

Kliiniline küsimus nr 5

Kas kõikide 0-3 aastaste laste terviseriskide (sh kodusest keskkonnast tulenevaid terviseriskide) ennetamiseks kasutada järgmisi sekkumisi vs mitte kasutada

- * infomaterjal ja nõustamine ambulatoorsel vastuvõtul
- * vaatlus kodus ja infomaterjal koos nõustamisega

Kriitilised tulemusnäitajad: sotsiaalsete ja vanematega seotud riskide varajane avastamine, (re)hospitaliseerimine, vigastuste ennetamine/vähendamine, EMOsse pöördumiste vähendamine, ema depressioon varajane avastamine, rinnapiimaga toitmise kestus, toitumine ja toitmisvigade vältimine.

Kliinilise küsimuse taust

Sünnijärgne periood, mida WHO defineerib kui 42 päeva pärast sünnitust, on kriitiline nii emale kui vastsündinule.

Igal aastal sureb ca 3,7 miljonit last esimese nelja elunädala jooksul. Enamik neist lastest on sündinud küll arengumaades. Ligi 40% kõikidest alla 5-aaste laste surmadest toimub esimese 28 elupäeva jooksul. 80% neist surmadest on põhjustatud infektsioonide, enneaegsuse ja asfüksia tõttu.

Sünnitusjärgne periood on ka oluline üleminekuperiood naisele ja tema perekonnale, kes peavad harjuma füüsiliste, sotsiaalsete ja psühholoogiliste muutustega. Kuna enamikus arenenud riikides on sünnijärgne haiglas viibimine vaginaalsel sünnitusel vähem kui 48 tundi, siis suurem osa sünnitusjärgsest meditsiiniabist pakutakse esmatasandil ambulatoorselt. Just need varased sünnijärgsed interventsioonid, mis tehakse esmatasandi arstiabi poolt, on olulised, terviseprobleemide tekkimist ja krooniliseks muutumist, millel omakorda on pikaajalised mõjud naistele, lastele ja perekondadele. (Yonemoto et al 2013).

KOKKUVÕTE

Soovituse aluseks on mõõduka kvaliteediga tõendusmaterjal, mis toetab vastsündinule ja tema perele külastust kodus keskkonnas. Koduviit toetab vastsündinu tervisedendust ja suurendab vanemlikku rahulolu (Yonemoto et al, 2017). Tervishoiutöötaja koduviit on neutraalne ja toetab positiivse kasvutingimuse ja kontakti loomist vanematega.

Olemasoleva tõendusmaterjali alusel võib saada kasu tahtmatute vigastuste, liigsete erakorralise meditsiini osakonda pöördumiste, rehospitaalseerimiste ja liiga varase rinnaga toitmise lõpetamise ärahoidmise osas. Tulenevalt erinevustest koduse külastuse programmide ülesehituses ja kestuses, on raske nende programmide efektiivsust hinnata (Bilukha et al, 2005).

Kodune tervise visiit (Home health visiting) ehk koduviit on olemas erinevas ulatuses kõigis Põhja- ja Lääne-Euroopa riikides, osana iga riigi tervishoiusüsteemist (Bilukha et al, 2005). Nende riikide hulka kuuluvad Taani, Soome, Prantsusmaa, Saksamaa, Suurbritannia, Iirimaa, Itaalia, Holland, Norra ja Rootsi. Kõige ulatuslikumad ja pikaajalisemad koduviitide programmid on välja töötatud Suurbritannias, Kanadas ja Taanis. Taanis, Suurbritannias, Iirimaa ja Hollandis külastavad terviseõed peaaegu kõiki vastsündinuid ja nende emasid kodudes esimese eluaasta jooksul mitmel korral. Soomes, Saksamaal ja Itaalias pakutakse üks või kaks sünnitusjärgset visiiti, lisaviitide vajadust hinnatakse individuaalselt. Haiglas oleku perioodi lühenemisest tingituna on olulised ämmaemanda/õe sünnitusjärgsed kodused ennetavad tervise visiitid, mis võiks toimuda paar päeva pärast sünnitust.

Süsteematilised ülevaated

Yonemoto et al 2013

Taust

Sünnijärgsetel nädalatel tekkivad terviseprobleemid võivad muutuda krooniliseks, omades pikaajalist mõju naisele, lapsele ja perekonnale. Koduviisiidid tervishoiutöötajate poolt sünnijärgsetel nädalatel võivad ennetada terviseprobleemide krooniliseks muutumist.

Eesmärk

Hinnata varases sünnijärgses perioodis erinevate koduviisitide ajakavade tulemit naistele ja lastele. Süstemaatiline ülevaade keskendus koduviisitide sagedusele, koduviisitide pikkusele (millal koduviisiidid lõppesid) ja intensiivsusele ning visiitide erinevat tüüpi interventsioonidele.

Tulemusnäitajad

Esmased tulemusnäitajad:

- 1) emade suremus 42 sünnijärgse päeva jooksul
- 2) neonataalne suremus

Teisesed tulemusnäitajad:

Emapoolsed tulemusnäitajad:

- 1) Ema haigused (sünnitusjärgne verejooks, sünnitusjärgne palavik, kõhu- ja seljavalu, anormaalne vaginaalne eritus, sünnitusjärgne genitaaltrakti infektsioon, tromboembooliline haigus, kuseteede komplikatsioonid 42 sünnitusjärgse päeva jooksul)
- 2) Ema vaimne tervis (depressioon, ärevus) ja kaasuvad probleemid (partneri vägivaldne käitumine, narkootikumide tarvitamine) 42 sünnitusjärgse päeva jooksul
- 3) Rahulolu üleüldiste tervise teenuste ja hoolega 42 sünnitusjärgse päeva jooksul

Vastsündinupoolsed tulemusnäitajad:

- 1) Neonataalsed haigused (pneumoonia, ülemiste hingamisteede viirusinfektsioon, diarröa, septiline meningiit, entsefalopaatia, ajukahjustus, ikterus 28 sünnitusjärgse päeva jooksul)
- 2) Väljakujunenud toitmisrežiim (näiteks ainult rinnapiimaga toitmine) 28 sünnijärgse päeva jooksul
- 3) Mittetäielik immuniseerimine
- 4) Kaaluübe probleemid, kuritarvitamine, hooletus, vanematepoolne vägivald 28 sünnijärgse päeva jooksul

Uuringud

Kokku hinnati 12 randomiseeritud uuringut üle 11000 naisega. Koduviisitide ja nende graafikute kohta käivaid uuringuid hinnati kolme võrdluse kaudu:

- 1) võrdlus 1: vähem vs rohkem postnataalseid hiite (viis uuringut, 2102 naist)
- 2) võrdlus 2: erinevad sünnitusjärgse kontrolli viisid (kolm uuringut, 4394 naist)
- 3) võrdlus 3: koduviisiidid vs haiglas postnataalsed kontrollid (neli uuringut)

Tulemused

1) võrdlus 1: vähem vs rohkem postnataalseid koduviisiite

Esmased tulemusnäitajad

1. emade suremus: üks uuring kirjeldas emade suremust tulemusnäitajana. Ei esinenud tõendust, et oleks vahe emade suremuses gruppidel, mis said rohkem tervishoiutöötajate visiite võrreldes kontrollgrupiga; kokku esines ainult üks surmajuhtum 951 naise seas (riskide suhe (RR) 2.46; 95% CI 0.10 - 60.14).

2. neonataalne suremus: kaks uuringut kirjeldasid neonataalset suremust tulemusnäitajana. Ei esinenud tugevat tõendust, et rohkem koduviisiite oleks seotud väiksema suremusega. Uuringute tulemusi kokku võttes ei esinenud erinevusi interventsiooni ja kontrollgrupis (RR 0.99, 95% CI 0.26-3.69, kaks

uuringut, 1281 naist). Sarnaselt naistel, kes said 1 või 4 koduviisi vs mitte ühtegi (RR 3.06, 95% CI 0.37 - 25.39, üks uuring, 873 naist) või 4 visiiti vs 1 visiidi (RR 0.48, 95% CI 0.09 - 2.60, üks uuring, 408 naist,) oli neonataalne suremus sarnane.

Teisesed tulemusnäitajad

1. sünnitusjärgne depressioon ja ärevus: käesolevas võrdluses hinnatud uuringutest ei raporteerinud ükski sünnitusjärgses perioodis depressioonis olevate naiste arvu. Kaks uuringut hindasid Edinburghi sünnitusjärgse depressiooni skaala keskmist skoori kuus nädalat ning kaheksa nädalat pärast sünnitust. Morelli 2000 aasta uuringus said naised täiendavat tuge meditsiinivälise personali poolt, ning Christie 2011 uuringus said naised täiendavaid tervishoiutöötajate visiite ning samuti ka regulaarseid ämmaemandate visiite. Kummaski uuringus ei olnud interventsioonil positiivne efekt ning kokkuvõttes oli naistel, kes said täiendavaid visiite, kõrgem keskmine depressiooni skoor (keskmine erinevus 1.05, 95% CI 0.27 - 1.82).

Christie 2011 uuring raporteeris keskmised ärevuse skoorid kaheksandal sünnitusjärgsel nädalal, ei esinenud tugevat tõendust, et esineks erinevus gruppide vahel (keskmine erinevus 3.80, 95% CI -0.44 - 8.04).

2. vastsündinute kontakt tervishoiuasutustega: kolm uuringut raporteerisid kuni 4-kuuste laste arvu, kes vajasisid erakorralist abi. Kokkuvõttes vajasisid vastsündinud ja imikud väiksema tõenäosusega erakorralist abi, kui emad said rohkem sünnitusjärgseid koduviisi (RR 0.65, 95% CI 0.45 - 0.95, kolm uuringut, 1370 last).

3. rinnaga toitmine: kolmes uuringus raporteeriti ainult rinnaga toitmist kuni kuuenda sünnitusjärgse nädalani. Naised, kes said täiendavat toetust kodus, toitsid kuuendal sünnitusjärgsel nädalal (RR 1.17, 95% CI 1.01 - 1.36, kolm uuringut, 960 naist) ning kuni lapse kuuenda elukuuni (RR 1.38, 95% CI 1.10 - 1.73, kolm uuringut, 1309 naist) ainult rinnaga suurema tõenäosusega.

Mitte ainult rinnaga toitmisel ei olnud tõendust, et oleks erinevus interventsiooni ja kontrollgrupi vahel nii kuuendal sünnitusjärgsel nädalal (keskmine RR 0.89, 95% CI 0.57 to 1.38, kaks uuringut, 813 naist) kui kuuendal kuul pärast sünnitust (keskmine RR 1.01, 95% CI 0.99 to 1.03, kaks uuringut, 1315 naist). Aksu 2010 raporteeris keskmise rinnaga toitmise aja 54. naisel, kes said ühe või mitte ühtegi sünnitusjärgset koduviisi. Mõlemas grupis toitsid emad keskmiselt rinnaga aasta või rohkem, aga keskmine rinnaga toitmise pikkus tõusis kuni kolm kuud naistel, kes said koduviisi (keskmine erinevus 3.00, 95% CI 2.33 - 3.67).

2) võrdlus 2: erinevad sünnitusjärgse kontrolli viisid

Kolm uuringut hindasid erinevaid interventsioone ja kontrole, seetõttu ei ole süstemaatilises ülevaates tehtud selle punkti kohta metaanalüüsi. Steel 2003 võrdles kaht koduviisi vs telefoni skriinimise intervjuud koos koduviisidiga, mille vajadust hindas õde enda äranägemise järgi.

Kronborg 2007 uuringus oli tervisetöötajatest koduviisi tegijad (HV) randomiseeritud, koduviisi tegid 1-3 korda HV-d, kes said spetsiaalse rinnaga toitmise toetamise koolituse vs HV-d, kellel oli tavaline koolitus. MacArthur 2002 võrdles individuaalset sünnitusjärgset kontrolli 10-12 sünnitusjärgse nädalani vs tavalise kontrolliga, mis hõlmas rigiidsema koduviiside graafikuga ämmaemanda kontrolli varajases sünnitusjärgses perioodis.

Esmased tulemusnäitajad

1. Ükski uuringutest ei hinnanud emade suremust.

2. Neonataalset suremust hindas üks uuring. 2064 naise kohordis esines 3 vastsündinud suremusjuhtu. Gruppide vahel ei esinenud erinevust.

Teised tulemusnäitajad

1. Sünnitusjärgne depressioon: MacArthur 2002 raporteeris naiste arvu, kellel oli 4. sünnitusjärgsel kuul EPDS skoor kõrgem kui 12 (kõrge risk sünnitusjärgseks depressiooniks). Rohkem sünnitusjärgset tervise teenust saanud naistel olid oluliselt kõrgemad EPDS skoorid (RR 1.47, 95% CI 1.13 - 1.92).

2. Rinnaga toitmine: Kronborg 2007 uuringus vaadati, kas on mõju, kui tervishoiutöötaja saab spetsiaalse rinnaga toitmise koolituse. Uuringus ei tulnud välja tõendust, et oleks vahe naiste arvus, kes lõpetavad ainult rinnaga toitmise kuuendal nädalal (RR 0.81, 95% CI 0.58 - 1.14). Mõlemas grupis toitsid mõned naised ainult rinnaga kuni lapse kuuenda elukuuni, aga ei esinenud erinevust gruppide vahel (RR 1.47, 95% CI 0.81 kuni 2.69). Steeli uuringus, kus hinnata telefoniintervjuud vs koduvisiite, toitis mõlemas grupis rinnaga enamik naistest, gruppide vahel ei esinenud erinevust (RR 1.03, 95% CI 0.99 kuni 1.08).

3) võrdlus 3: koduvisiidid vs haiglas postnataalsed kontrollid

Neli uuringut võrdlesid sünnitusjärgseid õe koduvisiite vs haiglas postnataalseid visiite.

Primaarsed tulemusnäitajad

Emade ega vastsündinute suremust uuringutes ei hinnatud.

Sekundaarsed tulemusnäitajad

1. Sünnitusjärgne depressioon ja ärevus: kaks uuringut raporteerisid naiste arvu, kellel olid kaks nädalat pärast sünnitust depressiooni sümptomid. Interventsiooni ja kontrollgrupis olid depressiooni sümptomid sarnasel arvul naistel (RR 1.10, 95% CI 0.93 kuni 1.30, kaks uuringut, 2177 naist). Gagnon 2002 raporteeris kaks nädalat pärast sünnitust keskmisi skoori *State Trait Anxiety Inventory* (STAI) testil. Gruppide vahel ei olnud erinevusi (keskmine erinevus 0.30, 95% CI -1.08 kuni 1.68, 513 naist).

2. Rinnaga toitmine: kõik neli uuringut hindasid rinnaga toitmist. Gagnon 2002 raporteeris naiste arvu, kes toitsid ainult rinnaga kaks nädalat postnataalselt. Ei olnud tugevat tõendust, et gruppide vahel oleks erinevus (RR 1.05, 95% CI 0.93 kuni 1.18). Escobar 2001 ja Lieu 2000 raporteerisid naiste arvu, kes lõpetasid rinnaga toitmise kaks nädalat pärast sünnitust, jällegi ei olnud gruppide vahel erinevust (RR 0.93, 95% CI 0.78 kuni 1.12). Paul 2012 uuris naiste arvu, kes kaheksa nädalat pärast sünnitust toitsid rinnaga ja natuke kõrgem arv neid naisi oli koduvisiidi grupis, kuid statistiliselt ei olnud see arv oluline ja gruppide vahel erinevust ei olnud (RR 1.09, 95% CI 1.00 kuni 1.18).

3. Vastsündinu ja imiku raske haigus ja kontakt tervishoiuasutusega: kõik neli uuringut raporteerisid vastsündinu või imiku erakorralise meditsiiniabi vajadust. Escobar 2001 ja Lieu 2000 raporteerisid kaks nädalat pärast haiglast välja lubamist vastsündinute rehospitalseerimise arvu, Paul 2012 hindas vastsündinute erakorralise meditsiiniabi vajadust kuni teise elunädala lõpuni. Gagnon 2002 raporteeris imikute rehospitalseerimist kuni kaheksanda sünnitusjärgse nädala lõpuni. Kokkuvõtivate tulemuste põhjal ei esine tõendust, et esineks erinevus vastsündinute ja imikute erakorralise tervise teenuse kasutamisel haigla visiitide vs koduvisiitide grupis (RR 1.11, 95% CI 0.86 kuni 1.43, 4 uuringut, 3770 last).

Kokkuvõte

Ei esinenud tõendust, et koduvisiidid oleks seotud ema ja lapse suremuse vähenemisega. Ei esinenud tugevat tõendust, et intensiivsemate graafikutega koduvisiidid parandaksid ema vaimse tervise tulemeid, vastupidi, kaks uuringut kirjeldasid kõrgemaid keskmisi depressiooni skoori neil naistel, kes said rohkem koduvisiite, sellise tulemuse põhjus on ebaselge. Oli mõningane tõendus, et

sünnijärgne meditsiinikontakt kodus vähendab vastsündinute ja imikute erakorralise abi vajadust, ning et rohkem koduvisiite võib julgustada naise ainult rinnaga toitma.

Nelson et al 2013

Eesmärk

Hinnata tõendusmaterjali lastevastase vägivalla ja hooleta jätmise vähendamiseks mõeldud käitumuslike interventsioonide ja nõustamise kasude ja kahjude kohta. Süstemaatiline ülevaade tehti U.S. Preventive Services Task Force'i jaoks.

Interventsioonid

Lastevastasele vägivallale ja hooleta jätmisele vastuseks on peamine interventsioon suunamine kohaliku lastekaitse organisatsiooni poole. Lastekaitse organisatsioonid võivad kõrge riskiga peredele pakkuda ennetavaid teenuseid, et parandada vanemate arusaamist lapse arengust ning kasvatamise praktikatest.

Suurem oma ennetavatest teenustest, mida pakutakse kõrge riskiga peredele, ei ole pakutavad kohalike lastekaitse organisatsioonide poolt. Ennetavad teenused on näiteks haiglas raseduse jälgimine ja kogukonnal baseeruvad koduvisiidi programmid. Nendes programmides identifitseeritakse riskiga pered raseduse ajal või sünnitusjärgselt ning toetavaid teenuseid pakutakse kuid või aastaid pärast sündi.

Kliinilised küsimused

1) Kui hästi vähendavad esmatasandi terviseabis pakutud käitumuslikud interventsioonid ja nõustamine eksponeeritust vägivallale, hooleta jätmisele, füüsilisele või vaimsele kahjustamisele ning suremusele lastel, kellel ei ole väliseid kuritarvitamise või hooleta jätmise nähte, kuid kes on potentsiaalselt suurenenud riskiga nende probleemide osas?

2) Mis on lastevastast vägivalda ja hooleta jätmist vähendavate käitumuslike interventsioonide ning nõustamise kahjulikud mõjud?

Tulemused

Kliiniline küsimus 1

1) Kliinikul baseeruv interventsiooni kliiniline uuring

Pediaatrilisel kliinikul baseeruv kliiniline uuring võrdles laste tulemeid, kelle vanemad said riskihinnangu ning sellele vastavalt arsti või sotsiaaltöötaja poolt interventsioone nende laste tulemitena, kes said tavalist esmatasandi abi.

729 uuringualust vastsündinust kuni 5 aasta vanuseni jagati kontrollgruppi, kes sai tavalist pediaatrilist abi koos kohaloleva „human services“ töötajaga, kellel olid samad ülesanded kui interventsiooni grupi sotsiaaltöötajal. Interventsioonigrupis hinnati vanemaid „Parent Screening Questionnaire’iga“, leidmaks, kas vanematel on riskifaktoreid (depressioon, narkootikumide kasutamine), et lapsed võiksid tunda vägivalda või hooleta jäetud. Kui esines eelnevalt nimetatud testi järgi risk, siis hindas arst neid vanemaid ja andis vanematele infomaterjale, vajadusel pakkus ravi ning suunas edasi teiste meedikute poole. 76% uuringualustest lõpetas uuringu protokollijärgselt. Tulemuste põhjal selgus, et kuigi 12% uuritavatest oli juba varasemalt lastekaitseorganisatsiooniga seotud, siis interventsioonigrupis oli vähem lastekaitseorganisatsiooni poole pöördumise vajadust kuni 44 kuud pärast interventsiooni toimumist intervention (13% vs. 19%; $p=0.03$). Interventsioonigrupi vanemad raporteerisid vähem raskeid või väga raskeid füüsilisi ründeid võrreldes kontrollgrupiga (kaalutud keskmine *Parent-Child*

[Type text]

Conflict Tactics Scale skoor, 0.11 vs. 0.33; $p=0.04$), vähem juhte, kus meditsiiniabiga ei soostunud (5% vs 8%; $p=0.05$), ja vähem immuniseerimise hilinemisi (3% vs. 10%; $p=0.002$).

2) Koduviidi interventsiooniga kliinilised uuringud

Pärast eelmisi USPTF soovitusi lastevastase vägivalda kohta, on ilmunud 10 uuringut, mis hindavad koduviitide efektiivust. Sobivuse kriteeriumiks oli suurem osa uuringutes riskifaktorid lastevastaseks vägivallaks ning hooleta jätmiseks (ebaadekvaatne prenataalne meditsiiniabi, noored vanemad, majanduslike ressursside limiteeritus, haridus, sotsiaalne tugi, narkootikumide kasutamine). Koduviidid algasid enne või pärast sündi ja kestsid 3-36 kuud pärast sündi. Interventsiooni tegi professionaal, tavaliselt õde, või paraprofessionaal, nagu 9-nädalase koolituse saanud mittemeedik.

Uuringud hindasid laste surevust, lastekaitseorganisatsiooni poole pöördumist, lapse eemaldamist kodust, erakorralise meditsiini osakonda pöördumist ja hospitalisatsioone. Mõned uuringud hindasid ka kinnipidamist vaktsineerimiskalendrist ja laste profülaktilistele kontrollidele pöördumist, vanemate enda raporteeritud lastevastast rasket vägivalda või imikute löömist/laksu andmist.

Laste suremus

743 lapsega uuringus leiti, et need lapsed, kes saavad imikuna koduviidi õe poolt, surevad enne 9. eluaastat vähema tõenäosusega kui tavalist meditsiiniabi saanud lapsed, statistiliselt ei olnud erinevus oluline (1 vs. 10 surma; $p=0.08$). Selles uuringus oli interventsioonigrupis surm kromosoomianomaalia tõttu, kontrollgrupis suri 3 last enneaegsusest tingitud tüsistuste tõttu, 3 imikute äkksurma, 3 õnnetuse tõttu ja 1 sooleinfektsiooni tõttu.

Lastekaitseorganisatsiooni poole pöördumised

Ükski uuringutest ei leidnud, et uuringu ajal oleks interventsiooni ja kontrollgrupi vahel erinevusi lastekaitseorganisatsiooni poole pöördumist osas. Üks uuring leidis, et 3 aastat pärast professionaalse kliinilise tiimi poolset interventsiooni, on vähenenud lastekaitseorganisatsiooni poole pöördumiste arv (odds ratio [OR] interventsiooni efekti hindamiseks, 2.1 [95% CI, 1.0 kuni 4.4]).

Lapse eemaldamine kodust

Kaks uuringut raporteerisid lapse eemaldamist kodust. Mõlemad uuringud leidsid, et koduviidi grupis eemaldatase rohkem lapsi kodust kui kontrollgrupis, aga erinevuses ei olnud statistiliselt olulised jälgimise perioodil, 18. kuul (6% vs. 0%; p =mitte oluline) või 36. kuul (1.8% vs. 0.8%; p =mitte oluline).

Erakorralise meditsiini osakonda pöördumine

Kolm uuringut hindasid seda tulemusnäitajat. Üks uuring hindas spetsiifiliselt vigastusi või mürgistusi, seal näidati vähenenud pöördumisi EMO-sse koduviitide grupis (OR= 0.59 [95% CI, 0.36 kuni 0.98]). Kaks uuringut ei näidanud gruppide vahel erinevusi EMO-sse pöördumistes põhjustega, mida oleks saanud lahendada ambulatoorselt, kui vastav abi oleks enne olemas olnud, või üldse kõikides pöördumistes kokku. Järgmine uuring näitas, et koduviidi grupis oli võrreldes kontrollgrupiga olulisel vähem emasid, kes kunagi ei pöördunud laste tervisemuredes EMO-sse (36% vs. 11%; $p<0.05$).

Hospitaliseerimised

Viis uut uuringut kirjeldasid, et koduviitidel ei ole efekti laste arvule, kes hospitaliseeritakse vägivalda või hooleta jätmise tõttu ning samuti ambulatoorselt lahendatavate juhtude tõttu. Väiksemas uuringus, mis kirjeldas 12-kuulise õe poolt tehtud koduviidi interventsioone ja jälgimist veel lisaks 12

[Type text]

kuu jooksul, oli kõikide põhjuste tõttu hospiteerilimisi interventsioonigrupis vähem (19 vs 36; $p < 0.01$).

Kinnipidamine vaktsineerimiskalendrist ja profülaktilistest kontrollidest

Eelmistest USPTF soovistest saati on kolm uuringut hinnanud potentsiaalselt meditsiinilist hooleta jätmist, nagu mitte kinnipidamist vaktsineerimiskalendrist ja profülaktilistest kontrollidest.

Ühes uuringus leiti, et koduvisiidi saanud lapsed vaktsineeritakse varemaks eas kui kontrollgrupis, päädides olulises gruppidevahelises erinevuses 9 kuu vanuses (2.20 vs. 1.64 keskmisi visiite; $p = 0.01$), aga mitte 12 kuu. Teised uuringud leidsid, et 2. ja 3. eluaastal ei ole gruppide vahelisi erinevusi. Profülaktilisi kontrole hinnanud uuringus leiti olulised erinevused profülaktilise kontrollide keskmises arvus 9 kuu vanuses (3.14 vs. 2.18 keskmiselt visiite; $p = 0.0098$) ja 12 kuu vanuselt (3.51 vs. 2.68 keskmiselt visiite; $p = 0.0098$), samuti leiti, et mida rohkem kordi oli lastel kontakti uuringu personaliga, seda rohkem profülaktilisi kontrolli 12 kuu vanuses oli lastel olnud (kuni neli visiiti $p = 0.036$). Uuringus, kus hinnati koduvisiite esimese 24 kuu jooksul, leiti ei koduvisiite saanud pered on suurema tõenäosusega pidanud kinni profülaktilistest kontrollidest (42% vs. 30%; $p < 0.05$) ning saanud 36 kuu pikkuses perioodis hambaravi (72% vs. 63%; $p < 0.05$) võrreldes kontrollgrupi lastega.

Ise raporteeritud juhud lapse suhtes vägivaldse käitumise kohta

Viis uuringut kasutasid *Parent-Child subscale of the Conflict Tactics Scale*, et hinnata emade poolt ise raporteeritud juhte, kuid emad käitusid lapse suhtes vägivaldselt. Üks uuring leidis olulise erinevuse ise raporteeritud raske füüsilise ründe kohta 36 kuu jooksul, sellist vägivaldset käitumist raporteerisid 4% of emasid koduvisiidi grupis vs 12% kontrollgrupis, $p < 0.01$. Teine uuring ei leidnud vägivaldse käitumise osas 24 kuu jooksul gruppidevahelisi erinevusi, koduvisiidi saanud emad raporteerisid võrreldes kontrollgrupiga neljandiku võrra rohkem raskeid füüsilisi rünnakuid, nagu lapse löömine rusikaga, võrreldes kontro, $p = 0.03$. Kaks uuringut veel ei raporteerinud lapse raskes väärkohtlemises gruppidevahelisi erinevusi.

Kliiniline küsimus 2

Interventsioonide võimalikke kahjulikke mõjusid uuringud ei kirjeldanud.

Kokkuvõte

Uuringud kirjeldavad koduvisiidi interventsioonide teatud aspekti kasu. Riskide hindamine ja käitumuslikud interventsioonid pediatrilistes kliinikutes vähendasid vägivaldse käitumise ja hooleta jätmise tulemeid lastele. Varane koduvisiit vähendas samuti vägivaldset käitumist ning hooleta jätmist, kuid tulemused olid kohati vasturääkivad. Interventsioonid, mis vähendavad lastevastast vägivalda, vajavad täiendavat uurimist.

Viited

Kokkuvõtte (abstract või kokkuvõtlikum info)	Viide kirjandusallikale
Vt süstemaatilised ülevaated	Yonemoto N, Dowswell T, Nagai S, Mori R. Schedules for home visits in the early postpartum period. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(7):CD009326.

<p>Vt süstemaatilised ülevaated</p>	<p>Nelson HD, Selph S, Bougatsos C, Blazina I. Behavioral Interventions and Counseling to Prevent Child Abuse and Neglect: Systematic Review to Update the U.S. Preventive Services Task Force Recommendation [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US); 2013 [cited 2016 Oct 9]. (U.S. Preventive Services Task Force Evidence Syntheses, formerly Systematic Evidence Reviews). Available from: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK117232/</p>
<p>Taust ja eesmärgid Olenemata sellest, et õdede koduviisiidid on väikestes kohortides osutunud efektiivseks, siis erisuguste perekondadega kogukondades ei ole õdede koduviisiidid tõestatud efektiivseks. Durham Connects programm töötati välja koos kogukondade liidritega lühikese, universaalse sünnijärgse õe visiidina, skriinimaks riske, tegemaks lühikesi interventsioone ning ühendamaks peresid intensiivsete tõendus põhiste teenustega. Uuringu eesmärgiks oli testida, kas programm on efektiivne ,vähendamaks vastsündinute ja imikute erakorralise meditsiini vajadust. Uuriti lapsi kuni 12 elukuuni.</p> <p>Meetodid Durhamis, North Carolinas randomiseeriti 18 kuu jooksul sündinud 4777 vastsündinut vastavalt sünnipäevale gruppidesse. Paarisarvulisel päeval sündinud lapsed jagati interventsiooni gruppi ning paaritarvulisel päeval sündinud lapsed kontrollgruppi. Interventsiooni grupile pakuti 3-7 koduviisiiti lapse 3-12 nädala vanuses, et hinnata perekonna vajadusi ja ühendada vanemaid kogukonna võimalustega, et parandada lapse heaolu ja tervist. Haigla andmeid analüüsiti ravikavatsusanalüüsiga, et hinnata mõju perekondi esindavale 549 perekonna grupile.</p> <p>Tulemused Pärast demograafiliste faktorite (sünnirisk, Medicaidi staatus, rahvus, üksikvanemad) hindamist</p>	<p>Dodge KA, Goodman WB, Murphy RA, O'Donnell K, Sato J. Randomized Controlled Trial of Universal Postnatal Nurse Home Visiting: Impact on Emergency Care. Pediatrics. 2013 Nov 1;132(Supplement 2):S140–6.</p>

<p>kovariatsioonianalüüsiga, saadi tulemuseks, et võrreldes kontrollgrupiga oli interventsiooni grupil 50% vähem erakorralise meditsiiniabi vajadust (kokku arvatati keskmised EMOSse pöördumiste arvud ja keskmised haiglas viibitud ööd [(Mean(M))]. Esimese 12 elukuu jooksul olid tulemused järgnevad: $M_{\text{interventsioon}}=0,78$ ja $M_{\text{kontroll}}=1,57$, $p<0,001$, efekti suurus 0,28.</p> <p>Kokkuvõte Lühike, universaalne sünnijärgne koduvisiitide programm parandab laste tervisetulemeid esimese 12 elukuu jooksul. Ödede koduvisiite võib universaalselt implementeerida, sest neil on positiivseid mõjud imikute erakorralise abi vajaduse vähendamisel, samuti on lühikestel koduvisiitidel sarnased tulemused pikemate ja intensiivsemate koduvisiitide programmidega.</p>	
<p>Taust ja eesmärgid Lühikesed sünnijärgsed haiglas viibimised on sagedased. Juhendites on vähe juhiseid, kuidas vara haiglast välja lubatud emade-vastsündinute jälgimine peaks toimuma. Uuringu eesmärgiks oli võrrelda kaht lühiajalist (72 tunni jooksul pärast haiglast lahkumist) jälgimise strateegiat: koduvisiit õe poolt või grupivisiit haiglas. Uuriti emasid-lapsi, kes sünnijärgselt viibisid haiglas vähem kui 48 tundi. (LOS < 48 tunni).</p> <p>Meetodid Kasutati randomiseeritud kliinilise uuringu disaini koos ravikavatsusanalüüsiga. Patsientide populatsioon võeti terviseteenuse pakkuvalt, mis peamiselt teenindas keskklassi populatsiooni. Emade-vastsündinute paarid, kes vastasid kriteeriumitele (madala riskiga, LOS<48 tunni), randomiseeriti kontrollgruppi (visiit haiglas) ja interventsiooni gruppi (koduvisiit õe poolt). Visiitide kulu hinnati andmebaaside ja graafikute põhjal. 2 nädalat pärast sünnitust hinnati telefoniintervjuuga rinnaga toitmise jätkamist, emade depressiooni sümptomeid ja emade rahulolu.</p> <p>Tulemused 17 kuu jooksul aastatel 1998-1999, uuriti ja randomiseeriti 1014 ema-vastsündinu paari. 506 paari jagati kontrollgruppi ning 508 paari interventsiooni gruppi. Gruppide vahel ei olnud olulisi erinevusi emade vanuses, rassis, hariduses, pere sissetulekus, sünnituste arvus, eelnevas rinnaga toitmise kogumises, varases prenataalse abi initsieerimises ja sünnijärgses haiglas viibitud päevade arvus. Ei olnud ka erinevus vastsündinute</p>	<p>Escobar GJ, Braveman PA, Ackerson L, Odouli R, Coleman-Phox K, Capra AM, et al. A randomized comparison of home visits and hospital-based group follow-up visits after early postpartum discharge. Pediatrics. 2001 Sep;108(3):719–27.</p>

<p>LOS-s ega Apgari hinnetes. Kontrollgrupis said 264 ema-vastsündinu paari ainult individuaalse visiidi, 157 paari grupiviisi, 64 paari nii grupi kui individuaalse visiidi, 4 paaril oli kodune ja haiglapõhine visiit, 13 paaril ei olnud jälgimist 72 tunni jooksul ning 4 paari kadusid jälgimise perioodil.</p> <p>Kaks nädalat pärast haiglast koju lubamist ei olnud gruppide vahel erinevusi vastsündinute ega emade hospitaliseerimisel või erakorralise abi vajadusel, rinnaga toitmise lõpetamisel, ema depressiooni sümptomitel ning kombineeritud kliinilise tulemi vahel (kas ema-vastsündinu paaril esines eelnimetatud kaebusi/sümptomeid). Koduviisi grupi emad hindasid suurema tõenäosusega osutatud abi erinevaid aspekte suurepäraseks või väga heaks. Sealjuures ennetusliku nõu andmist (76% vs 59%) ning nõuandja oskuseid ja võimalusi (84% vs 73%). Koduviisi grupi emad andsid samuti paremaid hinnanguid nii vastsündinu kui ema enda sünnitusjärgse abiga rahuolekule (vastavalt 71% vs 59% ning 63% vs 55%). Koduviisi hinnaks oli ema-vastsündinu paari kohta \$265, haiglas grupiviisi hinnaks oli ema-vastsündinu paari kohta \$22 ning individuaalse õe pooly tehtud 15-minutilise visiidi hinnaks oli \$52; pediatr 15-minutilise visiidi hinnaks \$92 ja günekoloogi 10-minutilise visiidi hinnaks \$92.</p> <p>Kokkuvõte</p> <p>Madala riskiga emade ja vastsündinute jälgimine koduviisitidega võrreldes haigla visiitidega oli kallim, kuid saavutas sarnaseid kliinilisi tulemeid ning paremat emapoolset rahuolu. Kumbagi strateegiat ei saa seostada olulise eduga rinnaga toitmise jätkamise suurendamise osas. Käesoleva uuringu puuduseks on see, et uuringugrupp ei olnud piisavalt suur, et kindlaks teha erinevusi rehospitalseerimisel ning seda uuringut ei saa üldistada kõrgema riskiga populatsioonile, kellel ei ole sarnast integreeritud haiglapõhise ja ambulatoorse abi kättesaadavust.</p>	
<p>Eesmärk</p> <p>Hinnata sünnitusjärgse kogukonnale baseeritud kliiniku efektiivsust, ohutust ja emade rahulolu kliiniku suhtes. Kliinik pakub emadele laialdast tuge esimesel kuul pärast haiglast lahkumist. Esmased huvid on uurida rinnaga toitmise sagedust, patsiendi rahulolu ning erakorralise abi vajadust.</p> <p>Meetodid</p> <p>Ottawas, Kanadas teostati randomiseeritud kontrollitud uuring, kus 472 ema randomiseeriti 1:2 suhtes kontrollgruppi tavalise abiga (n=157) või</p>	<p>Laliberté C, Dunn S, Pound C, Sourial N, Yasseen AS, Millar D, et al. A Randomized Controlled Trial of Innovative Postpartum Care Model for Mother-Baby Dyads. PLoS ONE. 2016;11(2):e0148520.</p>

<p>interventsioonigruppi, osalemaks sünnitusjärgse rinnaga toitmise kliinikus (n=315). Tulemuste andmed koguti küsimustikega, mis täideti 2.,4.,12. ja 24. nädalal pärast sünnitust. Esmaseks tulemusnäitajaks oli 12. nädalal ainult rinnaga toitmine. Teiseseks tulemusnäitajateks olid 2., 4. ja 24. nädalal rinnaga toitmise sagedus, hakkamasaamine rinnaga toitmisega, erakorralise abi vajadus ning rahulolu skoor. Statistiliselt teostati mittekohandatud ja kohandatud logistilise regressiooni mudel.</p> <p>Tulemused</p> <p>Interventsiooni grupis toitis rohkem emasid ((n = 195, 66.1%) 12. nädalal ainult rinnaga võrreldes kontrollgrupiga (n = 81, 60.5%), kuid statistiliselt olulist erinevust ei esinenud (OR = 1.28; 95% CI: 0.84-1.95)). Erakorralise meditsiini osakonna visiitide sagedus 2. nädalal oli interventsiooni grupis 11.4%, kontrollgrupil 15.2% (OR = 0.69; 95% CI: 0.39-1.23). Interventsiooni grupp oli märkimisväärselt rohkem rahul rinnaga toitmise suhtes osutatud abiga (OR = 1.96; 95% CI: 3.50-6.88).</p> <p>Kokkuvõte</p> <p>Uuritud uus mudel ei tõstnud märkimisväärselt 12. nädalal ainult rinnaga toitmise sagedust, kuid sellest hoolimata esinesid kliiniliselt olulised edusammud postnataalsetes probleemides ja rahulolus, mis toetavad sellise uue programmi vajalikkust. Multidistsiplinaarne kogukonnal põhinev sünnijärgne kliinik on teostatav ja rahulolu pakkuv abi emadele. Selline mudel võib olla kasulik populatsioonides, kus rinnaga toitmine ei ole soodustatud.</p>	
<p>Eesmärk: Hinnata, kas varase koduviisi puudumine mõjutab rinnaga toitmise kestust ja meditsiiniteenuste kasutamist.</p> <p>Uuringu disain: Võrreldi emade andmeid, kes sünnitasid streigi ajal nende emade andmetega, kes sünnitasid tavapärase töö ajal.</p> <p>Uuringugrupp: Uuringusse kaasati 3843 vastsündinut ja 375 tervishoiutöötajat, kes koduviisi tegid.</p> <p>Interventsioon: Kõikidele peredele pakuti referentsperioodil standardiseerimata koduviisi peale haiglast koju lubamist. Streigi ajal pakuti teenust vastavalt individuaalsele riskihinnangule.</p> <p>Tulemused: Üldiselt ei leidunud erinevuseid rinnaga toitmise kestvuses kahe uuringugrupi vahel. Siiski toitsid</p>	<p>Kronborg H, Vaeth M, Kristensen I. The effect of early postpartum home visits by health visitors: a natural experiment. Public Health Nurs. 2012 Aug;29(4):289-30</p>

[Type text]

<p>need emad, kelle juurde koduvisiiti ei tehtud, ainult rinnapiimaga lühemat aega, kui need emad, kellele koduvisiit tehti ($p < 0,005$). Streigi ajal sünnitanud emad kasutasid oluliselt rohkem tervishoiuteenuseid. Põhjused koduvisiidi vajaduseks erinesid vastavalt sellele, kas naine oli esmassünnitaja või mitte. Esmassünnitajad soovisid koduvisiiti peamiselt ebakindluse tõttu, korduvad sünnitajad eelmise rinnaga toitmise kogemuse tõttu.</p> <p>Kokkuvõte: Mittestandardiseeritud koduvisiit on seoses pikema rinnaga toitmise ajaga.</p>	
<p>Eesmärk: Hinnata erinevas gestatsioonivanuses sündinud laste rehospitalseerimise põhjuseid.</p> <p>Meetodid: Retrospektiivse uuringu käigus uuriti 33 276 erinevates gestatsioonivanuses lapse andmeid, kes olid sündinud seitsmes Kaiser Permanente Medical Care Program-i sünnitusabikeskuses 1. oktoobrist 1998 – 21. märtsini 2000.</p> <p>Tulemused: Rehospitalseerimise määr 2 nädalat peale koju saamist ulatus 1,0% kuni 3,7%. Kõige sagedasem rehospitalseerimise põhjus oli ikterus. Üle 34 gestatsiooninäädala sündinud lastel oli kõige rohkem rehospitalseerimise määra mõjutav faktor koduse fototeraapia kasutamine. Nende laste seas, kelle rehospitalseerimise põhjuseks ei olnud ikterus, oli protektiivseks Aafrika-Ameerika rass (<i>adjusted odds ratio</i> AOR = 0,56), kokku lepitud ambulatoorne vastuvõtt (AOR = 0,73) või koduvisiit (AOR = 0,59) 72 tunni jooksul peale haiglast välja saamist. Suurema rehospitalseerimise riskiga oli seotud gestatsioonivanuse kohta väike sünnikaal (AOR = 1,83), sünd 34. – 36. gestatsiooninäädalal, kui laps ei viibinud vastsündinute intensiivravipalatis (AOR = 1,65), meessugu (AOR = 1,24), nii ambulatoorne visiit kui koduvisiit esimese 72 tunni jooksul peale haiglast koju saamist (AOR = 1,84) ja haigla, kus laps sündis (AOR vahemik = 1,52-2,36).</p> <p>Kokkuvõte: Selles kindlustatud patsientide populatsioonis oli rehospitalseerimine ikteruse tõttu tugevalt mõjutatud koduse fototeraapia olemasolust ja järelkontrollist. Teiste rehospitalseerimise põhjuste puhul olid olulised hilisenneaegsus ja järelkontroll. Tulevikus peaks uurimuste hulka kuuluma ka laste järelkontrolli protsessi hindamisvahendite vahendite arendamine.</p>	<p>Escobar GJ, Greene JD, Hulac P, Kincannon E, Bischoff K, Gardner MN, et al. Rehospitalseerimine pärast sündi: sagedasemad mustrid kõigis gestatsioonivanustes. Arch Dis Child. 2005 Feb;90(2):125–31.</p>

[Type text]

<p>Eesmärk: Kirjeldada õe poolt tehtud sünnijärgse koduvisiidi ja ikteruse ning dehüdratatsiooni tõttu rehospitalseerimise ning erakorralise meditsiini osakonda pöördumiste vahelisi seoseid esimese 10 elupäeva jooksul. Teiseks eesmärgiks oli hinnata eelkõige ikteruse ja dehüdratatsiooni ennetamiseks tehtud koduvisiitide kulutõhusust.</p> <p>Meetodid: Retrospektiivne uuring, mille käigus analüüsiti jaanuaris 2000 – detsember 2002 sündinud laste sünniepikriise ja edasist jälgimist kasutades ühe tervishoiuasutuse finantsandmebaasi andmeid (Hershey Medical Centre, PA). Teostati deterministlik kuluefektiivsuse analüüs kasutades nn otsustuspuud, milles oli välja toodud kulud ning edasise kulu tõenäosused iga terviseseisundi kohta peale sünnitusmajast koju lubamist.</p> <p>Tulemused: 2641 lapsest, kellel ei tehtud koduvisiiti, rehospitalseeriti 73 (2,8%) last esimese 10 elupäeva jooksul ikteruse ja/või dehüdratatsiooni tõttu võrreldes 2 (0,6%) 326 lapsest, kellele koduvisiit tehti. Koduvisiiti mitte saanud lastest 93 (3,5%) pöördusid erakorralise meditsiini osakonda samadel põhjustel. Seejuures koduvisiiti saanud lastest ei pöördunud ühegi erakorralise meditsiini osakonda. Nendest lastest, kellel koduvisiit tehti, 324 (99,4%) ei vajanud haiglateenuseid vaadeldud ajaperioodi jooksul võrreldes 2497 (94,5%) lastest, kellel visiiti ei tehtud. Peale sünnitusmajast koju lubamist oli keskmine kulu lapse kohta, kellele tehti koduvisiit, 109,80 dollarit. Keskmine kulu lapse kohta, kellele koduvisiiti ei tehtud, oli 118,70 dollarit.</p> <p>Kokkuvõte: Vastsündinu koduvisiit on kulutõhus meetod vähendamaks vajadust haiglateenuste järele.</p>	<p>Paul IM, Phillips TA, Widome MD, Hollenbeak CS. Cost-Effectiveness of Postnatal Home Nursing Visits for Prevention of Hospital Care for Jaundice and Dehydration. Pediatrics. 2004 Oct 1;114(4):1015–22.</p>
<p>Eesmärk: Hinnata omavahel tervishoiuasutuses pakutud jälgimise mudelit koduvisiidil põhineva mudeliga kui esimest kontakti tervishoiutöötajaga peale sünnitusmajast koju lubamist tervetele rinnaga toitvatele emadele.</p> <p>Disain: Randomiseeritud kontrollitud uuring.</p> <p>Uurimiskoht:</p>	<p>Paul IM, Beiler JS, Schaefer EW, Hollenbeak CS, Alleman N, Sturgis SA, et al. A Randomized Trial of Single Home Nursing Visits vs Office Based Care After Nursery/Maternity Discharge: The Nurses for Infants Through Teaching and Assessment After the Nursery (NITTANY) Study. Arch Pediatr</p>

[Type text]

Akadeemiline haigla (Penn State Milton S. Hershey Medical Center, PA).

Adolesc Med. 2012 March 5;166(3):263-70.

Osalejad:

1154 ema, kellel oli soov last rinnaga toita ning nende 1169 vastsündinut, kes olid sündinud vähemalt 34. gestatsiooninädalal.

Interventsioon:

Koduvisiit hiljemalt 2 päeva peale sünnitusmajast koju saamist, tervisekeskuse visiit arsti poolt määratud ajal.

Tulemuse mõõtmine:

Emadele tehti telefoni teel küsitlus 2 nädalat, 2 kuud ja 6 kuud peale koju saamist. Peamine tulemusnäitaja oli planeerimata kokkupuude tervishoiuasutusega ema või lapse tervise tõttu 2 nädala jooksul peale sünnitust. Teised tulemusnäitajad vastsündinute osas olid laste osakaal, keda oli tervishoiutöötaja poolt jälgitud 2 päeva jooksul peale koju lubamist ja rinnaga toitmise kestus. Lisaks hinnati ema vaimset tervist, vanemlikku kompetentsi ja rahulolu tervishoiuteenusega. Analüüsile järgnes *intent-to-treat* raamistik.

Tulemused:

2 nädalat peale koju lubamist olid rehospitalseerimine ja erakorralisse meditsiini osakonda pöördumised harvad, uuringugruppide vahel ei esinenud erinevuseid nende tulemusnäitajate ja planeerimata ambulatoorsete arstivisiitide arvu osas. 2 päeva jooksul peale koju lubamist toimus kokkupuude tervishoiutöötajaga sagedamini koduvisiidi grupis vs tervisekeskuse visiidi grupis (85,9% vs 78,8%, $p = 0,002$) ning koduvisiidi saanud emad imetasid suurema tõenäosusega 2 nädalat hiljem (92,3% vs 88,6%, $p = 0,04$) ning 2 kuud hiljem (72,1% vs 66,4%, $p = 0,05$), kuid mitte 6 kuud hiljem. Samuti ei esinenud kahe grupi vahel erinevuseid ema vaimse tervise osas või rahulolu osas tervishoiuteenusega, kuid koduvisiidi grupi emad hindasid oma vanemlikku kompetentsust kõrgemaks ($p < 0,01$ 2 nädalat ja 2 kuud peale koju lubamist).

Ravijuhendid

[Type text]

Sekreteriaadi poolt AGREEga hinnatud ravijuhendeid, mis käsitleks koduvisiite, ei olnud.

Koduvisiite on teistes ravijuhendites mainitud üksikutes alapeatükkides.

1. NICE ravijuhend vigastuste vältimise kohta alla 15-aastastel lastel¹ puudutab koduvisiidi teemat väga põgusalt. Ravijuhendis antud soovitused on peamiselt organisatoorsed (kes, mida, millal vaatama ja õpetama peaks). Koduvisiidi teema on hõlmatud viiendas soovitusel, kus soovitatakse integreerida koduse turvalisuse teema koduvisiitide üheks osaks.

Kes peaks koduse turvalisuse kohta rääkima? → Kõik need perearstid, õed, sotsiaaltöötajad, kes teevad koduvisiiti peredes, kus on alla 15-aastased lapsed. Milline nende tegevus peaks olema?

a) Tuleb mõista alla 15-aastastel lastel ennetavatest meetoditest, kuid tahtmatult tekkivaid vigastusi ära hoida, eriti neil lastel, kes elavad ebasoodsates tingimustes.

b) Tuleb anda lapsele orienteeritud koduse turvalise kohta nõu. Kui perekond või lapse hooldajad on nõus, suunata neid asutuste juurde, kes võtavad ette koduse turvalisuse hindamise ning saavad varustada ning installida peredele turvalisuse varustust.

c) Tuleb julgustada vanemaid, laste hooldajaid ja teisi inimesi, kes alla 15-aastaste lastega elavad läbi viima koduse turvalisuse hindamist.

2. NICE ravijuhend sünnijärgse emade ja laste hoole kohta²

Kasvatamine ja emade ning laste emotsionaalne kiindumus

Soovitus 1.4.6: koduvisiite peaks kasutama võimalusena edendamaks vanemate või emade-lastete emotsionaalset kiindumust.

Turvalisus

Soovitus 1.4.45: kõiki koduvisiite peaks kasutama võimalusena hinnata kõigile perekonna liikmetele olulisi turvalisuse probleeme nii kodus kui väliskeskkonnas ning edendada turvalisuse alal haritust.

3. USPTF soovitused laste julma kohtlemise³ osas põhinevad Nelson et al 2013 tehtud süstemaatilisel ülevaatel (vt süstemaatilised ülevaated).

Soovitus 2013: USPSTF võtab kokku, et käesolev tõendusmaterjal ei ole piisav, hindamiseks kasude ja kahjude tasakaalu esmatasandi arstiabis osutatud laste julma kohtlemist ennetavate interventsioonide kohta.

1. Unintentional injuries in the home: interventions for under 15s | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. Available from:

<https://www.nice.org.uk/guidance/ph30>

2. Postnatal care up to 8 weeks after birth | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. Available from:

<https://www.nice.org.uk/guidance/cg37?unlid=838900462016926154134>

3. Final Update Summary: Child Maltreatment: Primary Care Interventions - US Preventive Services Task Force [Internet]. Available from:

<https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/Page/Document/UpdateSummaryFinal/child-maltreatment-primary-care-interventions>