

RAVIJUHENDI TEEMAALGATUS

1. Koostatava ravijuhendi pealkiri

HIV-testimine (sh meditsiiniväline testimine)

2. Ravijuhendi koostamise vajalikkus

Sotsiaalministeerium algatas 2016. aastal ravijuhendi koostamise teemal „HIV-positiivsete isikute varajane avastamine, ravi ja edasine käsitlus“. Teema võeti 2017 aasta tööplaani, moodustati ravijuhendi töörühm ja sekretariaat ning töörühm pidas kaks koosolekut (23.03.2017 ja 24.05.2017). Töö tulemusel valmis ravijuhendi käsitlusala. Ravijuhendi koostamine vaibus tänu erinevatele teguritele. Seoses ravijuhendite püsisekretariaadi moodustamisega Tartu Ülikooli juurde 2018. aastal andis haigekassa üle ka pooleliolevate ravijuhendite koostamise korraldamise. HIV ravijuhendi koostamises osalenud isikute ja erinevate osapooltega peetud vestluste tulemusel kujunes arusaam, et ravijuhendi koostamise edukaks lõpuleviimiseks tuleb käsitlusala piiritleda oluliselt kitsamana ja jagada mitme ravijuhendi vahel. Juhendi koostamiseks moodustati uus töörühm ja sekretariaat, mis pidas 2019. aastal seitse koosolekut. Selle tulemusel on esimese juhendi, mis käsitleb HIV-infektsiooni kokkupuute-eelset ja -järgset profülaktikat ning HIV positiivsete isikute ravi, valmimine lõppstaadiumis ja juhendi tööversioon on retsenseerimisel.

Esimese juhendi jaoks moodustatud töörühma mitmed liikmed on näidanud valmisolekut jätkata 2020. aastal järgmise teemakohase juhendi koostamisega. Järgmine juhend peaks käsitlema HIV-infektsiooni nii tervishoiuasutustes kui ka mujal.

HIViga on võimalik nakatuda nii seksuaalvahekorra ajal, otsesel kokkupuutel nakatunud inimese verega (sh süstalde jagamine) ja emalt lapsele raseduse, sünnituse või imetamise käigus (1). HIVi nakatumise peamised riskigrupid on narkootikumide süstivad inimesed (NSI), prostitutsiooni kaasatud inimesed ja meestega seksivad mehed (SMS) ning seksuaalpartnerid. Arvestada tuleb siiski ka heteroseksuaalse levikuga ning paljud nakatunud ei kuulu ühtegi tavapärasesse riskigrupi (2). Ei ole täpselt teada, kui palju on inimesi, kes ei tea, et neil on HIV-infektsioon.

2018. aastal ilmunud raporti kohaselt oli Eestis ajavahemikus 2000–2017 aastat 7770 unikaalset HIV-positiivset isikut, kellest 5939 oli 2017. aasta lõpu seisuga elus (3). 2016. aasta lõpu seisuga oli hinnanguliselt 900 nakatunud, kes ise seda ei teadnud.

Antiretroviirus ravi (ARV ravi) on Eestis kõikidele HIV-positiivsetele inimestele tagatud riigieelarvest ning seda pakutakse viies haiglas (SA Tartu Ülikooli Kliinikum, AS Lääne-Tallinna Keskhaigla, SA Pärnu Haigla, SA Ida-Viru Keskhaigla, SA Narva Haigla) ja ühes erakliinikus (Linda HIV SA). ARV ravi on Eestis hästi kättesaadav, kuid probleemiks on HIV-infektsiooni hiline diagnoosimine ja -ravi.

Eristatakse kolme HIV-infektsiooni staadiumit: äge HIV-infektsioon, latentne HIV-infektsioon ja HIV-tõbi (3). AIDSi staadiumis diagnoositute arv on Eestis viimase 10 aasta jooksul kasvanud (18% 2009a ja 30% 2017a) (1). Ilma ravita, lõpeb AIDSi staadium paari aasta jooksul surmaga. Kõikidest HIV-positiivsetest isikutest 50% (n = 3881) olnud kunagi AIDSi staadiumis ning nendest 30% (n = 1150) on surnud (3). Kuigi HIV ei ole tänasel päeval välja ravitav on kaasaegne ARV ravi väga efektiivne ja HIV-infektsioon on muutunud krooniliseks haiguseks. Hea ravisoostumuse korral ei ole viirus inimese verest määratav, HIV-positiivse isiku elukvaliteet on hea ning ta ei ole nakkusohtlik teistele (ravi = ennetus).

HIV-testimise kulutõhususe modelleerimise kohaselt nakatub Eesti täiskasvanud rahvastikus (18–69 aastat) järgmise 15 aasta jooksul praeguse testimise praktika puhul 195 elanikku 100 000 kohta (18–69-aastaste seas) ehk hinnanguliselt 115 inimest aastas. Kui testimise sagedus tõuseks väheneks ka HIVi levik. Kulutõhususe analüüs näitas, et täiendkulu tõhususe määr (TTM) ühe säästetud eluaasta kohta (YLS) oleks tõhusaim kui MSM

testida üks kord aastas (TTM 16 200 eurot YLS kohta), NSI testida üks kord kuus (TTM 11 000 eurot YLS kohta) ja kogu rahvastikku üks kord kolme aasta jooksul (TTM 13 000 eurot YLS kohta) (4).

3. Patsiendid/sihtrühm

Juhendiga kaetud isikud: kogu rahvastik, rõhuasetusega olulise riskiga inimestele.

Olulise riskiga inimesed:

- süstitavaid narkootikume tarbinud või tarbivad isikud;
- prostitutsiooni kaasatud isikud;
- meestega seksivad mehed;
- eespool nimetatud isikute sekspartnerid;
- isikud, kellel on olnud sekskontakt HIV-positiivse isikuga;
- isikud, kelle kallal on tarvitatud seksuaalvägivalda.

4. Haiguskoormus Eestis

2018. aastal ilmunud raporti kohaselt oli Eestis ajavahemikus 2000–2017 aastat 7770 unikaalset HIV-positiivset isikut, kellest 5939 oli 2017. aasta lõpu seisuga elus (3). 2018. aastal diagnoositi Eestis kokku 190 uut HIV-infektsiooni juhtu (5). 2019. aastal on 1. novembri seisuga diagnoositud 150 uut HIVi juhtu (6). Hoolimata uute juhtude olulisest langusest viimase 15 aasta jooksul on tase kõrge ja Eesti on Euroopa Liidus jätkuvalt esikohal uute HIVi juhtude osas. Eesti HIV esmashaigestumine oli 2017. aastal 16,6 juhtu 100 000 elaniku kohta, kusjuures Euroopa Liidu keskmine esmashaigestumine oli samal aastal 6,2 juhtu 100 000 elaniku kohta (7).

2018. aastal ilmunud tervisetehnoloogiate hindamise raporti HIV-infektsiooni esmavaliku ravimite kulutõhusus kohaselt saab hinnanguliselt 4200 HIV-positiivset isikut ARV ravi. 2018. aasta ravitaktikate analüüsist selgus, et kõigil HIV-positiivsetel isikutel oli võimalik kasutada raviskeeme, mis olid parima efektiivsuse ja ohutuse profiiliga. Eestis on kümne aasta perspektiivis tervisevõit kuni 0,7 QALY iga ravi saanud HIV-positiivse inimese kohta, võrreldes mitteravimisega. ARV-ravi keskmine ICER võrreldes ravi puudumisega jäi vahemikku 30 827–40 214 eurot QALY kohta. Kui igal aastal lisandub 300 HIV-positiivset ARV ravi saajat, on hinnanguline lisakulu kogusumma 162 063 eurot aastas (8).

Lisaks ARV-ravimitele vajavad HIV-positiivsed ka raviteenuseid (diagnostilisi teste, eriarstiabi visiite, haiglaravi), mida rahastab Eesti Haigekassa ja kindlustamata inimeste eest riigieelarvelistest vahenditest vältimatu abi kaudu. Eesti Haigekassa andmebaasi alusel oli 2014. aastal elanikkonnas keskmine tervishoiukulu aastas 333 eurot patsiendi kohta, samas vanusgrupis (20–59) olevate HIV-positiivsete ravikulu aga 1202 eurot patsiendi kohta, ehk 3,6 korda kõrgem kui elanikkonnas. Samuti oli AIDS patsiendi ravikulu kolm korda kõrgem võrreldes patsiendiga, kelle polnud AIDS veel välja kujunenud (95% CI 2,9; 3,1) (9).

5. Erinevused ravipraktikas ja/või tervisetulemites ja/või tervishoiukuludes

Euroopa nakkushaiguste ennetamise ja tõrje keskus (ECDC) soovib välja töötada riiklik HIV testimise strateegia, mis peaks populariseerima HIV testimist ja prioritetiseerima testimise kättesaadavust erinevates tervishoiutasandites ja -asutustes vastavalt riigi tervishoiusüsteemi infrastruktuurile (10).

6. Eeldatav mõju patsiendi tervisenäitajatele ja/või ressursside kasutusele

Laialdasema testimisega on võimalik tuvastada senisest rohkem HIV-nakatanuid, mis toob endaga kaasa ARV ravi vajavate inimeste arvu tõusu. Varajane HIV-infektsiooni diagnoos ja ravi pikendab HIV-positiivse inimese eluiga ja parandab elukvaliteeti, võrreldes ravi hilises staadiumis ravi alustanud patsiendiga. Samuti väheneb hilisem kallima ravi osakaal ja tüsistuste oht. Edasiarenenud haiguse ravi on oluliselt kallim. Ravi = ennetus ehk kui HIV-positiivne isik saab ravi väheneb oluliselt partnerite nakatumise risk, mis võiks peatada või kontrollida HIV-infektsiooni kontrollimata levikut. Ravil olevate HIV-positiivsete töövõimelisus säilib ja väheneb tüsistuste risk.

7. Peamised ravijuhendi kasutajad

Kõik tervishoiutöötajad.

8. Teemad, mida juhendis EI käsitleta

- HIV-infektsiooni profülaktika ja ravi on kaetud juhendiga „HIV-infektsiooni kokkupuute-eelne ja -järgne profülaktika ning HIV-positiivsete isikute ravi“;
- HIV testimise algoritm laborites;
- HIV-infektsiooni ravi erijuhtudel (koinfektsioonid);
- perinataalne profülaktika;
- laste ARV ravi.

9. Kliinilised küsimused või probleemid, mida on vaja lahendada

Eestis on olemas Eesti Infektsioonhaiguste Seltsi poolt 2012. aastal välja töötatud HIV testimise ja ravile suunamise juhised, kuid see ei ole laialdast kasutamist leidnud. Vaja oleks teada, kuidas on Eesti tingimustes võimalik suurendada HIV testimist riskigruppide hulgas, kas see peaks toimuma kogukonnas ja/või meditsiiniuasutuses, ja/või kodutestimise võimalusega. Eesmärgiks on HIV infektsiooni võimalikult kiire avastamine pärast nakatumist. Samuti on oluline teada, kuidas parandada ja kiirendada ravile suunamist erialaarsti juurde.

Ravijuhendi koostamisel planeeritakse kasutada adolopment meetodit võttes aluseks WHO poolt koostatud HIV teemalised süstemaatilised ülevaated. Sellest tulenevalt on võimalikud PICO küsimused:

PICO: Should HIV self-testing be offered as an additional approach to HIV testing services?

PICO: Which demand creation strategies are effective to enhance uptake of HIV testing services (HTS)?

PICO: Should social network-based approaches be used as an additional approach for delivering HIV testing services for key populations?

Lisaks vajab käsitlemist kuidas kogukonnapõhise testimise või koduse testimise korral esmapositiivse tulemuse puhul tagada esmapositiivsele isikule kinnitav diagnostika ja ravile suunamine.

10. Erialad, kellega konsulteeriti koos vastutava isiku kommentaariga

Formaalseid läbirääkimisi ega konsultatsioone ei toimunud

11. Teemaalgataja kontaktandmed

Urmeli Katus
Tartu Ülikool
Ravijuhendite metoodikanõunik
Urmeli.Katus@ut.ee

(digi)allkiri

Kuupäev: 26.11.2019

ALLIKALOEND

1. Hoffmann C, Rockstroh JK. HIV 2015/16. Hamburg: Medizin Fokus Verlag; 2015.
2. Soodla P, Simmons R, Huik K, Pauskar M, Jõgeda E-L, Rajasaar H, et al. HIV incidence in the Estonian population in 2013 determined using the HIV-1 limiting antigen avidity assay. *HIV Med.* 2018; 19: 33–41.
3. Lemsalu L, Rüütel K. HIV-diagnoositud inimeste arv ja raviga kaasatus Eestis aastatel 2000-2017. Tervise Arengu Instituut; 2018.
4. Rüütel K, Lemsalu L, Mabileau G, Paltiel AD, Walensky RP, Freedberg KA, Yazdanpanah Y. HIV-testimise kulutõhususe modelleerimine. Uuringu tulemuste lühikokkuvõte. Tallinn: Tervise Arengu Instituut, 2017.
5. Rüütel K, Epštein J, Kaur E. HIV-nakkuse ja kaasuvate infektsioonide epidemioloogiline olukord Eestis, 2010–2018. Tallinn: Tervise Arengu Instituut, Terviseamet; 2019.
6. Terviseamet. HIV-nakkus. 2019. Available from: <https://www.terviseamet.ee/et/nakkushaigused-menuu/tervishoiutootajale/nakkushaigustesse-haigestumine/hiv-ja-aids> [vaadatud 06.11.2019].
7. European Centre for Disease Prevention and Control, WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2018–2017 data. ECDC; 2018.
8. Soodla P, Kõivumägi K, Jaaniso K, Lemsalu L, Lutsar K, Juus E, Kiivet R-A. HIV-infektsiooni esmavaliku ravimite kulutõhusus. Tartu: Tartu Ülikooli peremeditsiini ja rahvatervishoiu instituut; 2018.
9. Lemsalu L et al. Direct Costs of HIV/AIDS Care in Estonia, 15thEACS Conference, 22-25 October 2015, Barcelona, Poster.
10. European Centre for Disease Prevention and Control. Public health guidance on HIV, hepatitis B and C testing in the EU/EEA – An integrated approach. Stockholm: ECDC; 2018.