

*Erizainek bideratutako kasu kudeaketak komunitateko kide helduen  
osasun emaitzetan duten eraginaren azterketa*



*-Berrikusketak lana-*

*GRADU BUKAERAKO LANA - GASTEIZKO ERIZAINZAK UNIBERTSITATE*

*ESKOLA*

*.2019-2020 Ikasturtea*

*Egilea: Eider Gorritxategi Jaio*

*Zuzendaria: Jagoba Zarandona Calvo*

*Hitz kopurua: 6313 hitz*



## AURKIBIDEA

1	SARRERA	7
2	MARKO TEORIKOA ETA JUSTIFIKAZIOA	9
3	HELBURUA	17
4	METODOLOGIA	19
4.1	IKERKETA DISEINUA	19
4.2	BILAKETA PROZESUA	19
4.3	HAUTAKETA PROZESUA	20
4.4	DATA ANALISIA	21
5	EZTABAIDA ETA EMAITZAK	23
5.1	IKERKETEN EZAUGARRIAK	23
5.2	CASE MANAGER INTERBENTZIOAREN ERAGINA OSASUN EMAITZETAN	26
5.2.1	OSASUN ZERBITZUEN ERABILERAN ERAGINA	26
5.2.2	HILKORTASUNAREN ERAGINA	30
5.2.3.	PARAMETRO KLINIKOAK	31
6	MUGAPENAK	33
7	ONDORIOAK	35
8	BIBLIOGRAFIA	37
9	ERANSKINAK.	41
9.1	ERANSKINA: INSTITUZIONALIZAZIO TAULA (ESPAINIAR ESTATUKO AUTONOMI ERKIDEGOAK)	41
9.2	ERANSKINA: KONTZEPTU TAULA	43
9.3	ERANSKINA: BILAKETA TAULA	45
9.3.1	DATU BASEAK.	45
9.3.2	BESTE BALIABIDE ELEKTRONIKOAK.	50
9.3.3	ESKUZKO BILAKETA.	51
9.4	ERANSKINA: FLUXU DIAGRAMA	53
9.5	ERANSKINA: KALITATE METODOLOGIKOAREN AZTERKETA	55
9.6	ERANSKINA: LABURPEN TAULA	61
9.7	ERANSKINA: ZUHAITZ KATEGORIALA	67
9.8	ERANSKINA: INTERBENTZIOEN EZAUGARRIAK	69



## **GRAFIKEN AURKIBIDEA**

GRAFIKA 1: Bilakaera demografikoa EAEn.	9
GRAFIKA 2: 65 urtetik gorakoek pairatzen dituzten gaixotasun kroniko kopurua.	10
GRAFIKA 3: Artikuluaren jatorria	23
GRAFIKA 4: Diseinu motak	23
GRAFIKA 5: Erizain eredia	25

## **TAULEN AURKIBIDEA**

TAULA 1: Kasu kudeaketa erizainen konpetentziak	15
TAULA 2: Laginen tamainak	24
TAULA 3: Interbentzioen ezaugarriak	25



## 1 SARRERA:

**Marko teoriko eta justifikazioa:** Gaur egun, gure gizartean geroz eta ohikoagoa bilakatzen ari da gaixotasun kronikoak, eta hala nola, pluripatologia pairatzea, bizi esperantza luzatzeak eta biztanleriaren zahartzearen ondorioz. Kondizio hauek biztanleriaren osasunean ondorio garrantzitsuak eragiten dituzte, baita osasun sistemetan ere. Arazo honen aurrean gobernuek estrategiak aldatu eta kronizitateari aurre egiteko beste estrategia batzuk garatu behar izan dituzte, hauetariko bat, kasu kudeaketa erizainaren rola.

**Helburu orokorra:** Komunitateko erizain bideratutako kasu kudeaketak komunitatean bizi diren heldu pluripatologikoen osasun emaitzetan duen eragina aztertzea.

**Metodologia:** Literaturaren errebisio kritikoa burutu zen. 2000. Urtetik gaur egun arte gazteleraz zein ingelesez publikaturiko artikulua hartu ziren kontuan. Bilaketak hainbat datu base desberdinetan egin dira: Medline, Pubmed, Cinahl, Cuiden, Embase, Cochrane, Elsevier, ScienceDirect. Beste baliabide elektronikoko batzuk ere erabili dira: RNAO, NICE, Wiley Library. Eskuzko bilaketa egiteko springer link, Primary Health care Research & Development, International Journal of integrated Care eta American Journal Of Managed Care erabili ziren.

**Eztabaida eta emaitzak:** Kasu kudeaketa praktika heterogeneoa da herrialde edo erkidego desberdinen artean. Osasun sistemaren erabilerari dagokionez ospitalizazioetan jasotako emaitzak onuragarriak izan ziren kasu kudeaketaren alde, hamaika artikulutik zortzik jaso zituzten ospitalizazio tasen murrizketak. Larrialdi zerbitzuen erabileran eta lehen mailako arretaren erabileran aldiz ez zen emaitza argirik aurkitu. Ez eta mortalitateari dagokionez, 2 artikuluk biziraupen tasak igotzen dituela adierazi zuen aldiz beste hiru artikuluk ez zuten aldaketarik nabaritu. Azkenik parametro klinikoei dagokionez, nahiz eta parametro desberdinak neurtu ziren, aurkitutako hiru artikuluek onurak adierazten zituzten.

**Mugapenak eta ondorioak:** Kasu kudeaketak ospitalizazio murrizpen eta parametro kliniko hobekuntzen aldeko ebidentzia aurkitu da. Baina gai hau zehatzago ikertu ahal izateko, arlo honen inguruko ikerketa experimental gehiago egin beharko lirateke, longitudinalak eta multizentrikoak. Datozen denborei eta biztanleriaren garapenari erantzun bat eman ahal izateko beharrezkoa ikusten da figura honen definizio zehatza osatzea (konpetentziak, hezkuntza eta praktika gunea) eta eraginkortasuna aztertzea.

**Hitz gakoak:** pluripatologiko, osasun emaitzak, kasu kudeaketa, helduak.

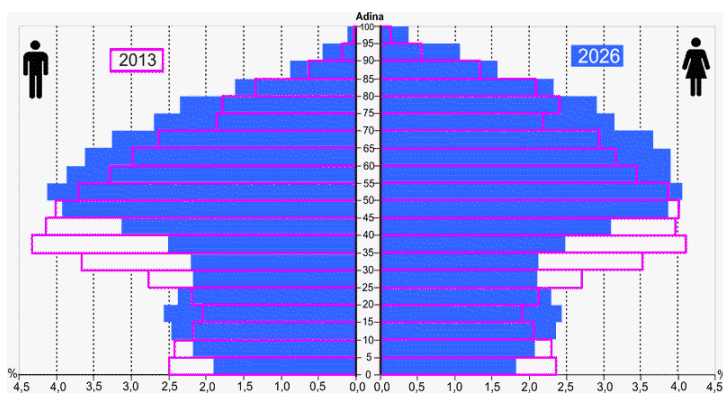




## 2 MARKO TEORIKOA ETA JUSTIFIKAZIOA

Azken hamarkadetan demografiaren aldaketa nabarmena eman da, jaiotza tasak murriztu eta biztanleria heldua areagotu direlako, bizi itxaropenaren luzatzea eta biztanleriaren zahartzearen ondorioz. Datu hauek datozen urteetarako areagotzea espero da, izan ere, Europan 2040. urterako 65 urte baino gehiago duten pertsonen %25ko hazkundera emango dela aurre ikusten da<sup>1-4</sup>. Europa mailan 65 urtetik gorako biztanleriaren kopuru ugaria duten herrialdeak Italia, Alemania, Grezia, Suedia, Espainia eta Belgika dira (%19.1 Suedia eta %21.2 Italian) eta aldiz baxuena Eslobakia, Txipre, Irlanda eta Islandia dira (%12.2 Islandian eta %13.1 Eslobakia). Estatu mailan 2049. urterako 64 urtetik gorakoak populazioaren %31.9a izango dela aurreikusten da. Halaber, Euskal Autonomi Erkidegoan (EAE) ere, izan ere, “baby boom” efektuaren ondorioz datozen hamarkadetan 65 urtetik gorako biztanleria %26 areagotzea espero da. Hargatik, gure gizartea prest egon beharko da datozen garaietarako<sup>5-7</sup>.

Gizarteentzarako arazo bat bihurtzen ari da gero eta populazio zaharragoa izatea. Izan ere, adinarekin batera hainbat aldaketa ematen dira organismoan eta hargatik, ohikoagoa izan ohi da inflamazio, mitokondrioen disfuntzio eta alterazio epigenetikoak pairatzea. Horren ondorioz organo eta sistema desberdinen erreserba funtzionalaren galerak eragiten dira, gaixotasun kronikoak sortuz. Hortaz, bizi esperantza areagotzen den heinean, honekin bat gaixotasun kronikoak, eta halaber, pluripatologia garatzeko joera ere areagotuko da<sup>3,5</sup>.



Grafika 1: Bilakaera demografikoa EAEn.

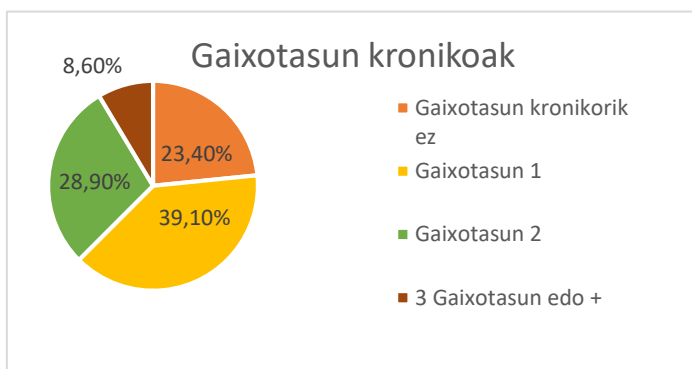
Iturria: Eustat.2006

Munduko Osasun Erakundeak (MOE) pluripatologia honela deskribatzen du: baldintza kroniko bat baino gehiago pairatzea aldi berean<sup>1</sup>. Nahiz eta gaixotasun kronikoek ez duten modu estandarrean zehazturiko patologien zerrenda bat, badituzte faktore diferentzial komun batzuk:

iraupen luzekoak izaten dira, garapen geldo eta jarraikoa eta gaixoen bizi kalitatea murrizten duena<sup>7</sup>. Pluripatologia duten pertsonen esperientziak konplexuak diren arren, gai izan ohi dira nork bere buruaren gaixotasunaren kudeaketa burutzeko. Hots, heldu gehienak modu autonomoan bizitzea lortzen dute 80 urte arte. Beti ere, babes eta osasun kudeaketa interbentzio egokiak eskaintzen bazaizkie. Osasun aldaketa garrantzitsuenak 80-85 urte bitartean ematen dira, eta ez-gaitasunak ohikoagoak izaten dira 90 urte inguruan ematea<sup>1,8</sup>.

Oro har, Euskal Autonomi Erkidegoan (EAE) ikertutakoaren arabera hipertentsioa, diabetesa, gaixotasun osteoartikularrak (artrosia, artritisa), eta erreuma-prozesuekin zerikusia duten beste batzuk dira gaixotasun kroniko ohikoenak. Era berean, asma, gaixotasun kardiobaskularrak eta gaixotasun neurodegeneratiboek ehuneko garrantzitsu bat betetzen dute. Alemanian egindako ikerketa baten ondorioz, gaixotasun kronikoen konbinazio ohikoenak 55 urtetik gorakoetan Diabetes Mellitusa eta bihotz gutxiegitasuna (%3.6), Diabetes Mellitusa eta osteoartritisa (%2,8), azkenik osteoartritisa eta lepo edo bizkarreko min kronikoa (%2,8)<sup>2,5</sup>. Arazo kroniko gehienak bizitza sedentario eta zahartzaroari zuzenki lotuta doazenak dira eta pluripatologiak pairatzeko determinatzaile nagusiak adinez nagusikoa, estatus sozio-ekonomiko baxua era emakumezkoa izatea da<sup>1,3,7-9</sup>.

Europako biztanleriatik 50 milloik pairatzen dute pluripatologia, eta datorren hamarkadetan zifra hau nabarmen areagotuko dela estimatzen da<sup>5,10</sup>. Estatu eta autonomia mailetan prebalentzia populazio guztia kontuan hartuta %1.38koa da. Aldiz 65 urtetik gorakoetan %5ekoa dela aurreikusten da<sup>3</sup>. 2010ean hurrengo datuak atera zituen Osakidetzak, 65 urtetik gorako %28,9ak gutxienez bi arazo kroniko ditu, eta beste % 8,6



Grafika 2: 65 uretik gorakoek pairatzen dituzten gaixotasun kroniko kopurua.

Iturria: Eustat 2012.

batek hiru patologia kroniko edo gehiago pairatzen ditu aldi berean<sup>2,7</sup>. Espainian 2006 an egindako ikerketen arabera 65-74 adin tarteko paziente PPEk 2.8 arazo kroniko pairatzen dituzte bataz beste. Aldiz, 75 urtetik gorakoek bataz beste 3.23<sup>6</sup>.

Kronikotasunak eta ondorioz baita pluripatologiek ere, biztanleriaren osasunean ondorio garrantzitsuak eragiten dituzte, hala nola, osasun sistemaren erabileraren areagotzea, ospitaleratzeko beharra eta baita farmakoak kontsumitzeko beharrak areagotzen dira. Halaber, osasun emaitzak okerragotzearekin batera, adibidez, mortalitatearen areagotzea, ezgaitasunen agerpena eta aktibitatea murriztea. Ospitaleratze hauetako asko potentzialki ekidingarriak diren ospitalizazioak izan ohi dira, honen ondorioz osasun sistemetako kostuak areagotu egiten direlarik<sup>4,7,9,11</sup>. Hortaz gain, bai familian zein gizartean orokorrean efektu ekonomiko garrantzitsuak eragiten ditu. Paziente hauek hauskortasun kliniko handia erakusten duten pazienteak dira, eta ondorioz, zaurgarritasun handiagoa dute asistentzia zerbitzuen koordinazio falta eta zatikatzea emateko. Paziente hauei egun ematen zaien atentzioa episodikoa, zatikakoa eta ordena gabeko jarraipena izan ohi du. Azken finean, ondorio larriak jasanez, bai jasotako atentzioan eta baita sistemaren jasangarritasunari dagokionez ondorioak somatuz. Izan ere, paziente talde honek osasun baliabideen kontsumo handia egiten dute, bai lehen mailako arretan eta baita ospitale esparruan ere<sup>7,12</sup>.

2011-2025 eperako, gaixotasun kronikoen ondorioz emandako galera ekonomikoak garapen maila baxu eta erdiko herrialdetan, gaur egungo egoera eta sistemak berdin mantenduko balira, 7 billoi \$ gastua izango litzatekeela kalkulatu zen, izan ere, garapen baxu eta erdiko herrialdeetan kronikotasuna heriotza goiztiarren kausa nagusia da. 2011an OMEko bilkura batean gaixotasun kronikoen karga murrizteko interbentzio multzoak garatu ziren eta honek urteko 11.200 millloi \$ gastua sortuko luke, hala aurreikusitako gastu hori murriztuz<sup>13</sup>. Suitzan egindako ikerketa batek lehen mailako arretako kontsulten igoera adierazten zuen, hots, pertsona pluripatologikoak 4.4 kontsulta urteko bataz-beste. Aldiz, paziente PPEk 15.7 kontsulta izaten zituzten urteko bataz-beste. Era berean, kostuak ere 5.5 aldiz handiagoak ziren pertsona pluripatologikoengan. Izan ere, kondizio kroniko bakoitzagatik kontsultak 3.2 igotzen ziren urtean eta kostuak %33<sup>14</sup>. Ameriketako Estatu Batuetan (AEB) eginiko ikerketa batek honelako emaitzak jaso zituen, bi gaixotasun kroniko pairatzen zituzten pazienteek bataz-beste urteko 2394\$ ko gastua suposatzen zuten, hiru gaixotasun kronikorekin 4701\$ eta lau edo gehiago dituztenek 13.973\$ urteko<sup>15</sup>. Estatu mailan, halaber, paziente kronikoen %50 beste gaixotasun batzuk pairatzen dituzte aldi berean, eta honek kostu sanitarioa 6 aldiz biderkatzen du, gaixotasun kroniko bakarra eta bat ere ez pairatzen ez dutenekin alderatuz. Gainera, 5 edo gaixotasun kroniko gehiago pairatzen dituzten pazienteen kostuak

erakunde batzuetan kostu sanitarioaren 2 heren suposatzen ditu<sup>16</sup>. Lehen mailako arretan ere, kontsulten %80a kondizio kronikoen ondorioz izan ohi dira<sup>6</sup>. Beste ikerketa batzuk ere ospitalizazio tasen igoera adierazi izan dute pluripatologiarik pairatzen ez dituzten pazienteen artean (gizonezkoen 5.4% eta emakumezkoen %6,1 ospitalizazio azken urtean) eta pairatzen dituztenen artean (gizonezkoen %16,9 eta emakumezkoen %13 ospitalizazio azken urtean)<sup>9</sup>. EAEn zentratuz, 2017. urtean paziente pluripatologiko talde batek (n=14.621) izandako larrialdietarako bisitak kopurua 20.081 izan ziren. Ikerketan horretan ospitalizazioak (13.554 ospitalizazio), erizainen etxeko bisitak (bisita kopurua=74.970 etxeko bisita) eta familia medikuaren etxeko bisitak (bisita kopurua=22.202 etxeko bisitak) ere kontuan hartu ziren<sup>17</sup>.

Nabarmena da osasun sistemaren erabilera altua duela paziente talde honek, beraz, zahartzaroaren inguruko kontzeptua eta politika sozialak aldatu ezean, ez da posible izango gaur egungo egoera sozialari aurre egitea. Hargatik, mundu mailako hainbat osasun arloko organismok ere gaixotasunaren arreta eta osasunaren sustapena egiteko modua aldatu beharra dagoela aldarrikatzen dabilta azken urteetan. Izan ere, egoera guzti honek bai osasun sistema zein estatu mailan ekonomikoki galera handiak sor ditzake<sup>3,7</sup>. Gaur egun, osasun arreta eta arreta soziala Europako herrialdeetan gaixotasun bakar baten zentratzen da eta gehien bat gaixotasun akutuetan orain arte osasun zerbitzuak gaixotasun akutuak sendatzera bideratuta egin baitira<sup>5,7</sup>.

2011an Nazio Batuen Erakundeak (NBE) egin zuen bilkura batean “gaixotasun kroniko ez kutsakorren kontrola eta prebentziorako deklarazioa” egin zuen, bilkuran egondako partaide guztiek gaixotasun kronikoen herrialdeen garapen sozial eta ekonomikoari eragiten diotela adierazi zuten, eta ondorioz, hainbat herrialdeetan pobrezia sustatu eta biztanleriaren artean desberdintasunak sortzen dituela. Bilkura horretan gaixotasun kronikoak “milurteko helburua” lortzeko mehatxua dela adierazi zuten, 2025erako gaixotasun kronikoekin lotuta dauden heriotza goiztiarrak %25 murriztea alegia<sup>13</sup>. Modelo asistentzialek hartu beharreko norabide berriak zehaztu ziren, hots, “Modelo Asistentzial integratzailea”: pertsonan zentratua eta ez gaixotasunean, lehen mailako arretan oinarritua eta ez ospitalean, biztanleriaren beharretan zentratu eta ez paziente indibidualetan, atentzio proaktibo eta planifikatua emateko eta ez sintomen aurreko atentzio “erreaktiboa”, azkenik, sustapen eta prebentzioan oinarrituriko osasun programak eta ez soilik tratamenduan<sup>3</sup>.

Honen aurrean, Europar batasunak proiektu bat finantziatu zuen, ICARE4EU (Innovating Care for people with multiple chronic conditions in Europe) gaixotasun kronikoak pairatzen dituzten pazienteei ematen zaien atentzioa hobetu eta berritzeko asmoa duena, hain zuzen ere. Bertan, europako herrialde desberdinek pertsona pluripatologikoei zuzentzen zaizkien arreta programak aztertu ziren. Programa garatuenak dituzten herrialdeak Finlandia, Alemania, Italia eta Herbeereak dira. Laburbilduz, herrialde desberdinetan egindako programek zainketa integrala, lehen mailako arretaren garrantzia areagotzea, talde interdiziplinarren sorrera, pazienteak zainketan barneratzea eta arretaren koordinazioa egitea azpimarratzen zuten. Orokorrean, europako herrialdeek ez dute pluripatologian fokalizatzen nahiz eta hurbilketak egiten ari diren<sup>5,10</sup>. The chronic care model (CCM), europa mailan gehien jarraitzen den modeloa da. 1999an aurkeztu zen eta AEB, Erresuma Batuak eta Suediako hainbat taldek osatutako modeloa da. CCM ek emaitza kliniko eta funtzionalak hobetzea du helburu gaixotasun kronikoen eta ez gaitasunen prebentzioa egiteaz gain. Helburuok lortzeko garrantzizko hainbat puntu azaltzen ditu: automaneia, arreta emateko modua aldatzea, paziente informatuak eta aktiboak izateko beharra, erabakiak hartzeko babesa, eta talde multidiziplinarraren sorrera<sup>18</sup>.

Estatu mailan 2012an atera zen kronizitateari aurre egiteko estrategia plana. Bertan, arreta sanitarioaren berrorientazioa planteatu zen. Arreta pazienteen beharrei, eta zaintzaileenari zuzenduta egon beharko lukeela adierazi zen bertan. Atentzio integrala emanez, konplikazioen prebentzioa eta dependentzia eta endekapen funtzionalaren prebentzioa egitearekin batera, autozainketak eta bizi kalitatea hobetzea du helburu, bai pazienteena zein bere ingurukoena. Horretarako populazioaren estratifikazioa, plan indibidualizatuak, balorazio integrala, talde multidiziplinarra bermatzea eta kasu kudeaketaren sustapena gomendatzen da<sup>6</sup>. 2019an kronizitateari aurre egiteko estrategien ebaluaketa eta berrantolaketa egin zen. Lehen mailako arretan erizainen papelaren sustapena egitea garrantzitsutzat jo zuten, izan ere, balorazio integralak egiteko eta etxeko arreta programak sustatzeko erizain figurak dira egokienak, horrela etengabeko balorazioa burutuz. Bestalde, azpimarragarria da medikamentuen erabilera eraginkorra eta segurua sustatzeko ildoak sortu direla. Erkidego bakoitzeko programak aztertuta hainbatek kasu kudeaketaren garapena egiten hasi direla ikusi da. Baina oraindik hauen ebaluaketa egiteke dago, izan ere, oraindik ezarpena ez da bateratua izan<sup>19</sup>.

Orokorrean autonomi erkidego desberdinetan egiten ari diren interbentzioen ezaugarriak paziente pluripatologikoei zuzenduta honako hauek dira: populazioaren estratifikazioa, lehen mailako arreta pazienteen arretaren ardatz bezala, lehen mailako arreta eta beste maila asistentzialen arteko koordinazioa, ebaluaketa klinikoak multidementsionalak eta multidiziplinarrak izatea sustatu, rol berrien bilaketa ( loturazko erizaina eta praktika aurreratuko erizaina) eta automaneiuaren sustapena<sup>16,17</sup>.

Estatu mailan bezala, EAEn ere 2010ean ebidentzian oinarritutako kronizitateari aurre egiteko plana garatu zen, hurrengo urteei begira plan estrategiko eraginkorrek sortzeko. Izan ere, sistema azken hamarkadetan erreskate logika baten eraiki zen eta bizitza salbatzea bilakatu zen helburu, hala gaixotasun akutuetan zentratuz. Gaixotasun kronikoen aurrerapenekin bat beharrezkoa ikusi zen, osasun sail eta Osakidetzatik, sistema berri bat garatzea, hau da, zaintza zein sendatze terminoak bateratzen zituen sistema berri bat. Non bizitzako etapa desberdinetan zehar zainketa jarraia eskaintzen den, horrela nahitaezkoak ez diren ospitalizazioak saihestuz eta kostuak murriztuz. Hauek MOEk aurkeztutako *The Innovative Care for Chronic Conditions Framework* hartu dute oinarritzat, hurrengo puntuak hartzen ditu oinarritzat: ebidentzian oinarritutako erabaki hartzea, biztanleriaren osasuna hartzen du ikusmiratzat, prebentzioa oinarri, arreta eta sistemaren kalitatea sustatu eta moldagarritasuna<sup>7,20</sup>. EAEn MOEk 2007ko bilkuran osasun-sistema gaixotasun kronikoei arreta bideratzeko gomendatu zuenez, EAEn ildo hori lantzen hasi zen, batez ere. Horregatik, lehen mailako arretaren garapena eta lehen mailako arreta eta ospitaleko arreta bateratzeko estrategiak lantzen hasi ziren. Estrategia horren parte, erizainen eginkizuna sustatzea izan zen, honela, praktika aurreratuko erizaina eta ospitale-loturako erizainaren rolak garatuz. Hasiera batean hiru erizain figura berri aukeztu zituzten 2010eko strategiaren parte: ospitaleko loturako erizain kudeatzailea, jarraipeneko erizain kudeatzailea eta konpetentzia aurreratuko erizain kudeatzailea<sup>20-21</sup>. Gaur egun, mantendu diren erizain figura ospitaleko loturako erizaina eta praktika aurreratuko erizainak dira. Praktika aurreratuko erizainen barruan bi helburu desberdin dituzten figurak daude. Alde batetik, arreta bizi-ziklo osoan zehar ematen duena, ospitale eta beste zerbitzu asistentzialekin koordinazioa mantentzen duena eta kasu kudeaketa burutzen duena. Eta bestalde, paziente pluripatologikoen artatzea desoreka momentuetan bakarrik egiten duena, hori amaitutakoan lehen mailako arretari itzultzen zaio prozesu kronikoaren kontrola<sup>17</sup>.

Aipaturiko estrategien barne hainbat herrialde, erkidego eta osasun sistema zein erakundek, erizainek bideratutako Kasu Kudeaketa edo *Case Management* aurkeztu dute programen barne. Erizainek bideratutako kasu kudeaketak bost elementu ditu: azterketa, planifikazioa, ezarpena, ebaluaketa eta interakzioa. Hortaz gain erizainek bete behar dituzten kompetentziak dituzte (*Ikus 1. taula*)<sup>22-24</sup>. Gaur egun, kasu kudeaketaren definizio zehatz bat ez da existitzen, eta horrek garapena, konparaketa eta ebaluazio zailtzen du. Estatu mailan, jada hainbat erkidegok figura hau barneratzeko bideak marrazten ari dira, dena den, ezarpena ez da uniforme izan. Hots, erkidego bakoitzak figura honen barneratzea modu batera egin du<sup>22, 25</sup>. Gainera, erkidego batzuek kasu kudeaketa erizainaren figura sortu dute eta haien lana eskusiboki kasu kudeaketa burutzea da. Beste erkidego batzuk, Madrilek adibidez, Kasu kudeaketa lehen mailako arretaren erizainaren kompetentziaren barne garatu dute. Kasu kudeaketa erizainaren instituzionalizazioa espainiar estatuan ez da homogenea izan erkidego batzuetan oraindik ia ez da hasi figura hau barneratzen (*Ikus 1. Eranskina*). Beste herrialde askotan kasu kudeaketa esperientziak garatuago daude, adibidez, AEB edota Europako zenbait tokitan aurkitzen diren programak bezala: *Guided care, Promoting Action for All-inclusive care for the elderly, Evercare, Community Matrons...*<sup>25</sup>

Taula 1: kasu kudeaketa erizainen kompetentziak

<b>KASU KUDEAKETA ERIZAINEN KONPETENTZIAK</b>	
1. Interbentzio eta ebaluazioa gaitasunak: konplikazio arrisku altua eta beharrak dituzten paziente kronikoak identifikatu	7. Pentsamendu kritikoa egiteko gaitasuna.
2. "Pazientearen balorazio integrala, zaintzaile eta inguruarena, zainketa plan egokiak egin egoera bakoitzerako.	8. Ebidentzia zientifiko egokiena identifikatu eta aplikatzeko gaitasuna.
3. Medikazio konziliaziarako gaitasuna.	9. Kudeaketa eta zuzendaritza gaitasunak baliabide sanitario, sozio-sanitario eta komunitarioak kudeatzeko, paziente/zaintzaile bakoitzari hobekien datorkiona.
4. Praktika kliniko aurreratua garatu, exazerbazio eta krisiak identifikatuz eta esku-hartzea izateko gaitasuna	10. Lidergo gaitasuna zainketen koordinazioa bermatzeko ( profesional eta asistentzia maila desberdinen artean)
5. Komunikazio gaitasunak	11. Dozentzia eta ikerketarako gaitasuna
6. Sistema eta informazio teknologien erabilpena egiteko gaitasuna	12. Ezagutzaren integrazio egiteko gaitasuna

Informazio iturria: Fraile Bravo M.

Datozen urteei begira eta demografiaren aldaketa eta horrek dakartzan ondorioak kontuan hartuz, beharrezkoa da osasun sisteman aldaketak burutzea eta horretarako planteatutako estrategien barne sartzen den kasu kudeaketa erizainaren edo *Case Manager Nurse* rolaren eraginkortasuna aztertzea beharrezkoa ikusten da<sup>25</sup>.



### 3 HELBURUA

Komunitateko erizain bideratutako kasu kudeaketak komunitatean bizi diren heldu pluripatologikoen osasun emaitzetan duen eragina aztertzea.



## 4 METODOLOGIA

Datozen lerroetan, lanaren emaitzen elaboraziorako beharrezkoak ziren artikulua nola aurkitu ziren azaltzen da pausoz-pauso: Ikerketa diseinua, bilaketa prozesua, hautaketa prozesua eta data analisia.

### 4.1 Ikerketa diseinua

Planteatutako helburuari erantzuteko literaturaren errebisio kritikoa egin zen.

### 4.2 Bilaketa prozesua

- **Hitz gakoak eta kontzeptuak identifikatzea**

Literaturaren azterketa kritikoa egiteko, behin gaia eta helburua finkatu ostean helburua hitz gakoetan banatu zen ( “pluripatologiko” “osasun emaitzak” “kasu kudeaketa” “ helduak”). Hitz-gako horiek lengoi kontrolatura pasa ziren, bertatik datu base bakoitzeko thesauro eta deskriptoreak atera ahal izateko (*Ikus 2. Eranskina*).

- **Barneratze irizpideak**

*Argitalpen data:*

2000tik aurrera argitaratuko artikulua hartu ziren kontuan. Informazioaren eguneratzea zela eta.

*Hizkuntza:*

Ingelesez, Gazteleraz zein Euskaraz argitaraturiko artikulua hartu ziren kontuan, hizkuntza hesia dela eta.

*Populazioa:*

65 urte baino gehiago dituzten pertsonak hartu ziren kontuan. Pertsona helduetan ematen baitira pluripatologiak sarriagotan, eta populazio honek egiten du osasun gastuen erabilera handiena, oro har. Hortaz gain, populazioaren hazkundera eta garapena dela eta datozen urteetan adin tarte horretan (+65 urte) emango den hazkundera handia izango da eta gaur egun daukagun osasun sisteman ez dago azpiegitura nahiko datozen denborei aurre egiteko.

Kondizio kroniko bi edo gehiago pairatzen zituztenak eta kasu kudeaketa programaren baten barne zeudenak hartu ziren kontuan.

Ikerketetan erizainak barneratzen dituen lanak hartuko ziren kontuan, hots, nahiz eta talde

multidiziplinarrak izan erizain figuraren bat taldearen parte bada lana aurrera eramateko egokia izango zen.

*Ikerketa eta lan motak:*

Lehen mailako iturrietatik, batez ere, ikerketa esperimentalak interesatzen ziren, lanaren helburua eraginkortasuna aztertzea baitzen, eta horretarako aipatutako lan motak dira egokienak.

- **Kanporatze irizpideak**

*Argitalpen data:*

2000. urtea baino lehen argitaratu direnak ez ziren kontuan hartuko informazioaren eguneratzea ziurtatzeko asmoz.

*Hizkuntza:*

Ingelesez, Gazteleraz zein Euskaraz argitaratu ez ziren artikulak ez ziren kontuan hartuko.

*Populazioa:*

Pluripatologia psikiatrikoak soilik pairatzen zituztenak ez ziren kontuan hartuko, daukaten konplexutasuna dela eta. Hortaz gain, beste osasun espezialista batzuen lan-esparrua delako.

Instituzionalizaturik zeudenak ez ziren kontuan hartuko, hots, zaharren egoitza edo eguneko zentroetako (osasun arreta jasotzen duena) partaideak.

Erizainak barneratzen ez zituen ikerketak kanporatuko dira.

*Ikerketa eta lan motak:*

Bigarren mailako iturriak baztertuko ziren lanaren helburuari erantzuteko ez zirelako egokiak.

- Bigarren mailako iturriak: literatur errebisioak eta praktika klinikoko gidak.

### 4.3 Hautaketa prozesua

Behin hitz gakoak eta barneratze zein kanporatze irizpideak finkatuta, bilaketa prozesua burutzeari ekin zitzaion. Horretarako oinarritzko datu baseen aukeraketa burutu zen, halaber: CINAHL, MEDLINE/PUBMED eta CUIDEN. Beste zenbait bilatzaile ere

erabili ziren bilaketan emaitzak zabalago eta anitzagoak izateko asmoz. Horretarako hurrengo bilatzaileak erabili ziren: COCHRANE, EMBASE, ELSEVIER (DOYMA), Science Direct, WILEY library, NICE eta RNAO. Bilaketak egin ahala datu base gehiago bilatu behar izan ziren, bilatutako datu baseetan aurkituriko emaitza urriak zirela eta. Azkenik, eskuzko bilaketak *SpringerLink*, editorialean zein aldizkari desberdinetan (Primary health Care Research & Development, International Journal of Integrated Care, America Journal of Managed Care) burutu ziren bilaketak. Hortaz gain, beste lanen bibliografiatik ere ikerketak hautatu ziren. Aipatu diren bilatzaile bakoitzean hitz gako desberdinen konbinazioa egin zen operadore booleanoak erabiliz. AND eta OR erabili ziren gehien bat, izan ere, NOT operadorearekin eginiko bilaketetan ez ziren emaitza desiragarriak aurkitzen, oso murriztailea baita. Bilaketa prozesu guztia taula batean laburbildu zen (*Ikus 3. Eranskina*).

Behin bilaketak eginda, bilaketa hauetan hautaketa prozesua hasi zen. Lehengo datu base bakoitzeko emaitzetatik errepikapenak baztertu ziren eta ondoren titulua eta *abstracta* irakurrita hautaketa prozesua burutu zen, bertatik aukeratutako artikuluen irakurketa osoa burutu zen. Hautaketa prozesua burututa eta pausoz-pauso taula batean laburtu zen prozesu osoa (*Ikus 4. Eranskina*) eta ondoren irakurketa osoa burututa hautatutako artikuluen kalitate metodologikoaren azterketa egin zen (*Ikus 5. Eranskina*).

#### 4.4 Data analisisia

Guztira, 15 artikulua aurkitu ziren lehenago aipatutako bilaketa eta hautaketa prozesuan. Ondoren, hautatutako artikuluen laburpen taula bat egin zen ezaugarri garrantzitsuenak aipatuz, hala nola, autorea, herrialdea, argitalpen urtea, helburua, diseinu mota, ikertutako populazioa, interbentzioa eta ondorio garrantzitsuenak aipatzen zirelarik (*ikus 6. Eranskina*). Emaitza eta eztabaidaren garapena burutu ahal izateko jasotako emaitzak kategoriatan banandu eta zuhaitz kategoriala burutu zen (*ikus 7. Eranskina*). Azkenik, emaitzen garapena hobeto egin ahal izateko, ikerketen ezaugarriak baloratzeko eta haien arteko konparazioa egin ahal izateko beste taula bat burutu zen: interbentzioen ezaugarriak (*ikus 8. Eranskina*). Interbentzio taulan orotara egiten diren interbentzioak sailkatu eta artikulua bakoitzak egiten dituenak adierazi ziren. Oro har, jasotako ezaugarriak hauek dira: Interbentzio mota, aldikotasuna, interbentzioaren azalpena eta profesionalen entrenamendua.

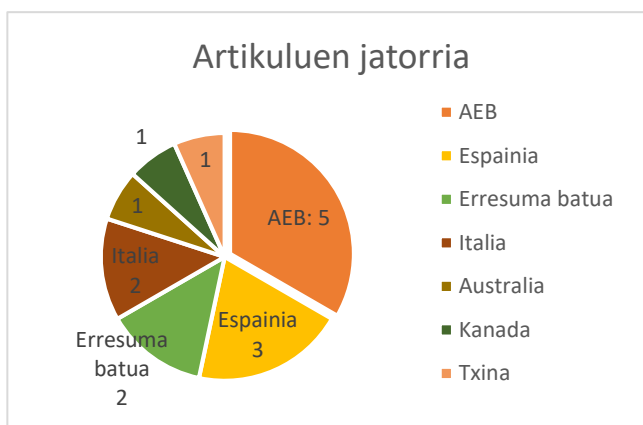


## 5 EZTABAIDA ETA EMAITZAK

Behin artikulua hautatuta, artikuluen horien ezaugarriak azaldu dira, hauen emaitza esanguratsuenak aipatuz eta emaitzen arteko konparaketa eginez.

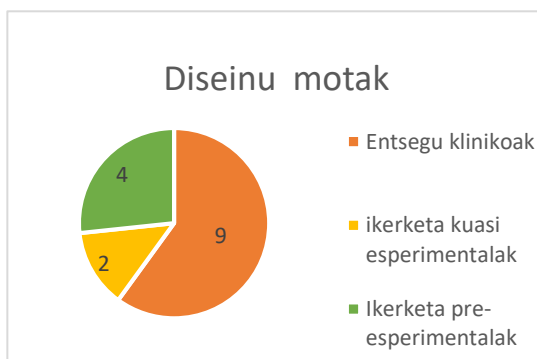
### 5.1 Ikerketen ezaugarriak

Artikuluen jatorriari dagokionez heterogeneotasuna nabarmentzen da. Hurrengo herrialde hauetako artikulua aurkitu ziren: Ameriketako Estatu Batuak <sup>26-29</sup>, Espainia <sup>30-32</sup>, Erresuma Batua <sup>33-34</sup>, Italia <sup>35-36</sup>, Kanada <sup>37-38</sup>, Txina <sup>39</sup> eta Australia <sup>40</sup>.



Grafika 3: Artikuluen jatorria

Diseinu motei dagokionez Entsegu kliniko aleatorizatuak <sup>26-29</sup>, <sup>36-40</sup>, entsegu kuasi esperimentalak <sup>30-31</sup>, ikerketa pre esperimentalak <sup>32-35</sup> aurkitu ziren.



Grafika 4: Diseinu motak

Laginari dagokionez 65 urte baino gehiagoko pazienteak ziren, kondizio kronikoak pairatzen dituztenak, nahiz

eta bi ikerketetan 65 urte baino gutxiagoko pazienteak barnereatzen ziren <sup>31,38</sup>. Ikerketa gehienetan ez dira zehazki kondizio kronikoak kontuan hartzen, oro har, edozein kondizio kroniko fisiko edo mental izanda barnereatzen ziren <sup>26-35,39-40</sup>. Beste batzuk ordea Kondizio kroniko zehatz batzuetan zuten eragina aztertu zuten, batik bat, Birika Gaixotasun Buxatzaile Kronikoa (BGBK) eta beste kondizio kronikoak<sup>38</sup>, Bihotz gutxiegitasuna eta pluripatologiak<sup>36</sup> edota 2. Mailako Diabetes Mellitusa eta beste kondizio kronikoren bat pairatzen zituztenak<sup>37</sup> aztertu ziren. Laginaren tamainari dagokionez ikerketen artean aldakortasun handiak egon ziren tamaina txikiena 50 pazientekoa izanik eta handiena

aldiz 1977 paziente (*Ikus 2. Taula*). Laginetan sexuari dagokionez oro har orekatuta egon dira ikerketa guztietan, Valdivieso et al<sup>31</sup> ek eginiko ikerketan izan ezik tele-osasun arretako taldean emakumeak nabarmenki gehiago baitziren ( $p=0.004$ ).

*Taula 2: Laginen tamainak*

Autoreak	Tortajada et al	Courtney et al	Landi et al	Moran et al	Levine et al	Coburn et al	Chow et al	Chapman et al	Tiozzo et al	Markle reid et al	Sommers et al	Schraeder et al	Morales-Ascencio et al	Valdivieso et al	Rose et al
Lagina (n)	714	128	1204	204/74	298	1736	281	50	330	159	543	1997	258	472	470

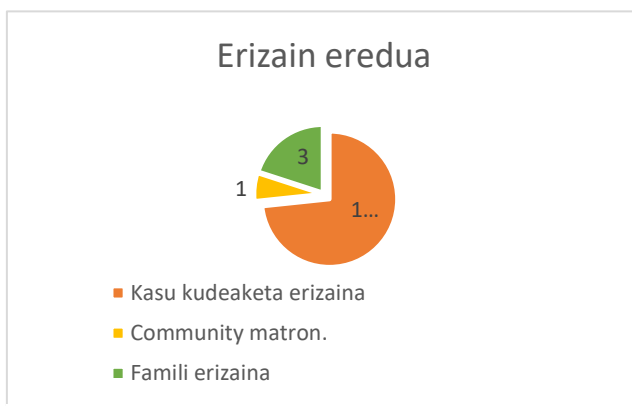
Kontrol taldea zuten ikerketetatik 7k talde homogeneoak zituzten<sup>26-27, 30, 37-40</sup>. Beste lau artikuluk talde heterogeneoak zituzten bi taldeen artean<sup>28-29, 31,36</sup>. Hala, Schraeder et al<sup>28</sup> autoreek eginiko ikerketan demenzia edo alzheimerria pairatzen dituzten pazienteak nabarmenki handiagoak ziren interbentzio taldean. Beste ikerketa baten, interbentzioa hasi baino lehenagoko urtean izandako ospitalizazio eta larrialdi zerbitzuetarako bisitak interbentzio taldean gehiago ziren ( $p=0.0012$  eta  $p<0.0001$ )<sup>36</sup>. Hortaz gain, Espainian eginiko ikerketa baten taldeen esleipenean arazo baten ondorioz taldeen arteko desberdintasunak nabarmenagoak izan ziren, izan ere, tele-osasun arreta taldean adinez gazteagoak ziren ( $p<0.001$ ), edukazio maila hobea zuten ( $p=0.004$ ) eta Barthelen emaitza hobek zituzten ( $p=0.017$ ) kontrol taldea eta telefono bidezko arreta taldearekin konparatuz<sup>31</sup>. Beste artikulua batean ere bi taldeen arteko desberdintasunak aurkitu ziren ezkonduen ( $p=0.006$ ), bakarrik bizi diren ( $p=0.002$ ) eta babes zerbitzuen erabilerari ( $p=0.008$ ) dagokionez. Interbentzio taldeak babes zerbitzuen erabilera handiagoa egiten zuten, baina joera gehiago zuten bakarrik bizitzeko eta ezkondata ez egoteko kontrol taldearekin konparatuz<sup>29</sup>.

Oro har, aurkituriko artikulua gehienak talde multidiziplinarrak izan ziren baina denek barneratzen zuten erizain figuraren bat kasu kudeaketa egiten zuena. Erizain figura ohikoena kasu kudeaketa erizaina izan zen<sup>26-28, 30, 32, 34-36, 38-39</sup>. Beste ikerketek ere erizainak barneratzen zituzten baina beste figura desberdin batzuk: Community matron<sup>33</sup>,



familia erizaina <sup>31,37-38</sup> eta geriatrian espezializaturiko erizaina <sup>29</sup> (Ikus 5. Grafika). Erizainez gain taldean, familia medikuak, gizarte langileak, dietistak, fisioterapeutak eta terapeuta okupazionalak barneratu ziren, baita bolondresak ere (Ikus 7. Eranskina).

Interbentzioei dagokionez, lan bakoitzean interbentzio desberdinak burutu ziren baina guztiek zituzten aman komunean landu ziren arloak (Ikus 3. taula). Zehaztutako planak hilabetero errebisatzen ziren sistematikoki, baina lehenago aldaketa nabarmenak jasoz gero



Grafika 5: Erizain eredua

errebisatzen ziren eta plana aldatu <sup>26-32, 34-40</sup>. Beste bat ordea, hiru hilabetero <sup>33</sup>. Hortaz gain, beste espainiako bi autorek kasu kudeaketa erizainak pazienteei arreta emateaz gain tele-medizina unitatetik monitorizazioa egin zuten <sup>31-32</sup>. Ikerketa lan gehienetako plan indibidualizatuaren arlo garrantzitsuetako bat medikazioaren kontrola eta atxikipena bermatzea zen, hala, zainketa planaren jarraipen egokia egitea lez <sup>26,29-31, 33,35-37, 40</sup>.

Taula 3: Interbentzioen ezaugarriak

	Chow et al	Schraeder et al	Morales-Asencio	Moran et al	Markle-Reid et al	Valdivieso et al	Tiozzo et al	Chapman et al	Rose et al	Tortajada et al	Levine et al	Coburn et al	Landi et al	Courtney et al	Sommers et al
Etxeko arreta	X		X		X		X		X	X	X	X	X	X	X
Tlf arreta	X		X			X		X	X	X		X		X	X
Z/S monit.		X				X	X		X	X	X	X		X	X
Automaneiu	X	X		X	X		X	X	X	X	X				X
Osasun heziketa indib	X	X			X		X		X	X	X	X	X	X	X
Talde osasun heziketa					X							X			X
Osasun sisteman koordinazioa			X		X	X	X		X		X	X	X		
Etengabeko balorazioa	X			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Familia/zaintzaileak barneratu			X								X				

Self-management edo automaneiu interbentzioa 7 artikuluk garatu zuten <sup>28,33-34, 37-39</sup>, honetarako erizainek kompetentzia eta gaitasun berriak landu behar izan zituzten: trantsizioko zainketa, elkarrizketa motibazionala, ebidentzian oinarritutako gidak

erabiltzea kondizio kronikoak maneiatzeko eta zaintzaile eta zerbitzu sozialekin nola koordinatu. Gerora pazienteekin, osasun hezkuntza eta informazio orokorra ematen zitzaien horrela hauek gaixotasunaren kontzientzia eta honen kontrola eraman eta desiragarriak diren emaitzak lortu ahal izateko. Elkarrizketa motibazionala erabili zen auto eraginkortasuna sustatuz jokabide osasuntsuak mantendu ahal izateko eta hortaz gain pazienteekin gaixotasunaren kontrola eramateko gaitasunen garapena eta lanketa burutu zen<sup>32,36-37</sup>.

Interbentzio eta sesioen ezaugarriak ikusteko (interbentzio mota, zer lantzen zen, aldikotasuna, eta profesionalak behar izandako entrenamenduak) taula bat osatu zen (*ikus 8. Eranskina*).

## 5.2 Case manager interbentzioaren eragina osasun emaitzetan

Interbentzioen eraginkortasuna neurtzeko osasun zerbitzuen erabilpena, parametro klinikoak, mortalitate tasa eta tratamendu terapeutikoaren atxikipenean duen eragina aztertu zen hautatutako artikuluetatik jaso ziren emaitzak konparatuz.

### 5.2.1 Osasun zerbitzuen erabileran eragina

Osasun zerbitzuen erabilera kontuan hartzen duten artikuluek hurrengo neurketak burutu zituzten gehien bat: Ospitalizazio tasak, larrialdi zerbitzuen erabilpen tasak eta lehen mailako arretaren erabilpena. Hortaz, hori kontuan hartuta ikertzerako orduan ere azpikategoriak sortu ziren.

**Ospitalizazio tasen** inguruko informazioa jasotzen zuten ikerketak guztira 11 izan ziren. Hauetatik 8 artikuluk interbentzio taldearen faboretan onurak jaso zituzten<sup>27,29,32-33,35-36,39-40</sup>. Baina beste hiru lanek ez zuten estatistikoki emaitza esanguratsurik jaso<sup>30-31,38</sup>. Chow et al<sup>39</sup> autoreek eginiko ikerketan epe laburrera jasotako emaitzak ez ziren esanguratsuak izan baina bai epe luzera. Bertan, alta eman eta 28 egun ostean pazienteek berriz ospitalizazioaren bat jasan zutenentz aztertu zen, baina epe horretan jasotako emaitzak estatistikoki ez ziren esanguratsuak izan ( $p=0.311$ ). Nahiz eta, etxeko arreta taldeak (%15.4) eta telefono bidezko jarraipen taldeak (%16) kontrol taldeak (%22.9)

baino emaitza baxuagoak jaso. Aldiz, epe luzeago batera, 84 egun, jasotako emaitzak estatistikoki esanguratsuak izan ziren ( $p=0.018$ ). Kontrol taldearen ospitaleratze tasak (%54.4) handiagoak izan ziren beste bi interbentzio taldeenak baino (Etxeko arreta taldea %33; deien taldea %28.3).

Hala ere, esanguratsuak ez ziren emaitzak jaso zituzten artikuluak ere aurkitu ziren. Espainian buruturiko bi ikerketetan ez ziren emaitza desiragarriak jaso. 2017an egindako ikerketan ez zen emaitza esanguratsurik aurkitu, izan ere, pertsonako izandako ospitaleratzeak kontrol taldean, telefono arretan eta tele arreta taldea alderatuz  $p>0.05$  izan zen. Eta gauza bera ospitalizazio bat baino gehiago jaso zuten pazienteen ehunekoa kontuan hartuta, kontrol taldean %30.30, telefono bidezko arreta taldea %29.60 eta tele-osasun arreta taldea %32.63, berriz  $p>0.05$ . Nahiz eta telefono bidezko arretaren bidez kontrol taldearekin alderatuz ehunekoa murriztu, gutxi izanda ere, tele-osasun arretan areagotu egin zen. Artikulu honetako autoreek adierazi zuten hainbat arazo izan zituzten bai aleatorizazioa burutzerakoan eta baita hasierako datuak jasotzerakoan, hargatik, aleatorizazioa ezin izan zelako eman alegia, taldeen arteko desberdintasuna izan zen hain handia, adina ( $p<0.001$ ), sexua ( $p=0.04$ ) eta hezkuntza mailari dagokionez ( $p=0.004$ ), arlo guztietan tele-osasun arreta taldea da desberdintasun nabariena. Hortaz gain, ikerketa ez zenez itsua izan emaitzek fidagarritasuna galdu zuten. Aurreko ikerketak bezala, 2008an eginiko beste ikerketa baten ere jasotako emaitzak ez ziren esanguratsuak izan ( $p=0.599$ )<sup>31</sup>. Espainian egindako beste ikerketa lanean kontrol eta interbentzio taldearen artean ere ez zen estatistikoki datu esanguratsurik aurkitu ospitalizazioei dagokionez,  $p=0.599$  izanik<sup>30</sup>. Estatu batuetan eginiko beste ikerketa batek, BGBK eta ondoriozko komorbilitateak pairatzen zituzten pazienteentzako aurkezturiko telefono bidezko jarraipena eta aurrez aurreko kontsultak zainketa planean ere ez zituzten estatistikoki esanguratsuak izan emaitzak aurkitu ospitaleratzei dagokionez ( $0.9\pm 1.8$  kontrol taldea vs.  $0.8\pm 1.5$  interbentzio taldea). Ospitaleratze egunen mediari dagokionez ikerketa honetan kontrol taldearen *bataz-bestekoa (interquartile range)* 11 (4-22) egunetakoa zen eta interbentzio taldekoa berriz 8 (4-15), datu hauek ere ez ziren esanguratsuak izan<sup>38</sup>.

Aldiz, Italian egindako ikerketa lan batek emaitza esanguratsuenak lortu zituzten ospitaleratzei dagokionez, 2018an eginiko ikerketak aztertu zuenez *Rate Ratio* (RR) interbentzio taldean 1.94 izan zen eta RR kontrol taldea 1.00 (%95 CI;1.38-2.88;  $p=0.0011$ ), hasieran taldeak esleitutakoan taldeen artean desberdintasunak nabaritu ziren

kontrol talde eta interbentzio taldeen artean azkenengo urtean izandako ospitalizazio ( $p=0.0012$ ) eta larrialdi zerbitzuei erabilpenari ( $p<0.0001$ ) dagokionez<sup>36</sup>. Hala ere, jasotako emaitzak kontuan hartu ziren interbentzio taldekoak izan zirelako orokorrean ospitalizazio eta larrialdi zerbitzuen erabilpen handiena izan zutenak, hala aditzera ematen zuen erraztasun edo arrisku handiagoa zutela ospitalizazioak jasateko kontrol taldeak baino. AEB egindako beste artikulu batek ere ospitalizazioen murrizketa jaso zuten bi taldeen artean %25.6 eta %37.1 izanik portzentaiak,  $p=0.02$ <sup>27</sup>. 2000. urteko artikulu batek ere interbentzio taldearen aldeko emaitzak jaso zituen ospitaleratze ratioan. Urte betean interbentzio taldearen ratio 0.38-0.36 izan zen, kontrol taldearena aldiz, 0.34-0.52 areagotu zen,  $p=0.03$  izanik. Hortaz gain, autoreek 60 egunetan berrospitalaratzeak ematen zirenentz aztertu nahi izan zuten, interbentzio taldean murrizketa emanaz (%6tik %4ra) eta kontrol taldean berriz areagotuz (%4tik %9ra),  $p=0.03$  zelarik<sup>29</sup>. Australiako ikerketa lan baten ere hobekuntzak nabaritu ziren, %22 eta %46.7 interbentzio taldea kontrol taldearekin alderatuz ( $p=0.007$ )<sup>40</sup>.

Hiru ikerketa esperimentaletan ere emaitza onuragarriak jaso ziren hiru artikuluak kontrol talderik gabeko ikerketak ziren, hortaz, ezin daiteke ziurtasunez esan lortu ziren emaitzak interbentzioaren ondorioz lortu zirenik. Hala ere, lehenago beste ikerketa esperimental eta kuasi esperimentaletan aipatutakoa babesten zuen. Chapman H et al<sup>33</sup> autoreek, interbentzioa baino lehen *bataz-beste (SD)* 2.64 (3.07), aldiz ostean 1.30 (2,20)  $p=0.015$  neurtu zuten. Erresuma batuko ikerketa lan batek interbentzioa baino lehenagoko bataz bestekoa 1.48 zen ondoren 0.5,  $p=0.03$ <sup>34</sup>. 2001ean egin zen ikerketa pre-esperimentaleko gutxienez behin ospitaleratutako pazienteen kopurua interbentzioa baino lehenagoko 12 hilabetetan 536 (%44.5) pertsonakoa izan zen, aldiz interbentzio osteko 12 hilabetetan 317 (26.3) pertsonak soilik jasan zuren ospitalizazioaren bat,  $p<0.01$  izanik<sup>35</sup>.

**Larrialdi zerbitzuen erabilpenean** esanguratsu eta interbentzio taldearen aldekoak ziren emaitzak zituzten 3 artikulu aurkitu ziren<sup>32-33,35</sup>, 2 pre esperimental eta entsegu kliniko aletorizatu bat. Estatistikoki esanguratsuak ez ziren 5 ikerketa lan aurkitu ziren<sup>27,29-31,38</sup>. Hauetatik 2 ikerketa kuasi esperimental eta 3 entsegu kliniko izan ziren.

Alde batetik, Espainian egindako ikerketa pre esperimental batek  $p<0.05$  larrialdietako bisiten maiztasunaren bataz bestekoa *median difference* 0.28 [0.10-0.50] izan zen<sup>32</sup>. Erresuma Batuan egindako beste ikerketa baten ere murrizketa eman zen *bataz beste (desbiazio estandarra)* pre interbentziotik post interbentzioara, 2.64(3.07)tik 1.30(2.20)ra,

$p=0.009$  izanik<sup>33</sup>. 2018an eginiko beste ikerketa lan batek ere hobekuntzak aurkitu zituen larrialdi zerbitzutako bisitak %33 jaitsiz kontrol taldearekiko  $p<0.0001$ <sup>36</sup>. Hiru artikuluk aurkitu zituzten interbentzioaren aldeko emaitzak, baina hauetatik 2 kontrol talderik gabeko ikerketak ziren hortaz emaitza hauek ez dira kontuan hartu<sup>32-33</sup>.

Bestalde, beste hainbat ikerketek ez zituzten emaitza esanguratsuak aurkitu. Artikuluetak baten emaitzen arabera nahiz eta kontrol taldearen larrialdi zerbitzuen erabilera urriagoa izan (%16.7 I.T; %21.4 K.T) estatistiko ez zuen esangurarik  $p=0.19$ <sup>27</sup>. Beste bi entsegu klinikok ere aipatutako emaitzak babesten zituzten. Lehengoan, kontrol taldea  $1.9\pm 3.1$  eta interbentzio taldea  $1.5\pm 2.3$  (RR 0.76; %95 CI, 0.47-1.23;  $p=0.76$ )<sup>38</sup>. Bigarren entseguan Gutxienez larrialdi zerbitzuetara bisita bat izan zutenak kontrol taldean 5.9 izan zen eta interbentzio taldean 9.0,  $p=0.31$  izanik. Artikuluaren emaitzen arabera interbentzio taldeak larrialdi zerbitzuetako erabilpen handiago zuen<sup>29</sup>. Espainian egindako bi artikulutan ez zen emaitza esanguratsurik aurkitu, 3 taldeko ikerketan kontrol taldea (%63.13) telefono bidezko arreta (%66.48) eta tele-osasun arreta taldearen (%61.05) arteko konparaketa egin zuen batek ( $p>0.05$ )<sup>31</sup>. Besteak ikerketak, ordea, bi talde zituen ohiko arreta taldea eta kasu kudeaketa erizaina ( $p=0.526$ )<sup>30</sup>.

**Lehen mailako arretaren erabileraren** inguruan famili medikuei eta erizainen bisitak kontuan hartu ziren. Lehen mailako arreta aipatzen zuten bost artikuluk aurkitu ziren<sup>27, 30-32,40</sup>. Hauetatik estatistikoki esanguratsuak ziren emaitzak 4 artikuluk jaso zituzten, 2 ikerketa kuasi esperimental, entsegu kliniko aletorizatu bat eta ikerketa pre-esperimental bat<sup>30-32,40</sup>. Nahiz eta hauetako baten onura kontrol taldearen alde izan<sup>31</sup>. Beste entsegu kliniko batek nahiz eta klinikoki emaitza esanguratsuak jaso, estatistikoki ez ziren esanguratsuak izan<sup>27</sup>.

Espainian egindako bi artikuluk aurkitu ziren, bietako batek ez zuen emaitza esanguratsurik jaso interbentzio taldearen aldetan behintzat, izan ere, tele-osasun arreta jasotzen zuten taldeak kontrol taldearekin konparatuz familia medikuaren bisitak areagotzeko joera zuela adierazi zuten (1.50;%95CI; 0.001-3.00;  $p=0.049$ )<sup>31</sup>. Aldiz, beste artikuluek Komunitate erizainaren etxeko bisitak murrizten zituela adierazten zuten emaitzek [I.T 7.58 (6.05-9.10); K.T 11.82 (9.10-14.54)  $p=0.022$ ], baina komunitate erizaina eta kasu kudeaketa erizainaren etxeko bisiten emaitzak ez ziren estatistikoki esanguratsuak izan, nahiz eta bataz-beste bisita gutxiago izan interbentzio taldekoak [I.T 9.40 (7.89-10.92); K.T 11.80 (9.10-14.54)  $p=0.758$ ]. Artikulu honek zaintzaileak

barneratzen zituen, eta bertan zaintzaileen osasun zentrorako bisitak ere neurtu ziren kontrol taldea [26.30 (19.19-33.41)] eta interbentzio taldearen [7.79 (5.68-9.90)] artean desberdintasun handia sortuz,  $p < 0.0001$  izanik<sup>30</sup>. 2018ko ikerketa batek ere ez zituen emaitza esanguratsuak jaso nahiz eta familia medikuaren bisitak *bataz beste (SD)* urriago izan interbentzio taldean [6.87 (4.38)] kontrol taldean [7.09(4.21)] baino, estatistikoki esanguratsua izan ez bazen ere ( $p = 0.65$ )<sup>27</sup>. Australian egindako entsegu kliniko batek ere hobekuntza adierazten zuen lehen mailako arretaren erabileran, hain zuzen ere, familia medikuaren bisitetan. Alta ondoren 24.astera interbentzio taldea (%25) eta kontrol taldea (%67.3) konparatuz, bisita gutxiago behar izan zituen interbentzio taldeak ( $p < 0.001$ )<sup>40</sup>. Hortaz gain, Tortajada S. et al<sup>32</sup> autoreek egindako ikerketa pre esperimentalean larrialdi zerbitzuen eta ospitalaren erabilpena murrizteko helburuz, etxeko ospitalizazioa sustatu nahi izan zuten. Ondorioz, interbentzio osteko etxeko ospitalizazioen maiztasuna igo egin zen (-0.59 [-0.91,-0.36]),  $p < 0.05$  izanik.

### 5.2.2 Hilkortasunaren eragina

Mortalitatearen inguruko emaitzak bildu zituzten bost artikulu aurkitu ziren<sup>26,29-31,40</sup>. Hauetatik bi entsegu klinikok estatistikoki emaitza esanguratsuak jaso zituzten<sup>26,38</sup> eta beste hiru ikerketek<sup>29-31</sup> (2 kuasi esperimental eta entsegu kliniko bat) ez zituzten emaitza esanguratsuak jaso.

Coburn et al<sup>26</sup> autoreek egindako ikerketan interbentzio taldean %9.9 heriotza eman ziren ikerketa martxan zegoen bitartean, %12.9 kontrol taldean, honek %25eko murrizketa adierazten du arrisku erlatiboari dagokionez ( $p = 0.47$ ). Beste entseguan, halaber, kontrol taldean 36 heriotza eman ziren eta interbentzio taldean aldiz 21 ( $p = 0.03$ )<sup>38</sup>.

Beste hiru artikuluetan jasotako emaitzek, ordea, ez zituzten estatistikoki esanguratsuak ziren emaitzak bildu. Hala, 2000. urtean egin zen entsegu baten lehengo urtean interbentzio taldean 12 heriotza (%4.3) eman ziren eta kontrol taldean berriz 10 (%3.8),  $p = 0.83$  izanik. Bigarren urtean berriz kontrol taldean 16 (%6.3) eta interbentzio taldean 14 (%5.2) izan ziren, nahiz eta interbentzio taldean heriotza gutxiago eman bigarren urtean,  $p = 0.71$  izanda<sup>29</sup>. Valdivieso et al<sup>30</sup> autoreek egindako ikerketan nahiz eta ez ziren emaitza esanguratsuak izan  $p > 0.05$ , heriotza gehiago eman ziren bi interbentzio taldeetan (Telefono arreta %8.38; tele osasun arreta %6.32) kontrol taldean (%5.05) baino. Azkenik, Espainian egindako beste ikerketa kuasi esperimental batek ere ez zuen desberdintasunik

jaso taldeen artean ( $p=0.682$ )<sup>31</sup>.

### 5.2.3. Parametro klinikoak

Parametro klinikoak aztertu zituzten hiru entsegu kliniko aleatorizatu aurkitu ziren, denak interbentzio taldearen aldeko emaitza klinikoak jasotzen zituzten eta interbentzioaren momenturen baten emaitza horiek estatistikoki esanguratsuak izan ziren<sup>28-29,37</sup>. Ikerketa lan bakoitzak parametro desberdinak landu zituen. Alde batetik, Sommers et al<sup>29</sup> autoreek interbentzio taldeko(17.7tik 17.2ra) pazienteek urte betean zehar kontrol taldeak (17.9tik 18.9ra) baino sintoma gutxiago izateko joera zutela baloratu zuten sintomen eskala erabilia,  $p=0.08$  izanik. Lan honetan  $p>0.05$  estatistikoki esanguratsua zela adierazi zuten eta  $p<0.10$  joerak markatzen zituela. Markle-Reid et al<sup>37</sup> autoreek Depresioaren sintomen murrizketa ematen zela aztertu zuten,  $-1,45$ , %95 CI [  $-0,13$  ;  $-2,76$ ],  $p=0,03$  izanik.

Bukatzeko, Schraeder et al<sup>28</sup> autoreek LDL-C aren kontrola egin zuten. Kontrolak hasi eta lehengo urtean kontrol taldetik %64.6 eta interbentzio taldetik %67.4 zeuden LDL kontrolatuaren barnean, nahiz eta interbentzio taldean ehuneko handiagoa izan estatistikoki ez zuen garrantzirik izan ( $p=0.560$ ). Urte berean kontrolatu gabeko pazienteen ehuneko handiagoa zen interbentzio taldean (%23.5) kontrol taldekoak baino (%18.9),  $p=0.013$  izanda kontrol taldearen alde. Bigarren urtean aldiz kontrol taldeak %63.5 eta interbentzio taldeak %71.0 ( $p=0.01$ ) emaitzak lortu zituen LDLa kontrolatuta zutenen artean. Baina hirugarren urtean berriz lehen urtekoaren antzerako emaitzak lortu ziren. Kontrolatuta zeuden pazienteak gehiago ziren kontrol taldean interbentzio taldean baino (%78.3 eta %77.8), nahiz eta estatistikoki esanguratsua ez izan ( $p=0.822$ ).





## 6 MUGAPENAK

Lana garatzerako orduan mugapen batzuk aurkitu dira eta hauek azpimarratzea beharrezkoa ikusten da ikerketa lanen artean konparaketa egiterako orduan kontuan hartu beharrekoak baitira.

Lehenik, aipatu beharra dago bilaketa burutu bitartean aurkitu zen informazio urria zela eta barneratze irizpideetako bat bi artikulutan ez zela bete, hots, populazioaren adin tartearena. Hasiera batean eta metodologian zehaztu zen bezala 65 urtetik gorakoak hartuko ziren kontuan, baina bilaketak egin ahala eta irizpide honekin emaitza gutxiago aurkitu zirenez, irizpide hau ez betetzea erabaki zen lanaren garapenerako beharrezkoak diren 15 artikulua aurkitu ahal izateko. Hortaz artikuluetako baten 50 urtetik gorakoak hartzen ditu kontuan eta beste baten 18 urtetik gorakoak<sup>31,38</sup>. Adierazi beharra dago nahiz eta populazio gazteagoa onartu bi ikerketetan, gaur egun dugun biztanleria motagatik eta arazo kronikoak emateko adinez nagusiagoak joera gehiago dutelako, bataz besteko adina 65 urtetik gorakoa dela.

Lana interpretatzeko orduan kontuan eduki beharreko hainbat arlo aipatu behar dira. Alde batetik, aurkitutako ikerketa lanetatik 4 ikerketa pre-esperimentalak dira<sup>32-35</sup>. Beraz, emaitzak aztertzerako orduan kontuan eduki behar da izandako emaitzak ezin genezakela ziurtasun osoz esan interbentzioaren ondorioz direnik. Bestalde, nahiz eta artikulua gehienetan interbentzio eta kontrol taldeen esleipenetan desberdintasunik ez izan, lau artikulutan desberdintasun nabarmenak eman dira horrela konparazioak zailduz<sup>28-29,31,36</sup>.

Konparaketak egin ahal izateko beharrezkoa den informazioa artikulua batzuetan urria izan da, hots, interbentzio eta interbentzio emaileen inguruko informazioa falta izan da kasu batzuetan<sup>26-36,40</sup>. Horren harira, 6 artikuluk kontrol talderako “ohiko arreta” deskribatzen zuten<sup>26,28-29,36-37,40</sup> eta ez zen zehazten zertan datzan. Kontuan hartu behar da herrialde bakoitzeko arreta programak ez direla berdinak, hortaz, konparaketa egiterako orduan kontuan hartzekoa da. Gainera, ikerketetan taldeen esleipena egiterako orduan hainbat artikuluk ez dute aleatorizazioa burutu<sup>30-31</sup>, eta laginaren tamainaren eragiketa hautatutako 15 artikuluetatik hainbatek egin duten arren, lau ikerketa lanek soilik errespetatu dute laginaren tamaina<sup>30-31,37-38</sup>.

Azkenik, kasu kudeaketa artikulua hauetan ez da homogenea izan, azpimarratu beharra dago kasu kudeaketa interbentzio berri bat dela eta herrialde desberdinetan eta osasun sistema desberdinetan modelo hau ez dela berdin garatu lan honetan ikusi den bezala. Kontuan hartu beharrekoa da ere oraindik herrialde batzuetan ez dagoela guztiz barneratuta figura hau.

## 7 ONDORIOAK

Lan honetan, kasu kudeaketak komunitatean bizi diren heldu pluripatologikoen osasun emaitzetan duten eragina aztertu da osasun sistemaren erabilera, hilkortasun tasak eta parametro klinikoak aztertuz. Bizi ditugun denbora hauetan bizi esperantza geroz eta luzeagoa da, ondorioz, pertsona heldu gehiago daude, eta halaber, osasun kondizio kronikoen areagotzea ere ematen da. Paziente hauek duten konplexutasuna, konplikazioak izateko joera eta osasun sistemaren erabilera altua azpimarratu behar da. Datozen urteetan, hazkunde honi erantzun ahal izateko osasun sistemetan aldaketak eman beharko dira, egun, ez dagoelako azpi egitura nahikoa izango den eskaerari erantzuna eman ahal izateko.

Kasu kudeaketari dagokionez aipatu beharra dago herrialdearen eta erkidegoaren arabera garapen desberdina izaten ari dela, osasun sistema bakoitzak bere berezitasunak baititu. Gainera lanaren garapenerako erabilitako ikerketa lanek ez zuten kasu kudeaketa bakarrik bere osotasunean aztertzen beste hainbat interbentzio ere burutzen zituen beste hainbat osasun profesionalekin batera, izan ere, azken urteetako estrategia eta osasun sistemen aldaketa berriek talde multidiziplinarren sorrera sustatzen dute pazienteei arreta multidimentsionala, integrala eta segurua eman ahal izateko. Hortaz gain, herrialde bakoitzean erizainek dituzten kompetentziak eta *scope of practice* desberdinak dira, baita hezkuntza maila ere. Adibide lez, erresuma batuan *community matron* figurek kasu kudeaketa burutzen dute eta hortaz gain preskribatzeko gaitasuna ere badute, hauek erizain espezialistak izanik hezkuntza berezia jaso dute (Master ikasketa). Espainiar estatu mailan eta Euskal Autonomi Erkidegoan, egun, ez da guztiz barneratu kasu kudeatzailearen rola nahiz eta horretarako lanean ari diren.

Aztertutakoaren arabera eta eraginkortasunari erantzunez, aipatu beharra dago emaitzak ez zirela esperotakoak izan. Lehenik eta behin, eta osasun sistemaren erabilerari dagokionez, ospitalizazioak murrizten direla ikusi izan da ikerketa gehienetan eta hortaz interbentzioak ospitalizazioak murrizten dituela ondoriozta genezake. Aldiz, larrialdi zerbitzuen erabileraren emaitzak ez dira hain garbiak izan. Jasotako emaitzetatik ikerketa lan gehienetan ez dira interbentzio taldearen aldeko onurarik jasotzen. Izan ere, 3 lanek jaso zituzten interbentzioaren aldeko onurak baina beste 6 ikerketak ez. Lehen mailako

arretari dagokionez, ere 4 ikerketatik hiruk onurak jaso zituzten interbentzio taldearen alde. Familia mediku eta familia erizainaren bisitak kontuan harturik. Hilkortasunari dagokionez emaitzak ez dira oso argiak, izan ere, bi ikerketek hilkortasun tasak murrizten dituela adierazten dute, baina beste bik, ordea, interbentzio taldean hilkortasun tasa altuago kontabilizatu dute kontrol taldean baino, nahiz eta azken bi hauetan estatistikoki diferentzia ez zen esanguratsua izan. Hortaz, informazio gehiago eduki ezean zaila da konparaketa burutzea eta ondorio batera iristea. Azkenik, parametro klinikoetan hiru arlo desberdin aztertu diren arren hirurek emaitza onuragarriak jaso dituzte interbentzioaren alde. Dena dela, ikerketa lan gehiagoren faltan ezin daiteke zehaztasunez ondorio batera iritsi.

Aztergai hau gehiago ikertu beharko litzateke ondorio zehatzagoak atera ahal izateko, izan ere, aurkitu den informazio urria dela eta, zaila da ondorioak ateratzea. Hargatik, ikerketa gehiago burutzea proposatzen da gai honen inguruan baina, horretarako ikerketek bai kasu kudeaketa erizainen rola, eta bai hauek jasotzen duten hezkuntza (espezialistak direnentz aztertu, konpetentziak, gaitasunak eta praktika gunea) zehaztu beharko litzateke. Gainere, ahal den heinean, ikerketa lanak itsutseko modua aurkitu beharko litzateke, izan ere, landutako ikerketa gehienek itsutze prozesua burutzeko zailtasunak izan dituzte, horrela sesgo gehiago sortuz. Halaber, Ikerketa multizentrikoak eta longitudinalak egitea ere proposatzen da, lanerako erabilitako ikerketa gehienek ez baitituzte epe luzeko emaitzak jasotzen eta garrantzitsua litzateke hauek ebaluatzea. Bai estatu mailan eta bai EAEn ikerketa honek burutzeak daukan garrantzia azpimarratzekoa da, izan ere, dugun biztanleria dela eta, datozen urteetarako garrantzitsua litzateke rol honen eraginkortasuna zehaztea, kronizitatea, eta ondorioz, pluripatologia maneiatzeko irtenbide egoki bat izan daitekeelako. Hortaz gain, kontuan hartuta paziente mota honen zaintzaileek izaten duten egoera, batez ere, pertsona helduetan eta jada dependentzia maila altuagoa duten kasuetan, garrantzitsua ikusten da datozen ikerketetan zaintzaileak eta familia ere barneratzea, hauei babes eta osasun hezkuntza eskainiz duen eraginkortasuna aztertzea. Izan ere, pazienteen zaintzaile eta familiak lan gainkarga eta babes falta handia izaten baitute kasu hauetan, haien osasun egoeran eta eguneroko bizitzan aldaketa handiak ekarriz.

## 8 BIBLIOGRAFIA

1. Jarling A, Rydström I, Ernsth-Bravell M, Nyström M, Dalheim-Englund AC. Becoming a guest in your own home : Home care in Sweden from the perspective of older people with multimorbidities. *International J Older People Nurs*. 2018.
2. Euskal Estatistika erakundea. Euskal AEEko Txosten Sozioekonomikoa 2012. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia; 2012.
3. Román P, Ruiz-Cantero A. La pluripatología, un fenómeno emergente y un reto para los sistemas sanitarios. *Rev Clin Esp*. 2017.
4. Marventano S, et al. Multimorbidity and functional status in community-dwelling older adults. *Eur J Intern Med*. 2014; 25(7).
5. Van der Heide I, et al. Innovating care for people with multiple chronic conditions in Europe. European Union. 2015.
6. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad Centro de Publicaciones; 2012.
7. Osakidetza. Estrategias para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia; 2010.
8. Crowe M, et al. Clinical effectiveness of transdiagnostic health management interventions for older people with multimorbidity: a quantitative systematic review. 2016. *Journal of Advanced Nursing*.
9. Rivas Costa G, Felicitas Domínguez Berjón M, Mochales Astray J, Maleras Gènova R, Rodríguez Laso Á, Esteban Vasallo MD. Características epidemiológicas de la pluripatología y su influencia en la utilización de servicios sanitarios a partir de una encuesta de salud. Madrid, 2007. *Rev Esp Salud Publica*. 2009; 83(6): 835–46.
10. Struckmann V, et al. Caring for people with multiple chronic conditions. *Eurohealth Incorporating Euro Obs*. 2015; 20(3): 35–40.
11. Freund T, Kunz CU, Ose D, Szecsenyi J, Peters-Klimm F. Patterns of multimorbidity in primary care patients at high risk of future hospitalization. *Popul Health Manag*. 2012;15(2):119–24.
12. Generalitat Valenciana Conselleria de Sanitat. Estrategia para la atención a pacientes crónicos en la Comunitat Valenciana. Generalitat Conselleria de Sanitat.

- 2014.
13. Organización mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las Enfermedades no transmisibles. 2014.
  14. Bähler C, Huber CA, Brüngger B, Reich O. Multimorbidity, health care utilization and costs in an elderly community-dwelling population: A claims data based observational study. *BMC Health Serv Res.* 2015; 15(23): 1–12.
  15. Starfield B, Lemke KW, Bernhardt T, Foldes SS, Forrest CB, Weiner JP. Comorbidity: implications for the importance of primary care in “case” management. *Ann Fam Med.* 2003; 1(1): 8–14.
  16. Martín Lesende I. Abordaje integral del paciente pluripatológico en atención primaria. Tendencia necesitada de hechos. *Aten Primaria.* 2013; 45(4): 181–3.
  17. Osakidetza. Euskadiko lehen mailako arretarako Estrategia. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia. 2019.
  18. Barr VJ, et al. The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. *Hosp Q.* 2003; 7(1): 73–82.
  19. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Informe de evaluación y líneas prioritarias de actuación. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. 2019.
  20. Sánchez-Martín CI. Cronicidad y complejidad: Nuevos roles en Enfermería. *Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico.* *Enferm Clin.* 2014; 24(1): 79–89.
  21. Eusko Jaurlaritzako Osasun Saila. 2017-2020 Osasun-Sailaren Ildo Estrategikoak. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia; 2017.
  22. Lopéz Vallejo M, Puente Alcaraz J. Institutionalisation of the case management nurse in Spain. Comparative analysis of health systems of the Spanish autonomous communities. *Enferm Clin.* 2018.
  23. Fraile Bravo M. Enfermeras gestoras de casos; ¿Esa gran desconocida? *Rev Científica la Soc Española Enfermería Neurológica.* 2015;42(1):1–3.
  24. Miguélez-Chamorro A, Casado-Mora MI, Company-Sancho MC, Balboa-Blanco E, Font-Oliver MA, Román-Medina Isabel I. Advanced practice in case management; An essential element in the new complex chronicity care model. *Enferm Clin.* 2018.

25. Morales-Asencio JM. Gestión de casos y cronicidad compleja: Conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. *Enferm Clin.* 2014; 24(1): 23–34.
26. Coburn K.D, Marcantonio S, Lazansky R, Keller M, Davis N. Effect of a community-based nursing intervention in Chronically Ill Older Adults: A Randomized Controlled Trial. *PLoS Med.* 2012; 9(7).
27. Levine S, Steinman B.A, Attaway K, Jung T, Enguidanos S. Home Care Program for patients at High Risk of Hospitalization. *Am J Manag Care.* 2018; 18(8): 269-276.
28. Schraeder C, et al. The Effect of Primary Care Management on Lipids Testing and LDL-C Control of Elderly Patients With Comorbidities. *Professional Case management.* 2009; 14(2); 84-95.
29. Sommers S.L, Marton K.I, Barbaccia J.C, Randolph J. Physician, Nurse, and Social Worker Collaboration in Primary Care for Chronically Ill Seniors. *Arch Intern Med.* 2000; 160; 1825-1833.
30. Morales-Asencio J.M, et al. Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study. *BMC Health Services Research.* 2008.
31. Valdivieso B, et al. The effect of telehealth. Telephone support or usual care on quality of life, mortality and healthcare utilization in elderly high-risk patients with multiple chronic conditions. A prospective Study. *Med Clin.* 2017.
32. Tortajada S, et al. Case Management for Patients with Complex Multimorbidity: Development and Validation of a Coordinated Intervention between Primary and Hospital care. *International Journal of integrated Care.* 2017; 17(2): 1-8.
33. Chapman H, Farndon L, Matthews R, Stephenson J. Okay to Stay? A new plan to help people with long term conditions remain in their own homes. *Primary Health care Research & Development.* 2018; 20(16): 1-6.
34. Moran G, Coleman V, Heaney S, Willcocks F. An Alternative model for case management in Flintshire. *Journal Of Community Nursing.* 2015; 15(5): 227-231.
35. Landi F, et al. A new model of integrated home care for the elderly: impact on hospital use. *Journal of clinical Epidemiology.* 2001; 51: 968-970.
36. Tiozzo S.N, et al. Effectiveness of a community care management program for multimorbid elderly patients with heart failure in the Veneto Region. *Aging Clinical and Experimental Research.* 2018.
37. Markle-Reid M, et al. Community Program Improves Quality of life and Self-

- Management in Older Adults With Diabetes Mellitus and Comorbidity. *Journal of American Geriatrics Society*. 2017.
38. Rose L, et al. Program of integrated Care for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Multiple Comorbidities (PIC COPD+): a randomised controlled trial. *Eur Respir J*. 2018; 51.
  39. Chow SKY, Wong FKY. A randomized controlled trial of a nurse-led case management programme for hospital-discharged older adults with comorbidities. *Journal of advanced nursing*. 2014; 70(10): 2257-2271.
  40. Courtney M, Edwards H, Chang A, Parker A, Finlayson K, Hamilton K. Fewer Emergency REadmissions and Better Quality of Life for Older Adults at Risk of Hospital Readmission: A Randomized Controlled Trial to Determine the Effectiveness of a 24-Week Exercise and Telephone Follow-Up Program. *Journal of American Geriatrics Society*. 2009; 57(3): 395-402.



## 9 ERANSKINAK.

### 9.1 ERANSKINA: Instituzionalizazio taula (Espainiar estatuko autonomi erkidegoak)

Lurraldea		1.Pausoa	2.Pausoa	3.Pausoa	4.Pausoa	5.Pausoa	6.Pausoa	7.Pausoa	8.Pausoa	9.Pausoa	10.Pausoa
	P.K	Paziente kronikoaren arretarako osasun eta gizarteko estrategia	KK kronizitateari aurre egiteko instrumentutzat ikusten da	Erizainek bideeratuko KK proposatzen da	KKE sorrera	KKEren funtzio espezifikoak zehazten dira	KKEren rola martxan dagoela ebidentzia	Ebidentzia zientifikoa dago funtzionaltasuna dierazten duena	KKEren funtzioak protokolo egin dira.	KKEren funtzioak eguneratuak eta protokolizatuak izan dira.	Funtzioaren aurrerapena eta segurtasun legala.
Andaluzia	9	BAI	BAI	BAI	BAI	BAI	BAI	BAI	BAI	BAI	EZ
Kataluña	8	BAI	BAI	BAI	BAI	BAI	BAI	BAI	BAI	EZ	EZ
Kanariar irlak	7	BAI	BAI	BAI	BAI	BAI	BAI	EZ	BAI	EZ	EZ
EAE	7	BAI	BAI	BAI	BAI	BAI	BAI	BAI	EZ	EZ	EZ
Balentzia	7	BAI	BAI	BAI	BAI	BAI	BAI	BAI	EZ	EZ	EZ
Murtzia	6	BAI	BAI	BAI	BAI	BAI	BAI	EZ	EZ	EZ	EZ
Balear irlak	6	BAI	BAI	BAI	BAI	BAI	BAI	EZ	EZ	EZ	EZ
Madril	6	BAI	BAI	BAI	BAI	EZ	BAI	BAI	EZ	EZ	EZ
Aragoi	5	BAI	BAI	BAI	BAI	EZ	BAI	EZ	EZ	EZ	EZ
Nafarroa	5	BAI	BAI	BAI	BAI	BAI	EZ	EZ	EZ	EZ	EZ
Kantabria	4	BAI	BAI	BAI	BAI	EZ	EZ	EZ	EZ	EZ	EZ
Errioxa	4	BAI	BAI	BAI	BAI	EZ	EZ	EZ	EZ	EZ	EZ
Galizia	3	BAI	BAI	BAI	EZ	EZ	EZ	EZ	EZ	EZ	EZ
Gaztela eta leon	3	BAI	BAI	BAI	EZ	EZ	EZ	EZ	EZ	EZ	EZ
Gaztela Mantxa	3	BAI	BAI	BAI	EZ	EZ	EZ	EZ	EZ	EZ	EZ
Extremadura	2	BAI	BAI	EZ	EZ	EZ	EZ	EZ	EZ	EZ	EZ
Asturias	2	BAI	BAI	EZ	EZ	EZ	EZ	EZ	EZ	EZ	EZ
Zeuta/melilla	0	EZ	EZ	EZ	EZ	EZ	EZ	EZ	EZ	EZ	EZ

P.K: lurralde bakoitzean betetzen den pauso kopurua; K.K: Kasu kudeaketa ; KKE: Kasu kudeaketa erizaina

Egilea: Lopez Vallejo M, Puente Alcaraz J.



## 9.2 Eranskina: Kontzeptu taula

Kontzeptu nagusia	Lengoa naturala			Lengoi kontrolatua
	Sinonimoa	Antonimoa	Ingelesez	
<b>Pluripatologia</b>	Multimorbididad Comobilidad Multiples condiciones cronicas		Multimorbidity Pluripathology Multiple chronic conditions	Medline/Pubmed (MESH):Multimorbidity /Comorbidity CINAHL (encabezamientos de CINAHL): <i>Comorbidity</i> CUIDEN: Multimorbididad EMBASE (EMTREE):multiple chronic conditions
<b>Helduak</b>	3ª edad Anciano Geriatrico	Niño Escolar Menor	Third age Old Elder/Elderly	Medline/Pubmed (MESH): Aged/ “Aged, 80 and over” CINAHL (encabezamientos de CINAHL):Aged CUIDEN: Anciano EMBASE (EMTREE):Aged
<b>Kasu kudeaketa</b>	Gestión de casos Gestora de casos		Case management Case manager	Medline/Pubmed (MESH): Case management CINAHL (encabezamientos de CINAHL): case management/ case manager CUIDEN:Gestión de casos EMBASE (EMTREE): case management
<b>Osasun emaitzak</b>	Resultados de salud		Health outcomes	Medline/Pubmed (MESH): Treatment outcomes/outcome assessment (health care) CINAHL (encabezamientos de CINAHL):Outcomes (health care) CUIDEN:Evaluación de Resultado (Atención de Salud) EMBASE (EMTREE):
<b>Komunitate erizain</b>	Enfermera comunitaria		District nurse Community nursing	Medline/Pubmed (MESH): Community health nursing CINAHL (encabezamientos de CINAHL): Community Health Nursing CUIDEN:Enfermeria en Salud Comunitaria EMBASE (EMTREE): Community health nursing



### 9.3 Eranskina: Bilaketa taula

#### 9.3.1 Datu baseak.

Datu basea	Ekuazioa	Emaitzak	Baliagarriak	Oharrak
Medline/pubmed	Case Management/ AND "Outcome Assessment (Health Care)"/ AND Community Health Nursing/ AND Aged/	18	0	<p>9 ez datoz gaiarekin bat 3 ez dituzte kanporatze eta barneratze irizpideak betetzen 3 ez dago <i>full text</i></p> <hr/> <p>3 hartzen dira.</p> <p>- 1 ez dator gaiarekin guztiz bat -2 Ez dituzte irizpideak betetzen</p>
Medline/Pubmed	Case Management/ AND Aged/ AND ( Multimorbidity/ OR Comorbidity)	72	0	<p>Errepikapenak: 0 Gaiarekin ez datoz bat: 41 Kanporatze eta barneratze irizpideak ez dituzte betetzen: 19 Ez da <i>full text</i> aurkitu: 6</p> <hr/> <p>6 hartzen dira:</p> <p>- 3 beste arlo bat lantzen dute - 2 ez dituzte barneratze eta kanporatze irizpideak betetzen - 1 Ez dator gaiarekin bat</p>
Medline/Pubmed	Case Management/ AND Treatment Outcome/ or "Outcome Assessment (Health Care)"/ AND Aged/	294	0	<p>Errepikapenak: 7 Gaiarekin ez datoz bat: 216 Kanporatze eta barneratze irizpideak ez dituzte betetzen: 45 Ez da <i>full text</i> aurkitu: 12</p> <hr/> <p>14 hartzen dira</p> <p>4 ez datoz gaiarekin guztiz bat 3 ez dira arlo berekoak 3 ez dituzte barneratze eta kanporatze irizpideak betetzen</p>

Datu basea	Ekuazioa	Emaizak	Baliagarriak	Oharrak
				2 ez dio helburuari erantzuten 2 ebidentzia desegokia
Medline/pubmed	"Aged, 80 and over"/ or Aged/ AND Comorbidity/ or Multimorbidity/ AND Community Health Nursing/	22	- Fewer emergency readmissions and better quality of life for older adults at risk of hospital readmission: a randomized controlled trial to determine the effectiveness of a 24-week exercise and telephone follow-up program.	Errepikapenak: 3 Ez datoz gaiarekin bat: 11 Ez dituzte barneratze eta kanporatze irizpideak betetzen: 5 <u>Ez dago full text:1</u>  2 hartzen dira:  1 ez dio helburuari erantzuten
CINAHL	comorbidity AND case management AND Outcomes (health care)	30	-A randomized controlled trial of a nurse-led <b>case management</b> programme for hospital-discharged older adults with co-morbidities. -The effect of primary <b>care management</b> on lipids testing and LDL-C control of elderly patients with <b>comorbidities</b> .	Errepikapenak: 3 Gaiarekin ez datoz guztiz bat: 10 Kanporatze eta barneratze irizpideak ez dituzte betetzen: 9 Ez da <i>full text</i> aurkitu: 4  4 hartzen dira  2 ez diote helburuari erantzuten
CINAHL	“aged” OR aged, 80 and over” AND “ case management” AND “ community health nursing”	93	-An alternative model for case management in Flintshire. -Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study	Errepikapenak: 7 Gaiarekin ez datoz guztiz bat:46 Kanporatze eta barneratze irizpideak ez dituzte betetzen; 27 <u>Ez da full text aurkitu:9</u>  4 hartzen dira: 1 ez dator gairekin guztiz bat 1 beste arlo batekoa da
COCHRANE	“Case management” AND “comorbidity”	132	-Program of Integrated Care for Patients with	Errepikapenak: 9 Ez datoz gaiarekin bat: 95

Datu basea	Ekuazioa	Emaizak	Baliagarriak	Oharrak
			Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Multiple Comorbidities (PIC COPD+ ): a randomised controlled trial	Ez dituzte barneratze eta kanporatze irizpideak betetzen: 17 Ez dago <i>full text</i> : 5 <hr/> 6 hartzen dira:  1 ez dator gairekin bat 3 ez dituzte kanporatze eta barneratze irizpideak betetzen 1 ez dio helburuari erantzuten
COCHRANE	multimorbidity AND case management	2	0	Ez dator gaiarekin guztiz bat: 1 Ez ditu kanporatze eta barneratze irizpideak betetzen: 1
COCHRANE	“Case management” And “ outcome assessment (health care)” and [“ multimorbidity” or “comorbidity”]	6	0	Errepikapenak:2 Ez datoz gaiarekin guztiz bat: 2 <hr/> Bat hartzen da. Ez ditu irizpideak betetzen
Science Direct	"case management" AND " multimorbidity"	174	0	Errepikapenak: 4 Ez datoz gaiarekin bat: 103 Ez dituzte kanporatze eta barneratze irizpideak betetzen: 52 Ez dago <i>full text</i> : 12 <hr/> 3 hartzen dira  2 ez diote helburuari erantzuten 1 ez dator gaiarekin bat
ELSEVIER (Doyma)	Gestión de casos AND multimorbilidad	55	0	Errepikapenak: 4 Ez datoz gaiarekin bat: 19

Datu basea	Ekuazioa	Emaitzak	Baliagarriak	Oharrak
				<p>Ez dituzte barneratze eta kanporatze irizpideak betetzen: 21                      Ez dago <i>full text</i>: 4</p> <hr/> <p>7 hartzen dira</p> <p>2 ez datoz gairekin bat                      1 ez dio helburari erantzuten                      3 ez ditu barneratze eta kanporatze irizpideak betetzen                      1 ebidentzia desegokia</p>
EMBASE	["multiple chronic conditions" OR "comorbidity"] AND "aged" AND " case management"	61	-The effect of telehealth, telephone support or usual care on quality of life, mortality and healthcare utilization in elderly high-risk patients with multiple chronic conditions. A prospective study	<p>Errepikapenak: 1                      Ez datoz gaiarekin guztiz bat: 47                      Ez dituzte kanporatze eta barneratze irizpideak betetzen: 7                      Ez dago <i>full text</i>:2</p> <hr/> <p>4 hartzen dira</p> <p>1 ez ditu barneratze eta kanporatze irizpideak betetzen</p> <p>2 ez diote helburuari erantzuten</p>
CUIDEN	("Gestión de casos")AND("anciano")	6	0	<p>Ez datoz gaiarekin bat: 2                      Ez ditzuzte barneratze eta kanporatze irizpideak betetzen: 4</p>
PUBMED	(((aged[MeSH Terms]) AND community health nursing[MeSH Terms])) AND outcome assessment health care[MeSH Terms]  Iragazkia: 2000-2019	198  Iragazkia pasata: 167	-Effect of a community-based nursing intervention on mortality in chronically ill older adults: A randomized controlled trial	<p>Errepikapenak: 5                      Ez datoz gaiarekin bat: 96                      Ez ditu barneratze eta kanporatze irizpideak betetzen: 49                      Ez da <i>full text</i> aurkitu: 7</p> <hr/> <p>10 hartzen dira</p> <p>3 ez diote helburuari erantzuten                      2 ez datoz gaiarekin guztiz bat                      4 ez dituzte kanporatze eta barneratze irizpideak</p>



Datu basea	Ekuazioa	Emaitzak	Baliagarriak	Oharrak
				betetzen
<b>PUBMED</b>	“multimorbidity” AND aged  Iragazkia: Clinical trial	81	0	Errepikapenak: 12 Ez datoz gaiarekin bat:17 Ez ditu barneratze eta kanporatze irizpideak betetzen:23 Full texta ez: 24 <hr/> 5 hartzen dira:  2k ez diote helburuari erantzuten 1 ez da arlokoa 2 ez ditu kanporatze eta barneratze irizpideak betetzen

9.3.2 Beste baliabide elektronikoak.

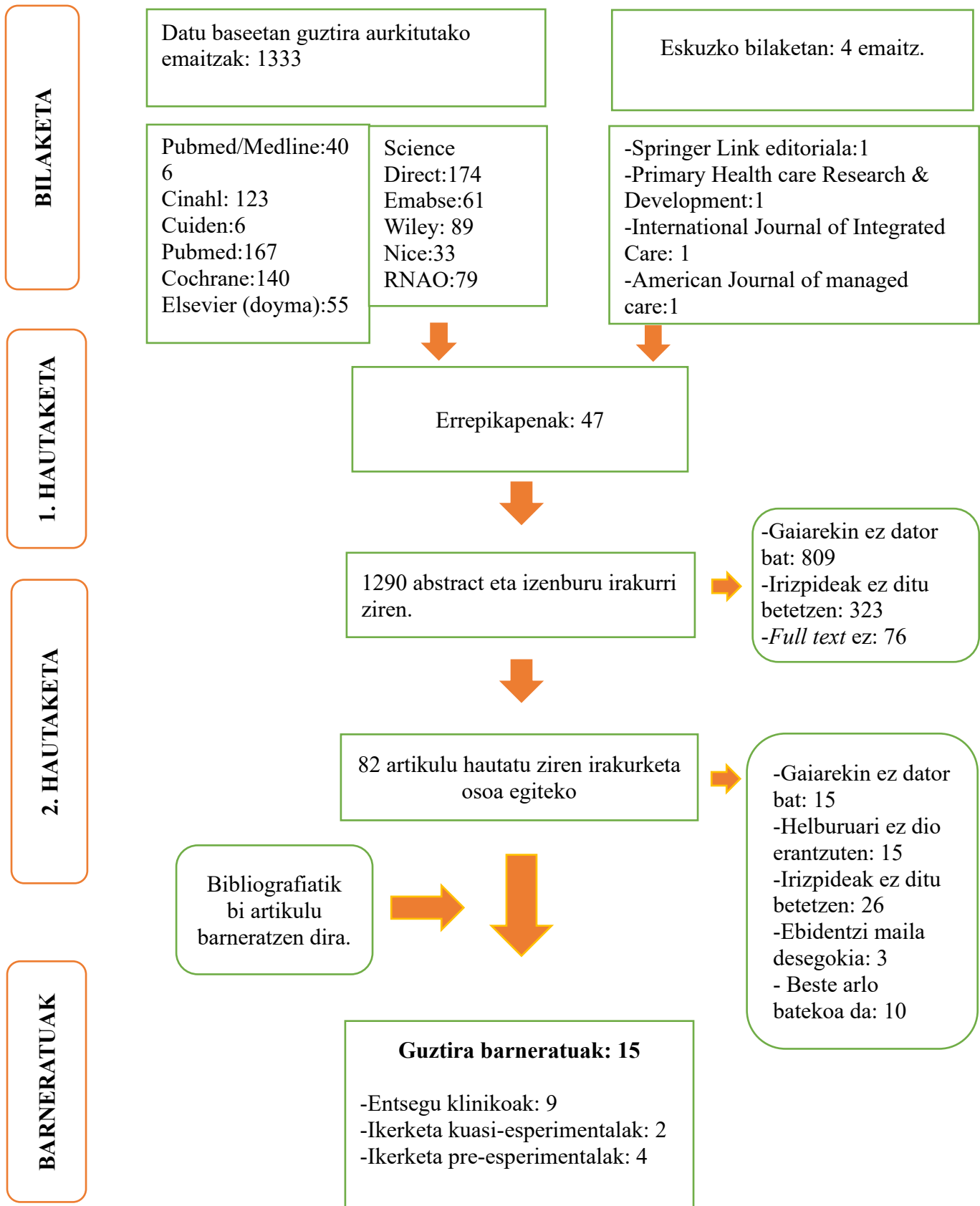
Baliabidea	Ekuaioa	Emaitzak	Baliagarriak	Oharrak
<b>WILEY Library</b>	“Case manager” OR“case management”] AND multimorbidity AND aged AND “health outcomes”	89	-Community Program Improves Quality of Life and Self-management in Older Adults with Diabetes Mellitus and Comorbidity	Errepikapenak: 2 Ez datoz gaiarekin bat; 50 Ez dituzte kanporatze eta barneratze irizpideak betetzen: 26 <hr/> Ez dago <i>full text</i> :3  8 hartzen dira  3 ez dira arlokoak 1 ez datoz guztiz gaiarekin 3 ez dituzte kanporatze eta barneratze irizpideak betetzen
<b>NICE</b>	Case management AND multimorbidity	33	0	Errepikapenak:0 Ez datoz gaiarekin bat: 18 Ez dituzte kanporatze eta barneratze irizpideak betetzen :9 <hr/> Ez dago <i>full text</i> : 3  3 hartzen dira  3 ez dituzte kanporatze eta barneratze irizpideak betetzen
<b>RNAO</b>	Case management  Case management AND multimorbidity	79  0	0	Errepikapenak: 0 Ez datoz gaiarekin bat: 43 Ez dituzte kanporatze eta barneratze irizpideak betetzen: 29 <hr/> Ez dago <i>full text</i> : 5  2 hartzen dira:  1 ez dator gaiarekin 1 ez dio helburuari erantzuten

9.3.3 Eskuzko bilaketa.

<b>Eskuzko bilaketa iturriak</b>	<b>Lortutako emaitzak</b>
<b>SpringerLink</b>	Effectiveness of a community care management program for multimorbid elderly patients with heart failure in the Veneto Region (RCT)
<b>Primary Health Care Research &amp; Development</b>	Okay to Stay? A new plan to help people with long-term conditions remain in their own homes
<b>International Journal of Integrated Care</b>	Case Management for Patients with Complex Multimorbidity: Development and Validation of a Coordinated Intervention between Primary and Hospital Care
<b>Bibliografia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-A new model of integrated home care for the elderly: impact on hospital use.</li> <li>-Physician, nurse, and social worker collaboration in primary care for chronically ill seniors.</li> </ul>
<b>American Journal Of Managed care</b>	Home Care Program for patients at high risk of hospitalization



## 9.4 Eranskina: Fluxu Diagrama





## 9.5 Eranskina: Kalitate metodologikoaren azterketa

<p><b>Artikulu:</b> A randomized controlled trial of a nurse-led case management programme for hospital-discharged older adults with co-morbidities</p>		
<p><b>Helburuak eta hipotesiak</b></p>	<p>Helburuak edo/eta hipotesiak argi eta garbi zehaztuta daude?                  P: Hong Kongen ospitaleko alta ematen dioten eta komorbilitateak pairatzen dituzten helduak                  I: Erizainak bideratutako kasu kudeaketa programa                  C: ohiko arreta                  O: Lehen mailako helburua: ospitalizazioak murriztea                  Bigarren mailako helburuak: bizi kalitatea hobetzen denentz aztertzea, gaixotasunaren maneian auto-eraginkortasuna baloratzea, interbentzio taldeak kontrol taldeak baino osasunaren autopertzepzio hobea lortzen duten baloratzea.</p>	<p><b>Bai</b></p>
<p><b>Diseinua</b></p>	<p>Erabilitako diseinu-mota egokia da ikerketaren helburuari dagokionez (helburuak edo/eta hipotesiak)?                  Entsegu klinikoa da.                  Eraginkortasuna aztertu nahi duenez gero, entsegu klinikoa da egokiena.                  Eraginkortasuna entsegu klinikoak bakarrik neurtzen dituzte. Sesgo gehien kontrolatzen ditu.</p>	<p><b>Bai</b></p>
	<p>Esku-hartze azterlan bat edo azterlan esperimental bat bada, esku-hartzea egokia dela ziurta dezakezu? Esku-hartzea sistematikoki ezartzeko neurriak jartzen dira?                   Esku-hartzea, zeinek (kasu kudeaketa erizainak, erizain ikasleak..) egiten duen azaltzen du, baita noiz egiten den (ospitalizazio bitartean, alta osteko deiak, etxera bisitak...) eta nola egiten den ere azaltzen da. Erizainek eta erizain ikasleek jasotzen duten formakuntza azaltzen du. Kasu kudeaketarako tresna nagusia Omaha system da eta hau erabiltzeko formakuntzak jasotzen dituztela azaltzen du.</p>	<p><b>Bai</b></p>
<p><b>Populazioaren kontzeptua eta lagina</b></p>	<p>Populazioa identifikatu eta deskribatu egin da?                  Populazioa deskribatzen duen taula azaltzen da (adina, sexua, gaixotasun kopurua, egoera zibila...) Deskribatzeke gelditzen dena zein gaixotasun kroniko diren gehienbat pairatzen dituztenak litzateke.</p>	<p><b>Bai</b></p>
	<p>Laginketa-estrategia egokia da?                  Aleatorizazioa burutu dela bermatzen da. Hala, Hong Kongeko Hospital Authority tik altan doazen eta barneratze eta kanporatze irizpideak errespetatzen dituzten pazienteak barneratzen dira ikerketan.</p>	<p><b>Bai</b></p>
	<p>Laginaren neurria edo azterlanean parte hartu behar duten kasuen edo pertsonen kopurua behar bezala kalkulatu dela adierazten duten seinaleak daude?                   Arikuluan aipatzen den arabera lehenago ez da ikerketa antzerakorik burutu, arlo honetako hiru besotako ikerketarik alegia. Beraz Naylor et al. (2004) ospitalizatuta dauden eta bihotz gutxiegitasuna pairatzen duten helduen arreta transbertsala egiten zuten ikerketa hartu da oinarri bezala. Burututako kalkulu muestralaren arabera talde bakoitzean 74 pertaide egon beharko lirateke. Baina guztira 281 pertaide ditu ikerketak ( n1: 98 ; n2: 87 ; n3: 96).</p>	<p><b>Ez</b></p>

<p><b>Aldagaiar en neurketa</b></p>	<p>Datuak behar bezala neurtu direla ziurta dezakezu?                  Ospitaleratze datuak, ospitaleko administrazio sistematik jaso ziren. Hiru denboratan T1( hasieran , alta momentua), T2(4 aste beranduago), T3 (12 astetara).                  Aldiz, bestelako emaitzak kalkulatzeko galdetegiak erabili ziren, halaber, sei item dituen Short-form chronic Disease Self-efficacy eskala erabili zen, itzulita eta balidatuta dagoena. Bizi kalitatea neurtzeko SF-36 erabili zen, osasun fisiko eta mentalaren arloko bizi kalitatea neurtzen duen testa. Balidatuta daudena.</p> <p>* Testuan bertan egiaztatzen du txinatarrez itzuli direla eta balidatuta daudela.</p>	<p><b>Bai</b></p>
<p><b>Alborapen en kontrola</b></p>	<p>Azterlana eraginkortasuneko edo harremaneko den:                  Esku-hartze eta kontrol taldeak nahaste-aldagai ei dagokienez homogeneoak direla ziurta dezakezu?                  Populazioa deskribatzen den taularen arabera taldeak homogeneoak dira, eta gainera taldeen esleipena burutzeko hiru figura ezberdinek buruturiko aleatorizazioa egin da.</p>	<p><b>Bai</b></p>
	<p>Azterlana eraginkortasunari edo harremanari buruzkoa bada:                  Ikertzailea edo ikertua ezkutatzeko estrategiarik dago?                  Taldeen itsutzea eta datuak jasotzen dituztenen itsutzea burutu da. Esku-hartzea burutzen duten profesionalen itsutzea ez da burutu, izan ere egin nahi duten interbentzioa egiteko zaila da, hots, kontrol taldeak dei plazeboak jasotzen ditu adibidez, hartatzea egiten duen profesionalak jakinaren gainean egon beharko du interbentzioa burutzeko</p>	<p><b>Ez</b></p>
<p><b>Emaitzak</b></p>	<p>Emaitzek, eztabaidak eta ondorioek ikerketaren galderari edo/eta hipotesiari erantzuten diete?                  Aipatutako arloak erantzuten ditu emaitza eta eztabaidetan, hots, ospitaleratze tasak, bizi kalitatea, gaixotasunaren auto-maneiuia, eta osasunaren autopertzepzioa.                  Erabilitako tresnak:                  Ospitaleratze tasak ospitale harreretako datak jaso ziren.                  Bizi kalitatea neurtzeko eta osasun auto pertzepzioa neurtzeko SF-36 erabili zen, horretako aproposa den tresna da eta kasu honetan baliagarria.</p>	<p><b>Bai</b></p>
<p><b>Azken balorazioa</b></p>	<p>Azterketa zure azken berrikuspenerako erabiliko zenuke?                  Nahiz eta, ebidentzia maila baxua duen ikerketa honek berrikuspenerako erabilgarria izango da, dagoen informazio urria dela eta.</p>	<p><b>Bai</b></p>



IKERKETA KUANTITATIBOKO AZTERKETEN IRAKURKETA KRITIKORAKO GIDOIA

Artikuluak:															
1. Community Program Improves Quality of Life and Self-Management in Older Adults with Diabetes melitus. 2. Case management for Patients with Complex Multimorbidity: Development and Validation of a Coordinated Intervention between Primary and Hospital Care 3. An Alternative model for case management in Flintshire. 4. Physician, nurse, and social worker collaboration in primary care for chronically ill seniors. 5. Okay to Stay? A new plan to help people with long-term conditions remain in their own home. 6. Program of Integrated Care for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Multiple comorbidities (PIC COPD+): a randomized controlled trial. 7. The effect of Primary Care Management on Lipids Teszting and LDL-C Control of Elderly Patients With Comorbidities. 8. The effect of telehealth, telephone support or usual care on quality of life, mortality and healthcare utilization in elderly high-risk patients with multiple chronic conditions. 9. A new model of integrated home care for the elderly: impact on hospital use. 10. Effect of a community-Base Nursing intervention on Mortality in chronically ill older Adults: A Randomized Controlled Trial. 11. Effectiveness of a community care management program for multimorbid elderly patients with heart failure in the Veneto Region. 12. Effectiveness of a nurse-led case management home care model in primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multicentre study. 13. Home Care Program for Patients at High Risk of Hospitalization. 14. Fewer emergency readmissions and Better Quality of Life for Older Adults at Risk of Hospital Readmission: A Randomized Controlled Trial to Determine The Effectiveness of a 24-Week Exercise and Telephone Follow-Up Program															
	Irizpideak	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Helburuak eta hipotesiak	Helburuak edo/eta hipotesiak argi eta garbi zehaztuta daude?	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai
Diseinua	Erabilitako diseinu mota egokia da ikerketaren helbururako (helburuak edo/eta hipotesiak)?	Bai	Bai	Ez	Bai	EZ	Bai	Bai	Bai	Ez	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai
	Esku-hartze azterlan bat edo azterlan esperimental bat bada, esku-hartzea egokia dela ziurta dezakezu? Esku-hartzea sistematikoki ezartzeko neurriak jartzen dira?	Ez	Bai	Ez	Bai	Ez	Bai	Bai	Ez	Ez	Bai	Bai	Ez	Bai	Bai

Populazioaren kontzeptua eta lagina	Populazioa identifikatu eta deskribatu egin da?	Bai	Bai	Ez	Bai	Ez	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Ez	Bai	Bai
	Laginketa-estrategia egokia da?	Bai	Ez	Ez	Ez	Bai	Bai	Ez	Ez	Bai	Bai	Bai	Ez	Bai	Bai
	Laginaren neurria edo azterlanean parte hartu behar duten kasuen edo pertsonen kopurua behar bezala kalkulatu dela adierazten duten seinaleak daude?	Bai	Ez	Ez	Ez	Ez	Bai	Ez	Bai	Ez	Ez	Ez	Bai	Ez	Ez
Aldagaien neurketa	Datuak behar bezala neurtu direla ziurta dezakezu?	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Ez	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai
Albortza kontrola	Azterlana eraginkortasunari edo harremanari buruzkoa bada: Esku-hartze eta kontrol taldeak nahaste-aldagaiak dagokienez homogeneoak direla ziurta dezakezu?	Bai			Ez		Bai	Ez	Ez		Bai	Ez	Ez	Bai	Bai
	Azterlana eraginkortasunari edo harremanari buruzkoa bada: Ikertzailea edo ikertua ezkutatzeko estrategiarik dago?	1/2			Ez		Ez	Ez	Ez		Ez	Ez	Ez	1/2	Bai

Emitzak	Emitzek, eztabaidak eta ondorioek ikerketaren galderari edo/eta hipotesiari erantzuten diete?	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai
Amitu balazioa	Azterketa zure azken berrikuspenerako erabiliko zenuke?	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai	Bai



## 9.6 Eranskina: Laburpen taula

Autorea Urtea Herrialdea	Helburua	Diseinua	Lagina	Interbentzioa	Emaitza esanguratsuak
Chow S.K.Y Wong F.K.Y  2014  China	Ospitaleko alta osteko erizainek bideratutako kasu kudeaketaren eragina aztertzea ko-morbilitateak pairatzen dituzten helduengan.	Entsegu kliniko aleatorizatu	N guztira: 281. Kontrol taldea [K.T] (n):98 Interbentzio taldea 1 [I.T.1] (n):87 Interbentzio taldea 2 [I.T.2] (n):96  Bataz beste 76 urte, %52,3 emakumezkoak, 2 gaixotasun kroniko baino gehiago pairatzen dituztenak.	Erizainek (kasu kudeaketa erizainak eta erizain ikasleak) bideratutako kasu kudeaketa. Alta baino lehen eta osteko interbentzioak burutu dira. -Kontrol taldea [K.T] → ohiko arreta. Baloraziorik ez. 4 astean bi dei burutzen dira, “dei plazeboak”. Ez dira osasun gaiak jorratzen. -Interbentzio taldea (1) [I.T.1]→ Alta baino lehen ebaluatze eta boteretze prozesua. Alta osteko <b>etxeko arreta</b> lehen 72 orduetan. Ondorengo deiak. 3. astean erizain ikaslearen bisita. - Interbentzio taldea [I.T.2] (2) → Alta baino lehen ebaluatze eta boteretze prozesua. Erizain ikasleek eta kasu kudeatzaileak bideratutako <b>telefono deien</b> bidezko kudeaketa.	- Alta eman eta 28 egunetara jasotako emaitzak ez dira estatistikoki esanguratsuak p=0,311. -84 egun osteko emaitzak ( $\chi^2$ : 8,03, p=0,018) K.T %45,4 ospitaleratze. I.T.1 %33,0 ospitaleratze. I.T.2 %28,3 ospitaleratze.
Schraeder, C. et al.  2009  AEB	<i>Medicare coordinated care demonstration</i> programaren eraginkortasuna aztertzea, 36 hilabetetan komorbilitateak pairatzen dituzten pazienteen LDL emaitzei dagokionez.	Entsegu kliniko aleatorizatu	K.T(n): 978 Bataz-beste adina 75,9±7,2. %51,5 emakumezkoak. Alzheimerra/dementzia % 2,5 (p=0.01) I.T (n): 999. Bataz-beste adina 76,1±6,7. % 54,6 emakumezkoak. Alzheimerra/dementzia % 4,6. (p=0.01)	I.T: Erizain kasu kudeaketa eta gaixotasun kudeaketa (bakarkako ebaluazioa, zaintza plangintza, babes psikosoziala eta edukazioa). Pazienteari kondizio kronikoaren automaneian edukatzea. Talde interdiziplinarrak. Ebidentzian oinarrituriko gidak erabiltzen dira. Odol analisiak burutzeko garrantzia eta horren atxikipena azpimarratzen da. K.T: ohiko arreta <sup>a</sup> .	- Hasiera batean LDL-C kontrolatuta zuten pazienteen artean 12 eta 36 hilabeteren buruan ez zen diferentziarik. Aldiz, 2 urteren buruan interbentzio taldeko ehuneko handiago batek mantentzen zuten LDL-C (%71 Vs. %64; p=0,01)
Morales-Asencio J.M et al.  2008  Espainia	Etxeko osasun arretan oinarrituta dagoen kasu kudeaketa modelo berriaren eraginkortasuna behatzea.	Ikerketa kuasi esperimental	Interbentzio taldea (n):130. Bataz besteko adina 75,36 (DE 13,16) urte, gizonezkoak %41,1 Kontrol taldea (n):128 bataz-beste adina 77,24 (DE 13,06), gizonezkoak %32,8.  Ospitaleko alta ostean laguntza behar dutenak, mobilizazio arazoak dituztenak, gaixotasun	K.T: famili medikua, terapeuta okupazioanala, fisioterapeuta, komunitate erizaina eta gizarte langileengandik jasotako arreta. I.T: kontrol taldeko berak gehi kasu kudeaketan espezializaturiko erizaina. Ebaluaketa ulerkorra, beharren ebaluaketa, zaintzaileei arreta, tele arreta eta telefono bidezko jarraipena, eta koordinazio instituzio eta profesionalen artean.	-Ez dago desberdintasunik larrialdi zerbitzuetako bisita(p=0.526) eta ospitaleratzei (p=0.599) dagokionez . -Biziraupen tasetan alderapenik ez (RR= 0,871; %95CI:0.509-1,489; p=0,682). -I.T etxeko bisita gutxiago behar izan ditu (9,4 %95CI; 7,89-10.92 vs. 11,30 %95CI; 9,10-14,54)

			terminal aurreratuak eta bizi esperantza 6 hilabete baino gutxiago duten pertsonak. Guzti hauek profesionalak ez diren zaintzaileak dituztenak.		
<b>Moran G. et al.</b> <b>2008</b> <b>Erresuma batua</b>	Erizainek bideratutako kasu kudeaketak larrialdi zerbitzuen, ospitalizazioa egunen, osasun egoeran duen eragina aztertzea heldu pluripatologikoengan.	Ikerketa pre-esperimental.  Talde bakarreko pre eta post.	S.F-12 data (n): 74. Bataz-beste adina 82,1 urte. Larrialdi zerbitzuen erabilpen data (n): 116 (ez da populazioa deskribatzen)	3 kasu kudeaketa erizainek bideratutako arreta. Kondizio kronikoak pairatzen dituzten pazienteen balorazioa eta plan individualizatua, beharren asetzea eta auto-maneia sustatzea <sup>a</sup>	- Larrialdi zerbitzuen erabilera: pre-interbentzioa 1,48 Interquartile Range( IQR 2,0) Post-interbentzioa 0,5 (IQR 2,0). Median difference 1, post-interbentzioaren alde. P= 0,03 - Ospitalizazio eguna pre-interbentzioa 6,0 egun (IQR 30), post-interbentzioa 0,0 egun (IQR 21). Median difference 2,0 egun (IQR 31), post-interbentzioaren alde.
<b>Markle-Reid M. et al.</b> <b>2017</b> <b>Kanada</b>	Komunitatean oinarrituriko interbentzioa konparatzea ohiko arretarekin, gaixotasun kroniko bat edo gehiago paraitu eta 2. mailako Diabetes Mellitusa pairatzen duten paziente helduengan, bizi kalitate, depresio sintoma, antsietate, autokudeaketa, eraginkortasuna eta osasun arreta kostua kontuan hartuz.	Entsegu kliniko aleatorizatu	N guztira:159.  I.T (n): 80 K.T (n): 79 +65 urte eta 2 mailako diabetesa gehi bi kondizio kroniko edo gehiago pairatzen dituzte. Bataz-beste kondizio kroniko kopurua K.T 8,3 (SD 3,7), I.T 8,4 (SD 3,6). Ohiko kondizio kronikoak (hipertentsioa, arazo kardiobaskularrak, artritis)	I.T: <i>Registered nurse</i> eta dietistak sorturiko talde interprofesionala. Gaixotasunaren auto maneiua programa, erizainak eta dietista batek etxeko bisitak burutzen dituzte programa aurrera eramateko. Arreta kudeaketa, osasun sisteman zeharreko koordinazioa, taldeko kasu konferentzia hilabetero, eta taldekako ongizate programa bat hilabetero. Zaintzaileak eta familia ere barneratzen dira. K:T: ohiko arreta <sup>a</sup> .	-Depresioaren sintomen murriztea: -1,45, %95 CI [ -0,13 ; -2,76] p=0,03
<b>Valdivieso B. et al.</b> <b>2018</b> <b>Espainia</b>	Tele-osasun programa eta telefono bidezko kasu kudeaketa ohiko arretarekin konparatuz, heldu pluripatologikoen bizi kalitate, mortalitate eta osasun zerbitzuen erabilpenean duen eragina aztertzea.	Kuasi-esperimental	N guztira: 472.  I.T.1: 179. bataz-beste adina 75,73 (p<0,001). Emakumeak %27,15 (p=0,004). Barthel batz-bestekoa 81,62 (p=0,017).  I.T.2: 95. Bataz-beste adina 69,83(p<0,001). Emakumezkoak %29,92 (p=0,004). Barthel batz-bestekoa 90,1 (p=0,017).	12 hilabeteko jarraipena. I.T.1) 15 egunean behin erizainak buruturiko interbentzio telefonikoa, jarraipena burutzeko. I.T.2) tele-osasun arreta, automaneiarako teknologia eta informazio klinikoaren transmisioa burutzen duena. K.T.) ohiko arreta. Arreta emaileak: erizainak, familia medikuak eta behar klinikoetan oinarrituriko arreta sekundarioen erabilera. Pazientearen beharren arabera,	- Mortalitatean diferentziarik ez, p>0.05. I.T1=%8.38 I.T.2=%6.32 K.T=%5.05 - Osasun zerbitzuen erabilpenean ez da diferentziarik jaso, familia medikuaren bisitetan izan ezik. Tele-osasun programakoak joera gehiago dute familia medikuari bisitak egiteko kontrol taldeak baino [1,50, %95 CI (0,01-3,00) p=0,049] - Ospitalizazioetan aldaketa nabarmenik ez, p=0.599.

			<p>K.T: Bataz-beste adina 75,97(p&lt;0,001). Emakumezkoak %23,21(p=0,004)</p> <p>Barthel bataz-beste adina 83,72 (p=0,017).</p>		
<p><b>Tiozzo S.N et al.</b></p> <p><b>2018</b></p> <p><b>Italia</b></p>	<p>Veneteko eskualdean Bihotz gaixotasun kronikoa eta pluripatologiak pairatzen dituzten pazienteengan eginiko zaintza kudeaketa programaren eragina aztertzea.</p>	<p>Entsegu kliniko aleatorizatu</p>	<p>N guztira: 330. Interbentzio taldea (n): 244 Adin bataz-beste adina 78 urte, %48 gizonenak. Kontrol taldea (n): 244. Adin bataz-beste adina 79,1 urte, %46,7 gizonenak.</p> <p>Guztiak pairatzen dute Bihotz gutxiegitasun kronikoa eta gutxienez beste kondizio kroniko bat gehiago.</p>	<p>I.T: Kasu kudeaketa erizainak eta familia medikuak indibidualizatutako plan integrala prestatu (medikazio kudeaketa, bizi estilo aholkuak, osasun jarraipena, auto-monitorizazioa, tratamendu helburuak eta hesi zein erraztasunak barne hartzen diren osasun helburuak betetzeko). Beste profesionalekin eta gizarte zerbitzuekin elkarlana.</p> <p>K.T: ohiko arreta<sup>a</sup></p>	<p>- Ospitaleratzea interbentzio taldea 1,94 (Rate Ratio), kontrol taldea 1.00 (RR) %95 CI [1,30-2,88] p=0,0011 - Larrialdi zerbitzuetara bisitak Interbentzio taldea 1,77 (RR), kontrol taldea 1.00 (RR) %95 CI [1,35-2,32] p&lt;0,0001.</p>
<p><b>Chapman H, Farndon L, Matthews R, Stephenson J.</b></p> <p><b>2018</b></p> <p><b>Erresuma Batua</b></p>	<p><i>Okay to Stay</i> plana ebaluatzea, kondizio kronikoak pairatzen dituzten pazienteengan larrialdi zerbitzuetara bisitak, espero ez diren ospitalizazioak eta hautazko ospitalizazioak murrizten diren ikertu ahal izateko.</p>	<p>Pre-esperimentala. Talde bakarreko pre eta post.</p>	<p>N: 50 pazienteen data ebaluatzen. Bataz-beste adina 77,5 urte. Kondizio kronikoak pairatzen dituztenak.</p>	<p><i>Community matron</i> ek bideratuta zainketa, jarraipena eta balorazioa. Bisita erregularra Community matron edota integratutako arreta taldeko kideengandik, asteroko telefono deiak monitorizatzeko eta nork bere osasun kudeaketa egokia betetzeko. Familia/Zaintzaileak barneratzen dira.</p>	<p>-Larrialdi zerbitzuetara bisitak [1,86; %95CI (0,478-3,23); p=0,009.] murriztu. -Larrialdizko ospitaleratzeak [1,18; %95CI (0,264-2,29); p=0,015] murriztu -Aldiz hautazko ospitalizazioetan ez zen emaitza esanguratsurik jaso (p=0,855).</p>
<p><b>Rose L. et al.</b></p> <p><b>2018</b></p> <p><b>Kanada</b></p>	<p>Birika gaixotasun buxatzaile kronikoa (BGBK) eta komorbilitateak pairatzen dituzten pazienteengan kasu kudeaketak prebentzioan eta maneian duen eragina aztertzea, larrialdi zerbitzuen bisitak murrizteko modelo bezala.</p>	<p>Entsegu kliniko aleatorizatu</p>	<p>N: 470 Bataz-beste adina 71±9.5 urte; %53 emakumea BGBK eta beste gaixotasun kronikoren bat pairatzen dutenak Interbentzio taldea (n):</p>	<p>I.T: kasu kudeatzaileak emandako BGBKren heziketa saioa, arreta indibidualizatu eta auto-kudeaketa, telefono kontsultak, kasu kudeatzaileak beste espezialistekin komunikazioa.</p> <p>K.T: ohiko arreta. 3 hilabeteko bisitak, 8 asteko errehabilitazio ospitalean, plan indibidualizatu. Lehen mailako arreta taldearen eskutik (kasu kudeatzaile ez)</p>	<p>- Taldeen artean ez zegoen larrialdi zerbitzuetara bisita (1,9±3,1 ohiko arreta vs. 1,5±2,3) eta ospitalizazioetan desberdintasunik ez.</p> <p>- Hilkortasun tasa baxuagoa I.T.(21 vs. 36) (HR 0,56, %95CI; 0,32-0,95).</p>

<p><b>Tortajada S. et al.</b></p> <p><b>2017</b></p> <p><b>Espainia</b></p>	<p>Pluripatologia konplexuak pairatzen dituzten pazienteengan kasu kudeaketa programak, osasun zerbitzuen erabilpenean duen eragina aztertzea.</p>	<p>Pre-esperimental.</p> <p>Talde bakarreko pre eta post.</p>	<p>N:714</p> <p>Bataz-beste adina 78,5 urte.</p> <p>Emakumezkoak %50, 4.95 gaixotasun bataz-beste eta gehien kaltetuta dagoen sistema, sistema kardiakoa da.</p>	<p>Arreta emaileak: famili medikua, famili erizaina, eta kasu kudeaketa erizaina.</p> <p>Nork bere zaintza burutzeko boteretze prozesua, osasun heziketa, tratamendu jarraipena eta zeinu eta sintomak telemonitorizatzearen bitartez arrisku egoerak identifikatu. Aurrez-aurreko bisitak, eta telefono deiak burutzen dira.</p> <p>Kasu kudeaketa erizainak ospitale eta komunitateko errekurtsoetan zehar koordinazio lana burutzen du.</p>	<p>- Planeatu gabeko ospitalizazioak (median difference 0,23, %95 CI, [0,08-0,38])</p> <p>- Larrialdi zerbitzuetara bisita ( median difference 0,28 %95 CI [0,10-0,50])</p> <p>- Etxeko ospitalizazioen igoera ( median difference -0,59, %95 CI [ -0,91,-0,36])</p>
<p><b>Levine S. Steinman B.A. Attaway K. Jung T. Enguidanos S.</b></p> <p><b>2018</b></p> <p><b>AEB</b></p>	<p>Ospitalizazio bat jasateko arriskuan dauden heldu pluripatologikoei zuzenduriko eta arreta medikua izateko erraztasuna ahalbidetzen duen programaren eraginkortasuna behatzea.</p>	<p>Entsegu kliniko aleatorizatu</p>	<p>N: 298 heldu ospitaleratzeko arriskuan. Bataz beste adina 80.8.</p>	<p>I.T: famili medikua, erizaina, kasu kudeaketa erizaina eta gizarte langilea.</p> <p>Ebidentzian oinarrituriko arreta: hautemate eta tratamendu azkarra, paziente bakoitzeko osasun heziketa indibidualizatua, gaixotasunaren auto-maneia edota familia/zaintzaileari maneia irakatsi, zainketa plan aurreratua.</p> <p>K.T: Ohiko arreta. Ohiko, lehen mailako arreta, etxeko osasun arreta, ospitale eta larrialdietako arreta.</p>	<p>12 hilabeteren ondoren ospitalizazio gutxiago jasan ditzuzte interbentzio programakoek ( interbentzio %25,6 vs kontrol %37,1; p=0,02), baina larrialdi zerbitzuen erabilpenean ez da aldaketa nabarmenik izan ( interbentzio %16,7 vs kontrol %21,4; <math>\chi^2</math>:1.09; p=0,19)</p>
<p><b>Coburn K.D Marcantonio S. Lazansky R. Keller M. Davis N.</b></p> <p><b>2012</b></p> <p><b>AEB</b></p>	<p><i>Health quality partner (HQP)</i> programak ohiko arretarekin konparatuz 5 urteren ostean mortalitatean duen eragina aztertzea.</p>	<p>Entsegu kliniko aleatorizatu</p>	<p>Interbentzio taldea (n): 873</p> <p>Kontrol taldea (n): 863</p> <p>+65 urte kondizio kroniko bat edo gehiago pairatzen dituztenak.</p>	<p>I.T: erizainak kasu kudeatzaileak buruturiko HQP . Ebidentzian oinarrituriko kasu kudeaketa eta prebentzio interbentzioak, plan indibidualizatua (osasun hezkuntza, sintomen monitorizazioa, medikazio kontrola...), osasun arreta eta gizarte zerbitzuekin kolaborazioa. Aurrez-aurreko kontsultak, talde sesioak eta telefono deien bitartez.</p> <p>K.T: Medicareko ohiko arreta<sup>a</sup>.</p>	<p>Kontrol taldearekin alderatuz 4,3 urte jarraipenaren ostean, HQP programak, mortalitate kausak murrizten dituela ikusi da.</p> <p>-Interbentzio taldea 86 (%9,9) heriotza.</p> <p>-Kontrol taldea 111 (%12,9) heriotza.</p>
<p><b>Landi F. Et al</b></p> <p><b>2001</b></p> <p><b>Italia</b></p>	<p>Kasu kudeaketak eta Comprehensive geriatric assessment programak zein eragin duen zerbitzuen erabilpen eta kostuetan.</p>	<p>Talde bakarreko pre eta post.</p> <p>Pre esperimental</p>	<p>N = 1,204</p> <p>Bataz-beste adina 77,4.</p> <p>Emakumezkoak %58,5. Kondizio medikoak bataz-beste 3,5 <math>\pm</math>2,6.</p>	<p>Kasu kudeatzaileak, geriatrian esperientzia duten erizainak. Geriatriako talde multidiziplinarra.</p> <p><i>Comprehensive Geriatric assessment</i> burutzen da <i>Minimum Data Set for Home Care</i> instrumentuaren bitartez. Instrumentu hau arazoak konpontzeko gailua da, eta bertatik indibidualizatutako planak garatzen</p>	<p>Ospitalizazioa kopurua jaitsi da.</p> <p>Pre: %44 ; Post % 26 ; p&lt;0,001.</p> <p>Ospitalaren erabilera</p> <p>Baita ospitalean igarotako egunak: Pre 16<math>\pm</math>14; Post 12; p&lt;0,01.</p>

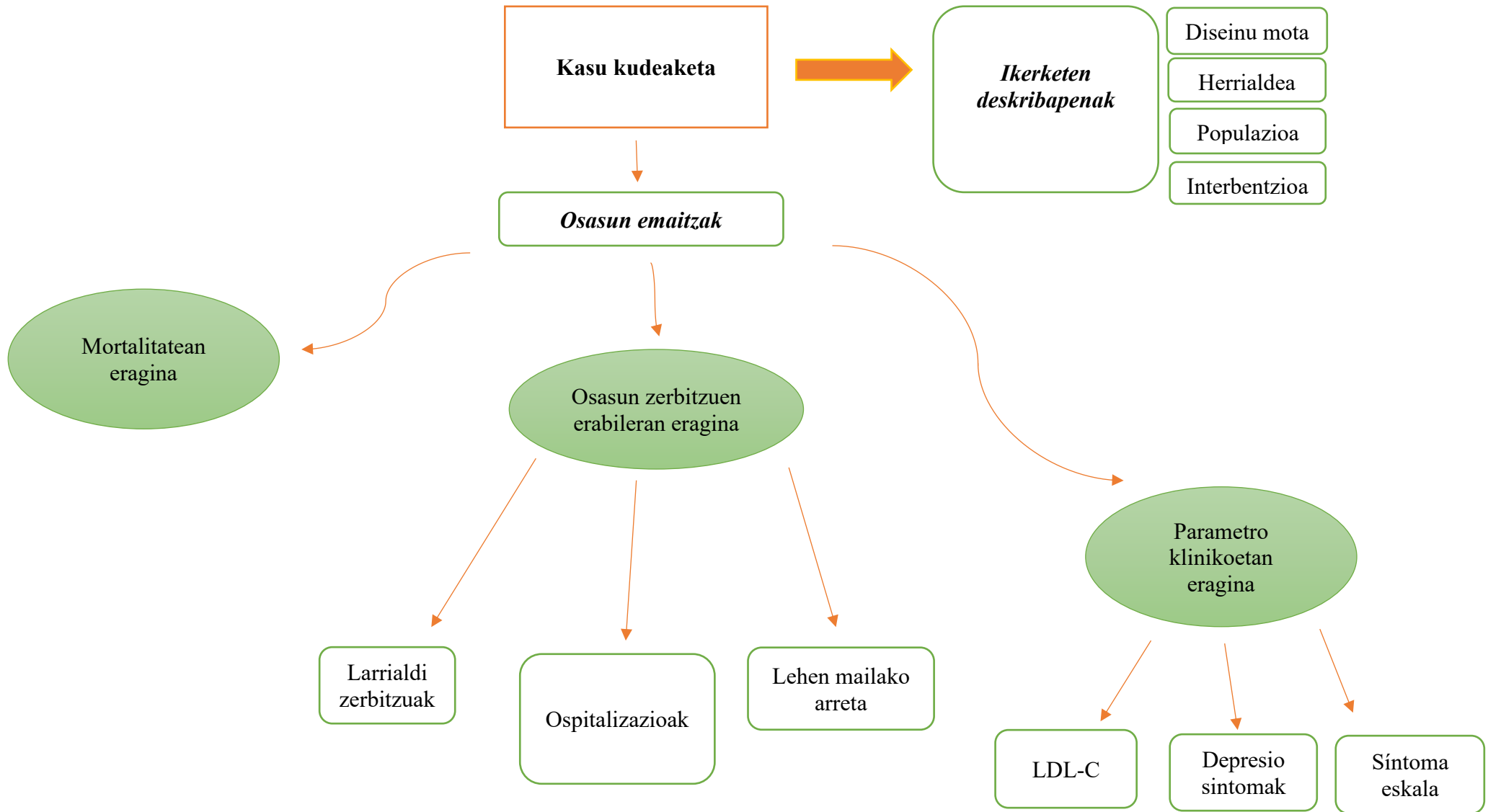


				dira.	
<p><b>Courtney M.</b> <b>Edward H.</b> <b>Chang A.</b> <b>Parker A.</b> <b>Finlayson K.</b> <b>Hamilton K.</b></p> <p><b>2009</b></p> <p><b>Australia</b></p>	<p>Ospitalizazio arriskua dauden helduengan ariketa eta etxeko arretan oinarrituriko zaintzak bizi kalitatean eta osasun zerbitzuen erabilpenean duen eragina aztertzea.</p>	<p>Entsegu kliniko aleatorizatu</p>	<p>Interbentzio taldea (n): 58. Batzbesteko adina 78,1; %62,1 emakumezkoak. Komorbilitateen batzbestekoa 5 (0-8)</p> <p>Kontrol taldea (n): 64. Batzbesteko adina 79,4; %62,5 emakumezkoak. Komorbilitateen batzbestekoa 4 (1-12)</p>	<p>K.T: Ohiko arreta, alta osteko plana, eta normalean eman ohi den errehabilitazio aipamenak.</p> <p>I.T: ohiko zaintzaz gain, 24 asteko <i>Older Hospitalised Patients' Discharge Planning and in home follow-up Protocol</i> (OHP-DP), fisioterapia eta <i>comprehensive nursing</i>. Ariketa programa, erizain interbentzio ospitalean dagoen bitartean, erizain interbentzioa alta ostean ( telefono deiak, etxeko bisitak...)</p>	<p>- Interbentzio taldeak larrialdizko ospitalizazio gutxiago ( %22 interbentzio vs %47 kontrol; p=0,007), larrialdizko familia medikua bisita gutxiago (interbentzio %25 vs kontrol %67; p&lt;0,001)</p>
<p><b>Sommers L.S</b> <b>Marton K.I</b> <b>Barbaccia J.C</b> <b>Randolph J.</b></p> <p><b>2000</b></p> <p><b>AEB</b></p>	<p><i>Senior Care Connections</i> programak kondizio kronikoak pairatzen dituzten pazienteengan duten eragina ebaluatzea, osasun zerbitzuen erabilpena eta nor bere buruaren osasun egoera balorazioa kontuan hartuta.</p>	<p>Entsegu kliniko aleatorizatu</p>	<p>I.T (n): 280 Batzbesteko adina 78 urte. %70 emakumezkoa. Bakarrik bizi dira %55 p=0.002 K.T. (n):263 Batzbesteko adina 77 urte %67 emakumezkoa. Bakarrik bizi dira %42 p=0.002</p>	<p>I.T: Gizarte langileak, familia medikuak eta geriatrian espezializaturiko erizaina. 18 hilabeteko interbentzioa. Erizainak eta gizarte langileak pazientearen balorazioa burutzen dute etxean. Gero medikuarekin batera arriskuak murrizteko eta automaneiuia sustatzeko plana burutu. Gizarte langileak eta erizainak pazientearen osasun egoera monitorizatzen dute kontsultako bisita, etxeko bisita, deien bitartez. Hillabetero taldean plana errebisatzen du eta aldaketak burutu.</p> <p>K.T: ohiko arreta.<sup>a</sup></p>	<p>-Lehen urtetik bigarren urtera ez dago aldaketa nabarmenik zerbitzuen erabilpenean bi taldeen artean ( p&gt;0.005). -1933→1994 Ospitaleratzeak I.Tan mantendu ziren (0.38-0.36), K.Tk igoera (0.34-0.52) p=0.03 -1993→1994 Berrospitalaraztea 60 egunen ostean I.T jaitziera %6tik %4ra. K.T ak areagotu %4tik %9ra (p=0.03) -Mortalitatean emaitza esanguratsurik ez. 1993 K.T %3,8 ; I.T %4.3 p=0.83 / 1994 K.T %6.3; I.T %5.2 p=0.71 -</p>

<sup>a</sup>: Ez du adierazten ohiko arreta zertan datzan.



## 9.7 Eranskina: Zuhaitz kategoriala





## 9.8 Eranskina: Interbentzioen ezaugarriak

Autoreak	Interbentzio mota	Aldikotasuna	Oharrak	Entrenamendua
<b>Chow S.K.Y</b> <b>Wong F.K.Y</b>	Telefono eta etxeko arreta	Astero, 4 asteren buruan. I.T. 1.Etxeko bisita lehen 72 orduetan. Dei 1 bi astetara. 3 astean etxeko bisita. Laugarren astean deia I.T.2. Telefono deiak pazientearen beharren arabera.	Ebaluazio orokorra, automaneiturako boteretze eta motibazioa, monitorizazioa, tratamenduaren atxikipenaren balorazioa, osasuna aholkularitza.	Kasu kudeatzailak 15 urteko esperientzia + 12 orduko entrenamendua ( zainketa trantsizionala, Omaha system, etxeko bisitak eta telefono deiak, pazienteren boteretzea eta kondizio kronikoen maneia pertsona nagusietan) Azken urteko erizainak 6 orduko entrenamendua (trantsizioko zainketa, osasun heziketa, kondizio kronikoen maneia, pertsona nagusiekin komunikazioa)
<b>Schraeder, C. et al.</b>	-	-	-	-
<b>Morales-Asencio J.M et al.</b>	Etxeko arretak + tele arreta	Paziente bakoitzaren beharren eta egoeraren arabera	Beharren hautematea eta ondoriozko interbentzioak, balorazio orokorra, zaintzaileekin aktibitateak, zainketa koordinazioa	
<b>Moran G et al</b>	-	-	-	-
<b>Markle-Reid M. et al.</b>	Etxeko arreta eta taldekako sesioak	3 etxeko bisita, hilabetero profesionalen kasu konferentzia, hilabetero taldeko sesioak	Diabetesaren edukazioa, aholkularitza, paziente eta familiari babesa, sintoma eta konplikazioak minimizatzen gida.	Interbentzionista eta bolondresak 2 entrenamendu egun. Elkarriketa motibazionalaren edukazioa nola egin.
<b>Valdivieso B. et al.</b>	Telefono bidezko jarraipena+ tele osasun arreta	Ez du adierazten.	I.T.1. monitorizazioa, medikazio kontrola, bigilantzia, edukazio informazio zehatza paziente eta zaintzaileentzat I.T.2. Monitorizazioa esfingomanometro, termometro, bihotz maiztasun monitore eta glukometroaren bitartez.	
<b>Tiozzo S.N et al</b>	Etxeko arreta, telefono bidezko jarraipena eta aurrez aurreko kontsulta bisitak	Hasierako etxeko bisita. Gerora, telefono deiak, etxeko bisitak eta aurrez aurreko kontsultak “erregularki” *Ez du zehazki adierazten.	Balorazioa orokorra, z/s kontrola, exazerbazioen aurrean akzio plana, zaintzaile eta pazienteei edukazioa, gogoan hartu beharreko eta jokabide osasuntsuen lista ( medikamenduak hartzea oroitari, dieta, TA eta pisua monitorizatzea)	
<b>Chapman H, Farndon L,</b>	Telefono bidezko jarraipena eta kontsultan	12 hilabeteko jarraipena. Asteroko telefono deiak edo gehiago	Balorazio orokorra. z/s monitorizazioa eta osasun egoeraren maneia.	

<b>Matthews R, Stephenson J.</b>		behar izatekotan		
<b>Rose L. et al.</b>	Telefono bidezko jarraipena eta talde sesioak, urte beteko jarraipena.	21 telefono dei. Lehen 12 asteetan astero, gerora hurrengo 9 hilabetetan hilero.	Ikerketa hasieren 40 minutuko BGBK ongizate hezkuntza programa. Exazerbazioen kontrola, sintomen kontrola, atzeraelikadura, arazoak konpontzeko estrategiak landu.	Erizainek BGBK ongizate programarako entrenamendua jasotzen zuten.
<b>Tortajada S. et al.</b>	Etxeko arreta eta aurrez aurreko arreta (kontsultan). Pazientearen egoera funtzionalaren arabera.	Lehengo hiru egunetan 60 minutuko aurrez aurreko ebaluazioa. Gerora, paziente bakoitzaren egoera eta beharren arabera egiten ziren elkarketak.	Lehengo egunean balorazio orokorra. Aurrerantzean, hezkuntza eta prebentziorako interbentzioak identifikatutako beharren eta egoeraren arabera. Automaneia sustatu eta preskribatutako medikazioaren heziketa.	
<b>Levine S. Steinman B.A. Attaway K. Jung T. Enguidanos S.</b>	Etxeko arreta	Lehengo bost egunetan etxeko bisita. Gerora, gutxienez hilabetean bisita bat.	Bisitetan: gaixotasunaren maneiu heziketa, medikazioaren atxikipena eta maneia, praktika aurreratuko plana, exazerbazio z/s.	
<b>Coburn K.D Marcantonio S. Lazansky R. Keller M. Davis N.</b>	Etxeko arreta, taldeko sesioak, telefono bidezko arreta.	Pazientearen beharren eta egoeraren arabera, baina gutxienez hilean behin.	Taldeko sesioak: pisu galera jokabideak, pisua mantentzea, indarra hobetzeko ariketak, ariketa fisikoa areagotzea, erorketa prebentziorako mobilitate ariketak. Bisitetan: balorazioa orokorra, edukazioa monitorizazioa, medikazio kontrola ( ez du gehiago zehazten)	"Pre-Service training".
<b>Landi F. Et al</b>	-	-	-	-
<b>Courtney M. Edward H. Chang A. Parker A. Finlayson K. Hamilton K.</b>	Alta bitartean eta alta ostean erizainek bideratutako etxeko arreta eta telefono bidezko jarraipena. 24 asteko jarraipena	Ospitalean dagoen bitartean egunero. Alta ostean etxeko bisita 48 orduara. Behar izanez gero etxeko bisita gehiago. Astero telefono deiak.	Telefono deietan : etxeko bisitan edo ospitalean landutako gaien atzera elikadura, babes maila, tratamenduaren atxikipena eta maneia, osasuna sustatzeko jarduerak, fisioterapeutak jarritako ariketa planaren jarraipena baloratu.	
<b>Sommers L.S Marton K.I Barbaccia J.C Randolph J</b>	18 hilabeteko interbentzioa, etxeko bisitak, telefono deiak, taldekako sesioak	Gutxienez 6 hilabeteko kontaktu bat.	Kontaktuetan, problemen identifikazioa, automaneiu gaitasunak, kondizio kronikoen egoera, komunitateko zerbitzuen erabilera bultzatu.	