

Autor(id): Karmen Jaaniso

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

Allikas: GRADE tabelid on üle võetud WHO 2019. aasta süstemaatilisest ülevaatest ja meta-analüüsist "Jamil MS, Eshun-Wilson I, Witzel TC, Figueroa C, Chitembo L, Msimanga-Radebe B, Pasha MS, Nguyen V, Hatzold K, Corbett E, Weatherburn P, Rodger AJ, Sigefried N, Barr-DChiara M, Baggaley R, Geng E, Johnson C. Should HIV self-testing be offered as an additional approach to delivering HIV testing services? A GRADE systematic review and values and preferences. World Health Organization; 2019".

Tõendatuse astme hinnang							Uuritavate arv		Mõju		Tõendatuse aste	Olulisus
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Tõenduse ebakõla	Tõenduse kaudsus	Tõenduse ebatäpsus	Muud kaalutlused	tavapäraseid nõudlust tõstvaid strateegiaid	tavapärasel nõudlust tõstvaid strateegiaid koos enesetestimisega	Suhteline (95% CI)	Absoluutne (95% CI)		

Kaasatus HIV-testimisse (üldine). Uptake of HIV testing (overall).

24 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20,21,22,23,24,a,b	randomiseeritud uuringud ^c	suur ^d	väike ^e	väike ^f	väike	puudub	24554/38006 (64.6%) ^g	15575/32966 (47.2%) ^g	suhteline risk (RR) 1.62 (1.43 kuni 1.83) ^h	293 rohkem / 1,000 (203 rohkem kuni 392 rohkem)	⊕⊕⊕○ KESKMINE	KRIITILINE
--	---------------------------------------	-------------------	--------------------	--------------------	-------	--------	----------------------------------	----------------------------------	--	---	------------------	------------

Kaasatus HIV-testimisse (üldpopulatsioon). Uptake of HIV testing (general population).

14 1,2,7,8,9,11,12,13,14,15,16,18,19,24,b,i	randomiseeritud uuringud ⁱ	väga suur ^k	väike ^l	väike ^m	väike	puudub	20947/32575 (64.3%) ⁿ	13612/28229 (48.2%) ⁿ	suhteline risk (RR) 1.99 (1.61 kuni 2.45)	477 rohkem / 1,000 (294 rohkem kuni 699 rohkem)	⊕⊕○○ MADAL	KRIITILINE
--	---------------------------------------	------------------------	--------------------	--------------------	-------	--------	----------------------------------	----------------------------------	---	---	---------------	------------

Kaasatus HIV-testimisse (riskigrupid). Uptake of HIV testing (key populations).

10 3,4,5,6,10,17,20,21,22,23,b,o	randomiseeritud uuringud ^p	suur ^q	väike ^r	väike ^s	väike	puudub	3607/5431 (66.4%) ^t	1963/4737 (41.4%) ^t	suhteline risk (RR) 1.32 (1.15 kuni 1.50)	133 rohkem / 1,000 (62 rohkem kuni 207 rohkem)	⊕⊕⊕○ KESKMINE	KRIITILINE
-------------------------------------	---------------------------------------	-------------------	--------------------	--------------------	-------	--------	--------------------------------	--------------------------------	---	--	------------------	------------

Kaasatus HIV-testimisse (meestega seksivad mehed). Uptake of HIV testing (men who have sex with men)

7 3,4,5,17,21,22,23,b,u	randomiseeritud uuringud ^v	suur ^w	väike ^x	väike	väike	puudub	2427/3404 (71.3%) ^y	1432/3393 (42.2%) ^y	suhteline risk (RR) 1.37 (1.19 kuni 1.57)	156 rohkem / 1,000 (80 rohkem kuni 241 rohkem)	⊕⊕⊕○ KESKMINE	KRIITILINE
----------------------------	---------------------------------------	-------------------	--------------------	-------	-------	--------	--------------------------------	--------------------------------	---	--	------------------	------------

Kaasatus HIV-testimisse (prostituutsiooni kaasatud naised). Uptake of HIV testing (female sex workers).

3 6,10,20,b,z	randomiseeritud uuringud ^{aa}	suur ^{ab}	väike ^{ac}	väike	väike	puudub	1180/2027 (58.2%) ^{ad}	531/1344 (39.5%) ^{ad}	suhteline risk (RR) 1.25 (1.00 kuni 1.55)	99 rohkem / 1,000 (0 vähem kuni 217 rohkem)	⊕⊕⊕○ KESKMINE	KRIITILINE
------------------	--	--------------------	---------------------	-------	-------	--------	---------------------------------	--------------------------------	---	---	------------------	------------

Kaasatus HIV-testimisse (mehed). Uptake of HIV testing (men).

Töendatuse astme hinnang							Uuritavate arv		Mõju		Töendatuse aste	Olulisus
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Töenduse ebakõla	Töenduse kaudsus	Töenduse ebatäpsus	Muud kaalutlused	tavapäraseid nõudlust tõstvaid strateegiaid	tavapärasel nõudlust tõstvatel strateegiaid koos enesetestimisega	Suhteline (95% CI)	Absoluutne (95% CI)		
18 ^{1,2,3,4,5,7,8,9,11,13,14,15,16,17,19,21,22,23,aa,b}	randomiseeritud uuringud ^{af}	suur ^{ag}	väike ^{ah}	väike	väike	puudub	12889/17023 (75.7%) ^{ai}	7223/13522 (53.4%) ^{ai}	suhteline risk (RR) 1.76 (1.52 kuni 2.04)	406 rohkem / 1,000 (278 rohkem kuni 556 rohkem)	⊕⊕⊕○ KESKMINE	KRIITILINE

Kaasatus HIV-testimisse (naised). Uptake of HIV testing (women)

7 ^{6,9,10,14,15,18,20,aj,b}	randomiseeritud uuringud ^{ak}	suur ^{al}	väike ^{am}	väike	väike	puudub	7306/9686 (75.4%) ^{an}	6136/9234 (66.5%) ^{an}	suhteline risk (RR) 1.44 (1.14 kuni 1.83)	292 rohkem / 1,000 (93 rohkem kuni 552 rohkem)	⊕⊕⊕○ KESKMINE	KRIITILINE
--------------------------------------	--	--------------------	---------------------	-------	-------	--------	---------------------------------	---------------------------------	---	--	------------------	------------

Kaasatus HIV-testimisse (noored vanuses 15-24 aastat). Uptake of HIV testing (young people 15-24 years).

5 ^{5,14,15,16,18,aa,b}	randomiseeritud uuringud ^{ap}	väga suur ^{aq}	väike ^{ar}	väike	väike	puudub	1006/2355 (42.7%) ^{as}	700/2057 (34.0%) ^{as}	suhteline risk (RR) 2.08 (1.38 kuni 3.13)	368 rohkem / 1,000 (129 rohkem kuni 725 rohkem)	⊕⊕○○ MADAL	KRIITILINE
---------------------------------	--	-------------------------	---------------------	-------	-------	--------	---------------------------------	--------------------------------	---	---	---------------	------------

Kaasatus HIV-testimisse (möödetuna ≤6 kuud sekkumise algusest). Uptake of HIV testing (measurement time-point: ≤6 months)

18 ^{1,2,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,18,19,20,21,22,at,b}	randomiseeritud uuringud ^{au}	suur ^{av}	väike ^{aw}	väike	väike	puudub	19929/30755 (64.8%) ^{ax}	11858/25973 (45.7%) ^{ax}	suhteline risk (RR) 1.77 (1.50 kuni 2.10)	352 rohkem / 1,000 (228 rohkem kuni 502 rohkem)	⊕⊕⊕○ KESKMINE	KRIITILINE
---	--	--------------------	---------------------	-------	-------	--------	-----------------------------------	-----------------------------------	---	---	------------------	------------

Kaasatus HIV-testimisse (möödetuna >6 kuud sekkumise algusest). Uptake of HIV testing (measurement time-point: >6 months).

6 ^{3,15,17,23,24,25,ay,b}	randomiseeritud uuringud ^{az}	väga suur ^{ba}	väike ^{bb}	väike	väike	puudub	4625/7251 (63.8%) ^{bc}	3717/6993 (53.2%) ^{bc}	suhteline risk (RR) 1.27 (1.10 kuni 1.48)	144 rohkem / 1,000 (53 rohkem kuni 255 rohkem)	⊕⊕○○ MADAL	KRIITILINE
------------------------------------	--	-------------------------	---------------------	-------	-------	--------	---------------------------------	---------------------------------	---	--	---------------	------------

Kaasatus HIV-testimisse (veebis tellimine ja paki teel testide jagamine). Uptake of HIV testing (online and mail distribution).

5 ^{5,17,21,22,23,bb,dd}	randomiseeritud uuringud ^{ba}	suur ^{bf}	väike ^{bg}	väike	väike	puudub	2161/3106 (69.6%) ^{bh}	1218/3099 (39.3%) ^{bh}	suhteline risk (RR) 1.47 (1.30 kuni 1.66)	185 rohkem / 1,000 (118 rohkem kuni 259 rohkem)	⊕⊕⊕○ KESKMINE	KRIITILINE
----------------------------------	--	--------------------	---------------------	-------	-------	--------	---------------------------------	---------------------------------	---	---	------------------	------------

Kaasatus HIV-testimisse (teenuskeskustest testide jagamine). Uptake of HIV testing (facility-based distribution).

Töendatuse astme hinnang							Uuritavate arv		Mõju		Töendatuse aste	Olulisus
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Töenduse ebakõla	Töenduse kausus	Töenduse ebatäpsus	Muud kaalutlused	tavapäraseid nõudlust tõstvaid strateegiaid	tavapärasel nõudlust tõstvatel strateegiaid koos enesetestimisega	Suhteline (95% CI)	Absoluutne (95% CI)		
6 ^{3,4,6,10,12,18,b,bi}	randomiseeritud uuringud ^{bi}	suur ^{bk}	väike ^{bl}	väike	väike	puudub	903/1155 (78.2%) ^{bm}	520/810 (64.2%) ^{bm}	suhteline risk (RR) 1.28 (1.01 kuni 1.61)	180 rohkem / 1,000 (6 rohkem kuni 392 rohkem)	⊕⊕⊕○ KESKMINE	KRIITILINE

Kaasatus HIV-testimisse (nn sekundaarne testide jagamine - naistelt oma meespartneritele). Uptake of HIV testing (secondary distribution - women to male partners)

4 ^{1,2,13,19,b,bn}	randomiseeritud uuringud ^{bo}	suur ^{bp}	väike ^{bq}	väike	väike	puudub	4477/5737 (78.0%) ^{br}	840/2578 (32.6%) ^{br}	suhteline risk (RR) 2.63 (1.81 kuni 3.82)	531 rohkem / 1,000 (264 rohkem kuni 919 rohkem)	⊕⊕⊕○ KESKMINE	KRIITILINE
-----------------------------	--	--------------------	---------------------	-------	-------	--------	---------------------------------	--------------------------------	--	--	------------------	------------

Kaasatus HIV-testimisse (nn sekundaarne jagamine - HIV-positiivsetelt patsientidelt oma partneritele). Uptake of HIV testing services (secondary distribution - HIV-positive clients to partners)

2 ^{11,13,b,bs}	randomiseeritud uuringud ^{bt}	väga suur ^{bu}	väike ^{bv}	väike	väike	puudub	507/823 (61.6%) ^{bw}	120/369 (32.5%) ^{bw}	suhteline risk (RR) 2.03 (1.01 kuni 4.09)	335 rohkem / 1,000 (3 rohkem kuni 1,000 rohkem)	⊕⊕○○ MADAL	KRIITILINE
-------------------------	--	-------------------------	---------------------	-------	-------	--------	-------------------------------	-------------------------------	--	--	---------------	------------

Kaasatus HIV-testimisse (nn sekundaarne jagamine - omavanuste sõprade vahel). Uptake of HIV testing (secondary distribution - peers)

2 ^{6,10,b,bx}	randomiseeritud uuringud ^{by}	suur ^{bz}	väike ^{ca}	väike	väike	puudub	555/612 (90.7%) ^{cb}	244/324 (75.3%) ^{cb}	suhteline risk (RR) 1.19 (0.97 kuni 1.47)	143 rohkem / 1,000 (23 vähem kuni 354 rohkem)	⊕⊕⊕○ KESKMINE	KRIITILINE
------------------------	--	--------------------	---------------------	-------	-------	--------	-------------------------------	-------------------------------	--	--	------------------	------------

Kaasatus HIV-testimisse (kogukonnas või kodudes jagamine). Uptake of HIV testing (community- or home-based distribution)

4 ^{9,15,16,24,b,cc}	randomiseeritud uuringud ^{cd}	väga suur ^{ce}	väike ^{cf}	väike	väike	puudub	14607/22826 (64.0%) ^{cg}	12219/22222 (55.0%) ^{cg}	suhteline risk (RR) 1.32 (0.95 kuni 1.85)	176 rohkem / 1,000 (27 vähem kuni 467 rohkem)	⊕⊕○○ MADAL	KRIITILINE
------------------------------	--	-------------------------	---------------------	-------	-------	--------	-----------------------------------	-----------------------------------	--	--	---------------	------------

Kaasatus HIV-testimisse (enesetestimine teenusekeskustes). Uptake of HIV testing (HIVST at facilities)

4 ^{7,8,14,20,b,cb}	randomiseeritud uuringud ^{ci}	väga suur ^{ci}	väike ^{ck}	väike	väike	puudub	1344/3747 (35.9%) ^{ci}	414/3564 (11.6%) ^{ci}	suhteline risk (RR) 2.40 (1.26 kuni 4.55)	163 rohkem / 1,000 (30 rohkem kuni 412 rohkem)	⊕⊕○○ MADAL	KRIITILINE
-----------------------------	--	-------------------------	---------------------	-------	-------	--------	---------------------------------	--------------------------------	--	---	---------------	------------

Kaasatus HIV-testimisse (iseseisvalt või vähese toega). Uptake of HIV testing (no or basic support)

Töendatuse astme hinnang							Uuritavate arv		Mõju		Töendatuse aste	Olulisus
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Töenduse ebakõla	Töenduse kaudsus	Töenduse ebatäpsus	Muud kaalutlused	tavapäraseid nõudlust tõstvaid strateegiaid	tavapärasel nõudlust tõstvatel strateegial koos enesetestimisega	Suhteline (95% CI)	Absoluutne (95% CI)		
4 ^{5,12,18,23,b,cm}	randomiseeritud uuringud ^{cn}	väga suur ^{co}	väike ^{cp}	väike	väike	puudub	268/377 (71.1%) ^{cq}	157/355 (44.2%) ^{cq}	suhteline risk (RR) 1.60 (1.13 kuni 2.28)	265 rohkem / 1,000 (57 rohkem kuni 566 rohkem)	⊕⊕○○ MADAL	KRIITILINE

Kaasatus HIV-testimisse (instruktsioonide parandamine, videokonsultatsiooni võimalus). Uptake of HIV testing (IFU enhancement, video or study hotline)

8 ^{1,2,3,11,13,17,19,21,b,cr}	randomiseeritud uuringud ^{cs}	suur ^{ct}	väike ^{cu}	väike	väike	puudub	6985/9448 (73.9%) ^{cv}	2096/5848 (35.8%) ^{cv}	suhteline risk (RR) 2.02 (1.65 kuni 2.47)	366 rohkem / 1,000 (233 rohkem kuni 527 rohkem)	⊕⊕⊕○ KESKMINE	KRIITILINE
--	--	--------------------	---------------------	-------	-------	--------	---------------------------------	---------------------------------	--	--	------------------	------------

Kaasatus HIV-testimisse (demonstratsioon gruppides). Uptake of HIV testing (group demonstration)

3 ^{6,10,11,b,cw}	randomiseeritud uuringud ^{cx}	suur ^{cy}	suur ^{cz}	väike	väike	puudub	2124/3374 (63.0%) ^{da}	736/2599 (28.3%) ^{da}	suhteline risk (RR) 1.26 (1.01 kuni 1.58)	74 rohkem / 1,000 (3 rohkem kuni 164 rohkem)	⊕⊕○○ MADAL	KRIITILINE
---------------------------	--	--------------------	--------------------	-------	-------	--------	---------------------------------	--------------------------------	--	---	---------------	------------

Kaasatus HIV-testimisse (personaalne demonstratsioon või koolitus). Uptake of HIV testing (in-person demonstration or training)

4 ^{15,16,24,25,b,db}	randomiseeritud uuringud ^{dc}	väga suur ^{dd}	väike ^{de}	väike	väike	puudub	6626/9675 (68.5%) ^{df}	4511/8630 (52.3%) ^{df}	suhteline risk (RR) 1.31 (0.93 kuni 1.86)	162 rohkem / 1,000 (37 vähem kuni 450 rohkem)	⊕⊕○○ MADAL	KRIITILINE
-------------------------------	--	-------------------------	---------------------	-------	-------	--------	---------------------------------	---------------------------------	--	--	---------------	------------

Kaasatus HIV-testimisse (koos personaalse jälgimisega). Uptake of HIV testing (in-person observation or supervision)

4 ^{7,8,9,20,b,dg}	randomiseeritud uuringud ^{dh}	suur ^{di}	väike ^{dj}	väike	väike	puudub	8358/14917 (56.0%) ^{dk}	7966/15319 (52.0%) ^{dk}	suhteline risk (RR) 1.57 (1.14 kuni 2.17)	296 rohkem / 1,000 (73 rohkem kuni 608 rohkem)	⊕⊕⊕○ KESKMINE	KRIITILINE
----------------------------	--	--------------------	---------------------	-------	-------	--------	----------------------------------	----------------------------------	--	---	------------------	------------

Kaasatus HIV-testimisse (virtuaalne reaalaajas tugi või järelvalve). Uptake of HIV testing (virtual real-time support or supervision)

1 ^{22,b}	randomiseeritud uuringud	suur ^{dl}	väike	väike	väike	puudub	193/215 (89.8%) ^{dm}	109/215 (50.7%) ^{dm}	suhteline risk (RR) 1.77 (1.54 kuni 2.04)	390 rohkem / 1,000 (274 rohkem kuni 527 rohkem)	⊕⊕⊕○ KESKMINE	KRIITILINE
-------------------	--------------------------	--------------------	-------	-------	-------	--------	-------------------------------	-------------------------------	--	--	------------------	------------

HIV positiivsete testide määr randomiseeritult (üldine). HIV positivity rate among randomized (overall)

Töendatuse astme hinnang							Uuritavate arv		Mõju		Töendatuse aste	Olulisus
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Töenduse ebakõla	Töenduse kaudsus	Töenduse ebatäpsus	Muud kaalutlused	tavapäraseid nõudlust tõstvaid strateegiaid	tavapärasel nõudlust tõstvad strateegiad koos enesetestimisega	Suhteline (95% CI)	Absoluutne (95% CI)		
17 2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,13,14,17,19,20,22,23,b,ds	randomiseeritud uuringud ^{dp}	suur ^{dp}	väike ^{dq}	väike	väike	puudub	625/29903 (2.1%) ^{dr}	347/24036 (1.4%) ^{dr}	suhteline risk (RR) 1.06 (0.78 kuni 1.44)	1 rohkem / 1,000 (3 vähem kuni 6 rohkem)	⊕⊕⊕○ KESKMINE	KRIITILINE

HIV positiivsete testide määr testitute hulgas (üldine). HIV positivity rate among tested (overall)

18 2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,13,14,17,19,20,22,23,26,b,ds	randomiseeritud uuringud ^{dt}	suur ^{du}	väike ^{dv}	väike	väike	puudub	681/21935 (3.1%) ^{dw}	561/17670 (3.2%) ^{dw}	suhteline risk (RR) 0.98 (0.77 kuni 1.26) ^{dx}	1 vähem / 1,000 (7 vähem kuni 8 rohkem)	⊕⊕⊕○ KESKMINE	KRIITILINE
---	--	--------------------	---------------------	-------	-------	--------	-----------------------------------	-----------------------------------	--	--	------------------	------------

HIV positiivsete testide määr testitute hulgas (üldpopulatsioon). HIV positivity rate among tested (general population)

9 2,7,8,9,11,13,14,19,26,b,dy	randomiseeritud uuringud ^{dz}	suur ^{ea}	väike ^{eb}	väike	väike	puudub	464/19191 (2.4%) ^{ec}	447/15870 (2.8%) ^{ec}	suhteline risk (RR) 0.88 (0.53 kuni 1.44)	3 vähem / 1,000 (13 vähem kuni 12 rohkem)	⊕⊕⊕○ KESKMINE	KRIITILINE
-------------------------------	--	--------------------	---------------------	-------	-------	--------	-----------------------------------	-----------------------------------	--	--	------------------	------------

HIV positiivsete testide määr testitute hulgas (riskigrupid). HIV positivity rate among tested (key populations)

9 3,4,5,6,10,17,20,22,23,b,ed	randomiseeritud uuringud ^{ee}	suur ^{ef}	väike ^{eg}	väike ^{eh}	väike	puudub	217/2744 (7.9%) ^{ei}	114/1800 (6.3%) ^{ei}	suhteline risk (RR) 0.99 (0.75 kuni 1.30)	1 vähem / 1,000 (16 vähem kuni 19 rohkem)	⊕⊕⊕○ KESKMINE	KRIITILINE
-------------------------------	--	--------------------	---------------------	---------------------	-------	--------	-------------------------------	-------------------------------	--	--	------------------	------------

HIV positiivsete testide määr testitute hulgas (meestega seksivad mehed). HIV positivity rate among tested (men who have sex with men)

6 3,4,5,17,22,23,b,ej	randomiseeritud uuringud ^{ek}	suur ^{ea}	väike ^{el}	väike	väike	puudub	34/1546 (2.2%) ^{em}	14/1195 (1.2%) ^{em}	suhteline risk (RR) 1.59 (0.87 kuni 2.89)	7 rohkem / 1,000 (2 vähem kuni 22 rohkem)	⊕⊕⊕○ KESKMINE	KRIITILINE
-----------------------	--	--------------------	---------------------	-------	-------	--------	------------------------------	------------------------------	--	--	------------------	------------

HIV positiivsete testide määr testitute hulgas (prostituutsiooni kaasatud naised). HIV positivity rate among tested (female sex workers)

3 6,10,20,b,en	randomiseeritud uuringud ^{eo}	suur ^{ep}	väike ^{eq}	väike	väike	puudub	183/1198 (15.3%) ^{er}	100/605 (16.5%) ^{er}	suhteline risk (RR) 0.87 (0.63 kuni 1.21)	21 vähem / 1,000 (61 vähem kuni 35 rohkem)	⊕⊕⊕○ KESKMINE	KRIITILINE
----------------	--	--------------------	---------------------	-------	-------	--------	-----------------------------------	-------------------------------	--	---	------------------	------------

HIV positiivsete testide määr testitute hulgas (mehed). HIV positivity rate among tested (men)

Tõendatuse astme hinnang							Uuritavate arv		Mõju		Tõendatuse aste	Olulisus
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Tõenduse ebakõla	Tõenduse kaudsus	Tõenduse ebatäpsus	Muud kaalutlused	tavapäraseid nõudlust tõstvaid strateegiaid	tavapärasel nõudlust tõstvatel strateegial koos enesetestimisega	Suhteline (95% CI)	Absoluutne (95% CI)		
13 2,3,4,5,7,8,11,13,14,17,19,22,23,b,es	randomiseeritud uuringud ^{et}	suur ^{eu}	väike ^{ev}	väike	väike	puudub	103/3675 (2.8%) ^{ew}	28/1647 (1.7%) ^{ew}	suhteline risk (RR) 1.13 (0.74 kuni 1.72)	2 rohkem / 1,000 (4 vähem kuni 12 rohkem)	⊕⊕⊕○ KESKMINE	KRIITILINE

HIV positiivsete testide määr testitute hulgas (naised). HIV positivity rate among tested (women)

4 6,10,14,20,b,ex	randomiseeritud uuringud ^{ey}	suur ^{ez}	väike ^{fa}	väike	väike	puudub	193/1648 (11.7%) ^{fb}	102/710 (14.4%) ^{fb}	suhteline risk (RR) 0.88 (0.65 kuni 1.19)	17 vähem / 1,000 (50 vähem kuni 27 rohkem)	⊕⊕⊕○ KESKMINE	KRIITILINE
-------------------	--	--------------------	---------------------	-------	-------	--------	--------------------------------	-------------------------------	---	--	------------------	------------

HIV positiivsete testide määr testitute hulgas (noored vanuses 15-24 aastat). HIV positivity rate among tested (young people 15-24 years)

4 5,11,14,26,b,fc	randomiseeritud uuringud ^{fd}	väga suur ^{fe}	väike ^{ff}	väike	väike	puudub	93/6011 (1.5%) ^{fg}	220/6973 (3.2%) ^{fg}	suhteline risk (RR) 0.67 (0.33 kuni 1.34)	10 vähem / 1,000 (21 vähem kuni 11 rohkem)	⊕⊕○○ MADAL	KRIITILINE
-------------------	--	-------------------------	---------------------	-------	-------	--------	------------------------------	-------------------------------	---	--	---------------	------------

HIV positiivsete testide määr testitute hulgas (mõõdetuna ≤6 kuud sekkumise algusest). HIV positivity rate among tested (measurement time-point: ≤6 months)

14 2,5,6,7,8,9,10,11,13,14,19,20,22,26,b,fh	randomiseeritud uuringud ^{fi}	suur ^{fi}	väike ^{fk}	väike	väike	puudub	649/20680 (3.1%) ^{fi}	548/16771 (3.3%) ^{fi}	suhteline risk (RR) 0.91 (0.70 kuni 1.20)	3 vähem / 1,000 (10 vähem kuni 7 rohkem)	⊕⊕⊕○ KESKMINE	KRIITILINE
---	--	--------------------	---------------------	-------	-------	--------	--------------------------------	--------------------------------	---	--	------------------	------------

HIV positiivsete testide määr testitute hulgas (mõõdetuna >6 kuud sekkumise algusest). HIV positivity rate among tested (measurement time-point: >6 months)

4 3,4,17,23,b,fi	randomiseeritud uuringud ^{fi}	suur ^{fo}	väike ^{fp}	väike	väike	puudub	32/1255 (2.5%) ^{fq}	13/899 (1.4%) ^{fq}	suhteline risk (RR) 1.60 (0.85 kuni 2.98)	9 rohkem / 1,000 (2 vähem kuni 29 rohkem)	⊕⊕⊕○ KESKMINE	KRIITILINE
------------------	--	--------------------	---------------------	-------	-------	--------	------------------------------	-----------------------------	---	---	------------------	------------

HIV positiivsete testide määr testitute hulgas (veebi ja kirja teel testide jagamine). HIV positivity rate among tested (online and mail distribution)

4 5,17,22,23,b,fi	randomiseeritud uuringud ^{fi}	väga suur ^{fi}	väike ^{fu}	väike	väike	puudub	27/1270 (2.1%) ^{fv}	12/931 (1.3%) ^{fv}	suhteline risk (RR) 1.45 (0.75 kuni 2.78)	6 rohkem / 1,000 (3 vähem kuni 23 rohkem)	⊕⊕○○ MADAL	KRIITILINE
-------------------	--	-------------------------	---------------------	-------	-------	--------	------------------------------	-----------------------------	---	---	---------------	------------

HIV positiivsete testide määr testitute hulgas (teenuskeskustest testide jagamine). HIV positivity rate among tested (facility-based distribution)

Tõendatuse astme hinnang							Uuritavate arv		Mõju		Tõendatuse aste	Olulisus
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Tõenduse ebakõla	Tõenduse kaudsus	Tõenduse ebatäpsus	Muud kaalutlused	tavapäraseid nõudlust tõstavaid strateegiaid	tavapärasel nõudlust tõstavad strateegiad koos enesetestimisega	Suhteline (95% CI)	Absoluutne (95% CI)		
4 ^{3,4,6,10,b,fw}	randomiseeritud uuringud ^{4c}	suur ^{fy}	väike ^{4z}	väike	väike	puudub	97/836 (11.6%) ^{ga}	52/545 (9.5%) ^{ga}	suhteline risk (RR) 1.02 (0.57 kuni 1.85)	2 rohkem / 1,000 (41 vähem kuni 81 rohkem)	⊕⊕⊕○ KESKMINE	KRIITILINE

HIV positiivsete testide määr testitute hulgas (nn sekundaarne jagamine - naistelt oma meespartneritele). HIV positivity rate among tested (secondary distribution - women to male partners)

3 ^{2,13,19,b,gb}	randomiseeritud uuringud ^{ga}	suur ^{gd}	väike ^{ge}	väike	väike	puudub	65/4181 (1.6%) ^{gf}	8/872 (0.9%) ^{gf}	suhteline risk (RR) 0.58 (0.18 kuni 1.87)	4 vähem / 1,000 (8 vähem kuni 8 rohkem)	⊕⊕⊕○ KESKMINE	KRIITILINE
---------------------------	--	--------------------	---------------------	-------	-------	--------	------------------------------	----------------------------	--	--	------------------	------------

HIV positiivsete testide määr testitute hulgas (nn sekundaarne jagamine HIV-positiivsetelt patsientidelt oma partneritele). HIV positivity rate among tested (secondary distribution - HIV-positive clients to partners)

2 ^{11,13,b,gg}	randomiseeritud uuringud ^{gh}	väga suur ^{gi}	väike ^{gl}	väike	väike	puudub	74/360 (20.6%) ^{gk}	13/99 (13.1%) ^{gk}	suhteline risk (RR) 1.42 (0.74 kuni 2.71)	55 rohkem / 1,000 (34 vähem kuni 225 rohkem)	⊕⊕○○ MADAL	KRIITILINE
-------------------------	--	-------------------------	---------------------	-------	-------	--------	------------------------------	-----------------------------	--	---	---------------	------------

HIV positiivsete testide määr testitute hulgas (nn sekundaarne jagamine omanuste sõprade hulgas). HIV positivity rate among tested (secondary distribution - peers)

2 ^{6,10,b,gl}	randomiseeritud uuringud ^{gm}	suur ^{gn}	väike ^{go}	väike	väike	puudub	88/567 (15.5%) ^{gp}	50/281 (17.8%) ^{gp}	suhteline risk (RR) 0.85 (0.55 kuni 1.32)	27 vähem / 1,000 (80 vähem kuni 57 rohkem)	⊕⊕⊕○ KESKMINE	KRIITILINE
------------------------	--	--------------------	---------------------	-------	-------	--------	------------------------------	------------------------------	--	---	------------------	------------

HIV positiivsete testide määr testitute hulgas (kogukonnas või kodus jagamine). HIV positivity rate among tested (community or home based distribution)

2 ^{9,26,b,gq}	randomiseeritud uuringud ^{gr}	suur ^{gs}	väike ^{gt}	väike	väike	puudub	293/13430 (2.2%) ^{gu}	418/14528 (2.9%) ^{gu}	suhteline risk (RR) 0.64 (0.18 kuni 2.22)	10 vähem / 1,000 (24 vähem kuni 35 rohkem)	⊕⊕⊕○ KESKMINE	KRIITILINE
------------------------	--	--------------------	---------------------	-------	-------	--------	--------------------------------	--------------------------------	--	---	------------------	------------

HIV positiivsete testide määr testitute hulgas (enesetestimine teenuskeskustes). HIV positivity rate among tested (HIVST at facilities)

4 ^{7,8,14,20,b,gv}	randomiseeritud uuringud ^{gv}	väga suur ^{gt}	väike ^{gv}	väike	suur ^{gz}	puudub	37/1291 (2.9%) ^{ha}	8/414 (1.9%) ^{ha}	suhteline risk (RR) 1.18 (0.29 kuni 4.74)	3 rohkem / 1,000 (14 vähem kuni 72 rohkem)	⊕○○○ VÄGA MADAL	KRIITILINE
-----------------------------	--	-------------------------	---------------------	-------	--------------------	--------	------------------------------	----------------------------	--	---	--------------------	------------

Kaasatus täiendavale HIV-testimisele (ainult enesetestimise grupp). Linkage to additional or confirmatory HIV testing (HIVST arm only)

Töendatuse astme hinnang							Uuritavate arv		Mõju		Töendatuse aste	Olulisus
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Töenduse ebakõla	Töenduse kaudsus	Töenduse ebatäpsus	Muud kaalutlused	tavapäraseid nõudlust tõstvaid strateegiaid	tavapärasel nõudlust tõstvaid strateegiaid koos enesetestimisega	Suhteline (95% CI)	Absoluutne (95% CI)		
7 ^{6,9,10,19,22,27,28,b}	randomiseeritud uuringud ^{hb}	suur ^{hc}	suur ^{hd}	väike	väike	puudub	7 uuringu koondhinnang näitas, et 65% (52-78%) enesetestiga positiivse tulemuse saanutest (n=497) tegi ka kinnitava testi (n=332).				⊕⊕○○ MADAL	KRIITILINE

Kaasatus kliinilisele hindamisele või ARV ravi alustamine randomiseeritult (üldine). Linkage to ART initiation or HIV care among randomized (Overall)

13 ^{2,3,4,6,9,10,11,13,14,19,22,24,29,b,he}	randomiseeritud uuringud ^{hf}	suur ^{hg}	väike ^{hh}	väike	väike	puudub	347/27237 (1.3%) ^{hi}	213/22405 (1.0%) ^{hi}	suhteline risk (RR) 1.04 (0.66 kuni 1.63)	0 vähem / 1,000 (3 vähem kuni 6 rohkem)	⊕⊕⊕○ KESKMINE	KRIITILINE
--	--	--------------------	---------------------	-------	-------	--------	--------------------------------	--------------------------------	---	---	------------------	------------

Kaasatus kliinilisele hindamisele või ARV ravi alustamine pärast positiivset HIV testi (üldine). Linkage to ART initiation or HIV care among HIV positive (Overall)

12 ^{2,3,4,6,9,10,11,13,14,19,22,24,b,hj}	randomiseeritud uuringud ^{hk}	suur ^{hl}	väike ^{hm}	väike	väike	puudub	344/598 (57.5%) ^{hn}	209/351 (59.5%) ^{hn}	suhteline risk (RR) 0.97 (0.87 kuni 1.08) ^{ho}	18 vähem / 1,000 (77 vähem kuni 48 rohkem)	⊕⊕⊕○ KESKMINE	KRIITILINE
---	--	--------------------	---------------------	-------	-------	--------	-------------------------------	-------------------------------	---	--	------------------	------------

ARV ravi alustamine pärast positiivset HIV testi (üldine). Linkage to ART initiation among HIV positive (overall)

7 ^{2,6,10,11,13,14,24,b,hp}	randomiseeritud uuringud ^{hq}	suur ^{hr}	väike ^{hs}	väike	väike	puudub	207/387 (53.5%) ^{ht}	74/141 (52.5%) ^{ht}	suhteline risk (RR) 0.93 (0.79 kuni 1.09)	37 vähem / 1,000 (110 vähem kuni 47 rohkem)	⊕⊕⊕○ KESKMINE	KRIITILINE
--------------------------------------	--	--------------------	---------------------	-------	-------	--------	-------------------------------	------------------------------	---	---	------------------	------------

Kaasatus HIV ravisse ükskõik mis kujul (üldine). Linkage to any HIV care among HIV positive (overall)

5 ^{3,4,9,19,22,b,hu}	randomiseeritud uuringud ^{hv}	suur ^{hw}	väike ^{hx}	väike	väike	puudub	137/211 (64.9%) ^{hy}	135/210 (64.3%) ^{hy}	suhteline risk (RR) 1.02 (0.88 kuni 1.17)	13 rohkem / 1,000 (77 vähem kuni 109 rohkem)	⊕⊕⊕○ KESKMINE	KRIITILINE
-------------------------------	--	--------------------	---------------------	-------	-------	--------	-------------------------------	-------------------------------	---	--	------------------	------------

Kaasatus kliinilisele hindamisele või ARV ravi alustamine pärast positiivset HIV testi (üldpopulatsioon). Linkage to ART initiation or HIV care among HIV positive (general population)

7 ^{2,9,11,13,14,19,24,b,hz}	randomiseeritud uuringud ^{ia}	suur ^{ib}	väike ^{ic}	väike	väike	puudub	293/412 (71.1%) ^{id}	167/251 (66.5%) ^{id}	suhteline risk (RR) 0.98 (0.86 kuni 1.11)	13 vähem / 1,000 (93 vähem kuni 73 rohkem)	⊕⊕⊕○ KESKMINE	KRIITILINE
--------------------------------------	--	--------------------	---------------------	-------	-------	--------	-------------------------------	-------------------------------	---	--	------------------	------------

Kaasatus kliinilisele hindamisele või ARV ravi alustamine pärast positiivset HIV testi (riskigrupid). Linkage to ART initiation or HIV care among HIV positive (key populations)

Tõendatuse astme hinnang							Uuritavate arv		Mõju		Tõendatuse aste	Olulisus
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Tõenduse ebakõla	Tõenduse kaudsus	Tõenduse ebatäpsus	Muud kaalutlused	tavapäraseid nõudlust tõstvaid strateegiaid	tavapärasel nõudlust tõstvad strateegiad koos enesetestimisega	Suhteline (95% CI)	Absoluutne (95% CI)		
5 ^{3,4,6,10,22,b,e}	randomiseeritud uuringud ^f	suur ^g	väike ^h	väike ⁱ	väike	puudub	51/186 (27.4%) ^j	42/100 (42.0%) ^k	suhteline risk (RR) 0.83 (0.58 kuni 1.18)	71 vähem / 1,000 (176 vähem kuni 76 rohkem)	⊕⊕⊕○ KESKMINE	KRIITILINE

Kaasatus kliinilisele hindamisele või ARV ravi alustamine pärast positiivset HIV testi (meestega seksivad mehed). Linkage to ART initiation or HIV care among HIV positive (men who have sex with men)

3 ^{3,4,22,b}	randomiseeritud uuringud ^k	suur ^l	väike ^m	väike	väike	puudub	8/8 (100.0%) ⁿ	2/2 (100.0%) ^o	suhteline risk (RR) 1.14 (0.67 kuni 1.97)	140 rohkem / 1,000 (330 vähem kuni 970 rohkem)	⊕⊕⊕○ KESKMINE	KRIITILINE
-----------------------	---------------------------------------	-------------------	--------------------	-------	-------	--------	---------------------------	---------------------------	--	---	------------------	------------

Kaasatus kliinilisele hindamisele või ARV ravi alustamine pärast positiivset HIV testi (prostituutsiooni kaasatud naised). Linkage to ART initiation or HIV care among HIV positive (female sex workers)

2 ^{6,10,b,o}	randomiseeritud uuringud ^p	suur ^q	väike ^r	väike	väike	puudub	43/178 (24.2%) ^s	40/98 (40.8%) ^t	suhteline risk (RR) 0.66 (0.41 kuni 1.04)	139 vähem / 1,000 (241 vähem kuni 16 rohkem)	⊕⊕⊕○ KESKMINE	KRIITILINE
-----------------------	---------------------------------------	-------------------	--------------------	-------	-------	--------	-----------------------------	----------------------------	--	---	------------------	------------

Kaasatus kliinilisele hindamisele või ARV ravi alustamine pärast positiivset HIV testi (mehed). Linkage to ART initiation or HIV care among HIV positive (men)

8 ^{2,3,4,11,13,14,19,22,b,t}	randomiseeritud uuringud ^u	suur ^v	väike ^w	väike	väike	puudub	83/115 (72.2%) ^x	15/17 (88.2%) ^y	suhteline risk (RR) 0.88 (0.65 kuni 1.20)	106 vähem / 1,000 (309 vähem kuni 176 rohkem)	⊕⊕⊕○ KESKMINE	KRIITILINE
---------------------------------------	---------------------------------------	-------------------	--------------------	-------	-------	--------	-----------------------------	----------------------------	--	--	------------------	------------

Kaasatus kliinilisele hindamisele või ARV ravi alustamine pärast positiivset HIV testi (naised). Linkage to ART initiation or HIV care among HIV positive (women)

4 ^{6,10,11,14,b,y}	randomiseeritud uuringud ^z	suur ^{aa}	väike ^{ab}	väike	väike	puudub	52/189 (27.5%) ^{ac}	41/100 (41.0%) ^{ad}	suhteline risk (RR) 0.72 (0.47 kuni 1.11)	115 vähem / 1,000 (217 vähem kuni 45 rohkem)	⊕⊕⊕○ KESKMINE	KRIITILINE
-----------------------------	---------------------------------------	--------------------	---------------------	-------	-------	--------	------------------------------	------------------------------	--	---	------------------	------------

Kaasatus kliinilisele hindamisele või ARV ravi alustamine pärast positiivset HIV testi (noored vanuses 15-24 aastat). Linkage to ART initiation or HIV care among HIV positive (young people 15-24 years)

2 ^{11,14,b,td}	randomiseeritud uuringud ^{ae}	väga suur ^{af}	väike ^{ag}	väike	väike	puudub	4/10 (40.0%) ^{ah}	1/1 (100.0%) ^{ai}	suhteline risk (RR) 0.59 (0.21 kuni 1.65)	410 vähem / 1,000 (790 vähem kuni 650 rohkem)	⊕⊕○○ MADAL	KRIITILINE
-------------------------	--	-------------------------	---------------------	-------	-------	--------	----------------------------	----------------------------	--	--	---------------	------------

Kaasatus kliinilisele hindamisele või ARV ravi alustamine pärast positiivset HIV testi (mõõdetuna ≤6 kuud sekkumise algusest). Linkage to ART initiation or HIV care among HIV positive (measurement time-point: ≤6 months)

Tõendatuse astme hinnang							Uuritavate arv		Mõju		Tõendatuse aste	Olulisus
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Tõenduse ebakõla	Tõenduse kaudsus	Tõenduse ebatäpsus	Muud kaalutlused	tavapäraseid nõudlust tõstavaid strateegiaid	tavapärasel nõudlust tõstavad strateegiad koos enesetestimisega	Suhteline (95% CI)	Absoluutne (95% CI)		
9 ^{2,6,9,10,11,13,14,19,22,b,j}	randomiseeritud uuringud ^l	suur ^k	väike ^l	väike	väike	puudub	304/548 (55.5%) ^m	194/329 (59.0%) ^m	suhteline risk (RR) 0.94 (0.80 kuni 1.10)	35 vähem / 1,000 (118 vähem kuni 59 rohkem)	⊕⊕⊕○ KESKMINE	KRIITILINE

Kaasatus kliinilisele hindamisele või ARV ravi alustamine pärast positiivset HIV testi (möödetuna >6 kuud sekkumise algusest). Linkage to ART initiation or HIV care among HIV positive (measurement time-point: >6 months)

3 ^{3,4,24,b,jn}	randomiseeritud uuringud ^p	suur ^p	väike ⁿ	väike	väike	puudub	40/50 (80.0%) ^r	15/22 (68.2%) ^r	suhteline risk (RR) 0.98 (0.79 kuni 1.22)	14 vähem / 1,000 (143 vähem kuni 150 rohkem)	⊕⊕⊕○ KESKMINE	KRIITILINE
--------------------------	---------------------------------------	-------------------	--------------------	-------	-------	--------	----------------------------	----------------------------	--	---	------------------	------------

Kaasatus kliinilisele hindamisele või ARV ravi alustamine pärast positiivset HIV testi (ilma et arstile pöördumine oleks toetatud). Linkage to ART initiation or HIV care among HIV positive (no linkage support)

9 ^{2,3,4,6,10,11,13,14,19,b,js}	randomiseeritud uuringud ^t	suur ^v	väike ^v	väike	väike	puudub	101/274 (36.9%) ^w	59/120 (49.2%) ^w	suhteline risk (RR) 0.82 (0.62 kuni 1.07)	89 vähem / 1,000 (187 vähem kuni 34 rohkem)	⊕⊕⊕○ KESKMINE	KRIITILINE
--	---------------------------------------	-------------------	--------------------	-------	-------	--------	------------------------------	-----------------------------	--	--	------------------	------------

Kaasatus kliinilisele hindamisele või ARV ravi alustamine pärast positiivset HIV testi (meeldetuletus telefonis või kõne). Linkage to ART initiation or HIV care among HIV positive (phone reminder or follow up)

1 ^{2,b,jx}	randomiseeritud uuringud ^y	suur ^z	väike	väike	väike	puudub	2/3 (66.7%) ^{ka}	1/1 (100.0%) ^{ka}	suhteline risk (RR) 0.83 (0.28 kuni 2.51)	170 vähem / 1,000 (720 vähem kuni 1,000 rohkem)	⊕⊕⊕○ KESKMINE	KRIITILINE
---------------------	---------------------------------------	-------------------	-------	-------	-------	--------	---------------------------	----------------------------	--	--	------------------	------------

Kaasatus kliinilisele hindamisele või ARV ravi alustamine pärast positiivset HIV testi (koduvisiit või muu näost näkku kohtumise variant). Linkage to ART initiation or HIV care among HIV positive (home visit or in-person referral)

2 ^{9,24,b,kb}	randomiseeritud uuringud ^{kc}	suur ^{kd}	väike ^{ke}	väike	väike	puudub	160/238 (67.2%) ^{kf}	143/224 (63.8%) ^{kf}	suhteline risk (RR) 1.00 (0.89 kuni 1.14)	0 vähem / 1,000 (70 vähem kuni 89 rohkem)	⊕⊕⊕○ KESKMINE	KRIITILINE
------------------------	--	--------------------	---------------------	-------	-------	--------	-------------------------------	-------------------------------	--	--	------------------	------------

Kaasatus kliinilisele hindamisele või ARV ravi alustamine pärast positiivset HIV testi (virtuaalne reaalajas tugi). Linkage to ART initiation or HIV care among HIV positive (virtual real-time support)

1 ^{22,b}	randomiseeritud uuringud ^{kg}	suur ^{kh}	väike	väike	suur ^{ki}	puudub	1/1 (100.0%) ^{kj}	0/0	suhteline risk (RR) 1.50 (0.18 kuni 12.46)	2 vähem / 1,000 (12 vähem kuni 0 vähem)	⊕⊕○○ MADAL	KRIITILINE
-------------------	--	--------------------	-------	-------	--------------------	--------	----------------------------	-----	---	--	---------------	------------

Kaasatus kliinilisele hindamisele või ARV ravi alustamine pärast positiivset HIV testi (rahaline stiimul). Linkage to ART initiation or HIV care among HIV positive (financial incentive)

Tõendatuse astme hinnang							Uuritavate arv		Mõju		Tõendatuse aste	Olulisus
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Tõenduse ebakõla	Tõenduse kausus	Tõenduse ebatäpsus	Muud kaalutlused	tavapäraseid nõudlust tõstavaid strateegiaid	tavapärased nõudlust tõstavad strateegiad koos enesetestimisega	Suhteline (95% CI)	Absoluutne (95% CI)		
2 ^{2,13,b,kk}	randomiseeritud uuringud ^{kl}	suur ^{km}	väike ^{kn}	väike	väike	puudub	80/82 (97.6%) ^{ko}	6/6 (100.0%) ^{ko}	suhteline risk (RR) 1.09 (0.87 kuni 1.38)	90 rohkem / 1,000 (130 vähem kuni 380 rohkem)	⊕⊕⊕○ KESKMINE	KRITILINE

Enesetestimiskomplekti väärkasutus - testimisele sundimine (ainult enesetestimise grupp). Misuse of HIVST kits - coercion (HIVST arm only)

2 ^{9,14,b,kp}	randomiseeritud uuringud ^{kq}	suur ^{kr}	väike ^{ks}	väike ^{kt}	suur ^{ku}	puudub	Üks uuring raporteeris neljast juhust, kus inimest oli sunnitud testi tegema (uuringus 13 267 osalejat). Teine uuring raporteeris 0 juhtu, kus patsient oleks sunnitud testi tegema või oma tulemusi kellelegi avaldama (uuringus 1063 osalejat).			⊕⊕○○ MADAL	KRITILINE
------------------------	--	--------------------	---------------------	---------------------	--------------------	--------	---	--	--	---------------	-----------

Negatiivsed kõrvalmõjud randomiseeritudel. Adverse events among those randomized

6 ^{2,6,10,11,13,19,b,kv}	randomiseeritud uuringud ^{kw}	suur ^{kx}	väike ^{ky}	väike ^{kz}	suur ^{la}	puudub	12/5502 (0.2%) ^{lb}	1/3124 (0.0%) ^{lb}	suhteline risk (RR) 1.89 (0.54 kuni 6.54)	0 vähem / 1,000 (0 vähem kuni 2 rohkem)	⊕⊕○○ MADAL	KRITILINE
-----------------------------------	--	--------------------	---------------------	---------------------	--------------------	--------	------------------------------	-----------------------------	---	---	---------------	-----------

Kondoomita anaalseks meespartneritega randomiseeritudel. Condomless anal sex with male partners among those randomized

4 ^{3,4,21,22,b,lc}	randomiseeritud uuringud ^{ld}	suur ^{le}	väike ^{lf}	väike ^{lg}	väike	puudub	416/1544 (26.9%) ^{lh}	528/1890 (27.9%) ^{lh}	suhteline risk (RR) 1.09 (0.95 kuni 1.24)	25 rohkem / 1,000 (14 vähem kuni 67 rohkem)	⊕⊕⊕○ KESKMINE	OLULINE
-----------------------------	--	--------------------	---------------------	---------------------	-------	--------	--------------------------------	--------------------------------	---	---	------------------	---------

Kondoomita anaalseks meespartneritega nende hulgas, kes osalesid järelkontrollis. Condomless anal sex with male partners among those who completed follow-up

4 ^{3,4,21,22,b,li}	randomiseeritud uuringud ^{li}	suur ^{lk}	väike ^{ll}	väike ^{lm}	väike	puudub	416/1482 (28.1%) ^{ln}	528/1747 (30.2%) ^{ln}	suhteline risk (RR) 1.02 (0.91 kuni 1.15)	6 rohkem / 1,000 (27 vähem kuni 45 rohkem)	⊕⊕⊕○ KESKMINE	OLULINE
-----------------------------	--	--------------------	---------------------	---------------------	-------	--------	--------------------------------	--------------------------------	---	--	------------------	---------

CI: usaldusintervall; RR: riskimäär

Selgitused

a. Võrdlusgrupiks oli tavapärase käsitlus (asutuses testimine) kõikides uuringutes, välja arvatud Mulubwa 2019, kus võrreldi kodust testimist kiirtestidega. Meta-analüüs: Choko 2019a ja Wray 2018 puhul uuriti erinevaid sekkumisi, kuid need kõik hõlmasid enesetestimist sarnaste testi laiali jagamise meetoditega, seega analüüsiti neid kõiki ühtsena. Chanda 2017 ja Ortblad 2017 puhul uuriti samuti erinevaid sekkumisi, mis kõik hõlmasid enesetestimist, kuid nende puhul oli testide laiali jagamise meetod erinev, seetõttu analüüsiti neid eraldi. Choko 2019b puhul oli kaks uuritavate gruppi (rasedusaegsel jälgimisel olevad naised ja antiretroviroosravi saavad patsiendid) ja neid esitati eraldi. Klastritega randomiseeritud uuringute puhul võeti meta-analüüsi ka klastritega kohandatud analüüs.

b. Jamil MS, Eshun-Wilson I, Witzel TC, Figueroa C, Chitembo L, Msimanga-Radebe B, Pasha MS, Nguyen V, Hatzold K, Corbett E, Weatherburn P, Rodger AJ, Sigefried N, Barr-DiChiara M, Baggaley R, Geng E, Johnson C. Should HIV self-testing be offered as an additional approach to delivering HIV testing services? A GRADE systematic review and values and preferences. World Health Organization; 2019.

c. 14 individuaalset randomiseeritud uuringut, 10 klastritega randomiseeritud uuringut

d. Hinnangut alandati ühel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihe tõttu (pimendamise puudumine) kõikides uuringutes, detekteerimisnihe (ise raporteeritud või mitte-valitdeeritud tulemused) 14 uuringus ja kadumisnihe tõttu 3 uuringus (MacGowan 2017: 27,1% inimestest jättis uuringus osalemise pooleli (LTFU, ingl k loss to follow up) interventsiooni grupis ja 28,5% kontrollgrupis; Merchant 2018: 38,4% LTFU kokku, 26% interventsiooni grupis ja 50% kontrollgrupis, Patel 2018: 36% LTFU, 44% interventsiooni ja 27% kontrollgrupis). 3 klastritega randomiseeritud uuringus tuvastati võimalik värbamisnihe. Mitmete nihete risk jäi ebaselgeks vähese informatsiooni tõttu publitseerimata raportites ja konverentsi abstraktides.

e. Tuvastati kõrge statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0.093$; $Chi^2 = 443.03$, $df = 26$, $p < 0.01$; $I^2 = 94\%$, $92\% - 95\%$) Sub-gruppide analüüs populatsiooni, uuringu disaini, mõõtmise aja ja jagamismeetodi osas ei seletanud seda nihet täielikult. Individuaalsete uuringute tulemused olid järjekindlalt ühesuunalised, samuti ei olnud erinevusi teiste oluliste tulemuste vahel. Ravijuhendi koostajad otsustasid, et hinnangu alandamine tõendusmaterjali ebakõla tõttu ei ole vajalik. Hinnangut ei alandatud.

f. Hinnangut ei alandatud tõendusmaterjali kaudsuse pärast, kuid märgiti ära, et Mulubwa 2019 uuringu puhul võrreldi kodust testimist kiirtestidega, teiste uuringute puhul aga tavapärase käsitlusega (meditsiiniuasutuses testimine).

g. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

h. Märkus: Mulubwa 2019 - testimine tõusis oluliselt meestel, kuid mitte naistel.

i. Võrdlusgrupiks oli tavapärase käsitluse (teenuskeskuses testimine) kõikides uuringutes, välja arvatud Mulubwa 2019, kus võrreldi kodust testimist kiirtestidega. Meta-analüüs: Choko 2019a ja Wray 2018 puhul uuriti erinevaid sekkumisi, kuid need kõik hõlmasid enesetestimist sarnaste testi laiali jagamise meetoditega, seega analüüsiti neid kõiki ühtsena. Choko 2019b puhul oli kaks uuritavate gruppi (rasedusaegsel jälgimisel olevad naised ja antiretroviirusravi saavad patsiendid) ja neid esitati eraldi. Klastritega randomiseeritud uuringute puhul võeti meta-analüüsi ka klastritega kohandatud analüüs.

j. 7 individuaalset randomiseeritud uuringut, 7 klastritega randomiseeritud uuringut

k. Hinnangut alandati kahel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihe tõttu (pimendamise puudumine) kõikides uuringutes, detekteerimisnihe (ise raporteeritud või mitte-valitdeeritud tulemused) 10 uuringus ja kadumisnihe tõttu 1 uuringus (Patel 2018: 36% inimestest jättis uuringus osalemise pooleli, 44% interventsiooni grupis ja 27% kontrollgrupis). 3 klastritega randomiseeritud uuringus tuvastati võimalik värbamisnihe. Mitmete nihete risk jäi ebaselgeks vähese informatsiooni tõttu publitseerimata raportites ja konverentsi abstraktides. 10 uuringu puhul 14st oli rohkem kui 3 kõrge riskiga või ebaselget nihe riski.

l. Tuvastati kõrge statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0.143$; $Chi^2 = 266.23$, $df = 14$, $p < 0.01$; $I^2 = 95\%$, $93\% - 96\%$). Individuaalsete uuringute tulemused olid järjekindlalt ühesuunalised, samuti ei olnud erinevusi teiste oluliste tulemuste vahel. Juhendi koostajad otsustasid, et hinnangu alandamine tõendusmaterjali ebakõla tõttu ei ole vajalik. Hinnangut ei alandatud.

m. Hinnangut ei alandatud kaudsuse tõttu, kuid märgiti, et kõik uuringud peale ühe olid läbi viidud Aafrikas (6 Malawis, 4 Keenias, 1 Zambias, 1 Lõuna-Aafrika Vabariigis ja 1 Ameerika Ühendriikides). See on ootuspärane, kuna enamik generaliseerunud epideemiaga riike asuvad Aafrikas.

n. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

o. Meta-analüüs: Wray 2018 uuringus uuriti erinevaid sekkumisi, kuid need kõik hõlmasid enesetestimist sarnaste testi laiali jagamise meetoditega, seega analüüsiti neid kõiki ühtsena. Chanda 2017 ja Ortblad 2017 puhul uuriti samuti erinevaid sekkumisi, mis kõik hõlmasid enesetestimist, kuid nende puhul oli testide laiali jagamise meetod erinev, seetõttu analüüsiti neid eraldi. Klastritega randomiseeritud uuringute puhul võeti meta-analüüsi ka klastritega kohandatud analüüs.

p. 7 individuaalset randomiseeritud uuringut, 3 klastritega randomiseeritud uuringut.

q. Me alandasime hinnangut ühel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihe tõttu (pimendamise puudumine) kõikides uuringutes, detekteerimisnihe (ise raporteeritud või mitte-valitdeeritud tulemused) 5 uuringus ja kadumisnihe tõttu 2 uuringus (MacGowan 2017: 27,1% inimestest jättis uuringus osalemise pooleli (LTFU, ingl k loss to follow up) interventsiooni grupis ja 28,5% kontrollgrupis; Merchant 2018: 38,4% LTFU kokku, 26% interventsiooni grupis ja 50% kontrollgrupis). Mitmete nihete risk jäi ebaselgeks vähese informatsiooni tõttu publitseerimata raportites ja konverentsi abstraktides.

r. Tuvastati kõrge statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0.046$; $Chi^2 = 122.01$, $df = 11$, $p < 0.01$; $I^2 = 91\%$, $86\% - 94\%$). Individuaalsete uuringute tulemused olid järjekindlalt ühesuunalised, samuti ei olnud erinevusi teiste oluliste tulemuste vahel. Ravijuhise koostajad otsustasid, et hinnangu alandamine tõendusmaterjali ebakõla tõttu ei ole vajalik. Hinnangut ei alandatud.

s. Hinnangut ei alandatud, kuid märgiti, et uuringutes käsitleti ainult meestega seksivaid mehi, trans-soolisi naisi ja prostitutsiooni kaasatud naisi, seega peaks olema ettevaatlik tulemuste üldistamisel kõigile riskigruppidele.

t. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

u. Wray 2018 puhul uuriti erinevaid sekkumisi, kuid need kõik hõlmasid enesetestimist sarnaste testi laiali jagamise meetoditega, seega analüüsiti neid kõiki ühtsena. Klastritega randomiseeritud uuringute puhul võeti meta-analüüsi ka klastritega kohandatud analüüs.

v. 6 individuaalset randomiseeritud uuringut ja 1 klastritega randomiseeritud uuring.

w. Hinnangut alandati ühel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihe tõttu (pimendamise puudumine) kõikides uuringutes, detekteerimisnihe (ise raporteeritud või mitte-valitdeeritud tulemused) 3 uuringus ja kadumisnihe tõttu 2 uuringus (MacGowan 2017: 27,1% inimestest jättis uuringus osalemise pooleli (LTFU, ingl k loss to follow up) interventsiooni grupis ja 28,5% kontrollgrupis; Merchant 2018: 38,4% LTFU kokku, 26% interventsiooni grupis ja 50% kontrollgrupis). Mitmete nihete risk jäi ebaselgeks vähese informatsiooni tõttu publitseerimata raportites ja konverentsi abstraktides.

x. Tuvastati kõrge statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0.028$; $Chi^2 = 45.50$, $df = 6$, $p < 0.01$; $I^2 = 87\%$, $75\% - 93\%$). Individuaalsete uuringute tulemused olid järjekindlalt ühesuunalised, samuti ei olnud erinevusi teiste oluliste tulemuste vahel. Ravijuhise koostajad otsustasid, et hinnangu alandamine tõendusmaterjali ebakõla tõttu ei ole vajalik. Hinnangut ei alandatud.

y. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

z. Meta-analüüs: Chanda 2017 ja Ortblad 2017 uuringute puhul uuriti samuti erinevaid sekkumisi, mis kõik hõlmasid enesetestimist, kuid nende puhul oli testide laiali jagamise meetod erinev, seetõttu analüüsiti neid eraldi. Klastritega randomiseeritud uuringute puhul võeti meta-analüüsi ka klastritega kohandatud analüüs.

aa. Üks individuaalne randomiseeritud uuring ja 2 klastritega randomiseeritud uuringut.

ab. Hinnangut alandati ühel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihke tõttu (pimendamise puudumine) kõikides uuringutes, detekteerimisnihke (ise raporteeritud või mitte-valitdeeritud tulemused) 2 uuringus ja kadumisnihke tõttu 1 uuringus. Ühes uuringus oli ebaselge risk, mis oli seotud juhuliku järjestuse genereerimisega.

ac. Tuvastati kõrge statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0.052$; $Chi^2 = 39.90$, $df = 4$, $p < 0.01$; $I^2 = 90\%$, 79% - 95%). Individuaalsete uuringute tulemused olid järjekindlalt ühesuunalised, samuti ei olnud erinevusi teiste oluliste tulemuste vahel. Ravijuhise koostajad otsustasid, et hinnangu alandamine tõendusmaterjali ebakõla tõttu ei ole vajalik. Hinnangut ei alandatud.

ad. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

ae. 7 uuringus olid uuritavateks meestega seksivad mehed, 4 uuringus rasedusaegsel jälgimisel olevate naiste meespartnerid, 2 uuringus meessoost rekkajuhid, ülejäänute puhul arvestati meeste osas tehtud sub-analüüsi. Meta-analüüs: Choko 2019a ja Wray 2018 puhul uuriti erinevaid sekkumisi, kuid need kõik hõlmasid enesetestimist sarnaste testi laiali jagamise meetoditega, seega analüüsiti neid kõiki ühtsena. Choko 2019b puhul oli kaks sekkumisgruppi enesetestimise puhul ning kaks uuritavate gruppi (rasedusaegsel jälgimisel olevad naised ja antiretroviirusravi saavad patsiendid) - sekkumisgruppid kombineeriti ja esitati ainult rasedate kohta käivad andmed. Klastritega randomiseeritud uuringute puhul võeti meta-analüüsi ka klastritega kohandatud analüüs.

af. 11 individuaalset randomiseeritud uuringut ja 7 klastritega randomiseeritud uuringut.

ag. Me alandasime hinnangut ühel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihke tõttu (pimendamise puudumine) kõikides uuringutes, detekteerimisnihke (ise raporteeritud või mitte-valitdeeritud tulemused) 11 uuringus ja kadumisnihke tõttu 2 uuringus (MacGowan 2017: 27,1% inimestest jättis uuringus osalemise pooleli (LTFU, ingl k loss to follow up) interventsiooni grupis ja 28,5% kontrollgrupis; Merchant 2018: 38,4% LTFU kokku, 26% interventsiooni grupis ja 50% kontrollgrupis). 3 klastritega randomiseeritud uuringus tuvastati võimalik värbamisnihke. Mitmete nihete risk jäi ebaselgeks vähese informatsiooni tõttu publitseerimata raportites ja konverentsi abstraktides.

ah. Tuvastati kõrge statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0.084$; $Chi^2 = 240.11$, $df = 17$ $p < 0.01$; $I^2 = 93\%$, 91% - 95%). Individuaalsete uuringute tulemused olid järjekindlalt ühesuunalised, samuti ei olnud erinevusi teiste oluliste tulemuste vahel. Ravijuhendi koostajad otsustasid, et hinnangu alandamine tõendusmaterjali ebakõla tõttu ei ole vajalik. Hinnangut ei alandatud.

ai. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

aj. 3 uuringus olid uuritavad naissoost prostitutsiooni kaasatud isikud, ühes noored naised ning kahes uuringus oli tegu naiste subanalüüsiga. Meta-analüüs: Chanda 2017 ja Ortblad 2017 puhul uuriti samuti erinevaid sekkumisi, mis kõik hõlmasid enesetestimist, kuid nende puhul oli testide laiali jagamise meetod erinev, seetõttu analüüsiti neid eraldi. Klastritega randomiseeritud uuringute puhul võeti meta-analüüsi ka klastritega kohandatud analüüs.

ak. 2 individuaalset randomiseeritud uuringut ja 4 klastritega randomiseeritud uuringut.

al. Me alandasime hinnangut ühel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihke tõttu (pimendamise puudumine) kõikides uuringutes, detekteerimisnihke (ise raporteeritud või mitte-valitdeeritud tulemused) 3 uuringus ja ebaselge detekteerimisnihke tõttu 2 uuringus. 1 klastritega randomiseeritud uuringus tuvastati värbamisnihke. Mitmete nihete risk jäi ebaselgeks vähese informatsiooni tõttu publitseerimata raportites ja konverentsi abstraktides.

am. Tuvastati kõrge statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0.114$; $Chi^2 = 88.53$, $df = 8$, $p < 0.01$; $I^2 = 91\%$, 85% - 95%). Individuaalsete uuringute tulemused olid järjekindlalt ühesuunalised, samuti ei olnud erinevusi teiste oluliste tulemuste vahel. Ravijuhendi koostajad otsustasid, et hinnangu alandamine tõendusmaterjali ebakõla tõttu ei ole vajalik. Hinnangut ei alandatud.

an. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

ao. Vanusegrupid 15-24 kaasati analüüsi. Ühes uuringus olid uuritavateks noored naised, ühes noored meestega seksivad mehed ja kaasati ka kolm subanalüüsi noorte kohta. Klastritega randomiseeritud uuringute puhul võeti meta-analüüsi ka klastritega kohandatud analüüs.

ap. 2 individuaalset randomiseeritud uuringut ja 3 klastritega randomiseeritud uuringut.

aq. Me alandasime hinnangut kahel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihke tõttu (pimendamise puudumine) kõikides uuringutes, detekteerimisnihke (ise raporteeritud või mitte-valitdeeritud tulemused) 4 uuringus, ebaselge detekteerimisnihke tõttu 1 uuringus ja kadumisnihke tõttu 1 uuringus (Merchant 2018: 38,4% LTFU kokku, 26% interventsiooni grupis ja 50% kontrollgrupis). Mitmete nihete risk jäi ebaselgeks vähese informatsiooni tõttu publitseerimata raportites ja konverentsi abstraktides. Kõigis uuringutes oli rohkem kui 3 kõrge riskiga või ebaselget nihke riski.

ar. Tuvastati kõrge statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0.230$; $Chi^2 = 82.25$, $df = 4$, $p < 0.01$; $I^2 = 95\%$, 91% - 97%). Individuaalsete uuringute tulemused olid järjekindlalt ühesuunalised, samuti ei olnud erinevusi teiste oluliste tulemuste vahel. Ravijuhendi koostajad otsustasid, et hinnangu alandamine tõendusmaterjali ebakõla tõttu ei ole vajalik. Hinnangut ei alandatud.

as. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

at. Võrdlusgrupiks oli tavapärase käsitlus (teenuskeskuses testimine) kõikides uuringutes, välja arvatud Mulubwa 2019, kus võrreldi kodust testimist kiirtestidega. Meta-analüüs: Choko 2019a ja Wray 2018 puhul uuriti erinevaid sekkumisi, kuid need kõik hõlmasid enesetestimist sarnaste testi laiali jagamise meetoditega, seega analüüsiti neid kõiki ühtsena. Chanda 2017 ja Ortblad 2017 puhul uuriti samuti erinevaid sekkumisi, mis kõik hõlmasid enesetestimist, kuid nende puhul oli testide laiali jagamise meetod erinev, seetõttu analüüsiti neid eraldi. Choko 2019b puhul oli kaks uuritavate gruppi (rasedusaegsel jälgimisel olevad naised ja antiretroviirusravi saavad patsiendid) ja neid esitati eraldi. Klastritega randomiseeritud uuringute puhul võeti meta-analüüsi ka klastritega kohandatud analüüs.

au. 10 individuaalset randomiseeritud uuringut ja 8 klastritega randomiseeritud uuringut.

av. Hinnangut alandati ühel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihke tõttu (pimendamise puudumine) kõikides uuringutes, detekteerimisnihke (ise raporteeritud või mitte-valitdeeritud tulemused) tõttu 11 uuringus, ebaselge detekteerimisnihke tõttu 3 uuringus ja kadumisnihke tõttu 2 uuringus (Merchant 2018: 38,4% LTFU kokku, 26% interventsiooni grupis ja 50% kontrollgrupis, Patel 2018: 36% LTFU, 44% interventsiooni ja 27% kontrollgrupis). 3 klastritega randomiseeritud uuringus tuvastati võimalik värbamisnihke. Mitmete nihete risk jäi ebaselgeks vähese informatsiooni tõttu publitseerimata raportites ja konverentsi abstraktides.

aw. Tuvastati kõrge statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0.133$; $Chi^2 = 390.58$, $df = 2$, $p < 0.01$; $I^2 = 95\%$, 93% - 96%). Individuaalsete uuringute tulemused olid järjekindlalt ühesuunalised, samuti ei olnud erinevusi teiste oluliste tulemuste vahel. Ravijuhendi koostajad otsustasid, et hinnangu alandamine tõendusmaterjali ebakõla tõttu ei ole vajalik. Hinnangut ei alandatud.

ax. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

ay. Meta-analüüs: Wray 2018 uuringus uuriti erinevaid sekkumisi, kuid need kõik hõlmasid enesetestimist sarnaste testi laiali jagamise meetoditega, seega analüüsiti neid kõiki ühtsena. Klastritega randomiseeritud uuringute puhul võeti meta-analüüsi ka klastritega kohandatud analüüs.

az. 4 individuaalset randomiseeritud uuringut ja 2 klastritega randomiseeritud uuringut.

ba. Hinnangut alandati kahel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihe tõttu (pimendamise puudumine) kõikides uuringutes, detekteerimisnihe (ise raporteeritud või mitte-valitdeeritud tulemused) 4 uuringus, ebaselge detekteerimisnihe riski tõttu 1 uuringus ja kadumisnihe tõttu 1 uuringus (MacGowan, 2017: 27.1% LTFU in the intervention arm and 28.5% in the control arm). Mõnede nihete risk jäi ebaselgeks vähese informatsiooni tõttu publitseerimata raportites ja konverentsi abstraktides. 4 uuringus kuuest oli rohkem kui 3 kõrge riskiga või ebaselget nihke riski.

bb. Tuvastati kõrge statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0.029$; $Chi^2 = 42.71$, $df = 5$ $p < 0.01$; $I^2 = 88\%$, 77% - 94%). Individuaalsete uuringute tulemused olid järjekindlalt ühesuunalised, samuti ei olnud erinevusi teiste oluliste tulemuste vahel. Ravijuhendi koostajad otsustasid, et hinnangu alandamine tõendusmaterjali ebakõla tõttu ei ole vajalik. Hinnangut ei alandatud.

bc. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

bd. Meta-analüüs: Wray 2018 uuringus uuriti erinevaid sekkumisi, kuid need kõik hõlmasid enesetestimist sarnaste testi laiali jagamise meetoditega, seega analüüsiti neid kõiki ühtsena. Klastritega randomiseeritud uuringute puhul võeti meta-analüüsi ka klastritega kohandatud analüüs.

be. 4 individuaalset randomiseeritud uuringut ja 1 klastritega randomiseeritud uuringut.

bf. Hinnangut alandati ühel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihe tõttu (pimendamise puudumine) kõikides uuringutes, detekteerimisnihe (ise raporteeritud või mitte-valitdeeritud tulemused) 3 uuringus ja kadumisnihe tõttu 2 uuringus (MacGowan 2017: 27,1% inimestest jättis uuringus osalemise pooleli (LTFU, ingl k loss to follow up) interventsiooni grupis ja 28.5% kontrollgrupis; Merchant 2018: 38,4% LTFU kokku, 26% interventsiooni grupis ja 50% kontrollgrupis). Mõnede nihete risk jäi ebaselgeks vähese informatsiooni tõttu publitseerimata raportites ja konverentsi abstraktides.

bg. Tuvastati kõrge statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0.012$; $Chi^2 = 12.51$, $df = 4$, $p < 0.01$; $I^2 = 68\%$, 17% - 88%). Individuaalsete uuringute tulemused olid järjekindlalt ühesuunalised, samuti ei olnud erinevusi teiste oluliste tulemuste vahel. Ravijuhendi koostajad otsustasid, et hinnangu alandamine tõendusmaterjali ebakõla tõttu ei ole vajalik. Hinnangut ei alandatud.

bh. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

bi. Meta-analüüs: Chanda 2017 ja Ortblad 2017 uuringus oli rohkem kui üks sekkumisvõimalus, mis kõik hõlmasid enesetestimist, kuid testide jagamise meetodid olid erinevad, sellesse analüüsi võeti vaid teenuskeskustest testide jagamine võrdluses standardeetotlitel. Klastritega randomiseeritud uuringute puhul võeti meta-analüüsi ka klastritega kohandatud analüüs.

bj. 4 individuaalset randomiseeritud uuringut ja 2 klastritega randomiseeritud uuringut.

bk. Hinnangut alandati ühel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihe tõttu (pimendamise puudumine) kõikides uuringutes, detekteerimisnihe (ise raporteeritud või mitte-valitdeeritud tulemused) 3 uuringus või ebaselge riski tõttu detekteerimisniheks 2 uuringus ja kadumisnihe tõttu 1 uuringus (Patel 2018: 36% LTFU, 44% interventsiooni ja 27% kontrollgrupis). Esines ebaselge risk nihkeks juhusliku järjestuse genereerimisel Patel 2018 ja Pettifor 2018 puhul.

bl. Tuvastati kõrge statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0.068$; $Chi^2 = 60.88$, $df = 5$ $p < 0.01$; $I^2 = 92\%$, 85% - 96%). Individuaalsete uuringute tulemused olid järjekindlalt ühesuunalised, samuti ei olnud erinevusi teiste oluliste tulemuste vahel. Ravijuhendi koostajad otsustasid, et hinnangu alandamine tõendusmaterjali ebakõla tõttu ei ole vajalik. Hinnangut ei alandatud.

bm. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

bn. Meta-analüüs: Choko 2019a ja Wray 2018 puhul uuriti erinevaid sekkumisi, kuid need kõik hõlmasid enesetestimist sarnaste testi laiali jagamise meetoditega, seega analüüsiti neid kõiki ühtsena. Choko 2019b puhul oli kaks uuritavate gruppi (rasedusaegsel jälgimisel olevad naised ja antiretroviirusravi saavad patsiendid) ja neid esitati eraldi. Klastritega randomiseeritud uuringute puhul võeti meta-analüüsi ka klastritega kohandatud analüüs.

bo. 2 individuaalset randomiseeritud uuringut ja 2 klastritega randomiseeritud uuringut.

bp. Hinnangut alandati ühel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihe tõttu (pimendamise puudumine) kõikides uuringutes, detekteerimisnihe (ise raporteeritud või mitte-valitdeeritud tulemused) 2 klastritega randomiseeritud uuringus ja kadumisnihe tõttu 1 uuringus.

bq. Tuvastati kõrge statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0.133$; $Chi^2 = 53.54$, $df = 3$, $p < 0.01$; $I^2 = 94\%$, 89% - 97%). Individuaalsete uuringute tulemused olid järjekindlalt ühesuunalised, samuti ei olnud erinevusi teiste oluliste tulemuste vahel. Ravijuhendi koostajad otsustasid, et hinnangu alandamine tõendusmaterjali ebakõla tõttu ei ole vajalik. Hinnangut ei alandatud.

br. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

bs. Meta-analüüs: Choko 2019b uuringus oli kaks uuritavate gruppi (rasedusaegsel jälgimisel olevad naised ja antiretroviirusravi saavad patsiendid), aga ainult ARV ravi saavate patsientide grupp võeti siia analüüsi. Klastritega randomiseeritud uuringute puhul võeti meta-analüüsi ka klastritega kohandatud analüüs.

bt. 1 individuaalne randomiseeritud uuring ja 1 klastritega randomiseeritud uuring.

bu. Hinnangut alandati kahel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihe tõttu (pimendamise puudumine) mõlemas uuringus. Choko 2019b klastritega randomiseeritud uuringus esines värbamisnihe. Kõikides uuringutes oli rohkem kui 3 kõrge riskiga või ebaselget nihke riski.

bv. Tuvastati kõrge statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0.211$; $Chi^2 = 5.45$, $df = 1$, $p < 0.01$; $I^2 = 82\%$). Individuaalsete uuringute tulemused olid järjekindlalt ühesuunalised, samuti ei olnud erinevusi teiste oluliste tulemuste vahel. Ravijuhendi koostajad otsustasid, et hinnangu alandamine tõendusmaterjali ebakõla tõttu ei ole vajalik. Hinnangut ei alandatud.

bw. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

bx. Meta-analüüs: Chanda 2017 ja Ortblad 2017 puhul uuriti erinevaid sekkumisi, mis kõik hõlmasid enesetestimist, kuid testide laiali jagamise meetod oli erinev. Sellesse analüüsi kaasasti ainult see grupp, kus uuriti testide jagamist omavanuste sõprade vahel võrreldes tavetestimisega. Klastritega randomiseeritud uuringute puhul võeti meta-analüüsi ka klastritega kohandatud analüüs.

by. 2 klastritega randomiseeritud uuringut.

bz. Hinnangut alandati ühel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihe tõttu (pimendamise puudumine) ja detekteerimisnihe (ise raporteeritud või mitte-valitdeeritud tulemused) tõttu mõlemas uuringus.

ca. Tuvastati kõrge statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0.018$; $Chi^2 = 5.02$, $df = 1$, $p = 0.03$, $I^2 = 80\%$). Individuaalsete uuringute tulemused olid järjekindlalt ühesuunalised, samuti ei olnud erinevusi teiste oluliste tulemuste vahel. Ravijuhendi koostajad otsustasid, et hinnangu alandamine tõendusmaterjali ebakõla tõttu ei ole vajalik. Hinnangut ei alandatud.

cb. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

cc. Võrdlusgrupiks oli tavapärase käsitlus (teenuskeskuses testimine) kõikides uuringutes, välja arvatud Mulubwa 2019, kus võrreldi kodus testimist kiirtestidega. Meta-analüüs: klastritega randomiseeritud uuringute puhul võeti meta-analüüsi ka klastritega kohandatud analüüs.

cd. 4 klastritega randomiseeritud uuringut.

ce. Hinnangut alandati kahel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihe tõttu (pimendamise puudumine) kõikides uuringutes, detekteerimisnihe (ise raporteeritud või mitte-valitdeeritud tulemused) 3 uuringus. Mõnede nihete risk jäi ebaselgeks vähese informatsiooni tõttu publitseerimata raportites ja konverentsi abstraktides. 3 uuringus neljast oli rohkem kui 3 kõrge riskiga või ebaselget nihe riski.

cf. Tuvastati kõrge statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0.113$; $Chi^2 = 79.75$, $df = 3$, $p < 0.01$; $I^2 = 96\%$, $93\% - 98\%$). Individuaalsete uuringute tulemused olid järjekindlalt ühesuunalised, samuti ei olnud erinevusi teiste oluliste tulemuste vahel. Ravijuhendi koostajad otsustasid, et hinnangu alandamine tõendusmaterjali ebakõla tõttu ei ole vajalik. Hinnangut ei alandatud.

cg. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

ch. Meta-analüüs: Klastritega randomiseeritud uuringute puhul võeti meta-analüüsi ka klastritega kohandatud analüüs.

ci. 2 klastritega randomiseeritud uuringut.

cj. Hinnangut alandati kahel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihe tõttu (pimendamise puudumine) kõikides uuringutes, detekteerimisnihe (ise raporteeritud või mitte-valitdeeritud tulemused) 1 uuringus või ebaselge detekteerimisnihe tõttu 2 uuringus. 3 uuringut neljast oli ebaselge nihe risk juhusliku järjestuse genereerimis tõttu. 3 uuringu puhul neljast oli rohkem kui 3 kõrge riskiga või ebaselget nihe riski.

ck. Tuvastati kõrge statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0.376$, $Chi^2 = 41.19$, $df = 3$, $p < 0.01$; $I^2 = 93\%$, $85\% - 97\%$). Individuaalsete uuringute tulemused olid järjekindlalt ühesuunalised, samuti ei olnud erinevusi teiste oluliste tulemuste vahel. Ravijuhendi koostajad otsustasid, et hinnangu alandamine tõendusmaterjali ebakõla tõttu ei ole vajalik. Hinnangut ei alandatud.

cl. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

cm. Meta-analüüs: Wray 2018 uuringus uuriti erinevaid sekkumisi, kuid need kõik hõlmasid enesetestimist sarnaste testi laiali jagamise meetoditega, seega analüüsiti neid kõiki ühtsena. Klastritega randomiseeritud uuringute puhul võeti meta-analüüsi ka klastritega kohandatud analüüs.

cn. 4 individuaalset randomiseeritud uuringut.

co. Hinnangut alandati kahel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihe tõttu (pimendamise puudumine) kõikides uuringutes, detekteerimisnihe (ise raporteeritud või mitte-valitdeeritud tulemused) tõttu 3 uuringus või ebaselge detekteerimisnihe tõttu ühes uuringus ja kadumisnihe tõttu 2 uuringus (Merchant 2018: 38,4% LTFU kokku, 26% interventsiooni grupis ja 50% kontrollgrupis, Patel 2018: 36% LTFU, 44% interventsiooni ja 27% kontrollgrupis). Kõikides uuringutes oli rohkem kui 3 kõrge riskiga või ebaselget nihe riski.

cp. Tuvastati kõrge statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0.090$; $Chi^2 = 18.22$, $df = 3$, $p < 0.01$; $I^2 = 84\%$, $58\% - 94\%$). Individuaalsete uuringute tulemused olid järjekindlalt ühesuunalised, samuti ei olnud erinevusi teiste oluliste tulemuste vahel. Ravijuhendi koostajad otsustasid, et hinnangu alandamine tõendusmaterjali ebakõla tõttu ei ole vajalik. Hinnangut ei alandatud.

cq. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

cr. Meta-analüüs: Choko 2019a ja Wray 2018 puhul uuriti erinevaid sekkumisi, kuid need kõik hõlmasid enesetestimist sarnaste testi laiali jagamise meetoditega, seega analüüsiti neid kõiki ühtsena. Choko 2019b puhul oli kaks sekkumisgruppi enesetestimis puhul ning kaks uuritavate gruppi (rasedusaegsel jälgimisel olevad naised ja antiretroviirusravi saavad patsiendid) - neid esitati eraldi. Klastritega randomiseeritud uuringute puhul võeti meta-analüüsi ka klastritega kohandatud analüüs.

cs. 5 individuaalset randomiseeritud uuringut ja 3 klastritega randomiseeritud uuringut.

ct. Hinnangut alandati ühel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihe tõttu (pimendamise puudumine) kõikides uuringutes, detekteerimisnihe (ise raporteeritud või mitte-valitdeeritud tulemused) tõttu 6 uuringus ja kadumisnihe tõttu 1 uuringus (MacGowan 2017: 27,1% inimestest jättis uuringus osalemise pooleli (LTFU, ingl k loss to follow up) interventsiooni grupis ja 28,5% kontrollgrupis. 2 klastritega randomiseeritud uuringus esines värbamisnihe. Mõnede nihete risk jäi ebaselgeks vähese informatsiooni tõttu publitseerimata raportites ja konverentsi abstraktides.

cu. Tuvastati kõrge statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0.083$; $Chi^2 = 126.61$, $df = 8$, $p < 0.01$; $I^2 = 94\%$, $90\% - 96\%$). Individuaalsete uuringute tulemused olid järjekindlalt ühesuunalised, samuti ei olnud erinevusi teiste oluliste tulemuste vahel. Ravijuhendi koostajad otsustasid, et hinnangu alandamine tõendusmaterjali ebakõla tõttu ei ole vajalik. Hinnangut ei alandatud.

cv. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

cw. Chanda 2017 ja Ortblad 2017 puhul uuriti samuti erinevaid sekkumisi, mis kõik hõlmasid enesetestimist, kuid nende puhul oli testide laiali jagamise meetod erinev, seetõttu analüüsiti neid eraldi. Klastritega randomiseeritud uuringute puhul võeti meta-analüüsi ka klastritega kohandatud analüüs.

cx. 3 klastritega randomiseeritud uuringut.

cy. Hinnangut alandati ühel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihe tõttu (pimendamise puudumine) kõikides uuringutes ja detekteerimisnihe (ise raporteeritud või mitte-valitdeeritud tulemused) tõttu kõikides uuringus. Ühes klastritega randomiseeritud uuringus esines värbamisnihe. Ühes klastritega randomiseeritud uuringus esines ebaselge valikunihe risk (gruppidesse jagamise varjamine), selektiivne raporteerimine ja baasklastrit tasakaalutus.

cz. Tuvastati kõrge statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0.054$; $Chi^2 = 39.74$, $df = 4$, $p < 0.01$; $I^2 = 90\%$, $79\% - 95\%$). Heterogeensus põhjust ei õnnestunud selgitada, hinnangut alandati ühe võrra.

da. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

db. Meta-analüüs: Klastritega randomiseeritud uuringute puhul võeti meta-analüüsi ka klastritega kohandatud analüüs.

dc. 1 individuaalne randomiseeritud uuring ja 3 klastritega randomiseeritud uuringut.

dd. Hinnangut alandati kahel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihe tõttu (pimendamise puudumine) kõikides uuringutes, detekteerimisnihe (ise raporteeritud või mitte-valideeritud tulemused) tõttu 3 uuringus ja kadumisnihe tõttu 1 uuringus. 3 uuringu puhul 4st oli rohkem kui 3 kõrge riskiga või ebaselget nihe riski.

de. Tuvastati kõrge statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0.121$; $Chi^2 = 85.06$, $df = 3$, $p < 0.01$; $I^2 = 96\%$, $94\% - 98\%$). Individuaalsete uuringute tulemused olid järjekindlalt ühesuunalised, samuti ei olnud erinevusi teiste oluliste tulemuste vahel. Ravijuhendi koostajad otsustasid, et hinnangu alandamine tõendusmaterjali ebakõla tõttu ei ole vajalik. Hinnangut ei alandatud.

df. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

dg. Võrdlusgrupiks oli tavapärase käsitlus (teenuskeskuses testimine) kõikides uuringutes, välja arvatud Mulubwa 2019, kus võrreldi kodust testimist kiirtestidega. Meta-analüüs: Klastritega randomiseeritud uuringute puhul võeti meta-analüüsi ka klastritega kohandatud analüüs.

dh. 3 individuaalset randomiseeritud uuringut ja 1 klastritega randomiseeritud uuring.

di. Hinnangut alandati ühel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihe tõttu (pimendamise puudumine) kõikides uuringutes, ebaselge detekteerimisnihe (ise raporteeritud või mitte-valideeritud tulemused) riski tõttu 2 uuringus. Kahes uuringus esines ebaselge risk juhusliku järjestuse genereerimise puudumise tõttu (selekteerimisnihe).

dj. Tuvastati kõrge statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0.083$; $Chi^2 = 30.94$, $df = 3$, $p < 0.01$; $I^2 = 90\%$, $78\% - 96\%$). Individuaalsete uuringute tulemused olid järjekindlalt ühesuunalised, samuti ei olnud erinevusi teiste oluliste tulemuste vahel. Ravijuhendi koostajad otsustasid, et hinnangu alandamine tõendusmaterjali ebakõla tõttu ei ole vajalik. Hinnangut ei alandatud.

dk. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

dl. Hinnangut alandati ühel korral võimaliku esinemisnihe tõttu (pimendamise puudumine).

dm. Originaalne valimi suurus, see ei esinda kasutatud klastritega kohandatud valimisuurust meta-analüüsis.

dn. Võrdlusgrupiks oli tavapärase käsitlus (teenuskeskuses testimine) kõikides uuringutes, välja arvatud Mulubwa 2019, kus võrreldi kodust testimist kiirtestidega. Meta-analüüs: Choko 2019a ja Wray 2018 puhul uuriti erinevaid sekkumisi, kuid need kõik hõlmasid enesetestimist sarnaste testi laiali jagamise meetoditega, seega analüüsiti neid kõiki ühtsena. Chanda 2017 ja Ortblad 2017 puhul uuriti samuti erinevaid sekkumisi, mis kõik hõlmasid enesetestimist, kuid nende puhul oli testide laiali jagamise meetod erinev, seetõttu analüüsiti neid eraldi. Choko 2019b puhul oli kaks uuritavate gruppi (rasedusaegsel jälgimisel olevad naised ja antiretroviirusravi saavad patsiendid) ja neid esitati eraldi. Klastritega randomiseeritud uuringute puhul võeti meta-analüüsi ka klastritega kohandatud analüüs.

do. 11 individuaalset randomiseeritud uuringut ja 7 klastritega randomiseeritud uuringut.

dp. Hinnangut alandati ühel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihe tõttu (pimendamise puudumine) kõikides uuringutes, detekteerimisnihe (ise raporteeritud või mitte-valideeritud tulemused) tõttu 6 uuringus või ebaselge detekteerimisnihe tõttu 4 uuringus ja kadumisnihe tõttu 2 uuringus (MacGowan 2017: 27,1% inimestest jättis uuringus osalemise pooleli (LTFU, ingl k loss to follow up) interventsiooni grupis ja 28,5% kontrollgrupis; Merchant 2018: 38,4% LTFU kokku, 26% interventsiooni grupis ja 50% kontrollgrupis). 3 klastritega randomiseeritud uuringus oli võimalik värbamisnihe. Mitmete nihete risk jäi ebaselgeks vähese informatsiooni tõttu publitseerimata raportites ja konverentsi abstraktides.

dq. Tuvastati madal statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0.091$; $Chi^2 = 24.38$, $df = 19$, $p = 0.18$; $I^2 = 22\%$, $0\% - 55\%$). Hinnangut ei alandatud, kuid märgiti, et tulemusnäitaja definitsioon oli uuringutes erinev: 8 uuringus defineeriti positiivsust kui kinnitatud HIV diagnoosi, ülejäänud uuringutes peeti positiivseks positiivset enesetestimise tulemust, põhinesid osalejate raporteeritud positiivsusel või oli definitsioon ebaselge.

dr. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

ds. Võrdlusgrupiks oli tavapärase käsitlus (teenuskeskuses testimine) kõikides uuringutes, välja arvatud Mulubwa 2019, kus võrreldi kodust testimist kiirtestidega. Meta-analüüs: Choko 2019a ja Wray 2018 puhul uuriti erinevaid sekkumisi, kuid need kõik hõlmasid enesetestimist sarnaste testi laiali jagamise meetoditega, seega analüüsiti neid kõiki ühtsena. Chanda 2017 ja Ortblad 2017 puhul uuriti samuti erinevaid sekkumisi, mis kõik hõlmasid enesetestimist, kuid nende puhul oli testide laiali jagamise meetod erinev, seetõttu analüüsiti neid eraldi. Choko 2019b puhul oli kaks uuritavate gruppi (rasedusaegsel jälgimisel olevad naised ja antiretroviirusravi saavad patsiendid) ja neid esitati eraldi. Klastritega randomiseeritud uuringute puhul võeti meta-analüüsi ka klastritega kohandatud analüüs.

dt. 11 individuaalset randomiseeritud uuringut ja 7 klastritega randomiseeritud uuringut.

du. Hinnangut alandati ühel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihe tõttu (pimendamise puudumine) kõikides uuringutes, detekteerimisnihe (ise raporteeritud või mitte-valideeritud tulemused) tõttu 6 uuringus või ebaselge detekteerimisnihe riski tõttu 4 uuringus ja kadumisnihe tõttu 2 uuringus (MacGowan 2017: 27,1% inimestest jättis uuringus osalemise pooleli (LTFU, ingl k loss to follow up) interventsiooni grupis ja 28,5% kontrollgrupis; Merchant 2018: 38,4% LTFU kokku, 26% interventsiooni grupis ja 50% kontrollgrupis). 3 klastritega randomiseeritud uuringus tuvastati võimalik värbamisnihe. Mitmete nihete risk jäi ebaselgeks vähese informatsiooni tõttu publitseerimata raportites ja konverentsi abstraktides.

dv. Tuvastati madal statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0.033$; $Chi^2 = 22.33$, $df = 20$, $p = 0.32$; $I^2 = 10\%$, $0\% - 45\%$). Hinnangut ei alandatud, kuid märgiti, et tulemusnäitaja definitsioon oli uuringutes erinev: 8 uuringus defineeriti positiivsust kui kinnitatud HIV diagnoosi, ülejäänud uuringutes peeti positiivseks positiivset enesetestimise tulemust, põhinesid osalejate raporteeritud positiivsusel või oli definitsioon ebaselge. Samuti märgiti, et ühes uuringus (Nichols 2019) oli sekkumisgrupis testitute hulgas oluliselt madalam HIV positiivsuse määr. See uuring keskendus noortele inimestele kõrge testimisega hõlmatuselga olukorras.

dw. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

dx. Suhteline risk (ingl k relative risk ehk RR) HIV positiivsuseks randomiseeritud hulgas oli 1.06 (0.78 - 1.44).

dy. Võrdlusgrupiks oli tavapärase käsitlus (teenuskeskuses testimine) kõikides uuringutes, välja arvatud Mulubwa 2019, kus võrreldi kodust testimist kiirtestidega. Meta-analüüs: Choko 2019a puhul uuriti erinevaid sekkumisi, kuid need kõik hõlmasid enesetestimist sarnaste testi laiali jagamise meetoditega, seega analüüsiti neid kõiki ühtsena. Choko 2019b puhul oli kaks uuritavate gruppi (rasedusaegsel jälgimisel olevad naised ja antiretroviirusravi saavad patsiendid) ja neid esitati eraldi. Klastritega randomiseeritud uuringute puhul võeti meta-analüüsi ka klastritega kohandatud analüüs.

dz. 4 individuaalset randomiseeritud uuringut ja 5 klastritega randomiseeritud uuringut.

ea. Hinnangut alandati ühel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihe tõttu (pimendamise puudumine) kõikides uuringutes, detekteerimisnihe (ise raporteeritud või mitte-valitdeeritud tulemused) tõttu 2 uuringus ja kadumisnihe tõttu 2 uuringus (MacGowan 2017: 27,1% inimestest jättis uuringus osalemise pooleli (LTFU, ingl k loss to follow up) interventsiooni grupis ja 28,5% kontrollgrupis; Merchant 2018: 38,4% LTFU kokku, 26% interventsiooni grupis ja 50% kontrollgrupis). Ühes uuringus oli ebaselge nihe risk selekteerimisnihe osas (gruppidesse jagamise ebakorrektsus).

eb. Tuvastati madal statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0.189$; $Chi^2 = 13.38$, $df = 10$, $p = 0.15$; $I^2 = 33\%$, $0\% - 68\%$). Hinnangut ei alandatud, kuid märgiti, et tulemusnäitaja definitsioon oli uuringutes erinev: 8 uuringus defineeriti positiivsust kui kinnitatud HIV diagnoosi, ülejäänud uuringutes peeti positiivseks positiivset enesetestimise tulemust, põhinesid osalejate raporteeritud positiivsusel või oli definitsioon ebaselge.

ec. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

ed. Meta-analüüs: Wray 2018 uuringus uuriti erinevaid sekkumisi, kuid need kõik hõlmasid enesetestimist sarnaste testi laiali jagamise meetoditega, seega analüüsiti neid kõiki ühtsena. Chanda 2017 ja Ortblad 2017 puhul uuriti samuti erinevaid sekkumisi, mis kõik hõlmasid enesetestimist, kuid nende puhul oli testide laiali jagamise meetod erinev, seetõttu analüüsiti neid eraldi. Klastritega randomiseeritud uuringute puhul võeti meta-analüüsi ka klastritega kohandatud analüüs.

ee. 7 individuaalset randomiseeritud uuringut ja 2klastritega randomiseeritud uuringut.

ef. Hinnangut alandati kahel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihe tõttu (pimendamise puudumine) kõikides uuringutes, detekteerimisnihe (ise raporteeritud või mitte-valideeritud tulemused) tõttu 4 uuringus, ebaselge niheriski tõttu 1 uuringus ja kadumisnihe tõttu 2 uuringus (MacGowan 2017: 27,1% inimestest jättis uuringus osalemise pooleli (LTFU, ingl k loss to follow up) interventsiooni grupis ja 28,5% kontrollgrupis; Merchant 2018: 38,4% LTFU kokku, 26% interventsiooni grupis ja 50% kontrollgrupis). 2 uuringus esines ebaselge risk selekteerimisniheks (juhusliku järjestuse genereerimine ja gruppidesse jagamise ebakorrektsus).

eg. Tuvastati madal statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0$; $Chi^2 = 8.93$, $df = 10$, $p=0.54$; $I^2 = 0\%$, $0\% - 55\%$). Hinnangut ei alandatud, kuid märgiti, et tulemusnäitaja definitsioon ei olnud kõigis uuringutest sama: 9 uuringus defineeriti positiivsust kui kinnitatud HIV diagnoosi, ülejäänud 5 uuringus peeti positiivseks positiivset enesetestimise tulemust või põhinesid need osalejate raporteeritud positiivsusel või oli definitsioon ebaselge.

eh. Hinnangut ei alandatud, kuid märgiti, et uuritavateks olid meestega seksivad mehed, trans-soolised naised ja prostitutsiooni kaasatud naised, seega tuleks suhtuda ettevaatusega tulemuste laiendamisse teistele populatsioonidele. .

ei. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

ej. Meta-analüüs: Wray 2018 puhul uuriti erinevaid sekkumisi, kuid need kõik hõlmasid enesetestimist sarnaste testi laiali jagamise meetoditega, seega analüüsiti neid kõiki ühtsena. Klastritega randomiseeritud uuringute puhul võeti meta-analüüsi ka klastritega kohandatud analüüs.

ek. 6 individuaalset randomiseeritud uuringut.

el. Tuvastati madal statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0$; $Chi^2 = 1.62$, $df = 5$, $p=0.90$; $I^2 = 0\%$, $0\% - 22\%$). Hinnangut ei alandatud, kuid märgiti, et tulemusnäitaja definitsioon ei olnud kõigis uuringutest sama: 4 uuringus defineeriti positiivsust kui kinnitatud HIV diagnoosi, ülejäänud 5 uuringus peeti positiivseks positiivset enesetestimise tulemust või põhinesid need osalejate raporteeritud positiivsusel või oli definitsioon ebaselge.

em. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

en. Analüüsiti kolme kolme alagrupiga RCT-d. Kelvin 2019 uuringus oli 2 erinevat standardtestimise gruppi, üks tõhustatud ja üks tavaline. Tõhustatud standardtestimise grupp jäeti analüüsist välja ning sekkumisgrupiga võrlduses kasutati tavalist standardtestimise gruppi. Chanda 2017 ja Ortblad 2017 puhul uuriti erinevaid sekkumisi, mis kõik hõlmasid enesetestimist: sekkumisgruppe analüüsiti eraldi, kuna erinevused sekkumises tundusid tõenäoliselt tulemust mõjutavat.

eo. 2 individuaalset randomiseeritud uuringut ja 1 klastritega randomiseeritud uuringut.

ep. Hinnangut alandati kahel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihe tõttu (pimendamise puudumine) kõikides uuringutes, detekteerimisnihe (ise raporteeritud või mitte-valideeritud tulemused) tõttu 2 uuringus ja ebaselge detekteerimisnihe riski tõttu ühes uuringus. Ühes uuringus oli ebaselge risk selekteerimisniheks (gruppidesse jagamise ebakorrektsus).

eq. Tuvastati madal statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0.008$ $Chi^2 = 4.24$, $df = 4$, $p=0.35$; $I^2 = 6\%$, $0\% - 80\%$). Hinnangut ei alandatud.

er. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

es. 6 uuringut viidi läbi meestega seksivate meeste hulgas, 3 rasedusaegsel jälgimisel olevate naiste meespartneritel, 2 meessoost rekkajuhtide hulgas. Ülejäänute puhul kaasati meeste hulgas tehtud subanalüüs. Meta-analüüs: Choko 2019a ja Wray 2018 puhul uuriti erinevaid sekkumisi, kuid need kõik hõlmasid enesetestimist sarnaste testi laiali jagamise meetoditega, seega analüüsiti neid kõiki ühtsena. Choko 2019b puhul oli kaks uuritavate gruppi (rasedusaegsel jälgimisel olevad naised ja antiretroviirusravi saavad patsiendid), antud analüüsi kaasati vaid rasedusaegsel jälgimisel olevad naised. Klastritega randomiseeritud uuringute puhul võeti meta-analüüsi ka klastritega kohandatud analüüs.

et. 11 individuaalset randomiseeritud uuringut ja 7 klastritega randomiseeritud uuringut.

eu. Hinnangut alandati ühel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihe tõttu (pimendamise puudumine) kõikides uuringutes, detekteerimisnihe (ise raporteeritud või mitte-valitdeeritud tulemused) tõttu 4 uuringus, 2 uuringus oli ebaselge risk detekteerimisniheks ja kadumisnihe tõttu 2 uuringus (MacGowan 2017: 27,1% inimestest jättis uuringus osalemise pooleli (LTFU, ingl k loss to follow up) interventsiooni grupis ja 28,5% kontrollgrupis; Merchant 2018: 38,4% LTFU kokku, 26% interventsiooni grupis ja 50% kontrollgrupis). 3 klastritega randomiseeritud uuringus tuvastati võimalik värbamisnihe. Mitmete nihe risk jäi ebaselgeks vähese informatsiooni tõttu publitseerimata raportites ja konverentsi abstraktides.

ev. Tuvastati madal statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0$; $Chi^2 = 8.62$, $df = 12$, $p=0.73$; $I^2 = 0\%$, $0\% - 40\%$). Hinnangut ei alandatud, kuid märgiti, et tulemusnäitaja definitsioon ei olnud kõigis uuringutest sama: 7 uuringus defineeriti positiivsust kui kinnitatud HIV diagnoosi, ülejäänud 7 uuringus peeti positiivseks positiivset enesetestimise tulemust või põhinesid need osalejate raporteeritud positiivsusel või oli definitsioon ebaselge.

ew. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

ex. 3 uuringus olid uuritavad prostitutsiooni kaasatud naised, ülejäänute puhul kaasati naiste hulgas tehtud subanalüüs. Meta-analüüs: Chanda 2017 ja Ortblad 2017 puhul uuriti erinevaid sekkumisi, mis kõik hõlmasid enesetestimist, kuid nende puhul oli testide laiali jagamise meetod erinev, seetõttu analüüsiti neid eraldi. Klastritega randomiseeritud uuringute puhul võeti meta-analüüsi ka klastritega kohandatud analüüs.

ey. 3 individuaalset randomiseeritud uuringut ja 1 klastritega randomiseeritud uuringut.

ez. Hinnangut alandati ühel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihe tõttu (pimendamise puudumine) kõikides uuringutes, detekteerimisnihe (ise raporteeritud või mitte-valitdeeritud tulemused) tõttu 3 uuringus, ühes uuringus esines ebaselge risk detekteerimisniheks. Ühes klastritega randomiseeritud uuringus esines värbamisnihe. Kahes uuringus esines ebaselge risk selekteerimisniheks (üks juhusliku järjestuse genereerimise probleem ja üks gruppidesse jagamise ebakorrektsus).

fa. Tuvastati madal statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0$; $Chi^2 = 4.38$, $df = 5$ $p=0.47$; $I^2 = 0\%$, $0\% - 71\%$). Hinnangut ei alandatud.

fb. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

fc. 2 uuringus olid uuritavad noored inimesed ja ülejäänud kahes kaasati noorte hulgas tehtud subanalüüs. Meta-analüüs: lastritega randomiseeritud uuringute puhul võeti meta-analüüsi ka klastritega kohandatud analüüs.

fd. 2 individuaalset randomiseeritud uuringut ja 2 klastritega randomiseeritud uuringut.

fe. All trials had unclear risk of selection bias. 3 of 4 trials had more than three high risk or unclear risk of bias domains. Hinnangut alandati kahel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihe tõttu (pimendamise puudumine) kõikides uuringutes, detekteerimisnihe (ise raporteeritud või mitte-valideeritud tulemused) tõttu 3 uuringus, ühes uuringus oli ebaselge risk detekteerimisniheks ja kadumisnihe tõttu 1 uuringus (Merchant 2018: 38,4% LTFU kokku, 26% interventsiooni grupis ja 50% kontrollgrupis). Ühes klastritega randomiseeritud uuringus esines värbamisnihe. Kõikides uuringutes esines ebaselge risk selekteerimisniheks. 3 uuringu puhul 4st oli rohkem kui 3 kõrge riskiga või ebaselget nihe riski.

ff. Tuvastati madal statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0,074$ $Chi^2 = 3.45$, $df = 3$, $p=0.33$; $I^2 = 13\%$, $0\% - 87\%$). Hinnangut ei alandatud.

fg. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

fh. Võrdlusgrupiks oli tavapärase käsitlus (teenuskeskuses testimine) kõikides uuringutes, välja arvatud Mulubwa 2019, kus võrreldi kodust testimist kiirtestidega. Meta-analüüs: Choko 2019a ja puhul uuriti erinevaid sekkumisi, kuid need kõik hõlmasid enesetestimist sarnaste testi laiali jagamise meetoditega, seega analüüsiti neid kõiki ühtsena. Chanda 2017 ja Ortblad 2017 puhul uuriti samuti erinevaid sekkumisi, mis kõik hõlmasid enesetestimist, kuid nende puhul oli testide laiali jagamise meetod erinev, seetõttu analüüsiti neid eraldi. Choko 2019b puhul oli kaks uuritavate gruppi (rasedusaegsel jälgimisel olevad naised ja antiretroviirusravi saavad patsiendid) ja neid esitati eraldi. Klastritega randomiseeritud uuringute puhul võeti meta-analüüsi ka klastritega kohandatud analüüs.

fi. 7 individuaalset randomiseeritud uuringut ja 7 klastritega randomiseeritud uuringut.

fj. Hinnangut alandati ühel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihe tõttu (pimendamise puudumine) kõikides uuringutes, detekteerimisnihe (ise raporteeritud või mitte-valideeritud tulemused) tõttu 5 uuringus, ebaselge risk detekteerimisniheks oli 4 uuringus ja kadumisnihe tõttu 2 uuringus (MacGowan 2017: 27,1% inimestest jättis uuringus osalemise pooleli (LTFU, ingl k loss to follow up) interventsiooni grupis ja 28,5% kontrollgrupis; Merchant 2018: 38,4% LTFU kokku, 26% interventsiooni grupis ja 50% kontrollgrupis). 3 klastritega randomiseeritud uuringus esines värbamisnihe. Mitmete nihete risk jäi ebaselgeks vähese informatsiooni tõttu publitseerimata raportites ja konverentsi abstraktides.

fk. Tuvastati madal statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0.040$; $Chi^2 = 18.44$, $df = 16$, $p=0.30$; $I^2 = 13\%$, $0\% - 50\%$). Hinnangut ei alandatud, kuid märgiti, et tulemusnäitaja definitsioon ei olnud kõigis uuringutest sama: 5 uuringus defineeriti positiivsust kui kinnitatud HIV diagnoosi, ülejäänud 9 uuringus peeti positiivseks positiivset enesetestimise tulemust või põhinesid need osalejate raporteeritud positiivsusel või oli definitsioon ebaselge.

fl. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

fm. Wray 2018 puhul uuriti erinevaid sekkumisi, kuid need kõik hõlmasid enesetestimist sarnaste testi laiali jagamise meetoditega, seega analüüsiti neid kõiki ühtsena. Klastritega randomiseeritud uuringute puhul võeti meta-analüüsi ka klastritega kohandatud analüüs.

fn. 4 individuaalset randomiseeritud uuringut.

fo. Hinnangut alandati ühel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihe tõttu (pimendamise puudumine) kõikides uuringutes, detekteerimisnihe (ise raporteeritud või mitte-valitdeeritud tulemused) tõttu 1 uuringus ja kadumisnihe tõttu 1 uuringus (MacGowan 2017: 27,1% inimestest jättis uuringus osalemise pooleli (LTFU, ingl k loss to follow up) interventsiooni grupis ja 28,5% kontrollgrupis).

fp. Tuvastati madal statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0$; $Chi^2 = 1.20$, $df = 3$, $p=0.75$; $I^2 = 0\%$, $0\% - 62\%$). Hinnangut ei alandatud, kuid märgiti, et tulemusnäitaja definitsioon ei olnud kõigis uuringutest sama: 3 uuringus defineeriti positiivsust kui kinnitatud HIV diagnoosi, 1 uuringus peeti positiivseks osalejate raporteeritud positiivsust.

fq. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

fr. Meta-analüüs: Wray 2018 puhul uuriti erinevaid sekkumisi, kuid need kõik hõlmasid enesetestimist sarnaste testi laiali jagamise meetoditega, seega analüüsiti neid kõiki ühtsena.

fs. 4 individuaalset randomiseeritud uuringut.

ft. Hinnangut alandati kahel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihe tõttu (pimendamise puudumine) kõikides uuringutes, detekteerimisnihe (ise raporteeritud või mitte-valideeritud tulemused) tõttu 2 uuringus ja kadumisnihe tõttu 2 uuringus (MacGowan 2017: 27,1% inimestest jättis uuringus osalemise pooleli (LTFU, ingl k loss to follow up) interventsiooni grupis ja 28,5% kontrollgrupis; Merchant 2018: 38,4% LTFU kokku, 26% interventsiooni grupis ja 50% kontrollgrupis). 3 uuringul neljast oli rohkem kui 3 kõrge riskiga või ebaselget nihe riski.

fu. Tuvastati madal statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0$; $Chi^2 = 0.88$, $df = 3$, $p=0.83$; $I^2 = 0\%$, $0\% - 48\%$). Hinnangut ei alandatud, kuid märgiti, et tulemusnäitaja definitsioon ei olnud kõigis uuringutest sama: 2 uuringus defineeriti positiivsust kui kinnitatud HIV diagnoosi, ülejäänud 2 uuringus peeti positiivseks positiivset enesetestimise tulemust või põhinesid need osalejate raporteeritud positiivsusel või oli definitsioon ebaselge.

fv. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

fw. Meta-analüüs: Chanda 2017 ja Ortblad 2017 puhul uuriti erinevaid sekkumisi, mis kõik hõlmasid enesetestimist, kuid nende puhul oli testide laiali jagamise meetod erinev, seetõttu analüüsiti neid eraldi ja ainult enesetestimise grupp, kus teste jagati teenuskeskustest, kaasati analüüsi. Klastritega randomiseeritud uuringute puhul võeti meta-analüüsi ka klastritega kohandatud analüüs.

fx. 2 individuaalset randomiseeritud uuringut ja 2 klastritega randomiseeritud uuringut.

fy. Hinnangut alandati ühel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihe tõttu (pimendamise puudumine) kõikides uuringutes ja detekteerimisnihe (ise raporteeritud või mitte-valitdeeritud tulemused) tõttu 2 uuringus.

fz. Tuvastati madal statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0.107$; $Chi^2 = 4.25$, $df = 3$, $p=0.24$; $I^2 = 29\%$, $0\% - 74\%$). Hinnangut ei alandatud, kuid märgiti, et tulemusnäitaja definitsioon ei olnud kõigis uuringutest sama: 2 uuringus defineeriti positiivsust kui kinnitatud HIV diagnoosi, ülejäänud 2 uuringus peeti positiivseks positiivset enesetestimise tulemust või põhinesid need osalejate raporteeritud positiivsusel või oli definitsioon ebaselge.

ga. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

gb. Meta-analüüs: Choko 2019a puhul uuriti erinevaid sekkumisi, kuid need kõik hõlmasid enesetestimist sarnaste testi laiali jagamise meetoditega, seega analüüsiti neid kõiki ühtsena. Choko 2019b puhul oli kaks uuritavate gruppi (rasedusaegsel jälgimisel olevad naised ja antiretroviroosravi saavad patsiendid) - analüüsi võeti ainult rasedusaegsel jälgimisel olevad naised. Klastritega randomiseeritud uuringute puhul võeti meta-analüüsi ka klastritega kohandatud analüüs.

gc. 1 individuaalne randomiseeritud uuring ja 2 klastritega randomiseeritud uuringut.

gd. Hinnangut alandati ühel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihe tõttu (pimendamise puudumine) kõikides uuringutes ja ebaselge kadumisnihe riski tõttu ühes uuringus. 2 klastritega randomiseeritud uuringus esines värbaminihe ja ühes ebaselge risk klastrite kaotamiseks ja klastritega kohandatud analüüsi mitte raporteerimiseks (meta-analüüsi kohandati klastritele).

ge. Tuvastati madal statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0$; $Chi^2 = 1.60$, $df = 2$, $p=0.45$; $I^2 = 0\%$, $0\% - 87\%$). Hinnangut ei alandatud.

gf. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

gg. Meta-analüüs: Choko 2019b puhul oli kaks uuritavate gruppi (rasedusaegsel jälgimisel olevad naised ja antiretroviroosravi saavad patsiendid), analüüsi võeti ainult antiretroviroosravi saavad patsiendid. Klastritega randomiseeritud uuringute puhul võeti meta-analüüsi ka klastritega kohandatud analüüs.

gh. 1 individuaalne randomiseeritud uuring ja 1 klastritega randomiseeritud uuring.

gi. Hinnangut alandati kahel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihe tõttu (pimendamise puudumine) mõlemas uuringus, detekteerimisnihe (ise raporteeritud või mitte-valideeritud tulemused) tõttu 1 uuringus. Ühes klastritega randomiseeritud uuringus esines võimalik risk värbamisniheks. Kõigis uuringutes oli rohkem kui 3 kõrge riskiga või ebaselget nihe riski.

gj. Tuvastati madal statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0.061$; $Chi^2 = 1.36$, $df = 1$, $p=0.24$; $I^2 = 26\%$). Hinnangut ei alandatud.

gk. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

gl. Meta-analüüs: Chanda 2017 ja Ortblad 2017 puhul uuriti erinevaid sekkumisi, mis kõik hõlmasid enesetestimist, kuid nende puhul oli testide laiali jagamise meetod erinev, seetõttu analüüsiti neid eraldi ja ainult grupp, kus teste jagati omanavustele sõpradele võeti siia analüüsi. Klastritega randomiseeritud uuringute puhul võeti meta-analüüsi ka klastritega kohandatud analüüs.

gm. 2 klastritega randomiseeritud uuringut.

gn. Hinnangut alandati ühel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihe tõttu (pimendamise puudumine) ja detekteerimisnihe (ise raporteeritud või mitte-valideeritud tulemused) tõttu mõlemas uuringus.

go. Tuvastati madal statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0$; $Chi^2 = 0.27$, $df = 1$, $p=0.61$; $I^2 = 0\%$). Hinnangut ei alandatud.

gp. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

gq. Võrdlusgrupiks oli tavametoodika (teenuskeskustes testimine) kõikides uuringutes, v.a. Mulubwa 2019, kus võrreldi kodust testimist kiirtestidega. Klastritega randomiseeritud uuringute puhul võeti meta-analüüsi ka klastritega kohandatud analüüs.

gr. 2 klastritega randomiseeritud uuringut.

gs. Hinnangut alandati ühel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihe tõttu (pimendamise puudumine) mõlemas uuringus ja ebaselge detekteerimisnihe (ise raporteeritud või mitte-valideeritud tulemused) riski tõttu 1 uuringus.

gt. Tuvastati madal statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0.589$; $Chi^2 = 3.64$, $df = 1$, $p=0.06$, $I^2 = 73\%$). Heterogeensusust saab selgitada erinevustega uuringute disainis (kodudes testide jagamine versus kogukonnas testide jagamine). Hinnangut ei alandatud.

gu. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

gv. Meta-analüüs: klastritega randomiseeritud uuringute puhul võeti meta-analüüsi ka klastritega kohandatud analüüs.

gw. 3 individuaalset randomiseeritud uuringut ja 1 klastritega randomiseeritud uuring.

gx. Hinnangut alandati kahel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihe tõttu (pimendamise puudumine) kõikides uuringutes, detekteerimisnihe (ise raporteeritud või mitte-valideeritud tulemused) tõttu 2 uuringus või ebaselge detekteerimisnihe riski tõttu 2 uuringus. Kõigis uuringutes oli rohkem kui 3 kõrge riskiga või ebaselget nihe riski.

gy. Tuvastati madal statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0.667$; $Chi^2 = 4.39$, $df = 3$, $p=0.22$; $I^2 = 32\%$, $0\% - 76\%$). Hinnangut ei alandatud.

gz. Hinnangut alandati ühel korral, kuna usaldusvahemik mõjuhinnangu ümber on lai ning seda tõenäoliselt väikese juhtude arvu tõttu. Hinnangut alandati ühel korral, kuna usaldusvahemik tulemushinnangu ümber oli lai, seda ilmselt vähesel juhude arvu tõttu.

ha. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

hb. 3 individuaalset randomiseeritud uuringut ja 6 klastritega randomiseeritud uuringut.

hc. Hinnangut alandati ühel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihe tõttu (pimendamise puudumine) 8 uuringus, detekteerimisnihe (ise raporteeritud või mitte-valideeritud tulemused) tõttu 3 uuringus ja kadumisnihe tõttu 1 uuringus. 2 klastritega randomiseeritud uuringus esines värbamisnihe ühes klastrite kadu. Mõnede nihe risk jäi ebaselgeks vähesel informatsiooni tõttu publitseerimata raportites ja konverentsi abstraktides.

hd. Tuvastati kõrge statistiline heterogeensus (heterogeensus: $I^2 = 77\%$, $p < 0.01$). Mõõtmiste aeg erines (2 nädalast 5 kuuni) ning erinevate uuringute punkthinnangud erinesid samuti (25%-76%). Hinnangut alandati ühel korral.

he. Võrdlusgrupiks oli tavapärase käsitlus (teenuskeskuses testimine) kõikides uuringutes, välja arvatud Mulubwa 2019, kus võrreldi kodust testimist kiirtestidega. Meta-analüüs: Choko 2019a puhul uuriti erinevaid sekskumisi patsientide arstile pöördumise toetamisel, analüüsis kombineeriti sarnased meetodid. Choko 2019b puhul oli kaks sekskumisgruppi, milles käsitleti enesetestimist, kuid milles olid erinevad sekskumised patsientide arstile pöördumise toetamisel, erinevaid grupe analüüsiti eraldi. Chanda 2017 ja Ortblad 2017 uuringus uuriti erinevaid sekskumisi, mis kõik hõlmasid enesetestimist, olid erinevate testide laialijagamise meetoditega ning ühelgi polnud sekskumist patsientide arstile pöördumise toetamiseks - erinevad grupid analüüsiti koos. Klastritega kohandatud analüüsi ei võetud meta-analüüsi, kuna valimi suurus oli väiksem kui keskmine klastri suurus.

hf. 5 individuaalset randomiseeritud uuringut ja 8 klastritega randomiseeritud uuringut.

hg. Hinnangut alandati ühel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihe tõttu (pimendamise puudumine) kõikides uuringutes, detekteerimisnihe (ise raporteeritud või mitte-valitdeeritud tulemused) tõttu 5 uuringus, ebaselge detekteerimisnihe risk oli 1 uuringus ja kadumisnihe tõttu 1 uuringus. 3 klastritega randomiseeritud uuringus esines värbamisnihe. Mitmete nihete risk jäi ebaselgeks vähese informatsiooni tõttu publitseerimata raportites ja konverentsi abstraktides.

hh. Tuvastati madal statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0$; $Chi^2 = 13.74$, $df = 16$, $p=0.62$; $I^2 = 0\%$, $0\% - 43\%$). Sub-gruppide analüüs näitas, et heterogeensus on selgitatav erinevate populatsioonidega. Hinnangut ei alandatud, kuid märgiti, et tulemusnäitaja definitsioon ei olnud kõigis uuringutest sama: 7 uuringus defineeriti testimistjärgset kaasatust ravisse kui ARV alustamist, ülejäänud 5 uuringus defineeriti seda kui kaasatust HIV ravisse ükskõik mis moel.

hi. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

hj. Võrdlusgrupiks oli tavapärase käsitlus (teenuskeskuses testimine) kõikides uuringutes, välja arvatud Mulubwa 2019, kus võrreldi kodust testimist kiirtestidega. Meta-analüüs: Choko 2019a puhul uuriti erinevaid sekskumisi patsientide arstile pöördumise toetamisel, analüüsis kombineeriti sarnased meetodid. Choko 2019b puhul oli kaks sekskumisgruppi, milles käsitleti enesetestimist, kuid milles olid erinevad sekskumised patsientide arstile pöördumise toetamisel, erinevaid grupe analüüsiti eraldi. Chanda 2017 ja Ortblad 2017 uuringus uuriti erinevaid sekskumisi, mis kõik hõlmasid enesetestimist, olid erinevate testide laialijagamise meetoditega ning ühelgi polnud sekskumist patsientide arstile pöördumise toetamiseks - erinevad grupid analüüsiti koos. Klastritega kohandatud analüüsi ei võetud meta-analüüsi, kuna valimi suurus oli väiksem kui keskmine klastri suurus.

hk. 5 individuaalset randomiseeritud uuringut ja 7 klastritega randomiseeritud uuringut.

hl. Hinnangut alandati ühel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihe tõttu (pimendamise puudumine) kõikides uuringutes, detekteerimisnihe (ise raporteeritud või mitte-valitdeeritud tulemused) tõttu 5 uuringus, ebaselge risk detekteerimisniheks esines 1 uuringus ja ebaselge kadumisnihe tõttu 1 uuringus. 3 klastritega randomiseeritud uuringus esines värbamisnihe. Mitmete nihete risk jäi ebaselgeks vähese informatsiooni tõttu publitseerimata raportites ja konverentsi abstraktides.

hm. Tuvastati madal statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0.005$; $Chi^2 = 15.71$, $df = 14$, $p=0.33$; $I^2 = 11\%$, $0\% - 49\%$). Sub-gruppide analüüs näitas, et heterogeensus on selgitatav erinevate populatsioonidega. Hinnangut ei alandatud, kuid märgiti, et tulemusnäitaja definitsioon ei olnud kõigis uuringutest sama: 7 uuringus defineeriti testimistjärgset kaasatust ravisse kui ARV alustamist, ülejäänud 5 uuringus defineeriti seda kui kaasatust HIV ravisse ükskõik mis moel.

hn. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

ho. Suhteline risk (RR) arstile pöördumisel randomiseeritud hulgas 1.04 (0.66-1.63).

hp. Meta-analüüs: Choko 2019a puhul uuriti erinevaid sekskumisi, kuid need kõik hõlmasid enesetestimist sarnaste testi laiali jagamise meetoditega, seega analüüsiti neid kõiki ühtsena. Choko 2019b puhul oli kaks sekskumisgruppi, milles käsitleti enesetestimist, kuid milles olid erinevad sekskumised patsientide arstile pöördumise toetamisel, erinevaid grupe analüüsiti eraldi. Chanda 2017 ja Ortblad 2017 uuringus uuriti erinevaid sekskumisi, mis kõik hõlmasid enesetestimist, olid erinevate testide laialijagamise meetoditega, grupe analüüsiti eraldi. Klastritega kohandatud analüüsi ei võetud meta-analüüsi, kuna valimi suurus oli väiksem kui keskmine klastri suurus.

hq. 1 individuaalne randomiseeritud uuring ja 6 klastritega randomiseeritud uuringut.

hr. Hinnangut alandati ühel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihe tõttu (pimendamise puudumine) kõikides uuringutes, detekteerimisnihe (ise raporteeritud või mitte-valitdeeritud tulemused) tõttu 2 uuringus, ebaselge detekteerimisnihe riski tõttu 1 uuringus. 3 klastritega randomiseeritud uuringus esines värbamisnihe ja 3 ebaselge risk selekteerimisniheks (1 juhusliku järjestuse genereerimise probleem ja 3 gruppidesse jagamise ebakorrektsust). Mõnede nihete risk jäi ebaselgeks vähese informatsiooni tõttu publitseerimata raportites ja konverentsi abstraktides.

hs. Tuvastati madal statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0.016$; $Chi^2 = 12.15$, $df = 9$, $p=0.20$; $I^2 = 26\%$, $0\% - 64\%$). Hinnangut ei alandatud.

ht. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

hu. Võrdlusgrupiks oli tavapärase käsitlus (teenuskeskuses testimine) kõikides uuringutes, välja arvatud Mulubwa 2019, kus võrreldi kodust testimist kiirtestidega. Meta-analüüs: Klastritega kohandatud analüüsi ei võetud meta-analüüsi, kuna valimi suurus oli väiksem kui keskmine klastri suurus.

hv. 4 individuaalset randomiseeritud uuringut ja 1 klastritega randomiseeritud uuringut.

hw. Hinnangut alandati ühel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihe tõttu (pimendamise puudumine) kõikides uuringutes, detekteerimisnihe (ise raporteeritud või mitte-valitdeeritud tulemused) tõttu 1 uuringus.

hx. Tuvastati madal statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0$; $Chi^2 = 3.17$, $df = 4$, $p=0.53$; $I^2 = 0\%$, $0\% - 74\%$). Hinnangut ei alandatud.

hy. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

hz. Võrdlusgrupiks oli tavapärase käsitlus (teenuskeskuses testimine) kõikides uuringutes, välja arvatud Mulubwa 2019, kus võrreldi kodust testimist kiirtestidega. Meta-analüüs: Choko 2019a puhul uuriti erinevaid sekskumisi patsientide arstile pöördumise toetamisel, analüüsis kombineeriti sarnased meetodid. Choko 2019b puhul oli kaks sekskumisgruppi, milles käsitleti enesetestimist, kuid milles olid erinevad sekskumised patsientide arstile pöördumise toetamisel, erinevaid grupe analüüsiti eraldi. Klastritega kohandatud analüüsi ei võetud meta-analüüsi, kuna valimi suurus oli väiksem kui keskmine klastri suurus.

ia. 2 individuaalset randomiseeritud uuringut ja 5 klastritega randomiseeritud uuringut.

ib. Hinnangut alandati ühel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihe tõttu (pimendamise puudumine) kõikides uuringutes, detekteerimisnihe (ise raporteeritud või mitte-valitdeeritud tulemused) tõttu 1 uuringus, 1 uuringus oli detekteerimisnihe risk ebaselge. 3 klastritega randomiseeritud uuringus esines värbamisnihe. 3 uuringus oli ebaselge risk selekteerimisnihe tekkeks (1 juhusliku järjestuse genereerimise probleem ja 3 gruppidesse jagamise ebakorrektsust), mõnede nihete risk jäi ebaselgeks vähese informatsiooni tõttu publitseerimata raportites ja konverentsi abstraktides.

- ic. Tuvastati madal statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0.008$; $Chi^2 = 11.50$ $df = 9$, $p=0.24$; $I^2 = 22\%$, $0\% - 62\%$). Hinnangut ei alandatud, kuid märgiti, et tulemusnäitaja definitsioon ei olnud kõigis uuringutest sama: mõnes uuringus defineeriti testimistjargset kaasatust ravisse kui ARV alustamist, mõnes aga defineeriti seda kui kaasatust HIV ravisse ükskõik mis moel.
- id. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.
- ie. Meta-analüüs: Chanda 2017 ja Ortblad 2017 puhul uuriti erinevaid sekkumisi, mis kõik hõlmasid enesetestimist, kuid nende puhul oli testide laiali jagamise meetod erinev, seetõttu analüüsiti neid eraldi. Klastritega kohandatud analüüsi ei võetud meta-analüüsi, kuna valimi suurus oli väiksem kui keskmine klastri suurus.
- if. 3 individuaalset randomiseeritud uuringut ja 2 klastritega randomiseeritud uuringut.
- ig. Hinnangut alandati ühel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihe tõttu (pimendamise puudumine) kõikides uuringutes, detekteerimisnihe (ise raporteeritud või mitte-valideeritud tulemused) tõttu 2 uuringus.
- ih. Tuvastati madal statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0$; $Chi^2 = 3.24$ $df = 5$, $p=0.52$; $I^2 = 0\%$, $0\% - 74\%$). Hinnangut ei alandatud, kuid märgiti, et tulemusnäitaja definitsioon ei olnud kõigis uuringutest sama: mõnes uuringus defineeriti testimistjargset kaasatust ravisse kui ARV alustamist, mõnes uuringus aga defineeriti seda kui kaasatust HIV ravisse ükskõik mis moel.
- ii. Hinnangut ei alandatud, kuid märgiti, et uuritavad olid meestega seksivad mehed, trans-soolised naised ja prostitutsiooni kaasatud naised, seega tuleks tulemusi muudele gruppidele üldistada ettevaatusega.
- ij. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.
- ik. 3 individuaalset randomiseeritud uuringut.
- il. Hinnangut alandati ühel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihe tõttu (pimendamise puudumine) kõikides uuringutes.
- im. Tuvastati madal statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0$; $Chi^2 = 0.27$, $df = 2$, $p=0.87$; $I^2 = 0\%$, $0\% - 24\%$). Hinnangut ei alandatud.
- in. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.
- io. Meta-analüüs: Chanda 2017 ja Ortblad 2017 uuringus uuriti erinevaid sekkumisi, mis kõik hõlmasid enesetestimist, kuid olid erinevate testide laialijagamise meetoditega, grupe analüüsiti eraldi. Klastritega kohandatud analüüsi ei võetud meta-analüüsi, kuna valimi suurus oli väiksem kui keskmine klastri suurus.
- ip. 2 klastritega randomiseeritud uuringut.
- iq. Hinnangut alandati ühel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihe tõttu (pimendamise puudumine) ja detekteerimisnihe (ise raporteeritud või mitte-valideeritud tulemused) tõttu mõlemas uuringus.
- ir. Tuvastati madal statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0$; $Chi^2 = 0.63$, $df = 1$, $p=0.43$; $I^2 = 0\%$). Hinnangut ei alandatud.
- is. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.
- it. 3 uuringus olid uuritavad meestega seksivad mehed, 3 naiste meespartnerid, 2 puhul kaasati meeste subanalüüs. Meta-analüüs: Choko 2019a puhul uuriti erinevaid sekkumisi patsientide arstlike pöördumise toetamisel, analüüsis kombineeriti kõik sekkumised. Choko 2019b puhul oli kaks sekkumisgruppi ja kaks uuritavate gruppi (rasedusaegsel jälgimisel olevad naised ja antiretroviirusravi saavad patsiendid), analüüsi kaasati enesetestimisgruppid kombineeritult ja uuritavatest ainult rasedusaegsel jälgimisel olevad naised. Klastritega randomiseeritud uuringute puhul võeti meta-analüüsi ka klastritega kohandatud analüüs.
- iu. 5 individuaalset randomiseeritud uuringut ja 3 klastritega randomiseeritud uuringut.
- iv. Hinnangut alandati ühel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihe tõttu (pimendamise puudumine) kõikides uuringutes, detekteerimisnihe (ise raporteeritud või mitte-valideeritud tulemused) tõttu 1 uuringus, 1 uuringus oli ebaselge risk detekteerimisniheks. 3 klastritega randomiseeritud uuringus esines värbamisnihe. Mõnede nihete risk jäi ebaselgeks vähese informatsiooni tõttu publitseerimata raportites ja konverentsi abstraktides. Kõigis kolmes uuringus oli rohkem kui 3 kõrge riskiga või ebaselget nihke riski.
- iw. Tuvastati madal statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0.045$; $Chi^2 = 09.30$, $df = 7$, $p=0.23$ $I^2 = 25\%$, $0\% - 66\%$). Hinnangut ei alandatud.
- ix. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.
- iy. 2 uuringut viidi läbi prostitutsiooni kaasatud naiste hulgas, 2 uuringu puhul võeti analüüsi naiste subanalüüs. Meta-analüüs: Chanda 2017 ja Ortblad 2017 puhul uuriti erinevaid sekkumisi, mis kõik hõlmasid enesetestimist, kuid nende puhul oli testide laiali jagamise meetod erinev, seetõttu analüüsiti neid eraldi. Klastritega kohandatud analüüsi ei võetud meta-analüüsi, kuna valimi suurus oli väiksem kui keskmine klastri suurus.
- iz. 1 individuaalne randomiseeritud uuring ja 2 klastritega randomiseeritud uuringut.
- ja. Hinnangut alandati ühel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihe tõttu (pimendamise puudumine) kõikides uuringutes, detekteerimisnihe (ise raporteeritud või mitte-valideeritud tulemused) tõttu 2 uuringus, 1 uuringus oli detekteerimisnihe risk ebaselge. 2 uuringus oli ebaselge risk selekteerimisniheks (1 juhusliku järjestuse genereerimise probleem ja 2 gruppidesse jagamise ebakorrektsust). Mõnede nihete risk jäi ebaselgeks vähese informatsiooni tõttu publitseerimata raportites ja konverentsi abstraktides.
- jb. Tuvastati madal statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0$; $Chi^2 = 2.48$, $df = 3$, $p=0.48$; $I^2 = 0\%$, $0\% - 81\%$). Hinnangut ei alandatud.
- jc. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.
- jd. Mõlema uuringu puhul kaasati analüüsi noorte inimeste subanalüüs. Meta-analüüs: lastritega kohandatud analüüsi ei võetud meta-analüüsi, kuna valimi suurus oli väiksem kui keskmine klastri suurus.
- je. 1 individuaalne randomiseeritud uuring ja 1 klastritega randomiseeritud uuring.

jf. Hinnangut alandati kahel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihke tõttu (pimendamise puudumine) mõlemas uuringus ja ebaselge risk selekteerimisniheks (1 juhusliku järjestuse genereerimise probleem ja 2 gruppidesse jagamise ebakorrektsust. Üks klastritega randomiseeritud uuringus esines võimalik värbamisnihe. Kõigis uuringutes oli rohkem kui 3 kõrge riskiga või ebaselget nihe riski.

jj. Tuvastati madal statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0$; $Chi^2 = 0.26$, $df = 1$, $p=0.61$; $I^2 = 0\%$). Hinnangut ei alandatud.

jh. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

ji. Võrdlusgrupiks oli tavapärane käsitlus (teenuskeskuses testimine) kõikides uuringutes, välja arvatud Mulubwa 2019, kus võrreldi kodust testimist kiirtestidega. Meta-analüüs: Choko 2019a puhul uuriti erinevaid sekkumisi patsientide arstile pöördumise toetamisel, analüüsis kombineeriti sarnased meetodid. Choko 2019b puhul oli kaks sekkumisgruppi, milles käsitleti enesetestimist, kuid milles olid erinevad sekkumised patsientide arstile pöördumise toetamisel, erinevaid gruppe analüüsiti eraldi. Chanda 2017 ja Ortblad 2017 uuringus uuriti erinevaid sekkumisi, mis kõik hõlmasid enesetestimist, olid erinevate testide laialijagamise meetoditega, neid analüüsiti eraldi. Klastritega kohandatud analüüsi ei võetud meta-analüüsi, kuna valimi suurus oli väiksem kui keskmine klatri suurus.

jj. 3 individuaalset randomiseeritud uuringut ja 6 klastritega randomiseeritud uuringut.

jk. Hinnangut alandati ühel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihke tõttu (pimendamise puudumine) kõikides uuringutes, detekteerimisnihe (ise raporteeritud või mitte-valideeritud tulemused) tõttu 4 uuringus, 1 uuringus oli ebaselge risk detekteerimisniheks. 3 klastritega randomiseeritud uuringus tuvastati võimalik värbamisnihe. Mõnede nihete risk jäi ebaselgeks vähese informatsiooni tõttu publitseerimata raportites ja konverentsi abstraktides.

jl. Tuvastati madal statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0.017$; $Chi^2 = 15.25$, $df = 11$, $p=0.17$; $I^2 = 28\%$, $0\% - 63\%$). Hinnangut ei alandatud.

jm. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

jn. Meta-analüüs: Klastritega kohandatud analüüsi ei võetud meta-analüüsi, kuna valimi suurus oli väiksem kui keskmine klatri suurus.

jo. 2 individuaalset randomiseeritud uuringut ja 1 klastritega randomiseeritud uuring.

jp. Hinnangut alandati ühel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihke tõttu (pimendamise puudumine) kõikides uuringutes ja üks ebaselge risk selekteerimisniheks (gruppidesse jagamise ebakorrektsus)

jq. Tuvastati madal statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0$; $Chi^2 = 0.46$, $df = 2$, $p=0.79$; $I^2 = 0\%$, $0\% - 55\%$). Hinnangut ei alandatud.

jr. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

js. Meta-analüüs: Choko 2019a puhul uuriti erinevaid sekkumisi patsientide arstile pöördumise toetamisel, sellesse analüüsi kaasati vaid need grupid, kus arstile pöördumist ei toetatud. Choko 2019b puhul oli kaks sekkumisgruppi, milles käsitleti enesetestimist, kuid milles olid erinevad sekkumised patsientide arstile pöördumise toetamisel, sellesse analüüsi kaasati vaid need grupid, kus arstile pöördumist ei toetatud. Chanda 2017 ja Ortblad 2017 uuringutes oli rohkem kui üks sekkumine, mis hõlmas enesetestimist, kuid testide laiali jagamis meetod oli erinev, sekkumisi analüüsiti eraldi. Klastritega kohandatud analüüsi ei võetud meta-analüüsi, kuna valimi suurus oli väiksem kui keskmine klatri suurus.

jt. 4 individuaalset randomiseeritud uuringut ja 5 klastritega randomiseeritud uuringut.

ju. Hinnangut alandati ühel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihke tõttu (pimendamise puudumine) kõikides uuringutes, detekteerimisnihe (ise raporteeritud või mitte-valideeritud tulemused) tõttu 3 uuringus, 1 uuringus oli ebaselge risk detekteerimisniheks. 3 klastritega randomiseeritud uuringus tuvastati võimalik värbamisnihe. 2 uuringus esines ebaselge risk selekteerimisniheks (1 juhusliku järjestuse genereerimise probleem ja 2 gruppidesse jagamise ebakorrektsust). Mõnede nihete risk jäi ebaselgeks vähese informatsiooni tõttu publitseerimata raportites ja konverentsi abstraktides.

jv. Tuvastati mõõdukas statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0.058$ $Chi^2 = 13.03$, $df = 8$, $p=0.11$; $I^2 = 39\%$, $0\% - 72\%$). Heterogeensusust saab selgitada erinevustega uuritavates populatsioonides. Hinnangut ei alandatud.

jw. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

jx. Meta-analüüs: Choko 2019a puhul uuriti erinevaid sekkumisi patsientide arstile pöördumise toetamisel, sellesse analüüsi võeti grupp, kus kasutati telefoni meeldetuletusi. Klastritega kohandatud analüüsi ei võetud meta-analüüsi, kuna valimi suurus oli väiksem kui keskmine klatri suurus.

yy. Üks klastritega randomiseeritud uuring.

yz. Hinnangut alandati ühel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihke tõttu (pimendamise puudumine) ja kõrge riski tõttu klastritega värbamisniheks.

ka. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

kb. Võrdlusgrupiks oli tavapärane käsitlus (teenuskeskuses testimine) kõikides uuringutes, välja arvatud Mulubwa 2019, kus võrreldi kodust testimist kiirtestidega. Meta-analüüs: klastritega kohandatud analüüsi ei võetud meta-analüüsi, kuna valimi suurus oli väiksem kui keskmine klatri suurus.

kc. 2 klastritega randomiseeritud uuringut.

kd. Hinnangut alandati ühel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihke tõttu (pimendamise puudumine) mõlemas uuringus ja ebaselge selekteerimisnihe riski tõttu (gruppidesse jagamise ebakorrektsus) 1 uuringus.

ke. Tuvastati madal statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0$; $Chi^2 = 0.20$, $df = 1$, $p=0.65$; $I^2 = 0\%$). Hinnangut ei alandatud.

kf. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

kg. Üks individuaalne randomiseeritud uuring.

kh. Hinnangut alandati ühel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihke tõttu (pimendamise puudumine).

ki. Usaldusvahemikud tulemushinnangute ümber olid laiad. Hinnangut alandati ühel korral.

kj. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

kk. Meta-analüüs: Choko 2019a puhul uuriti erinevaid sekkumisi patsientide arstile pöördumise toetamisel, analüüsi võeti rahalisi stiimulitega grupid. Choko 2019b puhul oli kaks sekkumisgruppi, milles käsitleti enesestestimist, kuid milles olid erinevad sekkumised patsientide arstile pöördumise toetamisel, grupe analüüsiti eraldi, sellesse analüüsi võeti rahalise stiimuliga grupp. Klastritega kohandatud analüüsi ei võetud meta-analüüsi, kuna valimi suurus oli väiksem kui keskmine klastri suurus.

kl. 2 klastritega randomiseeritud uuringut.

km. Hinnangut alandati ühel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihe tõttu (pimendamise puudumine) kõikides uuringutes ja ebaselge detekteerimisnihe (ise raporteeritud või mitte-valideeritud tulemused) riski tõttu 1 uuringus. Mõlemas klastritega randomiseeritud uuringus esines värbamisnihe. Ühes uuringus esines ebaselge risk kadumisniheks või klastrite kaoks ning kohandamata klastritega analüüs (analüüsi võeti klastritega kohandatud hinnangud).

kn. Tuvastati madal statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0$; $Chi^2 = 0.08$, $df = 1$, $p=0.77$; $I^2 = 0\%$). Hinnangut ei alandatud.

ko. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

kp. Kaks uuringut raporteerisid seda tulemit, mis on oluline vaid sekkumisgrupis.

kq. Kaks klastritega randomiseeritud uuringut.

kr. Hinnangut alandati ühel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihe tõttu (pimendamise puudumine) ja detekteerimisnihe (ise raporteeritud või mitte-valideeritud tulemused) tõttu mõlemas uuringus. Ühes klastritega randomiseeritud uuringus esines värbamisnihe. Mõnede nihete risk jäi ebaselgeks vähese informatsiooni tõttu publitseerimata raportites ja konverentsi abstraktides.

ks. The outcomes were not pooled therefore inconsistency cannot be evaluated. Similar outcomes were reported from both included trials.

kt. Hinnangut ei alandatud, kuid märgiti, et üks uuring hõlmas teenuskeskustest testimist ja üks uuring kogokonnatöötajate poolt kodusesse viidud teste. Mõlemad uuringud viidi läbi üldpopulatsiooni peal. Tulemusi tuleb teistel populatsioonidel vaadelda ettevaatusega.

ku. Tulemused põhinevad väga vähesel juhudel, seega interpreteerimisel tuleb olla ettevaatlik. Hinnangut alandati ühel korral.

kv. Kahes uuringus jagati eneseteste naiste poolt oma meespartneritele (Choko 2019a, Masters 2016), ühes jagati neid HIV-positiivsete patsientide poolt oma partneritele (Dovel 2019), ühe puhul olid jagajaks mõlemad (Choko 2019b), kahes uuringus jagasid prostitutsiooni kaasatud naised neid oma kolleegidele (Chanda 2017, Ortblad 2017).

kw. 2 individuaalset randomiseeritud uuringut ja 4 klastritega randomiseeritud uuringut.

kx. Hinnangut alandati ühel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihe tõttu (pimendamise puudumine) kõikides uuringutes, detekteerimisnihe (ise raporteeritud või mitte-valideeritud tulemused) tõttu kõigis uuringutes. Ühes klastritega randomiseeritud uuringus esines värbamisnihe ja ühes uuringus oli ebaselge valikunihe risk (juhusliku järjestuse genereerimine ja gruppidesse jagamine ebakorrektsus).

ky. Tuvastati madal statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0$; $Chi^2 = 2.96$ $df = 5$, $p=0.71$; $I^2 = 0\%$, $0\% - 57\%$). Hinnangut ei alandatud, kuid märgiti, et kõrvalmõjud erinesid uuringute vahel (lähisuhtevägivald Chanda 2017, Choko 2019a, Masters 2016 ja Ortblad 2017 uuringus; ajutine lahkumine Choko 2019b uuringus, sõnaline kuritarvitamine Dovel 2019 uuringus).

kz. Kõikides uuringutes uuriti sekundaarset jagamist partneritele või omanavustele sõpradele, seega on tegu õige populatsiooniga selle tulemi jaoks.

la. Hinnangut alandati ühel korral, kuna usaldusvahemik mõjuhinnangu ümber on lai ning seda tõenäoliselt väikese juhtude arvu tõttu.

lb. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

lc. Kõik uuritavad olid meestega seksivad mehed.

ld. 3 individuaalset randomiseeritud uuringut ja 1 klastritega randomiseeritud uuring.

le. Hinnangut alandati ühel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihe tõttu (pimendamise puudumine) kõikides uuringutes, detekteerimisnihe (ise raporteeritud või mitte-valideeritud tulemused) tõttu kõikides uuringutes ebaselge valimisnihe (gruppidesse jagamise ebakorrektsus) riski tõttu ühes uuringus.

lf. Tuvastati madal statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0.002$; $Chi^2 = 3.39$, $df = 3$, $p=0.34$; $I^2 = 11\%$, $0\% - 86\%$). Hinnangut ei alandatud, kuid märgiti, et tulemusnäitaja definitsioonid olid erinevates uuringutes erinevad (Jamil 2017: kondoomita anaalne vahekord meessoost juhupartnoriga 12-kuulise jälgimisperioodi jooksul; Katz 2018: kondoomita anaalne vahekord meessoost partneriga viimase 3 kuu jooksul mõõdetuna 15 kuud pärast sekkumise algust; Tang 2018 ja Wang 2017: kondoomita anaalne vahekord meessoost partneri(te)ga viimase 3 kuu jooksul mõõdetuna 6 kuud pärast sekkumise algust).

lg. Kõik uuritavad olid meestega seksivad mehed, seega tulemusi tuleks teistele populatsioonidele laiendada ettevaatusega.

lh. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

li. Kõik uuritavad olid meestega seksivad mehed.

lj. 3 individuaalset randomiseeritud uuringut ja 1 klastritega randomiseeritud uuring.

lk. Hinnangut alandati ühel korral. See oli potentsiaalse esinemisnihe tõttu (pimendamise puudumine) kõikides uuringutes, detekteerimisnihe (ise raporteeritud või mitte-valideeritud tulemused) tõttu kõigis uuringutes ja ebaselge valimisnihe (gruppidesse jagamise ebakorrektsus) riski tõttu ühes uuringus.

II. Tuvastati madal statistiline heterogeensus (heterogeensus: $Tau^2 = 0.0003$; $Chi^2 = 3.06$, $df = 3$, $p=0.38$; $I^2 = 2\%$, $0\% - 85\%$). Hinnangut ei alandatud, kuid märgiti, et tulemusnäitaja definitsioonid olid erinevates uuringutes erinevad (Jamil 2017: kondoomita anaalne vahekord meessoost juhupartneriga 12-kuulise jälgimisperioodi jooksul; Katz 2018: kondoomita anaalne vahekord meessoost partneriga viimase 3 kuu jooksul mõõdetuna 15 kuud pärast sekkumise algust; Tang 2018 ja Wang 2017: kondoomita anaalne vahekord meessoost partneri(te)ga viimase 3 kuu jooksul mõõdetuna 6 kuud pärast sekkumise algust.

Im. Kõik uuritavad olid meestega seksivad mehed, seega tulemusi tuleks teistele populatsioonidele laiendada ettevaatusega.

In. Originaalne valimisuurus ei vasta kasutatud klastritega kohandatud valimisuurusele meta-analüüsis.

Viited

1. Gichangi, Anthony, Wambua, Jonesmus, Mutwiwa, Stephen, Njogu, Rosemary, Bazant, Eva, Wamicwe, Joyce, Wafula, Rose, Vrana, Caroline J., Stevens, Danielle R., Mudany, Mildred, Korte, Jeffrey E.. Impact of HIV Self-Test Distribution to Male Partners of ANC Clients: Results of a Randomized Controlled Trial in Kenya. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* (1999); 12 01, 2018.
2. Choko, Augustine T., Corbett, Elizabeth L., Stallard, Nigel, Maheswaran, Hendramoorthy, Lepine, Aurelia, Johnson, Cheryl C., Sakala, Doreen, Kalua, Thokozani, Kumwenda, Moses, Hayes, Richard, Fielding, Katherine. HIV self-testing alone or with additional interventions, including financial incentives, and linkage to care or prevention among male partners of antenatal care clinic attendees in Malawi: An adaptive multi-arm, multi-stage cluster randomised trial. *PLoS medicine*; 01 2019.
3. Jamil, Muhammad S., Prestage, Garrett, Fairley, Christopher K., Grulich, Andrew E., Smith, Kirsty S., Chen, Marcus, Holt, Martin, McNulty, Anna M., Bavinton, Benjamin R., Conway, Damian P., Wand, Handan, Keen, Phillip, Bradley, Jack, Kolstee, Johann, Batrouney, Colin, Russell, Darren, Law, Matthew, Kaldor, John M., Guy, Rebecca J.. Effect of availability of HIV self-testing on HIV testing frequency in gay and bisexual men at high risk of infection (FORTH): a waiting-list randomised controlled trial. *The lancet. HIV*; 06 2017.
4. Katz, David A., Golden, Matthew R., Hughes, James P., Farquhar, Carey, Stekler, Joanne D.. HIV Self-Testing Increases HIV Testing Frequency in High-Risk Men Who Have Sex With Men: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* (1999); 08 15, 2018.
5. Merchant, Roland C., Clark, Melissa A., Liu, Tao, Romanoff, Justin, Rosenberger, Joshua G., Bauermeister, Jose, Mayer, Kenneth H.. Comparison of Home-Based Oral Fluid Rapid HIV Self-Testing Versus Mail-in Blood Sample Collection or Medical/Community HIV Testing By Young Adult Black, Hispanic, and White MSM: Results from a Randomized Trial. *AIDS and behavior*; 01 2018.
6. Chanda, Michael M., Ortblad, Katrina F., Mwale, Magdalene, Chongo, Steven, Kanchele, Catherine, Kamungoma, Nyambe, Fullen, Andrew, Dunn, Caitlin, Barresi, Leah G., Harling, Guy, Bärnighausen, Till, Oldenburg, Catherine E.. HIV self-testing among female sex workers in Zambia: A cluster randomized controlled trial. *PLoS medicine*; Nov 2017.
7. Kelvin, Elizabeth A., George, Gavin, Kinyanjui, Samuel, Mwai, Eva, Romo, Matthew L., Oruko, Faith, Odhiambo, Jacob O., Nyaga, Eston N., Mantell, Joanne E., Govender, Kaymarlin. Announcing the availability of oral HIV self-test kits via text message to increase HIV testing among hard-to-reach truckers in Kenya: a randomized controlled trial. *BMC public health*; Jan 03, 2019.
8. Kelvin, Elizabeth A., George, Gavin, Mwai, Eva, Nyaga, Eston, Mantell, Joanne E., Romo, Matthew L., Odhiambo, Jacob O., Starbuck, Lila, Govender, Kaymarlin. Offering self-administered oral HIV testing to truck drivers in Kenya to increase testing: a randomized controlled trial. *AIDS care*; Jan 2018.
9. Mulubwa, Chama, Hensen, Bernadette, Phiri, Mwelwa M., Shanaube, Kwame, Schaap, Albertus J., Floyd, Sian, Phiri, Comfort R., Bwalya, Chiti, Bond, Virginia, Simwinga, Musonda, Mwenge, Lawrence, Fidler, Sarah, Hayes, Richard, Mwinga, Alwyn, Ayles, Helen, Team, HPTN,071,(PopART),Study. Community based distribution of oral HIV self-testing kits in Zambia: a cluster-randomised trial nested in four HPTN 071 (PopART) intervention communities. *The lancet. HIV*; Feb 2019.
10. Ortblad, Katrina, Kibuuka Musoke, Daniel, Ngabirano, Thomson, Nakitende, Aidah, Magoola, Jonathan, Kayiira, Prossy, Taasi, Geoffrey, Barresi, Leah G., Haberer, Jessica E., McConnell, Margaret A., Oldenburg, Catherine E., Bärnighausen, Till. Direct provision versus facility collection of HIV self-tests among female sex workers in Uganda: A cluster-randomized controlled health systems trial. *PLoS medicine*; Nov 2017.
11. Dovel K, Balakasi K,Shaba F,Phiri K,Offorjebe O,Gupta S,et al.. A randomized trial on index HIV self-testing for partners of art clients in Malawi.. CROI; March 4-7; Seattle2019..
12. Patel, Anuj V., Abrams, Samuel M., Gaydos, Charlotte A., Jett-Goheen, Mary, Latkin, Carl A., Rothman, Richard E., Hsieh, Yu-Hsiang. Increasing HIV testing engagement through provision of home HIV self-testing kits for patients who decline testing in the emergency department: a pilot randomisation study. *Sexually Transmitted Infections*; 08 2019.
13. Choko AT, Neuman M,Fielding K,al. E. Reaching partners of antenatal and index HIV-positive patients in Malawi: a pragmatic cluster randomized trial evaluating uptake, yield, and accuracy of secondary distribution of HIV self-test kits (accepted). *AIDS Impact 14th International Conference*; 29-31 July; London2019b..
14. Dovel K, Nyirenda M,Shaba F,Offorjebe OA,Balakasi K,Nichols BE,et al.. Facility-based HIV self-testing for outpatients dramatically increases HIV testing in Malawi: A cluster randomized trial. *22nd International AIDS Conference*; 2018 23-27 July.
15. Indravudh P, Fielding K,Neuman M,Chilongosi R,Mkandawire P,Nyondo E,et al. Increasing knowledge of HIV status and demand for antiretroviral therapy using community-based HIV self-testing in rural communities: A cluster randomised trial in Malawi.. *22nd International AIDS Conference*; 2018 23-27 July.
16. Indravudh PP, Fielding K,Kumwenda MK,Nzawa R,Chilongosi R,Desmond N,et al.. Community-led delivery of HIV self-testing targeting adolescents and men in rural Malawi: a cluster-randomised trial. *IAS*; 21-24 July; 2019..
17. MacGowan RJ, Chavez PR,Borkowf CB,Sullivan PS,J.H. M. The impact of HIV self-testing among internet-recruited MSM, eSTAMP 2015-2016. *9th IAS Conference on HIV Science (IAS 2017)*; 2017 23-26 July.
18. Pettifor A, Kahn K,Kimaru L,Mayakayaka Z,Selin A,Haber NA,et al.. HIV self-testing increases testing in young South African women: Results of an RCT.. *25th Conference on Retroviruses and Opportun(Supplement 1)*:452s.; 2018.
19. Masters, Samuel H., Agot, Kawango, Obonyo, Beatrice, Napierala Mavedzenge, Sue, Maman, Suzanne, Thirumurthy, Harsha. Promoting Partner Testing and Couples Testing through Secondary Distribution of HIV Self-Tests: A Randomized Clinical Trial. *PLoS medicine*; Nov 2016.
20. Kelvin, Elizabeth A., George, Gavin, Mwai, Eva, Kinyanjui, Samuel, Romo, Matthew L., Odhiambo, Jacob O., Oruko, Faith, Nyaga, Eston, Govender, Kaymarlin, Mantell, Joanne E.. A Randomized Controlled Trial to Increase HIV Testing Demand Among Female Sex Workers in Kenya Through Announcing the Availability of HIV Self-testing Via Text Message. *AIDS and behavior*; Jan 2019.

21. Tang, Weiming, Wei, Chongyi, Cao, Bolin, Wu, Dan, Li, Katherine T., Lu, Haidong, Ma, Wei, Kang, Dianmin, Li, Haochu, Liao, Meizhen, Mollan, Katie R., Hudgens, Michael G., Liu, Chuncheng, Huang, Wenting, Liu, Aifeng, Zhang, Ye, Smith, M. Kumi, Mitchell, Kate M., Ong, Jason J., Fu, Hongyun, Vickerman, Peter, Yang, Ligang, Wang, Cheng, Zheng, Heping, Yang, Bin, Tucker, Joseph D.. Crowdsourcing to expand HIV testing among men who have sex with men in China: A closed cohort stepped wedge cluster randomized controlled trial. *PLoS medicine*; 08 2018.
22. Wang, Zixin, Lau, Joseph T. F., Ip, Mary, Ho, Shara P. Y., Mo, Phoenix K. H., Latkin, Carl, Ma, Yee Ling, Kim, Yoona. A Randomized Controlled Trial Evaluating Efficacy of Promoting a Home-Based HIV Self-Testing with Online Counseling on Increasing HIV Testing Among Men Who Have Sex with Men. *AIDS and behavior*; 01 2018.
23. Wray, Tyler B., Chan, Philip A., Simpanen, Erik, Operario, Don. A Pilot, Randomized Controlled Trial of HIV Self-Testing and Real-Time Post-Test Counseling/Referral on Screening and Preventative Care Among Men Who Have Sex with Men. *AIDS patient care and STDs*; 09 2018.
24. Tsamwa D, Handima N, Sigande L, Nalubamba M, Simwanga M, Mwinga A, et al.. Does community distribution of HIV self-test kits increase uptake of HIV testing at population level? results of a cluster-randomised trial in Zambia.. *HIV Research for Prevention Conference, HIVR(Supplement 1):279.*; 2018.
25. Katz, David A., Dombrowski, Julia C., Kerani, Roxanne P., Aubin, Mark R., Kern, David A., Heal, David D., Bell, Teal R., Golden, Matthew R.. Integrating HIV Testing as an Outcome of STD Partner Services for Men Who Have Sex with Men. *AIDS patient care and STDs*; 05 2016.
26. Nichols BE, Cele R, Chasela C, Siwale Z, Lungu AS, Long L, et al.. Cost and impact of community-based, assisted HIV self-testing amongst youth in Zambia.. *CROI*; March 4-7; 2019.
27. Sibanda E, Neuman M, Tumushime M, Hatzold K, Watadzaushe C, Mutseta MN, et al.. Linkage to care after HIV self-testing in Zimbabwe: A cluster-randomised trial.. *25th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections (Supplement 1):64s.*; 2018.
28. Hatzold K, Cowan F, Mavhu W, Neuman M.. Cluster randomized trial of innovative demand creation strategies to increase VMMC uptake in Zimbabwe.. *Personal communication*; 2019.
29. Shahmanesh M, Mthiyane TN, Herbst C, al. E.. A cluster-randomised controlled trial to determine the effect of peer delivery HIV Self-Screening to support linkage to HIV prevention in rural KwaZulu-Natal, South Africa: interim analysis (accepted). *AIDS Impact 14th International Conference*; 29-31 July; 2019.