

# KÜSIMUS

Kas kõigile, kellele on suunatud HIV-testimine, tuleb lisaks tavapärasele nõudlust tõstvale strateegiale, pakkuda enesetestimist võrreldes enesetestimise mitte pakkumisega, et suurendada kaasatust HIV-testimisse?

POPULATION:	rahvastik, kellele on suunatud HIV-testimine
INTERVENTION:	HIV-testimine, mis hõlmab enesetestimist/ HIV-testimine mis hõlmab enesetestimist ja teisi sekskumisi
COMPARISON:	HIV-testimine, mis ei hõlma enesetestimist/HIV testimine, mis hõlmab ainult enesetestimist
MAIN OUTCOMES:	kaasatus HIV-testimisse

# HINNANG

## Probleem

Is the problem a priority?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAALUTLUSED
<p><input type="radio"/> No</p> <p><input type="radio"/> Probably no</p> <p><input type="radio"/> Probably yes</p> <p><input checked="" type="radio"/> Yes</p> <p><input type="radio"/> Varies</p> <p><input type="radio"/> Don't know</p>	<p>Hoolimata HIV-testimise võimaluste laialdasest levikust, on WHO hinnangul maailmas umbes 8,1 miljonit inimest (21% kõikidest HIV-positiivsetest), kes pole oma infektsioonist teadlikud (1). Eestis hinnati 2017. aastal HIV-positiivsete koguarvuks 6855 inimest, kellest hinnanguliselt 916 (13%) ei olnud HIV veel diagnoositud (2).</p> <p>Eesti kiitis 2017. aasta lõpus heaks riikliku HIV-i tegevuskava aastateks 2017–2025 (3). Selle peamiseks eesmärgiks on HIV-nakkuse laialdasliku leviku lõpetamine. Eesmärgi saavutamisel võetakse lisaks uute juhtude vähendamisele sihiks ÜRO AIDS-i programmi ning WHO poolt aastaks 2020 seatud nn 90-90-90 eesmärgid, milleni meil plaanitakse jõuda aastaks 2025: 90% HIV-nakatunutest on oma nakkusest teadlikud, 90% diagnoosi saanud HIV-nakatunutest saab antiretroviirusravi, 90%-l ARV-ravi saajatest on viiruskoormus alla määratava taseme. Selleks et saavutad nn esimest 90 eesmärki, on oluline, et senisest rohkem inimesi end testiks. Seetõttu on ühe prioriteetsena meetmena kavas ka kogukonnapõhise HIV-testimise ja -nõustamise teenuse pakkumine.</p> <p>Eestis on hetkel kõigil inimestel võimalik HIV-test teha oma perearsti juures või anonüümsetes testimiskabinettides. Koduseid kiirteste on varasemalt müüdnud ka Eesti apteegivõrgus (esimest korda 2016. aastal), hetkel on need kättesaadavad veebipoodides (<a href="https://tervisetested.ee/tooted/hiv-kiirtest">https://tervisetested.ee/tooted/hiv-kiirtest</a>, <a href="http://www.kiirtestid.ee/et/a/hiv-kodune-kiirtest">http://www.kiirtestid.ee/et/a/hiv-kodune-kiirtest</a>). Ühe testi hinnaks on 25–30 eurot (4, 5).</p> <p>2019. aastal viis Tervise Arengu Instituut (TAI) läbi enesetestimise pilootprojekti, mille raames koolitati erinevate MTÜ-de töötajaid (sotsiaaltöötajaid, kogemusnõustajaid jne), et nad oskaksid õpetada inimestele kiirtesti tegemist ning oskaksid käituda juhul, kui test osutub positiivseks. Testi võis teha MTÜ ruumides või anda see inimesele koju kaasa. 8 MTÜ kokkuvõttes jaotati 143 enesetestit - MTÜ ruumides tehti 56 testi ja kaasa jagati 87 testi. 91 korral oli testi vastus negatiivne, 2 korral positiivne (puudub info, kas need inimesed võisid juba varem oma positiivsusest teada), 50 juhul jäi testi vastus teadmata. (Allikas: isiklik suhtlus TAI-ga)</p> <p>Pilootprojekti kasutati verepõhiseid enesetestite, kuna nende tundlikkus ja spetsiifilisus on võrreldes süljepõhistega parem. Verepõhiste enesetestide tundlikkus on 96,2–100% ja spetsiifilisus 99,5–100%, süljepõhiste testide puhul on vastavad näitajad 80–100% ja 95,1–100% (6).</p>	<p>Apteegivõrkudes hetkel HIV-i kiirtestid kättesaadavad ei ole. Kiirteste on varasemalt Eestis apteekides müüdnud.</p> <p>Tervise Arengu Instituut on suhelnud erinevate ettevõtete, kuid hetkel on olnud huvi teste apteekides turustada leige.</p>

Soovitud efekt		
How substantial are the desirable anticipated effects?		
OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVAD 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 (7) poolt koostatud süstemaatiline ülevaade kaasas kokku 32 randomiseeritud kontrollitud uuringut (ingl k <i>randomized controlled trial</i> ehk RCT) – 19 neist oli avaldatud ajakirjades artiklina, 11 olid koverentsi abstraktid ja 2 avaldamata uuringut saadi ekspertkonsultatsiooni käigus. 17 neist olid individuaalsed RCT-d ja 15 klaster-RCT-d.</p> <p>21 RCT-d viidi läbi üldpopulatsioonis, 11 riskigruppides (8 meestega seksivate meeste hulgas, 3 prostitutsiooni kaasatud naiste hulgas). Pea kolm neljandikku uuringutest viidi läbi Sahara-aluses Aafrikas (72%, n=23), 5 Ameerika Ühendriikides, 3 Hiinas/Hong Kongis, 1 Austraalias. Kõik uuringud peale ühe kasutasid süljepõhiseid eneseteste, üks kasutas nii sülje- kui verepõhiseid teste. Kõikide uuringute puhul olid testid uuritavatele tasuta, v.a. üks uuring, kus uuriti tasuta testide jagamist võrdluses erinevas hinnaklassis testide müümisega.</p> <p><b>Meta-analüüs, mis hindas kaasatust HIV-testimisse, koostati 24 RCT põhjal ning see näitas, et enesetestimise võimaldamine tõenäoliselt tõstab kaasatust HIV-testimisse (RR 1,62, 95%CI 1,43 – 1,83, keskmise kvaliteediga tõendus). Ka sub-analüüsidest saadi sama tulemus:</b> üldpopulatsioonis RR 1,99 (95% CI 1,61–2,45), riskigruppide seas RR 1,32 (95% CI 1,15–1,50), meestega seksivate meeste hulgas RR 1,37 (95% CI 1,19–1,57), prostitutsiooni kaasatud naiste hulgas RR 1,25 (95% CI 1,00–1,55), naiste hulgas üldiselt RR 1,44 (95% CI 1,14–1,83), meeste hulgas RR 1,76 (95% CI 1,52–2,04) ja 15–24-aastaste noorte hulgas RR 2,10 (95% CI 1,36–3,23).</p> <p><b>Analüüsidest testide jagamise metoodika mõju HIV-testimisse kaasatusele leiti, et kõik meetodid kas tõenäoliselt tõstavad või võivad tõsta testimisse kaasatust.</b> Tõenäoliselt tõstavad kaasatust veebis tellimine ja paki teel testide jagamine RR 1,47 (95% CI 1,30–1,66), teenuskeskustes (<i>facility based</i>) testide jagamine RR 1,28 (95% CI 1,01–1,61), nn sekundaarne testide jagamine naistelt oma meespartneritele RR 2,63 (95% CI 1,81–3,82) ja nn sekundaarne jagamine omavanuste sõprade vahel RR 1,19 (95% CI 0,97–1,47). Kaasatust võivad tõsta nn sekundaarne jagamine HIV-positiivsetelt patsientidelt oma partneritele RR 2,03 (95% CI 1,01–4,09), kogukonnas või kodudes jagamine RR 1,32 (95% CI 0,95–1,85) ja enesetestimine teenuskeskustes RR 2,40 (95% CI 1,26–4,55).</p> <p><b>Analüüsidest erinevaid testimise läbiviimist toetavaid meetmeid leiti, et kõik meetmed kas tõenäoliselt tõstavad või võivad tõsta testimisse kaasatust.</b> Tõenäoliselt tõstavad kaasatust instruktsioonide parandamine ja videokonsultatsiooni võimalus RR 2,02 (95% CI 1,65–2,47) ja testimine koos personaalse jälgimisega RR 1,57 (95% CI 1,14–2,17). Kaasatust võivad tõsta iseseisvalt või vähese toega enesetestimine RR 1,60 (95% CI 1,13–2,28), demonstratsioon gruppides RR 1,26 (95% CI 1,01–1,58), virtuaalne reaalaajas tugi või järelvalve RR 1,77 (95% CI 1,54–2,04), personaalne demonstratsioon või koolitus RR 1,31 (95% CI 0,93–1,86).</p> <p><b>18 RCT põhjal tehtud meta-analüüs näitas, et enesetestimine võrreldes tavapärase testimisega ei mõjuta või mõjutab vähe HIV-positiivsete testide määra testitute hulgas RR 0,98 (95% CI 0,77–1,26),</b></p>	-

	<p><b>mõõduka kvaliteediga tõendus.</b> Ka sub-analüüsidest saadi sama tulemus: üldpopulatsioonis RR 0,88 (95% CI 0,53–1,44), riskigruppides RR 0,99 (95% CI 0,75–1,30), meestega seksivate meeste hulgas RR 1,59 (95% CI 0,87–2,89), prostitutsiooni kaasatud naiste hulgas RR 0,87 (95% CI 0,63–1,21), 15–24-aastaste noorte hulgas RR 0,67 (95% CI 0,33–1,34). Seda ei mõjutanud ka testide laiali jagamise meetodika.</p> <p><b>7 RCT koondhinnang näitas, et 65% (52–78%) enesetestiga positiivse tulemuse saanutest (n = 497) tegi ka kinnitava testi (n = 332).</b></p> <p><b>12 RCT põhjal tehtud meta-analüüs näitas, et enesetestimine võrreldes tavapärase testimisega ei mõjuta või mõjutab vähe kaasatust kliinilisele hindamisele või ARV-ravi alustamist (positiivse testi tulemusega inimeste hulgas) RR 0,97 (95% CI 0,87–1,08), mõõduka kvaliteediga tõendus.</b> Ka sub-analüüsidest saadi sama tulemus: üldpopulatsioonis RR 0,98 (95% CI 0,86–1,11), riskigruppides RR 0,83 (95% CI 0,58–1,18), meestega seksivate meeste hulgas RR 1,14 (95% CI 0,67–1,97), prostitutsiooni kaasatud naiste hulgas RR 0,66 (95% CI 0,41–1,04). Ka arstile pöördumist toetavad meetmed ei mõjuta või mõjutavad vähe kaasatust kliinilisele hindamisele või ARV-ravi alustamist. Ilma arstile pöördumise toetuseta RR 0,82 (95% CI 0,62–1,07), meeldetuletus telefonis või kõne RR 0,83 (95% CI 0,28–2,51), koduvisiit või muu näost näkku kohtumise variant RR 1,00 (95% CI 0,89–1,14), rahaline stiimul RR 1,09 (95% CI 0,87–1,38). Virtuaalse reaalaajas toe kohta ei saa hinnangut anda, kuna tõenduse kvaliteet on väga madal.</p> <p><b>Negatiivsed mõjud:</b></p> <p><b>6 RCT-l põhinev meta-analüüs leidis, et enesetestimine võrreldes tavapärase testimisega ei mõjuta või mõjutab vähe sotsiaalsete kahjude või negatiivsete kõrvalmõjude (lähisuhte vägivald, sõnaline väärkohtlemine ja ajutine suhte purunemine) taset RR 1,89 (95% CI 0,54–6,54), madala kvaliteediga tõendus.</b></p> <p>Üks uuring raporteeris neljast juhust, kus inimest oli sunnitud testi tegema (uuringus 13 267 osalejat). Teine uuring raporteeris 0 juhtu, kus patsienti oleks sunnitud testi tegema või oma tulemusi kellelegi avaldama (uuringus 1063 osalejat).</p> <p>4 RCT-l põhinev meta-analüüs näitas, et enesetestimine võrreldes tavapärase testimisega ei mõjuta või mõjutab vähe kondoomita anaalse vahekorra sagedust MSM-ide hulgas RR 1,09 (95% CI 0,95–1,24).</p>	
--	--	--

## Ebasoovitav efekt

How substantial are the undesirable anticipated effects?

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

<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Large</li> <li>○ Moderate</li> <li>● Small</li> <li>○ Trivial</li> <li>○ Varies</li> <li>○ Don't know</li> </ul>	<p>WHO (7) poolt koostatud süstemaatiline ülevaade kaasas kokku 32 randomiseeritud kontrollitud uuringut (ingl k <i>randomized controlled trial</i> ehk RCT) – 19 neist oli avaldatud ajakirjades artiklina, 11 olid koverentsi abstraktid ja 2 avaldamata uuringut saadi ekspertkonsultatsiooni käigus. 17 neist olid individuaalsed RCT-d ja 15 klaster-RCT-d.</p> <p>21 RCT-d viidi läbi üldpopulatsioonis, 11 riskigruppides (8 meestega seksivate meeste hulgas, 3 prostitutsiooni kaasatud naiste hulgas). Pea kolm neljandikku uuringutest viidi läbi Sahara-aluses Aafrikas (72%, n=23), 5 Ameerika Ühendriikides, 3 Hiinas/Hong Kongis, 1 Austraalias. Kõik uuringud peale ühe kasutasid süljepõhiseid eneseteste, üks kasutas nii sülje- kui verepõhiseid teste. Kõikide uuringute puhul olid testid uuritavatele tasuta, v.a. üks uuring, kus uuriti tasuta testide jagamist võrdluses erinevas hinnaklassis testide müümisega.</p> <p><b>Meta-analüüs, mis hindas kaasatust HIV-testimisse, koostati 24 RCT põhjal ning see näitas, et enesetestimise võimaldamine tõenäoliselt tõstab kaasatust HIV-testimisse (RR 1,62, 95%CI 1,43 – 1,83, keskmise kvaliteediga tõendus). Ka sub-analüüsides saadi sama tulemus:</b> üldpopulatsioonis RR 1,99 (95% CI 1,61–2,45), riskigruppide seas RR 1,32 (95% CI 1,15–1,50), meestega seksivate meeste hulgas RR 1,37 (95% CI 1,19–1,57), prostitutsiooni kaasatud naiste hulgas RR 1,25 (95% CI 1,00–1,55), naiste hulgas üldiselt RR 1,44 (95% CI 1,14–1,83), meeste hulgas RR 1,76 (95% CI 1,52–2,04) ja 15–24-aastaste noorte hulgas RR 2,10 (95% CI 1,36–3,23).</p> <p><b>Analüüsides testide jagamise meetodika mõju HIV-testimisse kaasatusele leiti, et kõik meetodid kas tõenäoliselt tõstavad või võivad tõsta testimisse kaasatust.</b> Tõenäoliselt tõstavad kaasatust veebis tellimine ja paki teel testide jagamine RR 1,47 (95% CI 1,30–1,66), teenuskeskustes (<i>facility based</i>) testide jagamine RR 1,28 (95% CI 1,01–1,61), nn sekundaarne testide jagamine naistelt oma meespartneritele RR 2,63 (95% CI 1,81–3,82) ja nn sekundaarne jagamine omanavuste sõprade vahel RR 1,19 (95% CI 0,97–1,47). Kaasatust võivad tõsta nn sekundaarne jagamine HIV-positiivsetelt patsientidelt oma partneritele RR 2,03 (95% CI 1,01–4,09), kogukonnas või kodudes jagamine RR 1,32 (95% CI 0,95–1,85) ja enesetestimine teenuskeskustes RR 2,40 (95% CI 1,26–4,55).</p> <p><b>Analüüsides erinevaid testimise läbiviimist toetavaid meetmeid leiti, et kõik meetmed kas tõenäoliselt tõstavad või võivad tõsta testimisse kaasatust.</b> Tõenäoliselt tõstavad kaasatust instruktsioonide parandamine ja videokonsultatsiooni võimalus RR 2,02 (95% CI 1,65–2,47) ja testimine koos personaalse jälgimisega RR 1,57 (95% CI 1,14–2,17). Kaasatust võivad tõsta iseseisvalt või vähese toega enesetestimine RR 1,60 (95% CI 1,13–2,28), demonstratsioon gruppides RR 1,26 (95% CI 1,01–1,58), virtuaalne reaaliajas tugi või järelvalve RR 1,77 (95% CI 1,54–2,04), personaalne demonstratsioon või koolitus RR 1,31 (95% CI 0,93–1,86).</p> <p><b>18 RCT põhjal tehtud meta-analüüs näitas, et enesetestimine võrreldes tavapärase testimisega ei mõjuta või mõjutab vähe HIV-positiivsete testide määra testitute hulgas RR 0,98 (95% CI 0,77–1,26), mõõduka kvaliteediga tõendus.</b> Ka sub-analüüsides saadi sama tulemus: üldpopulatsioonis RR 0,88 (95% CI 0,53–1,44), riskigruppides RR 0,99 (95% CI 0,75–1,30), meestega seksivate meeste hulgas RR 1,59 (95% CI 0,87–2,89), prostitutsiooni kaasatud naiste hulgas RR 0,87 (95% CI 0,63–1,21), 15–24-aastaste noorte hulgas RR 0,67 (95% CI 0,33–1,34). Seda ei mõjutanud ka testide laiali jagamise meetodika.</p>	<p>Kui inimene jääb testi tulemusega üksi, siis võib tekkida enesekahjustuse risk.</p> <p>Testidega peab olema kaasas info, kuhu pöörduda positiivse testi tulemuse puhul. Tervise Arengu Instituut lisas enda poolt jagatud testidele juurde infolehe nakkuskeskuste/kabinettide infoga.</p> <p>Eestis kogemus HIVST järgse enesekahjustamisega puudub.</p>
---	--	--

	<p><b>7 RCT koondhinnang näitas, et 65% (52–78%) enesetestiga positiivse tulemuse saanutest (n = 497) tegi ka kinnitava testi (n = 332).</b></p> <p><b>12 RCT põhjal tehtud meta-analüüs näitas, et enesetestimine võrreldes tavapärase testimisega ei mõjuta või mõjutab vähe kaasatust kliinilisele hindamisele või ARV-ravi alustamist (positiivse testi tulemusega inimeste hulgas) RR 0,97 (95% CI 0,87–1,08), mõõduka kvaliteediga tõendus.</b> Ka sub-analüüsides saadi sama tulemus: üldpopulatsioonis RR 0,98 (95% CI 0,86–1,11), riskigruppides RR 0,83 (95% CI 0,58–1,18), meestega seksivate meeste hulgas RR 1,14 (95% CI 0,67–1,97), prostitutsiooni kaasatud naiste hulgas RR 0,66 (95% CI 0,41–1,04). Ka arstile pöördumist toetavad meetmed ei mõjuta või mõjutavad vähe kaasatust kliinilisele hindamisele või ARV-ravi alustamist. Ilma arstile pöördumise toetuseta RR 0,82 (95% CI 0,62–1,07), meeldetuletus telefonis või kõne RR 0,83 (95% CI 0,28–2,51), koduvisiit või muu näost näkku kohtumise variant RR 1,00 (95% CI 0,89–1,14), rahaline stiimul RR 1,09 (95% CI 0,87–1,38). Virtuaalse reaajas toe kohta ei saa hinnangut anda, kuna tõenduse kvaliteet on väga madal.</p> <p><b>Negatiivsed mõjud:</b></p> <p><b>6 RCT-l põhinev meta-analüüs leidis, et enesetestimine võrreldes tavapärase testimisega ei mõjuta või mõjutab vähe sotsiaalsete kahjude või negatiivsete kõrvalmõjude (lähisuhte vägivald, sõnaline väärkohtlemine ja ajutine suhte purunemine) taset RR 1,89 (95% CI 0,54–6,54), madala kvaliteediga tõendus.</b></p> <p>Üks uuring raporteeris neljast juhust, kus inimest oli sunnitud testi tegema (uuringus 13 267 osalejat). Teine uuring raporteeris 0 juhtu, kus patsienti oleks sunnitud testi tegema või oma tulemusi kellelegi avaldama (uuringus 1063 osalejat).</p> <p>4 RCT-l põhinev meta-analüüs näitas, et enesetestimine võrreldes tavapärase testimisega ei mõjuta või mõjutab vähe kondoomita anaalse vahekorra sagedust MSM-ide hulgas RR 1,09 (95% CI 0,95–1,24).</p>	
--	--	--

<p><b>Tõendatuse aste</b> What is the overall certainty of the evidence of effects?</p>		
<p><b>OTSUS</b></p>	<p><b>TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL</b></p>	<p><b>TÄIENDAVID KAALUTLUSED</b></p>

<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Very low</li> <li><input type="radio"/> Low</li> <li><input checked="" type="radio"/> Moderate</li> <li><input type="radio"/> High</li> <li><input type="radio"/> No included studies</li> </ul>	<p>Tõendus enesetestimise kohta pärines enamjaolt mõõduka kvaliteediga meta-analüüsides, mõned meta-analüüsid olid ka madala kvaliteediga.</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 checked="" type="radio"/> Probably no important uncertainty or variability</li> <li><input type="radio"/> No important uncertainty or variability</li> </ul>	<p>Sihtrühmade suhtumist ei ole teaduslikult uuritud.</p>	<p>Laiendaks testimise võimalust.</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 type="radio"/> Probably favors the intervention</li> <li><input checked="" type="radio"/> Favors the intervention</li> <li><input type="radio"/> Varies</li> <li><input type="radio"/> Don't know</li> </ul>	<p>Enesetestimine tõstab tõenäoliselt kaasatust HIV-testimisse, mis on oluline, kuna aitab jõuda lähemale eesmärgile leida üles vähemalt 90% inimestest, kellel on HIV-infektsioon.</p> <p>Olulisi sotsiaalseid kahjusid või negatiivseid kõrvalmõjusid ei leitud.</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 type="radio"/> Varies</li> <li><input checked="" type="radio"/> Don't know</li> </ul>	<p>Selleks et enesetestimine oleks Eestis laialt kättesaadav, on vaja koolitada inimesi (erinevate MTÜ-de töötajad nt), kes teste jagaksid või luua süsteem testide muul viisil jagamiseks.</p> <p>Testide tasuta jagamise korral on vaja otsest rahalist ressursi testide ostmiseks. Testide turustamiseks apteekide kaudu on vaja leida maaletooja.</p>	<p>Eestis juba koolitatud MTÜ-de töötajaid (43 töötajat erinevatest MTÜ-dest).</p> <p>Tervise Arengu Instituut on suhelnud edasimüüjatega, seni ei ole suurt huvi olnud kiirtestide turustamisega apteekides.</p> <p>Rahalised kulutused sõltuksid ka sellest, kuidas hakata eneseteste jagama/müüma - kas mõnele riskigrupile teha see tasuta kättesaadavaks.</p> <p>Samas, pole üheski riigis HIVST kõikidele tasuta, alati on mingid kitsendused.</p>
---	---	--

## Tõendatuse aste vajaminevate ressursside kohta

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

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID 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 enesetestimise kasutuselevõtuks 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 type="radio"/> Probably favors the intervention</li> <li><input type="radio"/> Favors the intervention</li> <li><input type="radio"/> Varies</li> <li><input checked="" type="radio"/> No included studies</li> </ul>	<p>Eestis ei ole enesetestimise kulutõhusust hinnatud.</p> <p>WHO testimist käsitlev juhend (7) viitas kolmele kulutõhususe analüüsile, mis kõik olid viidud läbi Sahara-aluses Aafrikas. Nendes leiti, et enesetestimine võib olla kulutõhus kõrge HIV-i levimusega riikides, eriti kui fookuseerida testimist riskigruppidele. Siiski ei ole võimalik neid kulutõhususe analüüse Eestile üle kanda.</p>	<p>-</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>WHO HIV-testimist käsitlev ravijuhend (7) hindas pärast kõigi eelpool toodud uuringutega tutvumist, et enesetestimine annab tõenäoliselt testimisvõimaluse neile, kel on seda vaja, kuid kes erinevatel põhjustel ei ole seni end testinud, sealhulgas riskigruppidele ja muudele haavatavatele gruppidele nagu noored. Seega võib öelda, et enesetestimine aitab terviseebavõrdsust vähendada ja jõuda nendeni, kes muidu end ei testiks.</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>WHO HIV-testimist käsitlevas ravijuhendis (7) on toodud ülevaade inimeste väärtushinnangutest ja eelistustest seoses enesetestimisega. Ülevaade koostati 74 uuringu põhjal, mis viidi läbi 23 erinevas riigis esindades pea kõiki põhilisi regioone. Kaasatud uuringute valimisuurus ulatus üheteistkümnest 16 660-ni. Tulemused esitati jutustavas vormis, kuna meta-analüüsi polnud uuringute väga eripalgeliste uuringudisainide ja tulemusnäitajate tõttu võimalik teha.</p> <p>Valmisolek kasutada eneseteste oli kõikides uuringutes kõrge (67-99%) eelkõige tänu testide kasutamise mugavusele. Kasutusmugavust ja lihtsust raporteeriti tihti kui põhjust enesetesti kasutamiseks. Väärtustati ka enesetestimisega seotud suuremat privaatsust ja konfidentsiaalsust ning võimalust saada tulemus kiiresti. Väljendati tugevat usaldust testitulemuste suhtes (&gt;73%) ning hinnati kõrgelt oma oskust testi läbi viia (seda nii sülje- kui verepõhiste testide puhul).</p> <p>2 uuringut (Ameerika Ühendriikidest ja Hiinast) raporteerisid, et 0,8-15% osalejatest väljendasid kahtlust testitulemuste usaldusväärsuse osas. Kõige sagedasemad põhjused, miks enesetesti ei soovitud teha, olid testitulemuste ebausaldusväärsus, hirm kasutusvigade ees ning juhendamise puudumine. Mõned inimesed väljendasid ka hirmu ja ärevust võimalike testitulemuste pärast.</p> <p>Sotsiaalseid kahjusid ja negatiivseid kõrvalmõjusid raporteeriti väga harva. Enesetestimisega otseselt seotud suitsiide ei esinenud.</p> <p>Testide laialijagamise võimaluste eelistusi uuris 38 uuringut. Eelistusena toodi välja erinevaid võimalusi, sh apteegid, automaadid, sõprade või kogukonnapõhine jagamine, veebis tellimine ja paki teel jagamine, teenuskeskustes (<i>facility based</i>) jagamine. Nn sekundaarset jagamist naistelt oma meespartneritele hinnati vastuvõetavaks. Mõnel juhul kartsid naised negatiivset reaktsiooni oma partneritelt, eriti sel teemal vestluse algatamisel. Naised kirjeldasid aga ka erinevaid võimalusi, kuidas partneri negatiivset reaktsiooni vältida, nt andes vaid osalist informatsiooni varjamaks testi eesmärki, jättes testi ruumis nähtavale kohale või oodates testi kätte andmisega kuni tekib sobiv hetk. Lähisuhtevägivalda ja suhete purunemist raporteeriti harva ja kui seda juhtus, siis oli see tihti ajutine. Tihti raporteeriti, et enesetest tõstis partneritevahelist usaldust.</p> <p>9 uuringus väljendasid osalejad soovi saada tuge enesetesti kasutamisel ja positiivsele testitulemusele reageerimisel, kuid informatsiooni polnud või oli seda väga vähe selle kohta, millist tuge inimesed soovisid. Kahes uuringus väljendasid inimesed soovi positiivse testitulemuse korral arstile</p>	<p>Suhtumine sõltub lisaks sellest, kas peab testi eest ise maksma ja kui peab, siis kui palju.</p> <p>Vastuvõetavus sõltub lisaks sellest, kuidas teste jagatakse/kuidas neid osta saab - privaatsus on väga oluline. Võiks olla erinevaid viise teste saada/osta (näiteks apteek, veebileheküljelt tellimine jt).</p>



	<p>pöördumisel saada tuge ilma et nad peaksid realselt arstile pöörduma (telefoni või sõnumi teel, et vältida stigmat ja diskrimineerimist).</p> <p>Mõned uuringud raporteerisid kasutajapoolseid vigu testi kasutamisel. Vähem esines vigu siis, kui test tehti spetsialisti juhendamisel või jälgimisel või kui testi tegemine salvestati videona. Vaid väga väiksel hulgal inimestest esines raskusi enesetesti pakendi avamisega, testmaterjali saamisega, instruksioonide lugemise või testitulemuste interpreteerimisega. Mõnes uuringus inimesed siiski väljendasid muret oma oskuse pärast instruksioone lugeda ja tulemusi interpreteerida.</p> <p>35 uuringut raporteerisid eelistusi enesetestide pakendite osas. Eelistati teste, millel on selged ja lihtsad instruksioonid ning mille pakenditel on diskreetne disain. Üldine valmisolek testi eest maksta ulatus 0,1 dollarist 43 dollarini (7-43 dollarit kõrge sissetulekuga riikides).</p> <p>Testitava materjali (sülj või veri) osas erinesid eelistused suurel määral. Mõned eelistasid sülge, kuna selle saamine on valutu ja seda peeti lihtsaks, samas teised eelistasid verel põhinevaid teste, kuna pidasid neid täpsemateks.</p>	
--	---	--

## Teostatavus

Is the intervention feasible to implement?

OTSUS	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVAD KAALUTLUSED
<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Probably no <input checked="" type="radio"/> Probably yes <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> Varies <input type="radio"/> Don't know	<p>Enesetestimise rakendamiseks oleks vaja koolitada inimesi (erinevate MTÜ-de töötajad nt), kes teste jagaksid või luua süsteem testide muul viisil jagamiseks. TAI on pilootprojekti raames inimeste koolitamist alustanud.</p>	-

## SOOVITUSE LIIK

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

# JÄRELDUSED

## Soovitus

Kõigile, kellele on suunatud HIV-testimine, pakkuge lisaks tavapärasele nõudlust tõstvatele strateegiatele enesetestimist.

*Tugev soovitus, mõõdukas tõendatuse aste*

## VIIDETE KOKKUVÕTE

1. UNAIDS. Global AIDS update 2019 — Communities at the centre. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2019.
2. Lemsalu L, Rüütel K. HIV-diagnoositud inimeste arv ja raviga kaasatus Eestis aastatel 2000-2017. Tervise Arengu Instituut; 2018.
3. Sotsiaalministeerium. Riiklik HIV tegevuskava aastateks 2017–2025. Sotsiaalministeerium; 2017.
4. Tervisetestid. HIV kiirtest. 2019.
5. Kiirtestid. HIV kodune kiirtest. 2019.
6. Figueroa C, Johnson C, Ford N, et al. Reliability of HIV rapid diagnostic tests for self-testing compared with testing by health-care workers: a systematic review and meta-analysis. 2018.
7. WHO. Consolidated guidelines on HIV testing services for changing epidemics. WHO; 2019.