

## KÜSIMUS

Millise nõudlust tõstva strateegia kasutamine võrreldes alternatiivse strateegia kasutamise võrreldes mitte millegagi suurendab HIV-testitavate ja HIV-testijate kaasatust HIV-testimisse?

POPULATION:	inimesed, kellele on suunatud HIV-testimise nõudlust tõstvad strateegiaid
INTERVENTION:	stiimul, kinkekaart, auhind testijatele või teenusepakkujatele (rahaline ja mitte rahaline; tinglik ja tingimusteta), programmid ja kampaaniad (kooli põhised, massimeedia, asutuse põhised, usu põhised, harivad tööriistad); eakaaslaste poolt läbi viidav individualiseeritud ja personaalset sisu kasutav mentorlus ja juhtimine või isiklik kutse; informatsiooni andmine ja nõustamisel edasi antavad sõnumid enne HIV-testimist, sealhulgas motiveeriv intervjuerimine ja enesetõhususele keskenduvad, paaridele orienteeritud sekkumised ning muudatused üldisel nõustamisel; digilahendustel põhinevad HIV-testimise nõudlust tõstvad strateegiad veebilehtedel, sotsiaalmeedias, sõnumid ja videod; stiimulid teenusepakkujatele (vastavalt sooritusele või muudmoodi) ja meelespead klientidele (tekstisõnumid, suulised meeldetuletused, telefonikõned)
COMPARISON:	sekkumine, kus kasutatakse alternatiivset nõudlust tõstvat strateegiat või nõudlust tõstva strateegia puudumine
MAIN OUTCOMES:	kaasatus HIV-testimisse

## HINNANG

### Problem

Is the problem a priority?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAALUTLUSED
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probably no <input type="radio"/> Probably yes <input checked="" type="radio"/> Yes <input type="radio"/> Varies <input type="radio"/> Don't know	<p>HIV nakkuse juhtude avastamist mõjutavad testimise tase ja tavad. ÜRO püstitas eesmärgi 90-90-90 - aastaks 2020 on 90% HIV-positiivsetest teadlikud oma HIV-staatusest, nendest 90% saavad antiretroviirusravi ja 90%-l nendest on haigus kontrolli all (1). Võrreldes teiste Euroopa Liidu riikidega on Eestis testimise tase kõrge: HIV suhtes testitud inimeste arv on suur ja aasta-aastalt kasvanud. Terviseameti andmetel tehakse Eestis umbes 200 000 testi aastas (2017. aastal uuriti Eestis HIV-i suhtes 78 inimest 1000 inimese kohta, ilma anonüümselt testitute ja veredoonoriteta). Testimise tavad (sihtrühmad ja põhjused) ei ole märgatavalt muutunud. Positiivse küljena võib välja tuua selle, et testimise tase on kõrge riskipiirkondades (nt Ida-Virumaal) ning prostitutsiooni kaasatute ja narkootikumide süstivate inimeste seas (NSI). Seega on seni peamise riskirühma, NSI-de seas, HIVi levimus praeguseks stabiilne, kuid pole siiski lakanud. Seevastu on suurenenud homoseksuaalsel teel levinud juhtude arv, kuna meestega seksivate meeste (MSM) seas on teadlikkus nakatumisest ja testimise tase madalamad. Uute HIV-i juhtude andmed näitavad, et üldine HIV-i levik on Eestis stabiliseerunud kuid seda kõrgel tasemel (2). Kõrgest testimise tasemest hoolimata näitavad erinevate modelleerimiste (3)(4) tulemused, et Eestis võib hinnanguliselt elada 6800–7700 HIV-i nakatunut, kellest 13–23% ei ole veel oma nakkusest teadlikud ning WHO hinnangul võib halvemate prognooside kohaselt Eestis olla isegi ligi 40% HIV-i juhtudest tuvastamata. Diagnoosimata juhtudele viitab ka kõrge hiliste diagnooside arv. Aastatel 2010–2016 diagnoositi 4%-l uutest HIV-i nakatunutest HIV-i registreerimise järgselt kolme kuu möödudes AIDS (5), 2018. aastal oli see osakaal 6% (Terviseamet). Selline kiire AIDS-ini progresseerumine (ingl <i>HIV with concurrent aids</i>) viitab HIV-nakkuse hilisele diagnoosimisele. Seega ei ole Eestis peamiseks vajaduseks ulatuslik testimise suurendamine, vaid paremini suunitletud testimine neile, kes on tõenäolisemalt nakatunud. Siin oleks abiks HIV-testimise juhise soovitude sihipärane rakendamine (2).</p>	<p>Mida on tehtud Eestis et suurendada kaasatust HIV-testimisse:</p> <p>Sotsiaalministeeriumi eestvedamisel: "HIV-nakkuse testimise ja HIV-positiivsete isikute ravile suunamise tegevusjuhised" (2012).</p> <p>Tervise Arengu Instituut korraldab iga aasta testimisnädalat, mille raames on erinevad sotsiaalmeedia kampaaniad. Kogemus on näidanud et testimisnädala ajal suureneb testitavate arv, kuid mitte HIV-positiivsete määr.</p> <p>Reklaamkampaaniad, mis suunatud valdavalt üldrahvastikule.</p> <p>Anonüümsed testimiskabinetid.</p> <p>2019. aastal lisandus perearsti kvaliteedisüsteemi indikaatorite hulka selline indikaator nagu "HIV indikaatorseisundiga patsientide HIV testimise määr"</p> <p>Eesmärgiks on, et HIV-indikaatorhaigusega haigetest 25% on määratud HIV1,2 antigeeni ja/või tehtud antikehade määramine.</p> <p>HIV-test tuleb teha perearsti nimistu järgmiste HIV indikaatorseisundiga patsientide korral RHK-10 alusel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Teatavad nakkushaigused: B02, B15-B19, B25, B27, B00.</li> </ul>

	<p>Rüütel jt. (2017) raporti kohaselt oleks MSM-ide puhul kõige kulutõhusam testimise strateegia üks kord aastas, täiendkulu tõhususe määr (TTM) on 16200 eurot ühe säästetud eluaasta kohta (YLS) (ingl <i>year of life saved</i>). NSI-de puhul oleks kulutõhus testida üks kord kuus (TTM on 11000 eurot YLS kohta). Kogu rahvastiku puhul oleks kulutõhus testida üks kord kolme aasta jooksul (TTM on 13000 eurot YLS kohta) (6).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teatavad parasiithaigused: B58.</li> <li>• Seenhaigused: B37.</li> <li>• Seksuaalsel teel levivad infektsioonid: A51–A64. Vere- ja vereloomeelundite haigused: D72.8, D69.6. Sümptomid: R50 (tundmata päritoluga palavik), R63.4 (ebanormaalne kaalukaotus), R59 (lümfisõlmede suurenemus).</li> <li>• Kopsupõletik: J13, J15–J16, J18 ühe aasta jooksul rohkem kui üks kord aastas.</li> <li>• Naha ja nahaaluskoe haigused: L21, L40. Närvisüsteemihaigused: G61.0.</li> <li>• Seedeelundite haigused: K13.3, K12.</li> </ul>
--	--	--

**Soovitud efekt**  
How substantial are the desirable anticipated effects?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVIDAVAL KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Trivial</li> <li>○ Small</li> <li>● Moderate</li> <li>○ Large</li> <li>○ Varies</li> <li>○ Don't know</li> </ul>	<p>WHO poolt koostatud süstemaatiline ülevaade koondas 86 randomiseeritud kontrollitud uuringut (RCT), millest 1) <u>12 käsitlesid stiimulite kasutamist</u>, 2) <u>7 mobiliseerimist</u>, 3) <u>20 suunatud ja kohandatud sekkumisi</u>, 4) <u>27 nõustamist</u> ning 5) <u>28 digitaalset sekkumisi</u>.</p> <p><b>1) 12 RCT-d, mis käsitlesid stiimulite kasutamist näitasid, et tõenäoliselt tõstavad fikseeritud, erineva rahalise väärtusega stiimulid mõningal määral kaasatust HIV testimisse.</b> 2 uuringut keskendusid heteroseksuaalsetele meestele, 6 heteroseksuaalsetele täiskasvanutele, 2 naistele ja 2 lastele (5-9a) ning noorukitele (10-19a). 9 uuringut viidi läbi Aafrikas ja 3 Ameerikas. Tulemitena vaadeldi kaasatust HIV testimisse, HIV testide positiivsuse määra, kaasatust HIV ravisse ning HIV ennetavatesse teenustesse.</p> <p><b>5 RCT-st koosnev meta-analüüs näitas, et fikseeritud väärtusega rahalised stiimulid tõstavad suure tõenäosusega kaasatust HIV testimisse (RR: 1,52; 95%CI 1,28–1,80).</b></p> <p><b>2 RCT-st koosnev meta-analüüs näitas, et loteriil baseeruvad stiimulid võrreldes stiimuli mitte kasutamisega, võivad vähesel määral tõsta kaasatust HIV testimisse (RR: 1,45; 95%CI 0,74–2,86).</b></p> <p><b>1 RCT näitas, et fikseeritud väärtusega stiimul ja loteriil baseeruvad stiimulid koos võidu/kaotuse sõnumitega, ei pruugi muuta kaasatust HIV-testimisse (RR: 0,97; 95%CI 0,92-1,01). 1 RCT testis mitte-rahaliste ja tingimuslike stiimulite kasutamist paaridel HIV-testimisse kaasatusel (RR: 5,5; 95%CI 3,63–8,47)</b></p> <p><b>1 RCT testis fikseeritud rahalise väärtusega tingimuslike stiimulite kasutamist HIV testimisse kaasatusel (RR: 3,09; 95%CI 1,86–5,12).</b></p> <p><b>1 RCT näitas, et tegevuspõhised rahalised stiimulid vs mitte tegevuspõhised (performance-based) teenuseosutajatele suurendavad kaasatust HIV-testimisse. Tegevuspõhisel rahalisel stiimulil vs mitte tegevuspõhisel rahalisel stiimulil (lihtsalt tasu) erinevus puudus.</b></p>	<p>Tervise Arengu Instituut kasutab stiimuleid vähe. Toidupakke kasutatakse ainult sotsiaalmajades, mujal ei ole andnud efekti. Kinkekaartide kasutamine on andnud hea tulemuse tuberkuloosiravis (otseselt kontrollitud ravi, OKR), kuid mitte NSI-de seas.</p>

2 RCT-st koosnev meta-analüüs näitas, et fikseeritud väärtusega rahalised stiimulid vs mitte midagi tõstavad vähesel määral HIV-testide positiivsuse määra (RR: 1,47; 95%CI 0,48–4,54).

1 RCT näitas, et fikseeritud väärtusega rahalised stiimulid vs mitte midagi tõstavad vähesel määral kaasatust HIV-ravisse (RR: 1,36 95%CI 0,61–3,05).

1 RCT näitas, et fikseeritud väärtusega rahalised stiimulid vs mitte midagi, ei oma olulist efekti kaasatusele HIV-i ennetavatesse teenustesse (ümberlõikamine) (1,27; 95%CI 0,81–1,97).

2) 7 RCT-d, mis uurisid mobilisatsiooni mõju näitasid, et mobilisatsioon (vs mitte) tõstab kaasatust HIV-testimisse, kuid võib vähendada HIV-testide positiivsuse määra (3,3% vs 1,0%, RR: 1,59; 95%CI 0,48–5,28. Kõik uuringud keskendusid tavapopulatsioonile. 4 uuringut viidi läbi Aafrikas ja 3 Ameerikas. Tulemitena vaadeldi kaasatust HIV-testimisse, HIV-testide positiivsuse määra, HIV-testimise sagedust, kaasatust HIV-ravisse.

5 RCT-st koosnev meta-analüüs näitas, et HIV-testimine koos mobilisatsiooniga vs tavaline HIV-testimine tõstab HIV-testimisse kaasatust (RR: 2,11; 95%CI 1,41–3,15).

1 RCT näitas, et kogukonnal põhinev spordi ja teatri põhine mobilisatsioon ei oma efekti HIV-testimise kaasatusele.

1 RCT näitas, et mobilisatsioon koos sõnumiga, kuidas testimine on kasuks kogukonnale, tõstis HIV-testimisse kaasatust 60%

2 RCT-st koosnev meta-analüüs näitas, et mobilisatsioon vs mitte midagi võib vähesel määral tõsta HIV-testide positiivsuse määra (5,8% vs 7,0%, RR: 0,60; 95%CI 0,19–1,92) 1 RCT näitas, et mobilisatsioon vs mitte midagi võib mõningal määral tõsta HIV-testimise sagedust 9,7% (RR: 1,25; 95%CI 0,16–9,90).

1 RCT näitas, et mobilisatsioon vs mitte midagi võib mõningal määral tõsta kaasatust HIV-ravisse (RR: 1,90; 95%CI 0,03–133,00). 3) 20 RCT-d käsitlesid suunatud ja kohandatud sekkumisi; nendest 4 uuringut käsitlesid HIV-testimise teenuste reklaamimist (HIV-testimise reklaamimine vs standard HIV-testimine võib mõningal määral tõsta kaasatust HIV-testimisse ja võib vähendada HIV-testide positiivsuse määra (0,3% vs 0,9%, RR: 0,32; 95%CI 0,10–0,97); 6 hindasid eakaaslaste põhiseid lähenemisi (eakaaslaste põhised lähenemised ilmselt suurendavad kaasatust HIV-testimisse ent vähendavad HIV-testide positiivsuse määra), 7 hindasid personaliseeritud sisu ja sõnumite edastamist (võivad omada vähest mõju kaasatusele HIV-testimisse) ning 3 isiklike kutsete saatmist (vähene tõendus, seega ei saa öelda, et personaliseeritud kutse üksi omaks efekti). 9 uuringut oli läbi viidud Aafrika, 10 Ameerikas, 1 Euroopas; 4 käsitlesid üldpopulatsiooni, 4 noorukeid (10-19) ja 7 MSM-e.

2 RCT-st koosnev meta-analüüs näitas, et HIV-testimine + reklaam vs HIV-testimine suurendab kaasatust HIV-testimisse (RR: 1,62; 95%CI 1,06–2,48).

1 RCT näitas, et HIV-testimise reklaamimine kirikutes ja baarides suurenda HIV-testide positiivsuse määra (RR: 0,24; 95%CI 0,08–0,74).

2 RCT-st koosnev meta-analüüs näitas, et eakaaslaste põhised sekkumised suurendavad vähesel määral kaasatust HIV-testimisse (RR: 1,31; 95%CI 1,00–1,72). 1 RCT näitas, et ilmselt ei oma eakaaslaste põhised lähenemised efekti HIV-testide positiivsuse määrale 2,4% vs 2,3% (RR: 1,07; 95%CI 0,27–4,22) või isegi vähendavad seda 5,8% vs 6,9% (RR: 0,84; 95%CI 0,22–3,21).

3 RCT-st koosnev meta-analüüs MSM-idel näitas, et personaalsed sõnumid vs tavaline HIV-testimine ei mõjuta HIV-testimisse kaasatust (RR: 1,13; 95%CI 0,86–1,48), mõju võivad omada soo ja rahvuse põhise suunitlusega sõnumid (RR: 1,03; 95%CI 1,00–1,05).

2 RCT-s koosnev meta-analüüs näitas, et isiklikud kutsed vs tavakutsed võivad tõsta kaasatust HIV-testimisse (RR: 2,22; 95%CI 2,20–3,61). 1 RCT näitas, et personaalne kutse vs mitte midagi tõstab HIV-testide positiivsuse määra (4% vs 0%).

4) 27 RCT-d käsitlesid informatsiooni edastavaid ja nõustavaid sõnumeid: 12 RCT-d üldist nõustavat sõnumit enne HIV-testimist (võib vähesel määral tõsta kaasatust HIV-testimisse; enamik uuringuid sihtrühmal), 3 RCT-d paaride nõustamist (ilmselt tõstab kaasatust testimisse, aga ei mõjuta testide positiivsuse määra), 6 RCT-d sõnumi ja sisu kohandamist enne HIV-testimist (motiveeriva või informeeriva sisuga sõnumitest tõstis kaasatust HIV-testimisse ainult 10 informatiivse SMS-i saatmine, vähene tõendus, et seksuaalseid riske vähendav sekkumine tõstab kaasatust testimisse ja ebaselge tõendus, et nõustavatel sõnumitel oleks mõju kaasatusele HIV-testimisse), 3 RCT-d motiveerivat nõustamist enne HIV-testimist (motivatsioonile orienteeritud nõustamine ja sõnumid tõstavad kaasatust HIV-testimisse, kuid tõendus HIV-testide positiivsuse määrale on ebaselge) ja 4 RCT-d vähendatud ajalise kestvusega nõustamist enne HIV-testimist (erinev nõustamise pikkus, intensiivsus ja intervallid omavad sarnast efekti kaasatusele HIV-testimisse). 14 uuringut viidi läbi Ameerikas, 5 Aafrikas, 4 Euroopas, 13 käsitlesid üldpopulatsiooni, 3 MSM-e, 5 NSI-d, 4 noorukeid, 1 rasedate naiste partnereid, 1 kõrge riskiga isikuid.

5 RCT-st koosnev meta-analüüs näitas, et HIV-spetsiifiline informatsioon ja nõustamine enne testimist vs tavateenus tõstab vähesel määral kaasatust HIV-testimisse (RR: 1,38; 95%CI 0,93–2,06). 1 RCT näitas, et HIV-spetsiifiline informatsioon vs tavaline HIV-testimine ei oma mõju noorukitel kaasatusele HIV-testimisse.

2 RCT-st koosnev meta-analüüs näitas, et HIV-spetsiifiline informatsioon ja nõustamine koos majandusliku võimestamisega vs tavaline HIV-testimine tõstab vähesel määral kaasatust HIV-testimisse (RR: 1,80; 95%CI 1,05–3,08).

1 RCT näitas, et grupipõhised nõustavad sõnumid enne HIV-testimist vs tavaline HIV-testimine tõstavad kaasatust HIV-testimisse: 10% vs 5% (RR: 2,02; 95%CI 0,67–6,08).

1 RCT näitas, et nõustamine, mille eesmärk on luua usaldus teenusepakkuja ja kliendi vahel vs tavaline HIV-testimine kas vähendab või vähesel määral tõstab kaasatust HIV-testimisse (6% vs 8%; RR: 0,71; 95%CI 0,31–1,66), aga vähendab kui see kombineerida HIV-spetsiifilise informatsiooniga (6% vs 18%). 1 RCT näitas, et riske vähendava info andmine ja nõustamine enne HIV-testimist vs tavaline HIV-testimine NSI-de seas tõstab kaasatust HIV-testimisse (78,1% vs 18,2%; RR: 4,29; 95%CI 3,22–5,73).

1 RCT näitas, et riske vähendava info andmine ja nõustamine enne HIV-testimist vs tavaline HIV-testimine NSI-de seas võib vähesel määral tõsta uute HIV-juhtude arvu (RR: 1,39; 95%CI 0,11–17,24).

1 RCT näitas, et HIV-spetsiifiline nõustamine koos majandusliku võimestatusega võib vähendada kaasatust HIV-ennetatavatesse teenustesse (RR: 0,71; 95%CI 0,53–0,95).

3 RCT-st koosnev meta-analüüs näitas, et paaridele suunatud nõustamine vs tavaline HIV-testimine suure tõenäosusega tõstab kaasatust HIV-testimisse (RR: 1,50; 95%CI 1,06–2,10).

1 RCT näitas, et paaridele suunatud nõustamine vs tavaline HIV-testimine ilmselt ei oma mõju HIV-testide positiivsuse määrale (RR: 1,46; 95%CI 0,78–2,71; RR: 1,80; 95%CI 0,89–3,65). 1 RCT näitas, et kohandatud sisu (HIV-ravi kasumlikkus ja vähendatud ülekande potentsiaal) koos mobilisatsiooniga tõstis kaasatust HIV-testimisse 60%.

1 RCT näitas, et kasu vs kahju sisuga sõnum enne HIV-testimist ilmselt tõstab kaasatust HIV-testimisse (OR: 1,87; 95%CI 1,07–3,28).

1 RCT näitas, et erineva intervalliga saadetud motiveeriv vs informeeriv sõnum lähenemisel mõjutas kaasatust HIV-testimisse kümne informatiivse SMS-i saatmine (3 motiveerivat SMS-i: RR: 0,98; 95%CI 0,75–1,28. 10 motiveerivat SMS-i RR: 1,17; 95%CI 0,90–1,51. 3 informeerivat SMS-i RR: 1,06; 95%CI 0,81–1,38. 10 informeerivat SMS-i RR: 1,26; 95%CI 0,97–1,62.

1 RCT näitas, et riske kirjeldav SMS vs riske eitav SMS (*agnostic*) ei omanud efekti kaasatusele HIV-testimisse: 11% vs 13% (RR: 0,84; 95%CI 0,65–1,08). 1 RCT näitas, et seksuaalseid riske vähendav sekkumine vs tavaline HIV-testimine võib tõsta kaasatust HIV-testimisse (RR: 2.11; 95%CI 1,29–3,45). Sama uuringus puudus mõju HIV-testide positiivsuse määrale.

3 RCT-st koosnev meta-analüüs näitas, et motivatsioonile orienteeritud sõnumid ja nõustamine vs tavaline HIV-testimine tõstavad kaasatust HIV-testimisse: 33,6% vs 24,1% (RR: 1,52; 95%CI 1,07–2,17).

1 RCT näitas, et motivatsioonile orienteeritud sõnumid ja nõustamine vs tavaline HIV-testimine ei mõjuta HIV-testide positiivsuse määra. 3 RCT-st koosnev meta-analüüs näitas, et vähendatud kestvusega nõustamine omab samasugust efekti kaasatusele HIV-testimisse nagu pikemaajaline nõustamine (RR: 1,05; 95%CI 0,99–1,11).

1 RCT näitas, et interaktiivne nõustamine vs didaktiline nõustamine tõstab kaasatust HIV-testimisse: 20% vs 11% (RR: 1,83-fold; 95%CI 0,78–4,30). 5) 28 RCT-d käsitlesid digitaalseid sekkumisi: 10 uuringut käsitles videol või audiol baseeruvaid sekkumisi (tõenäoliselt tõstab videol põhinev info edastamine ja nõustamine kaasatust HIV-testimisse, aga mitte audiol põhinev), 5 sotsiaalmeediat (mõju ebaselge), 5 veebilehekülgi (mõju ebaselge) ja 8 tekstisõnumeid (SMS) (vähene tõendus, ilmselt tõstab kaasatust HIV-testimisse vähesel määral ning kas vähendab või tõstab vähesel määral testide positiivsuse määra). 15 uuringut viidi läbi Ameerikas, 3 Euroopas, 3 Aasias, 7 Aafrikas. 8 uuringut keskendusid üldpopulatsioonile, 14 MSM-idele, 1 õigusrikkujatele ja 1 noorukitele, 1 HIV-ga kokku puutunud imikute hooldajatele, 1 prostitutsiooni kaasatud naistele, 1 kaugsõidu autojuhtidele ja 1 tudengitele. 3 RCT-st koosnev meta-analüüs näitas, et videol baseeruvad sekkumised vs isiku põhine (*in-person*) või tekstil põhineva sisuga HIV-testimine tõstavad kaasatust HIV-testimisse (RR: 1,38; 95%CI 0,82–2,23).

3 RCT-st koosnev meta-analüüs näitas, et audio vs isikupõhine või tekst ilmselt ei mõjuta kaasatust HIV-testimisse (RR: 1,05; 95%CI 0,84–1,31).

3 RCT-st koosnev meta-analüüs näitas, et video nõustamine vs isikupõhine tõstab kaasatust HIV-testimisse (RR: 10,37; 95%CI 1,80–59,88). 1 RCT näitas, et sagedasemad videod pluss võimalus teha ise testi (*self-testing*), tõstab kaasatust HIV-testimisse (RR: 1,77; 95%CI 1,54–2,04). 2 RCT-d käsitlesid videol põhineva testi-eelse informatsiooni edastamise mõju HIV-testide positiivsuse määrale, aga kumbki uuring ei näidanud efekti. 1 RCT näitas, et sotsiaalmeediaal põhinev sekkumine vs tavaline HIV-testimine tõstab kaasatust HIV-testimisse: 64% vs 42%. 3 RCT-st koosnev meta-analüüs näitas, et SMS vs mitte midagi ei oma efekti kaasatusele HIV-testimisse (RR: 1,17; 95%CI 1,03–1,32).

	<p>1 RCT näitas, et SMS vs mitte midagi kas vähendab <u>uute HIV-juhtude arvu</u> või vähesel määral tõstab (RR: 0,60-fold; 95%CI 0,10–3,53).</p> <p>3 RCT-st koosnev meta-analüüs näitas, et SMS vs mitte midagi kas vähendab <u>HIV-testide positiivsuse määra</u> või vähesel määral tõstab (RR: 0,79; 95%CI 0,24– 2,60).</p> <p><u>Negatiivseid mõjusid käsitlesid 2 uuringut, kumbki uuring ei näidanud sotsiaalsete kahjude riski. Üks uuring, kus käsitleti individuaalsete kutsete saatmist, näitas partnerite vahelist lähisuhtevägivalda võrdset nii kontroll kui sekkumisgrupis. Üks uuring, mis käsitles paaride HIV-testimist ja nõustamist näitas partnerite vahelist lähisuhtevägivalda võrdset nii kontroll kui sekkumisgrupis.</u></p> <p><u>Läbi uuringute ei olnud raporteeritud kahju seotud nõudlust tekitava sekkumisega. Lisaotsinguga kaasati 4 RCT-d.</u></p> <p>1 RCT käsitles riikliku kampaania mõju <u>kaasatusele HIV-testimisse</u> vs testimine enne kampaaniat. Kampaania ajal oli sekkumisgrupis kaasatus HIV-testimisse kõrgem võrreldes sekkumise eelse ajaga (RR: 1,43; 95%CI 1,19–1,73).</p> <p>1 RCT võrdles SMS saatmist vs mitte saatmist <u>kaasatusele HIV-testimisse</u>. Sekkumisgrupp osales suurema tõenäosusega HIV-testimisel viimase 6 kuu jooksul: 86,1% vs 77,7%; AOR 1,71, 95%CI 1,11–2,66).</p> <p>1 RCT võrdles testimist võimalusega loobuda nõustamisest vs tavapärase testimine koos nõustamisega. Uuring näitas, et võimalus loobuda nõustamisest ei tõstnud <u>kaasatust HIV-testimisse</u>, kuid vähendas teenusepakkujate koormust (IRR 1,04; 95%CI 0,89–1,22; p = 0,63).</p> <p>1 RCT käsitles paaridele mõeldud HIV-testimist ja nõustamist vs kontrollgrupp (ainult esmane nõustamine). Sekkumisgrupp osales suurema tõenäosusega paaridele suunatud nõustamisel ja testimisel: 42% vs 12%.</p>	
--	--	--

## Ebasoovitav efekt

How substantial are the undesirable anticipated effects?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVIDAVALDUSED
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Large</li> <li><input type="radio"/> Moderate</li> <li><input type="radio"/> Small</li> <li><input checked="" type="radio"/> Trivial</li> <li><input type="radio"/> Varies</li> <li><input type="radio"/> Don't know</li> </ul>	<p>WHO poolt koostatud süstemaatiline ülevaade koondas 86 randomiseeritud kontrollitud uuringut (RCT), millest 1) 12 käsitlesid stiimulite kasutamist, 2) 7 mobiliseerimist, 3) 20 suunatud ja kohandatud sekkumisi, 4) 27 nõustamist ning 5) 28 digitaalseid sekkumisi.</p> <p><b>1) 12 RCT-d, mis käsitlesid stiimulite kasutamist näitasid, et tõenäoliselt tõstavad fikseeritud, erineva rahalise väärtusega stiimulid mõningal määral kaasatust HIV testimisse.</b> 2 uuringut keskendusid heteroseksuaalsetele meestele, 6 heteroseksuaalsetele täiskasvanutele, 2 naistele ja 2 lastele (5-9a) ning noorukitele (10-19a). 9 uuringut viidi läbi Aafrikas ja 3 Ameerikas. Tulemitena vaadeldi kaasatust HIV testimisse, HIV testide positiivsuse määra, kaasatust HIV ravisse ning HIV ennetavatesse teenustesse.</p> <p>5 RCT-st koosnev meta-analüüs näitas, et fikseeritud väärtusega rahalised stiimulid tõstavad suure tõenäosusega <u>kaasatust HIV testimisse</u> (RR: 1,52; 95%CI 1,28–1,80).</p>	<p>Nõudlust tõstavad strateegiad ei too kaasa olulisi terviseohte ega kõrvaltoimete riski.</p>

2 RCT-st koosnev meta-analüüs näitas, et loteriil baseeruvad stiimulid võrreldes stiimuli mitte kasutamisega, võivad vähesel määral tõsta kaasatust HIV testimisse (RR: 1,45; 95%CI 0,74–2,86).

1 RCT näitas, et fikseeritud väärtusega stiimul ja loteriil baseeruvad stiimulid koos võidu/kaotuse sõnumitega, ei pruugi muuta kaasatust HIV-testimisse (RR: 0,97; 95%CI 0,92-1,01). 1 RCT testis mitte-rahaliste ja tingimuslike stiimulite kasutamist paaridel HIV-testimisse kaasatusel (RR: 5,5; 95%CI 3,63–8,47)

1 RCT testis fikseeritud rahalise väärtusega tingimuslike stiimulite kasutamist HIV testimisse kaasatusel (RR: 3,09; 95%CI 1,86–5,12).

1 RCT näitas, et tegevuspõhised rahalised stiimulid vs mitte tegevuspõhised (*performance-based*) teenuseosutajatele suurendavad kaasatust HIV-testimisse. Tegevuspõhisel rahalisel stiimulil vs mitte tegevuspõhisel rahalisel stiimulil (lihtsalt tasu) erinevus puudus.

2 RCT-st koosnev meta-analüüs näitas, et fikseeritud väärtusega rahalised stiimulid vs mitte midagi tõstavad vähesel määral HIV-testide positiivsuse määra (RR: 1,47; 95%CI 0,48–4,54).

1 RCT näitas, et fikseeritud väärtusega rahalised stiimulid vs mitte midagi tõstavad vähesel määral kaasatust HIV-ravisse (RR: 1,36 95%CI 0,61–3,05).

1 RCT näitas, et fikseeritud väärtusega rahalised stiimulid vs mitte midagi, ei oma olulist efekti kaasatusele HIV-i ennetavatesse teenustesse (ümberlõikamine) (1,27; 95%CI 0,81–1,97).

2) 7 RCT-d, mis uurisid mobilisatsiooni mõju näitasid, et mobilisatsioon (vs mitte) tõstab kaasatust HIV-testimisse, kuid võib vähendada HIV-testide positiivsuse määra (3,3% vs 1,0%, RR: 1,59; 95%CI 0,48–5,28. Kõik uuringud keskendusid tavapopulatsioonile. 4 uuringut viidi läbi Aafrikas ja 3 Ameerikas. Tulemitena vaadeldi kaasatust HIV-testimisse, HIV-testide positiivsuse määra, HIV-testimise sagedust, kaasatust HIV-ravisse.

5 RCT-st koosnev meta-analüüs näitas, et HIV-testimine koos mobilisatsiooniga vs tavaline HIV-testimine tõstab HIV-testimisse kaasatust (RR: 2,11; 95%CI 1,41–3,15).

1 RCT näitas, et kogukonnal põhinev spordi ja teatri põhine mobilisatsioon ei oma efekti HIV-testimise kaasatusele.

1 RCT näitas, et mobilisatsioon koos sõnumiga, kuidas testimine on kasuks kogukonnale, tõstis HIV-testimisse kaasatust 60%

2 RCT-st koosnev meta-analüüs näitas, et mobilisatsioon vs mitte midagi võib vähesel määral tõsta HIV-testide positiivsuse määra (5,8% vs 7,0%, RR: 0,60; 95%CI 0,19–1,92) 1 RCT näitas, et mobilisatsioon vs mitte midagi võib mõningal määral tõsta HIV-testimise sagedust 9,7% (RR: 1,25; 95%CI 0,16–9,90).

1 RCT näitas, et mobilisatsioon vs mitte midagi võib mõningal määral tõsta kaasatust HIV-ravisse (RR: 1,90; 95%CI 0,03–133,00). 3) 20 RCT-d käsitlesid suunatud ja kohandatud sekkumisi; nendest 4 uuringut käsitlesid HIV-testimise teenuste reklaamimist (HIV-testimise reklaamimine vs standard HIV-testimine võib mõningal määral tõsta kaasatust HIV-testimisse ja võib vähendada HIV-testide positiivsuse määra (0,3% vs 0,9%, RR: 0,32; 95%CI 0,10–0,97); 6 hindasid eakaaslaste põhiseid lähenemisi (eakaaslaste põhised lähenemised ilmselt suurendavad kaasatust HIV-testimisse ent vähendavad HIV-testide positiivsuse määra), 7 hindasid personaliseeritud sisu ja sõnumite edastamist (võivad omada vähest mõju kaasatusele HIV-testimisse) ning 3 isiklike kutsete saatmist (vähene tõendus, seega ei saa öelda, et personaliseeritud kutse üksi omaks efekti). 9 uuringut oli

läbi viidud Aafrika, 10 Ameerikas, 1 Euroopas; 4 käsitlesid üldpopulatsiooni, 4 noorukeid (10-19) ja 7 MSM-e.

**2 RCT-st koosnev meta-analüüs näitas, et HIV-testimine + reklaam vs HIV-testimine suurendab kaasatust HIV-testimisse (RR: 1,62; 95%CI 1,06–2,48).**

**1 RCT näitas, et HIV-testimise reklaamimine kirikutes ja baarides suurenda HIV-testide positiivsuse määra (RR: 0,24; 95%CI 0,08–0,74).**

**2 RCT-st koosnev meta-analüüs näitas, et eakaaslaste põhised sekkumised suurendavad vähesel määral kaasatust HIV-testimisse (RR: 1,31; 95%CI 1,00–1,72). 1 RCT näitas, et ilmselt ei oma eakaaslaste põhised lähenemised efekti HIV-testide positiivsuse määrale 2,4% vs 2,3% (RR: 1,07; 95%CI 0,27–4,22) või isegi vähendavad seda 5,8% vs 6,9% (RR: 0,84; 95%CI 0,22–3,21).**

**3 RCT-st koosnev meta-analüüs MSM-idel näitas, et personaalsed sõnumid vs tavaline HIV-testimine ei mõjuta HIV-testimisse kaasatust (RR: 1,13; 95%CI 0,86–1,48), mõju võivad omada soo ja rahvuse põhise suunitlusega sõnumid (RR: 1,03; 95%CI 1,00–1,05).**

**2 RCT-s koosnev meta-analüüs näitas, et isiklikud kutsed vs tavakutsed võivad tõsta kaasatust HIV-testimisse (RR: 2,22; 95%CI 2,20–3,61). 1 RCT näitas, et personaalne kutse vs mitte midagi tõstab HIV-testide positiivsuse määra (4% vs 0%).**

**4) 27 RCT-d käsitlesid informatsiooni edastavaid ja nõustavaid sõnumeid: 12 RCT-d üldist nõustavat sõnumit enne HIV-testimist (võib vähesel määral tõsta kaasatust HIV-testimisse; enamik uuringuid sihtrühmal), 3 RCT-d paaride nõustamist (ilmselt tõstab kaasatust testimisse, aga ei mõjuta testide positiivsuse määra), 6 RCT-d sõnumi ja sisu kohandamist enne HIV-testimist (motiveeriva või informeeriva sisuga sõnumitest tõstis kaasatust HIV-testimisse ainult 10 informatiivse SMS-i saatmine, vähene tõendus, et seksuaalseid riske vähendav sekkumine tõstab kaasatust testimisse ja ebaselge tõendus, et nõustavatel sõnumitel oleks mõju kaasatusele HIV-testimisse), 3 RCT-d motiveerivat nõustamist enne HIV-testimist (motivatsioonile orienteeritud nõustamine ja sõnumid tõstavad kaasatust HIV-testimisse, kuid tõendus HIV-testide positiivsuse määrale on ebaselge) ja 4 RCT-d vähendatud ajalise kestvusega nõustamist enne HIV-testimist (erinev nõustamise pikkus, intensiivsus ja intervallid omavad sarnast efekti kaasatusele HIV-testimisse). 14 uuringut viidi läbi Ameerikas, 5 Aafrikas, 4 Euroopas, 13 käsitlesid üldpopulatsiooni, 3 MSM-e, 5 NSI-d, 4 noorukeid, 1 rasedate naiste partnereid, 1 kõrge riskiga isikuid.**

**5 RCT-st koosnev meta-analüüs näitas, et HIV-spetsiifiline informatsioon ja nõustamine enne testimist vs tavateenus tõstab vähesel määral kaasatust HIV-testimisse (RR: 1,38; 95%CI 0,93–2,06).**

**1 RCT näitas, et HIV-spetsiifiline informatsioon vs tavaline HIV-testimine ei oma mõju noorukitel kaasatusele HIV-testimisse.**

**2 RCT-st koosnev meta-analüüs näitas, et HIV-spetsiifiline informatsioon ja nõustamine koos majandusliku võimestamisega vs tavaline HIV-testimine tõstab vähesel määral kaasatust HIV-testimisse (RR: 1,80; 95%CI 1,05–3,08).**

**1 RCT näitas, et grupipõhised nõustavad sõnumid enne HIV-testimist vs tavaline HIV-testimine tõstavad kaasatust HIV-testimisse: 10% vs 5% (RR: 2,02; 95%CI 0,67–6,08).**

**1 RCT näitas, et nõustamine, mille eesmärk on luua usaldus teenusepakkuja ja kliendi vahel vs tavaline HIV-testimine kas vähendab või vähesel määral tõstab kaasatust HIV-testimisse (6% vs 8%; RR: 0,71; 95%CI 0,31–1,66), aga vähendab kui see kombineerida HIV-spetsiifilise informatsiooniga (6% vs 18%). 1 RCT näitas, et riske vähendava info andmine ja nõustamine enne HIV-testimist vs**



tavaline HIV-testimine NSI-de seas tõstab kaasatust HIV-testimisse (78,1% vs 18,2%; RR: 4,29; 95%CI 3,22–5,73).

1 RCT näitas, et riske vähendava info andmine ja nõustamine enne HIV-testimist vs tavaline HIV-testimine NSI-de seas võib vähesel määral tõsta uute HIV-juhtude arvu (RR: 1,39; 95%CI 0,11–17,24).

1 RCT näitas, et HIV-spetsiifiline nõustamine koos majandusliku võimestatusega võib vähendada kaasatust HIV-ennetavatesse teenustesse (RR: 0,71; 95%CI 0,53–0,95).

3 RCT-st koosnev meta-analüüs näitas, et paaridele suunatud nõustamine vs tavaline HIV-testimine suure tõenäosusega tõstab kaasatust HIV-testimisse (RR: 1,50; 95%CI 1,06–2,10).

1 RCT näitas, et paaridele suunatud nõustamine vs tavaline HIV-testimine ilmselt ei oma mõju HIV-testide positiivsuse määrale (RR: 1,46; 95%CI 0,78–2,71; RR: 1,80; 95%CI 0,89–3,65). 1 RCT näitas, et kohandatud sisu (HIV-ravi kasumlikkus ja vähendatud ülekande potentsiaal) koos mobilisatsiooniga tõstis kaasatust HIV-testimisse 60%.

1 RCT näitas, et kasu vs kahju sisuga sõnum enne HIV-testimist ilmselt tõstab kaasatust HIV-testimisse (OR: 1,87; 95%CI 1,07–3,28).

1 RCT näitas, et erineva intervalliga saadetud motiveeriv vs informeeriv sõnum lähenemisel mõjutas kaasatust HIV-testimisse kümne informatiivse SMS-i saatmine (3 motiveerivat SMS-i: RR: 0,98; 95%CI 0,75–1,28. 10 motiveerivat SMS-i RR: 1,17; 95%CI 0,90–1,51. 3 informeerivat SMS-i RR: 1,06; 95%CI 0,81–1,38. 10 informeerivat SMS-i RR: 1,26; 95%CI 0,97–1,62.

1 RCT näitas, et riske kirjeldav SMS vs riske eitav SMS (*agnostic*) ei omanud efekti kaasatusele HIV-testimisse: 11% vs 13% (RR: 0,84; 95%CI 0,65–1,08). 1 RCT näitas, et seksuaalseid riske vähendav sekkumine vs tavaline HIV-testimine võib tõsta kaasatust HIV-testimisse (RR: 2,11; 95%CI 1,29–3,45). Sama uuringus puudus mõju HIV-testide positiivsuse määrale.

3 RCT-st koosnev meta-analüüs näitas, et motivatsioonile orienteeritud sõnumid ja nõustamine vs tavaline HIV-testimine tõstavad kaasatust HIV-testimisse: 33,6% vs 24,1% (RR: 1,52; 95%CI 1,07–2,17).

1 RCT näitas, et motivatsioonile orienteeritud sõnumid ja nõustamine vs tavaline HIV-testimine ei mõjuta HIV-testide positiivsuse määra. 3 RCT-st koosnev meta-analüüs näitas, et vähendatud kestvusega nõustamine omab samasugust efekti kaasatusele HIV-testimisse nagu pikemaajaline nõustamine (RR: 1,05; 95%CI 0,99–1,11).

1 RCT näitas, et interaktiivne nõustamine vs didaktiline nõustamine tõstab kaasatust HIV-testimisse: 20% vs 11% (RR: 1,83-fold; 95%CI 0,78–4,30). 5) 28 RCT-d käsitlesid digitaalseid sekkumisi: 10 uuringut käsitles videol või audiol baseeruvaid sekkumisi (tõenäoliselt tõstab videol põhinev info edastamine ja nõustamine kaasatust HIV-testimisse, aga mitte audiol põhinev), 5 sotsiaalmeediat (mõju ebaselge), 5 veebilehekülgi (mõju ebaselge) ja 8 tekstisõnumeid (SMS) (vähene tõendus, ilmselt tõstab kaasatust HIV-testimisse vähesel määral ning kas vähendab või tõstab vähesel määral testide positiivsuse määra). 15 uuringut viidi läbi Ameerikas, 3 Euroopas, 3 Aasias, 7 Aafrikas. 8 uuringut keskendusid üldpopulatsioonile, 14 MSM-idele, 1 õigusrikkujatele ja 1 noorukitele, 1 HIV-ga kokku puutunud imikute hooldajatele, 1 prostitutsiooni kaasatud naistele, 1 kaugsõidu autojuhtidele ja 1 tudengitele. 3 RCT-st koosnev meta-analüüs näitas, et videol baseeruvad sekkumised vs isiku põhine (*in-person*) või tekstil põhineva sisuga HIV-testimine tõstavad kaasatust HIV-testimisse (RR: 1,38; 95%CI 0,82–2,23).

	<p>3 RCT-st koosnev meta-analüüs näitas, et audio vs isikupõhine või tekst ilmselt ei mõjuta <u>kaasatust HIV-testimisse</u> (RR: 1,05; 95%CI 0,84–1,31).</p> <p>3 RCT-st koosnev meta-analüüs näitas, et video nõustamine vs isikupõhine tõstab <u>kaasatust HIV-testimisse</u> (RR: 10,37; 95%CI 1,80–59,88). 1 RCT näitas, et sagedasemad videod pluss võimalus teha ise testi (<i>self-testing</i>), tõstab <u>kaasatust HIV-testimisse</u> (RR: 1,77; 95%CI 1,54–2,04). 2 RCT-d käsitlesid videol põhineva testi-eelse informatsiooni edastamise mõju <u>HIV-testide positiivsuse määrale</u>, aga kumbki uuring ei näidanud efekti. 1 RCT näitas, et sotsiaalmeedial põhinev sekkumine vs tavaline HIV-testimine tõstab <u>kaasatust HIV-testimisse</u>: 64% vs 42%. 3 RCT-st koosnev meta-analüüs näitas, et SMS vs mitte midagi ei oma efekti <u>kaasatusele HIV-testimisse</u> (RR: 1,17; 95%CI 1,03–1,32).</p> <p>1 RCT näitas, et SMS vs mitte midagi kas vähendab <u>uute HIV-juhtude arvu</u> või vähesel määral tõstab (RR: 0,60-fold; 95%CI 0,10–3,53).</p> <p>3 RCT-st koosnev meta-analüüs näitas, et SMS vs mitte midagi kas vähendab <u>HIV-testide positiivsuse määra</u> või vähesel määral tõstab (RR: 0,79; 95%CI 0,24– 2,60).</p> <p><u>Negatiivseid mõjusid käsitlesid 2 uuringut, kumbki uuring ei näidanud sotsiaalsete kahjude riski. Üks uuring, kus käsitleti individuaalsete kutsete saatmist, näitas partnerite vahelist lähisuhtevägivalda võrdselt nii kontroll kui sekkumisgrupis. Üks uuring, mis käsitles paaride HIV-testimist ja nõustamist näitas partnerite vahelist lähisuhtevägivalda võrdselt nii kontroll kui sekkumisgrupis.</u></p> <p><u>Läbi uuringute ei olnud raporteeritud kahju seotud nõudlust tekitava sekkumisega. Lisaotsinguga kaasati 4 RCT-d.</u></p> <p>1 RCT käsitles riikliku kampaania mõju <u>kaasatusele HIV-testimisse</u> vs testimine enne kampaaniat. Kampaania ajal oli sekkumisgrupis kaasatus HIV-testimisse kõrgem võrreldes sekkumise eelse ajaga (RR: 1,43; 95%CI 1,19–1,73).</p> <p>1 RCT võrdles SMS saatmist vs mitte saatmist <u>kaasatusele HIV-testimisse</u>. Sekkumisgrupp osales suurema tõenäosusega HIV-testimisel viimase 6 kuu jooksul: 86,1% vs 77,7%; AOR 1,71, 95%CI 1,11–2,66).</p> <p>1 RCT võrdles testimist võimalusega loobuda nõustamisest vs tavapärane testimine koos nõustamisega. Uuring näitas, et võimalus loobuda nõustamisest ei tõstnud <u>kaasatust HIV-testimisse</u>, kuid vähendas teenusepakkujate koormust (IRR 1,04; 95%CI 0,89–1.22; p = 0,63).</p> <p>1 RCT käsitles paaridele mõeldud HIV-testimist ja nõustamist vs kontrollgrupp (ainult esmane nõustamine). Sekkumisgrupp osales suurema tõenäosusega paaridele suunatud nõustamisel ja testimisel: 42% vs 12%.</p>	
--	---	--

## Tõendatuse aste

What is the overall certainty of the evidence of effects?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
-------	---------------------------	------------------------

<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Very low</li> <li><input checked="" type="radio"/> Low</li> <li><input type="radio"/> Moderate</li> <li><input type="radio"/> High</li> <li><input type="radio"/> No included studies</li> </ul>	<p>Tõendus nõudlust tõstvate strateegiatega osas oli enamasti väga madala kuni mõõduka kvaliteediga. Paljusid RCT-sid polnud võimalik puulida, kuna heterogeensus oli suur või puudusid piisavalt täpsed andmed, seega vähe meta-analüüse. Enamik uuringuid näitas sekkumise vähest või mitte mingit efekti soovitud tulemile.</p>	-
---	--	---

## Väärtushinnangud

Is there important uncertainty about or variability in how much people value the main outcomes?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Important uncertainty or variability</li> <li><input type="radio"/> Possibly important uncertainty or variability</li> <li><input type="radio"/> Probably no important uncertainty or variability</li> <li><input checked="" type="radio"/> No important uncertainty or variability</li> </ul>	<p>Sihtrühma hinnanguid ja eelistusi käsitleti 15 RCT-s: 2 uuringut stiimulite, 2 mobiliseerimise, 1 kohandamise ja suunatud lähenemise, 4 nõustamise ja 6 digitaliseerimise kohta. Uuringud näitasid, et mõned nõudlust tekitavad strateegiad aitasid sihtrühmas vähendada hirmu testimise ees ning neid tajuti lõbusate ja ligipääsetavatena. Mõningad mured kerkisid esile seoses nende sekkumistega, mis olid suunitletud paaridele ja sekkumistega, mis oma asukoha tõttu võisid olla mitte piisavalt privaatsed, tekitada stigmatiseerimist ja diskrimineerimist.</p> <p><b>Stiimulid</b> - motiveerivad testima; grupipõhised on lõbusad ja ligipääsetavad, tekitasid mugava tunde antud teemal rääkimiseks.</p> <p><b>Kiriku põhine mobiliseerimine</b> - taskukohane, mugav, privaatne, põhjustas rahulolu, andis rohkem võimalust infoga kursis olla.</p> <p><b>kohandatud ja suunatud lähenemine</b> - personaalsed kirjad tekitasid partnerites negatiivset reaktsiooni, aga olid samas vastuvõetavad.</p> <p><b>Nõustamine</b> - tõstis enesekindlust ja enesetõhusust, vastuvõetav, rahulolu seoses otsusega minna testima.</p> <p><b>digitaalsed lähenemised</b> - rahulolu seoses online nõustamisega, videod aktsepteeritavad MSM-ide hulgas, vähendasid privaatsuse kartust meeste seas, suurendasid testimise vastuvõetavust, online sekkumine täpsema info edastamiseks oli vastuvõetav MSM-ide hulgas.</p>	-

## Soovitud ja ebasoovitud efektide tasakaal

Does the balance between desirable and undesirable effects favor the intervention or the comparison?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAALUTLUSED
-------	---------------------------	-------------------------

<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Favors the comparison</li> <li><input type="radio"/> Probably favors the comparison</li> <li><input type="radio"/> Does not favor either the intervention or the comparison</li> <li><input checked="" type="radio"/> Probably favors the intervention</li> <li><input type="radio"/> Favors the intervention</li> <li><input type="radio"/> Varies</li> <li><input type="radio"/> Don't know</li> </ul>	<p>Stiimulite kasutamine ilmselt tõstab kaasatust HIV-testimisse, kuigi võib olla seotud lühiajaliste terviseotsuste tegemisega. Seega tuleks nende kasutamisel kaaluda lühiajalisi kasusid võrreldes pikemaajaliste käitumismustritega (võib tekkida käitumismuster, kus näiteks testimist seostatakse mõne rahalise stiimuliga).</p>	<p>Nõudlust tõstvad strateegiad ei too kaasa olulisi terviseohte ega kõrvaltoimete riski.</p> <p>Stiimulite kasutamine teatud sihtrühmadel võib potentsiaalselt vähendada tervise ebavõrdsust.</p>
---	--	--

## Vajaminevad ressursid

How large are the resource requirements (costs)?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Large costs</li> <li><input type="radio"/> Moderate costs</li> <li><input type="radio"/> Negligible costs and savings</li> <li><input type="radio"/> Moderate savings</li> <li><input type="radio"/> Large savings</li> <li><input checked="" type="radio"/> Varies</li> <li><input type="radio"/> Don't know</li> </ul>	<p>8 uuringut raporteerisid nõudlust tekitavate strateegiatega seotud kulusid.</p> <p>Stiimulite kasutamine oli seotud suuremate kuludega kui mitte kasutamine.</p> <p>Mobiliseerimise kulude kohta andmed puudusid.</p> <p>Suunatud sekkumiste puhul olid digitaalsed reklaamid kallimad võrreldes trükitud reklaamidega.</p> <p>Nõustamine - teenusepakkujate koolituskulud olid väiksemad kui saadud kasu.</p> <p>Digitaalsete sekkumiste puhul on soodsamad sihtrühma kaasavad meetmed (<i>crowdsourcing</i>).</p> <p>SMS on suhteliselt odav meetod suure hulga inimesteni jõudmiseks.</p>	<p>Ei tea, Eestis puuduvad hinnangud.</p> <p>Nõudlust tekitavad strateegiad on väga erinevad ning ka nendeks kuluv ressurss võib olla väga varieeruv.</p>

## Tõendatuse aste vajaminevate ressursside kohta

What is the certainty of the evidence of resource requirements (costs)?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Very low</li> <li><input type="radio"/> Low</li> <li><input type="radio"/> Moderate</li> <li><input type="radio"/> High</li> <li><input checked="" type="radio"/> No included studies</li> </ul>	<p>Eestis ei ole nõudlust tõstvatel strateegiatega rakendamiseks vajalikke ressursse teaduslikult hinnatud.</p>	<p>-</p>

## Kulutõhusus

Does the cost-effectiveness of the intervention favor the intervention or the comparison?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Favors the comparison</li><li><input type="radio"/> Probably favors the comparison</li><li><input type="radio"/> Does not favor either the intervention or the comparison</li><li><input checked="" type="radio"/> Probably favors the intervention</li><li><input type="radio"/> Favors the intervention</li><li><input type="radio"/> Varies</li><li><input type="radio"/> No included studies</li></ul>	<p>Eestis ei ole nõudlust tõstvate strateegiate kulutõhusust hinnatud.</p> <p>8 uuringut raporteerisid nõudlust tekitavate strateegiatega seotud kulusid.</p> <p>Stiimulite kasutamine oli seotud suuremate kuludega kui mitte kasutamine.</p> <p>Suunatud sekkumiste puhul olid digitaalsed reklaamid kallimad võrreldes trükitud reklaamidega.</p> <p>Nõustamine - teenusepakujate koolituskulud olid väiksemad kui saadud kasu.</p> <p>Digitaalsete sekkumiste puhul on soodsamad sihtrühma kaasavad meetmed (<i>crowdsourcing</i>).</p> <p>SMS on suhteliselt odav meetod suure hulga inimesteni jõudmiseks.</p>	<p>Eestis ei ole nõudlust tõstvate strateegiate kulutõhusust hinnatud, küll on aga hinnatud HIV-testimise kulutõhusust.</p> <p>Rüütel jt. (2017) raporti kohaselt oleks MSM-ide puhul kõige kulutõhusam testimise strateegia üks kord aastas, täiendkulu tõhususe määr (TTM) on 16200 eurot ühe säästetud eluaasta kohta (YLS) (ingl year of life saved). NSI-de puhul oleks kulutõhus testida üks kord kuus (TTM on 11000 eurot YLS kohta). Kogu rahvastiku puhul oleks kulutõhus testida üks kord kolme aasta jooksul (TTM on 13000 eurot YLS kohta).</p> <p>Rüütel K, Lemsalu L, Mabileau G, Paltiel AD, Walensky RP, Freedberg KA, Yazdanpanah Y. HIV-testimise kulutõhususe modelleerimine. Uuringu tulemuste lühikokkuvõte. Tallinn: Tervise Arengu Instituut, 2017.</p>

## Võrdsus

What would be the impact on health equity?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> Reduced</li><li><input type="radio"/> Probably reduced</li><li><input type="radio"/> Probably no impact</li><li><input checked="" type="radio"/> Probably increased</li><li><input type="radio"/> Increased</li><li><input type="radio"/> Varies</li><li><input type="radio"/> Don't know</li></ul>	<p>Õige lähenemise korral võib tõsta võrdsust, ent võib ka suurendada ebavõrdsust, juhul kui eelistada teatud sihtrühmi.</p>	<p>Stiimulite kasutamine teatud sihtrühmadel võib potentsiaalselt vähendada tervise ebavõrdsust.</p>

## Vastuvõetavus

Is the intervention acceptable to key stakeholders?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"><li><input type="radio"/> No</li><li><input type="radio"/> Probably no</li><li><input checked="" type="radio"/> Probably yes</li><li><input type="radio"/> Yes</li><li><input type="radio"/> Varies</li><li><input type="radio"/> Don't know</li></ul>	<p>Olulisi kahjusid sekkumised ei põhjusta (lähisuhtevägivald, uuringud näitasid, et ei erine sekkumis- ja kontrollgrupis). Kartus stigmatiseerimise, diskrimineerimise ja privaatsuse osas. Rahalised stiimulid vastuvõetavad.</p>	-

## Teostatavus

Is the intervention feasible to implement?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> No</li> <li><input type="radio"/> Probably no</li> <li><input checked="" type="radio"/> Probably yes</li> <li><input type="radio"/> Yes</li> <li><input type="radio"/> Varies</li> <li><input type="radio"/> Don't know</li> </ul>	<p>Stiimulite kasutamine on seotud lisakuludega, mis võib olla probleemiks ning vajab poliitilist nõusolekut. Mobiliseerimise rakendamine ei ole seotud takistustega, kuid vajab olustikule vastavat modifitseerimist (ühiskonna, kaaslaste valmisolek). Kohandatud ja suunatud lähenemiste kasutamine on ilmselt kõige suurema teostatavusega ja ka enim vastuvõetav sihtrühmale, ent vajab sarnaselt mobilisatsioonile olustikule vastavat modifitseerimist. Nõustav sisu ja sõnumid on läbi aja olnud enim vastuvõetav meetod, ent võib olla vajadusega teenuseosutajate ümberkoolitamiseks. Digitaalsete lähenemiste teostatavus sõltub olustikust ja on seni vähe uuritud.</p>	<p>Eestis on teatud sekkumised juba kasutusel: perearsti kvaliteedi süsteemi lisatud uus indikaator, meediakampaaniad ja HIV-testimise nädal. SMS sõnumite saatmist pole kasutatud.</p>

## SOOVITUSE LIIK

Strong recommendation against the intervention	Conditional recommendation against the intervention	Conditional recommendation for either the intervention or the comparison	Conditional recommendation for the intervention	Strong recommendation for the intervention
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>

## JÄRELDUSED

### Soovitus

HIV-testimise kaasatuse suurendamiseks kaaluge nõudlust tõstvate strateegiade kasutamist (näiteks rahalised stiimulid; kogukonna mobiliseerimine; suunatud- ja kohandatud sekkumised; informeerivad- ja nõustavad sõnumid; digitaalsed sekkumised).

*Nõrk soovitus, madal tõendatuse aste*

### Teadusuuringute vajadus

Eestis oleks vajalik teadmine, mis stiimul millise sihtrühma puhul toimib ja on ka kulutõhus. Kuigi praegu mingi kogemus on, siis seda teadmist napib.

## VIIDETE KOKKUVÕTE

1. HIV/AIDS (UNAIDS), Joint United Nations Programme on. 90-90-90: an ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. Geneva: UNAIDS; 2014. 2017.
2. Rüütel K, Epštein J Kaur E. HIV-nakkuse ja kaasuvate infektsioonide epidemioloogiline olukord Eestis, 2010–2018. Tervise Arengu Instituut, Terviseamet; 2019.
3. Sandre S, Kallaste E, Anspal S, Sõmer M. HIV leviku prognoos lähiaastateks ja kaasnev kulu riigile. Eesti Rakendusuuringute Keskus Centar; 2017.
4. Marty L, Lemsalu L, Vals K, Costagliola D, Kaupe R, Linina I, Upmace I, Rüütel K, Kivite A, Supervie V, the HERMETIC study group. The HIV epidemic in two Baltic States: A tale of two stories?. HepHIV, 28–30 January 2019, Bucharest, Romania. HIV in Europe; 2019.
5. Tervise Arengu Instituut, Terviseamet. HIV nakkuse ja kaasuvate infektsioonide epidemioloogiline olukord Eestis, 2000–2016.. Tervise Arengu Instituut; 2017.
6. Rüütel K, Lemsalu L, Mabileau G, Paltiel AD, Walensky RP, Freedberg KA, Yazdanpanah Y. HIV-testimise kulutõhususe modelleerimine. Uuringu tulemuste lühikokkuvõte. Tervise Arengu Instituut; 2017.