, A.; van Schrojenstein Lantman-de Valk, H.; Tossebro, J.; Carmen-Câra, A.; Moravec Berger, D.; Perry, J. i Kerr, M. (2011). The impact of living arrangements and deinstitutionalisation in the health status of persons with intellectual disability in Europe. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(9), 858–872.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2011.01439.x>

McConkey, Roy; Abbott, Suzanne; Walsh, Patricia N.; Linehan, Christine i Emerson, Eric (2007). Variations in the social inclusion of people with intellectual disabilities in supported living schemes and residential settings. *Journal of Intellectual Disability Research: JIDR*, 51(Pt 3), 207–217. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2006.00858.x>

McConkey, R.; Bunting, B.; Ferry, F.; Garcia-Iriarte, E. i Stevens, R. (2013). An Evaluation of Personalised Supports to Individuals with Disabilities and Mental Health Difficulties. *Genio*.

McConkey, R; Keogh, F.; Bunting, B.; Garcia Iriarte, E. i Watson, S. F. (2016). Relocating people with intellectual disability to new accommodation and support settings: Contrasts between personalized arrangements and group home placements. *Journal of Intellectual Disabilities*, 20(2), 109–120. <https://doi.org/10.1177/1744629515624639>

McConkey, Roy; Keogh, F.; Bunting, B. i Iriarte, E. G. (2018). Changes in the self-rated well-being of people who move from congregated settings to personalized arrangements and group home placements. *Journal of Intellectual Disabilities: JOID*, 22(1), 49–60.  
<https://doi.org/10.1177/1744629516674086>

Navas, Patricia; Arias, Víctor B.; Vicente, Eva; Esteban, Laura; Guillén, Verónica M.; Alvarado, Natalia; Heras, Inés; Rumoroso, Paula; García-Domínguez, Laura i Verdugo, Miguel Ángel (2025). Empowering lives: How deinstitutionalization and community living improve the quality of life of individuals with intellectual and developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 157, 104909. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2024.104909>

Sines, David; Hogard, Elaine i Ellis, Roger (2012). Evaluating quality of life in adults with profound learning difficulties resettled from hospital to supported living in the community. *Journal of Intellectual Disabilities*, 16(4), 247–263. <https://doi.org/10.1177/1744629512463840>

Sloan, Sue; Callaway, Libby; Winkler, Dianne; McKinley, Kirsten i Ziino, Carlo (2012). Accommodation Outcomes and Transitions Following Community-Based Intervention for Individuals with Acquired Brain Injury. *Brain Impairment*, 13(1), 24–43. <https://doi.org/10.1017/Brlmp.2012.5>

Stancliffe, Roger J.; Lakin, K. Charlie; Doljanac, Robert; Byun, Soo-Yong; Taub, Sarah i Chiri, Giuseppina (2007). Loneliness and Living Arrangements. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 45(6), 380–390. [https://doi.org/10.1352/1934-9556\(2007\)45\[380:LALA\]2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/1934-9556(2007)45[380:LALA]2.0.CO;2)

Stancliffe, Roger J. i Keane, Sian (2000). Outcomes and costs of community living: A matched comparison of group homes and semi-independent living. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 25(4), 281–305. <https://doi.org/10.1080/13668250020019584>

Stancliffe, R. J.; Lakin, K. C.; Larson, S.; Engler, J.; Taub, S. i Fortune, J. (2011). Choice of living arrangements. *Journal of Intellectual Disability Research*, 55(8), 746–762. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2010.01336.x>

Wiesel, Ilan (2015). Housing for People with Intellectual Disabilities and the National Disability Insurance Scheme Reforms. *Research and Practice in Intellectual and Developmental Disabilities*, 2(1), 45–55. <https://doi.org/10.1080/23297018.2014.992037>

Winkler, Dianne; Callaway, Libby; Sloan, Sue i Holgate, Nadine (2015). Everyday Choice Making: Outcomes of Young People with Acquired Brain Injury After Moving from Residential Aged Care to Community-Based Supported Accommodation. *Brain Impairment*, 16(3), 221–235. <https://doi.org/10.1017/Brlmp.2015.32>

Winkler, Dianne; Sloan, Sue i Callaway, Libby (2007). Younger People in Residential Aged Care: Summer Foundation Ltd.

Wright, Courtney J.; Colley, Jacinta i Kendall, Elisabeth (2020). Exploring the efficacy of housing alternatives for adults with an acquired brain or spinal injury: A systematic review. *Brain Impairment*, 21(2), 125–153. <https://doi.org/10.1017/Brlmp.2019.33>

## 8.2.4. Habitatges amb suports per a persones amb problemes de salut mental

### 8.2.4.1. Revisions

Chilvers, R.; Macdonald, G. M. i Hayes, A. A. (2006). Supported housing for people with severe mental disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews (Online)*, 4, CD000453.

Harrison, Michele; Singh Roy, Anusua; Hultqvist, Jenny; Pan, Ay.-Woam; McCartney, Deborah; McGuire, Nicola; Irvine Fitzpatrick, Linda i Forsyth, Kirsty (2020). Quality of life outcomes for people with serious mental illness living in supported accommodation: Systematic review and meta-analysis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(8), 977–988.  
<https://doi.org/10.1007/s00127-020-01885-x>

Ketola, Joel; Jahangiri, Erfan; Hakko, Helinä; Riipinen, Pirkko i Räsänen, Sami (2022). Assisted living for mentally ill—a systematic literature review and its recommendations. *Nordic Journal of Psychiatry*, 76(6), 403–422. <https://doi.org/10.1080/08039488.2021.2001568>

McPherson, Peter; Krotofil, Joanna i Killaspy, Helen (2018a). Mental health supported accommodation services: A systematic review of mental health and psychosocial outcomes. *BMC Psychiatry*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1725-8>

McPherson, Peter; Lloyd-Evans, Brynmor; Dalton-Locke, Christian i Killaspy, Helen. (2021). A Systematic Review of the Characteristics and Efficacy of Recovery Training for Mental Health Staff: Implications for Supported Accommodation Services. *Frontiers in Psychiatry*, 12.  
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.624081>

o'Malley, Lisa i Croucher, Karen (2005). Supported Housing Services for People with Mental Health Problems: A Scoping Study. *Housing Studies*, 20(5), 831–845.  
<https://doi.org/10.1080/02673030500214126>

Richter, Dirk i Hoffmann, Holger (2017a). Independent housing and support for people with severe mental illness: Systematic review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 136(3), 269–279.  
<https://doi.org/10.1111/acps.12765>

Richter, Dirk i Hoffmann, Holger (2017b). Preference for Independent Housing of Persons with Mental Disorders: Systematic Review and Meta-analysis. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 44(6), 817–823. <https://doi.org/10.1007/s10488-017-0791-4>

Rog, Debra J.; Marshall, Tina; Dougherty, Richard H; George, Preethy;; Daniels, Allen S.; Ghose, Sushimita Shoma i Delphin-Rittmon, Miriam E. (2014). Permanent Supportive Housing: Assessing the Evidence. *Psychiatric Services*, 65(3), 287–294.  
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300261>

Watson, Jasmin; Fossey, Ellie i Harvey, Carol (2019). A home but how to connect with others? A qualitative meta-synthesis of experiences of people with mental illness living in supported housing. *Health & Social Care in the Community*, 27(3), 546–564.

#### 8.2.4.2. Avaluacions

Adamus, Christine; Zürcher, Simeon Joel i Richter, Dirk (2022). A mirror-image analysis of psychiatric hospitalisations among people with severe mental illness using Independent Supported Housing. *BMC Psychiatry*, 22(1), 492. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04133-5>

Barnes, Steven; Carson, Jerome i Gournay, Kevin (2022). Enhanced supported living for people with severe and persistent mental health problems: A qualitative investigation. *Health & Social Care in the Community*, 30(6), e4293–e4302. <https://doi.org/10.1111/hsc.13822>

Chan, Hong; Inoue, Shimpei; Shimodera, Shinji; Fujita, Hirokazu; Fukuzawa, Kae; Kii, Masaru; Kamimura, Naoto; Kato, Kunio i Mino, Yoshio (2007). Residential program for long-term hospitalized persons with mental illness in Japan: Randomized controlled trial. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 61(5), 515–521. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1819.2007.01701.x>

Dalton-Locke, Christian; Attard, Rosie; Killaspy, Helen i White, Sarah (2018). Predictors of quality of care in mental health supported accommodation services in England: A multiple regression modelling study. *BMC Psychiatry*, 18(1), 344. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1912-7>

Dehn, Lorenz. B.; Beblo, Thomas; Richter, Dirk; Wienberg, Günter; Kremer, Georg; Steinhart, Ingmar i Driessen, Martin (2022). Effectiveness of supported housing versus residential care in severe mental illness: A multicenter, quasi-experimental study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 57(5), 927–937. <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02214-6>

Dunt, David R.; Benoy, Andrew W.; Phillipou, Andrea; Collister, Laura L.; Crowther, Elizabeth M.; Freidin, Julian i Castle, David J. (2017). Evaluation of an integrated housing and recovery model for people with severe and persistent mental illnesses: The Doorway program. *Australian Health Review: A Publication of the Australian Hospital Association*, 41(5), 573–581. <https://doi.org/10.1071/AH16055>

Gilmer, Todd. P.; Folsom, David P.; Hawthorne, William; Lindamer, Laurie A.; Hough, Richard L.; Garcia, P. i Jeste, Dilip V. (2003). Assisted living and use of health services among medicaid beneficiaries with schizophrenia. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 6(2), 59–65.

Gilmer, Todd. P.; Stefancic, Ana; Ettner, Susan L.; Manning, Willard G. i Tsemberis, Sam (2010). Effect of Full-Service Partnerships on Homelessness, Use and Costs of Mental Health Services, and Quality of Life Among Adults With Serious Mental Illness. *Archives of General Psychiatry*, 67(6), 645–652. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.56>

Gilmer, Todd P.; Stefancic, Ana; Tsemberis, Sam i Ettner, Susan L. (2014). Full-Service Partnerships Among Adults With Serious Mental Illness in California: Impact on Utilization and Costs. *Psychiatric Services*, 65(9), 1120–1125. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300380>

Harrison, Michele; Irvine Fitzpatrick; Linda i Maciver, Donald (2024). Predictors of Discharge from Hospital to Supported Accommodation and Support Needs Once in Supported Accommodation for People with Serious Mental Illness in Scotland: A Linked National Dataset Study. *Health & Social Care in the Community*, 2024(1), 3905720. <https://doi.org/10.1155/2024/3905720>

- Hobbs, Coletta; Newton, Lesley; Tennant, Christopher; Rosen, Alan i Tribe, Kate (2002). Deinstitutionalization for long-term mental illness: A 6-year evaluation. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36(1), 60–66. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2002.00984.x>
- Kallert, Thomas W.; Leisse, Matthias i Winiecki, Peter (2007). Comparing the effectiveness of different types of supported housing for patients with chronic schizophrenia. *Journal of Public Health*, 15(1), 29–42. <https://doi.org/10.1007/s10389-006-0071-3>
- Killaspy, Helen; Priebe, Stefan; Bremner, Stephen; McCrone, Paul; Dowling, Sarah; Harrison, Isobel; Krotofil, Joanna; McPherson, Peter; Sandhu, Sima; Arbutnott, Maurice; Curtis, Sarah; Leavey, Gerard; Shepherd, Geoff; Eldridge, Sandra i King, Michael (2016). Quality of life, autonomy, satisfaction, and costs associated with mental health supported accommodation services in England: A national survey. *The Lancet Psychiatry*, 3(12), 1129–1137. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)30327-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)30327-3)
- Killaspy, Helen; Priebe, Stefan; McPherson, Peter; Zenasni, Zohra; Greenberg, Laura; McCrone, Paul; Dowling, Sowling; Harrison, Isobel; Krotofil, Joanna; Dalton-Locke, Christian.; McGranahan, Rose; Arbutnott, Maurice; Curtis, Sarah; Leavey, Gerard; Shepherd, Geoff; Eldridge, Sandra i King, Michael (2020). Predictors of moving on from mental health supported accommodation in England: National cohort study. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 216(6), 331–337. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.101>
- Killaspy, Helen; Priebe, Stefan; McPherson, Peter; Zenasni, Zohra; McCrone, Paul; Dowling, Sarah; Harrison, Isobel; Krotofil, Joanna; Dalton-Locke, Christian; McGranahan, Rose; Arbutnott, Maurice; Curtis, Sarah; Leavey, Gerard; MacPherson, Rob; Eldridge, Sandra i King, Michael (2019). Feasibility Randomised Trial Comparing Two Forms of Mental Health Supported Accommodation (Supported Housing and Floating Outreach); a Component of the QuEST (Quality and Effectiveness of Supported Tenancies) Study. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 258. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2019.00258>
- Lindström, E.; Eberhard, J.; Neovius, M. i Levander, S. (2007). Costs of schizophrenia during 5 years. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 116(s435), 33–40. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2007.01086.x>
- Lodder, Mandy (2024). *Fostering independence: Transitioning residents with severe mental illness to independent living* [PhD thesis, Utrecht University]. <https://doi.org/10.33540/2332>
- Mares, Alvin i McGuire, James (2000). Reducing psychiatric hospitalization among mentally ill veterans living in board-and-care homes. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 51(7), 914–921. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.51.7.914>
- McDermott, Shannon; Bruce, Jasmine; Muir, Kristy; Ramia, Ioana; Fisher, Karen R. i Bullen, Jane (2015). Reducing hospitalisation among people living with severe mental illness. *Australian Health Review*, 40(2), 124–128. <https://doi.org/10.1071/AH15073>
- Meehan, Tom; Stedman, Terry; Robertson, Samantha; Drake, Suzann i King, Robert (2011). Does supported accommodation improve the clinical and social outcomes for people with severe psychiatric disability? The Project 300 experience. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(7), 586–592. <https://doi.org/10.3109/00048674.2011.559634>

Nelson, Geoggrey.; Sylvestre, John; Aubry, Tim; George, Lindsey i Trainor, John (2007). Housing choice and control, housing quality, and control over professional support as contributors to the subjective quality of life and community adaptation of people with severe mental illness.

*Administration and Policy in Mental Health*, 34(2), 89–100. <https://doi.org/10.1007/s10488-006-0083-x>

Piat, Myra; Seida, Kimberly i Padgett, Deborah (2020). Choice and personal recovery for people with serious mental illness living in supported housing. *Journal of Mental Health*, 29(3), 306–313. <https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1581338>

Stergiopoulos, Vicky; Gozdzik, Agnes; O'Campo, Patricia; Holtby, Alixandra R.; Jeyaratnam, Jeyagobi i Tsemberis, Sam (2014). Housing First: Exploring participants' early support needs. *BMC Health Services Research*, 14, 167. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-167>

Tsai, Jack; Lapidos, Adrienne; Rosenheck, Robert A. i Harpaz-Rotem, Ilan (2013). Longitudinal association of therapeutic alliance and clinical outcomes in supported housing for chronically homeless adults. *Community Mental Health Journal*, 49(4), 438–443.

<https://doi.org/10.1007/s10597-012-9518-x>

## Annex: Limitacions de l'estudi

L'evidència científica sobre l'eficàcia dels habitatges amb suports presenta importants limitacions, fet que la majoria de les revisions consultades ha corroborat. Els **assaigs controlats aleatoritzats (RTC)** són escassos i predominen els estudis **qualitatius o mixtos amb disseny longitudinal**. Això ha fet molt difícil establir conclusions clares respecte a quina tipologia d'habitatge funciona per a cada àmbit d'intervenció i per a cada col·lectiu.

Les revisions de la literatura consultada assenyalen d'una manera recurrent la manca d'**avaluacions** que permetin determinar clarament l'efectivitat dels habitatges amb suports i cures. Croucher et al. (2006), per exemple, van tenir dificultats per identificar **avaluacions d'impacte**, malgrat que aquests models s'han implementat àmpliament a Europa com a part de les polítiques de desinstitucionalització. A països com els EUA, on models com les comunitats de retir de cures contínues (CCRC) existeixen des de fa temps, tampoc no s'han fet prou avaluacions d'impacte.

L'escassetat d'estudis sobre els diferents models d'habitatges amb suports i cures és notable (Atkinson et al., 2023). La majoria s'han centrat a comparar-los amb els entorns institucionalitzats o el domicili particular, però se sap poc sobre els avantatges i els inconvenients dels diferents models entre ells. Fins i tot en l'àmbit de la salut mental, on hi ha més avaluacions amb dissenys quasiexperimentals, la revisió Cochrane sobre habitatges amb suports per a persones amb problemes de salut mental no va identificar cap estudi que complís amb els seus criteris metodològics (Chilvers et al., 2006).

Val a dir també que els estudis reflecteixen diferents "**cultures epistèmiques**" que cal tenir en compte. Els estudis sobre habitatges per a persones amb problemes de salut mental acostumen a ser quantitatius i s'ajusten als estàndards de les ciències de la salut, mentre que els estudis sobre persones grans provenen més de les ciències socials i no sempre compleixen aquests mateixos estàndards. Els primers s'enfoquen a l'eficàcia, mentre que els segons se centren en el funcionament dels habitatges i la perspectiva dels actors. A més, els dissenys aleatoritzats controlats són difícils d'implementar en aquesta àrea, ja que els participants sovint rebutgen participar en els grups de control i els professionals consideren que compromet la seva ètica (Killaspy et al., 2019).

A això se suma un **problema terminològic**. La noció d'habitatge amb suports i cures comprèn una gran varietat de models les característiques dels quals no estan ben definides (Howe et al., 2013). Encara que s'han proposat taxonomies estandarditzades (McPherson et al., 2021), no sempre són aplicables, perquè els estudis no sempre proporcionen la informació necessària. La terminologia també canvia segons el col·lectiu: es parla de *housing with care* per a persones grans i de *supported housing* per a persones amb discapacitat o problemes de salut mental, cosa que reflecteix un enfocament diferent en cada cas.

Una limitació recurrent és que molts dels estudis en persones grans s'han fet als Estats Units, on els residents acostumen a pertànyer a estrats socials afavorits (persones blanques, amb estudis

superiors i recursos econòmics). Se sap molt poc sobre l'experiència i l'impacte que tenen aquests habitatges en persones desafavorides o que pertanyen a col·lectius minoritzats (Croucher et al., 2006). Darton i Callaghan (2009) expliquen que la manca d'estudis reflecteix l'escassa oferta d'aquests models per als col·lectius esmentats, a diferència de les residències o centres de dia. A més, les preferències culturals tenen un paper important. Les minories als EUA (afroamericans, llatins, asiàtics) sovint prefereixen habitatges multigeneracionals o la cura familiar. Per exemple, les persones grans afroamericanes acostumen a preferir viure soles, ja que compten amb una àmplia xarxa de familiars i d'amistats que els brinden suport (Hou i Cao, 2021a). Els únics aspectes que s'han estudiat més detalladament són el gènere, l'edat i l'estat funcional. Així doncs, caldria avaluar els habitatges amb suports a la llum dels canvis demogràfics i preguntar-nos si són efectius i estan adaptats per a una població cada vegada més diversa i amb condicions socioeconòmiques més desiguals.

## **Què funciona** en cures de llarga durada?

Projecte de recopilació, anàlisi i transferència d'evidència per a millorar  
les polítiques públiques de cures de llarga durada.

Un projecte de:

