

Otsingu protokoll

Kliiniline küsimus nr 10: Millised meetmed parandavad ravisoostumust ja ravil püsimist HIV positiivsetel isikutel?

Kuupäev (pp.kk.aasta)	02.10.2019
Otsingu läbiviija	Kairit Linnaste
Andmebaas (koos vahendaja nimega Nt MEDLINE (Ovid))	Pubmed
Otsistrateegia (päring)	<pre>(((((HIV Infections[MeSH] OR HIV[MeSH] OR hiv[tiab] OR hiv-1[tiab] OR hiv-2*[tiab] OR hiv1[tiab] OR hiv2[tiab] OR hiv infect*[tiab] OR human immunodeficiency virus[tiab] OR human immune deficiency virus[tiab] OR human immuno-deficiency virus[tiab] OR human immune-deficiency virus[tiab] OR ((human immun*) AND (deficiency virus[tiab])) OR acquired immunodeficiency syndromes[tiab] OR acquired immune deficiency syndrome[tiab] OR acquired immuno-deficiency syndrome[tiab] OR acquired immune-deficiency syndrome[tiab] OR ((acquired immun*) AND (deficiency syndrome[tiab])) OR "sexually transmitted diseases, viral"[mh] OR HIV[tiab] OR HIV/AIDS[tiab] OR HIV-infected[tiab] OR HIV[title] OR HIV/AIDS[title] OR HIVinfected[title]))) AND ((HAART[tiab] OR ART[tiab] OR cART[tiab] OR antiretroviral[tiab] OR anti-retroviral[tiab] OR antiviral[tiab] OR antiviral[tiab] OR "Antiretroviral Therapy, Highly Active"[Mesh] OR "Anti-HIV Agents"[Mesh]))) AND (((("Patient Compliance"[Mesh] OR "Compliance"[Mesh] OR "Treatment Adherence and Compliance"[Mesh] OR "Medication Adherence"[Mesh] OR "Directly Observed Therapy"[Mesh])) OR (((treatment[Title/Abstract] OR medication[Title/Abstract]) AND (adherence[Title/Abstract] OR compliance[Title/Abstract]))) AND (((Randomized Controlled Trial[PT] OR Randomized Controlled Trials[MeSH] OR randomized controlled trial*[tiab] OR randomized control trial*[tiab] OR (Clinical Trial[PT] AND (Random Allocation[MeSH] OR random*[tiab] OR Double-blind Method[MeSH] OR double blind*[tiab]))) OR ("Meta-Analysis" [Publication Type] OR "Meta-Analysis</pre>

	as Topic"[Mesh] OR meta analy*[Title/Abstract] OR metanaly*[Title/Abstract] OR metaanaly*[Title/Abstract] OR systematic[sb]))))
Tulemuste arv	Filtriteta: 1402, filtreeritult 553
Andmebaasi filtrid	Keel: Inglise, Sihtrühm: Inimesed
Ajaline piirang (ilmumisaeg)	01.01.2014-02.10.2019
Muud piirangud	
Märkused	

Ravijuhendisse kaasatakse neile kriteeriumitele vastavad allikad:

- RCT
- Uuringud, mis käsitlevad täiskasvanuid

Välja jäetakse neile kriteeriumitele vastavad allikad:

- Uuringud, mille valim on lapsed
- Uuringud, mille valim on rasedad
- uuringud, mis ei vasta teemale

Sirveotsinguga (*hand search*) leitud artikleid: 0

Välja jäetud allikaid peale pealkirja/sisukokkuvõttega tutvumist: 539

Täistekstide põhjal raportist välja jäetud allikad:-

Sobivaid allikaid: 14

Otsingu protokoll

Kliiniline küsimus nr 10: Millised meetmed parandavad ravisoostumust ja ravil püsimist HIV positiivsetel isikutel?

Kuupäev (pp.kk.aasta)	03.10.2019
Otsingu läbiviija	Kairit Linnaste
Andmebaas (koos vahendaja nimega Nt MEDLINE (Ovid))	Pubmed
Otsistrateegia (päring)	<p>(((((HIV Infections[MeSH] OR HIV[MeSH] OR hiv[tiab] OR hiv-1[tiab] OR hiv-2*[tiab] OR hiv1[tiab] OR hiv2[tiab] OR hiv infect*[tiab] OR human immunodeficiency virus[tiab] OR human immune deficiency virus[tiab] OR human immuno-deficiency virus[tiab] OR human immune-deficiency virus[tiab] OR ((human immun*) AND(deficiency virus[tiab])) OR acquired immunodeficiency syndromes[tiab] OR acquired immune deficiency syndrome[tiab] OR acquired immuno-deficiency syndrome[tiab] OR acquired immune-deficiency syndrome[tiab] OR ((acquired immun*) AND (deficiency syndrome[tiab])) or “sexually transmitted diseases, viral”[mh]) OR HIV[tiab] OR HIV/AIDS[tiab] OR HIV-infected[tiab] OR HIV[title] OR HIV/AIDS[title] OR HIVinfected[title])) AND ((HAART[tiab] OR ART[tiab] OR cART[tiab] OR antiretroviral[tiab] OR anti-retroviral[tiab] OR antiviral[tiab] OR antiviral[tiab] OR "Antiretroviral Therapy, Highly Active"[Mesh] OR "Anti-HIV Agents"[Mesh])) AND ((retention[tiab] OR retain*[tiab] OR "lost to follow-up"[tiab] OR "loss to follow-up"[tiab] OR ("loss*" [tiab] AND "follow up"[tiab]) OR LTFU[tiab] OR attrition[tiab] OR "loss to care"[tiab] OR "lost to care"[tiab] OR "loss to program*" [tiab] OR "lost to program*" [tiab] OR default*[tiab] OR engage*[tiab] OR disengage*[tiab]))) AND (((Randomized Controlled Trial[PT] OR Randomized Controlled Trials[MeSH] OR randomized controlled trial*[tiab] OR randomized control trial*[tiab] OR (Clinical Trial[PT] AND (Random Allocation[MeSH] OR random*[tiab] OR Double-blind Method[MeSH] OR double blind*[tiab]))) OR (((("Meta-</p>

	Analysis"[Publication Type] OR "Meta-Analysis as Topic"[Mesh])) OR (meta analy*[Title/Abstract] OR metanaly*[Title/Abstract] OR metaanaly*[Title/Abstract])) OR systematic[sb]))
Tulemuste arv	Filtriteta: 585, filtreeritult:332
Andmebaasi filtrid	Keel: Inglise, Sihtrühm: Inimesed
Ajaline piirang (ilmumisaeg)	01.01.2014-03.10.2019
Muud piirangud	
Märkused	

Ravijuhendisse kaasatakse neile kriteeriumitele vastavad allikad:

- RCT
- Uuringud, mis käsitlevad täiskasvanuid

Välja jäetakse neile kriteeriumitele vastavad allikad:

- Uuringud, mille valim on lapsed
- Uuringud, mille valim on rasedad
- uuringud, mis ei vasta teemale

Sirveotsinguga (*hand search*) leitud artikleid: 0

Välja jäetud allikaid peale pealkirja/sisukokkuvõttega tutvumist: 327

Täistekstide põhjal raportist välja jäetud allikad:-

Sobivaid allikaid: 5

Autor(id): Kairit Linnaste

Küsimus: Millised meetmed parandavad ravi kuulekust ja ravil püsivust HIV positiivsetel isikutel?

Tõendatuse astme hinnang							Mõju	Tõendatuse aste	Olulisus
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Tõenduse ebakõla	Tõenduse kaudsus	Tõenduse ebatäpsus	Muud kaalutlused			
ravikuulekus (adherence at week 48)									
1 ¹	randomiseeritud uuringud	suur ^a	väike	suur ^b	suur ^c	puudub	Teavitussõnumi saatmine ei paranda ravikuulekust. 230 osalejat randomiseeriti kontrollrühma (n=115) ja sekkumisrühma (n=115). Ravikuulekuse mediaan oli 82,1% (IQR 56,6%-94,6%) sekkumisrühmas vs 80,4% (IQR 52,8%-93,8%) kontrollrühmaga (OR: 1,08 95%CI 0,77-1,52). Kontrollrühmas tavaravi, sekkumisrühmas tavaravi + teavitus SMS, kui doosi võtmine on hilineunud üle 30 min.	⊕○○○ VÄGA MADAL	CRITICAL
ravikuulekus (adherence)									
1 ²	randomiseeritud uuringud	suur ^d	väike	suur ^e	väike	puudub	"rise" sekkumine (n=107) vs tavasekkumine (n=108) "Rise" sekkumine hõlmas ühekuulist intensiivset sekkumist (3x 60 min nõustamist 1.,2. ja 4. nädalal + 1 x grupinõustamist esimesel kuul) ning kahte lisasesiooni 12. ja 20. nädalal. Ravikuulekus oli sekkumisgrupis parem kui tavaravi grupis OR = 1.30 kuu jooksul (95% CI = 1.12–1.51) p < 0.001, mis kuue kuu möödudes näitab suurt kumulatiivset mõju (OR = 4.76, Cohen's d = 0.86)	⊕⊕○○ MADAL	CRITICAL
ravikuulekus (adherence) (follow-up at 9 months)									
1 ³	randomiseeritud uuringud	suur ^f	väike	suur ^g	suur ^h	puudub	Sekkumine 1 + sekkumine 2 vs kontrollgrupp (vt kommentaari). Esialgsed andmed, kahe sekkumisgrupi liitmisel, näitavad, et boonuse saanud täidavad 23,7% rohkem ART raviskeemi 90% ulatuses kui kontrollgrupp (95% CI, 6.7–40.7%). 63,3% (95% CI, 52.9–72.8%) sekkumisgruppide osalejatest täidavad vähemalt 90% raviskeemist 9 kuu pikkuse ajavahemiku jooksul vs 39,6% (95% CI, 25.8–54.7%) kontrollgrupi osalejatest. ¹	⊕○○○ VÄGA MADAL	CRITICAL
ravikuulekus (adherence) (during 3 months intervention period)									
1 ⁴	randomiseeritud uuringud	suur ⁱ	väike	suur ^k	suur ^l	puudub	CBT-BISC (n=22) (cognitive behavioral therapy for body image and self-care) vs ETAU (n=22) (enhanced treatment as usual). Ravikuulekust hinnati Wisepill abil- a) kas ravimi võtmine jäi ajapiirangu sisse b) kui palju ravimeid määratud hulgast tarvitati. CBT-BISC grupil oli oluliselt kõrgem õigel ajal ravimi võtmine, kui ETAU grupil ravi aktiivsel perioodil (b = 8.8, SE = 3.3, 95% CI: 2.0, 15.6, p = .01; dppe2 = .94), kuid statistiliselt olulist erinevust 3 kuu pärast ravi lõppemist ei olnud (b = 10.7, SE = 7.1, 95% CI: -3.1, 24.6, p = .13; dppe2 = .93). CBT-BISC ei erine oluliselt ETAU grupiga aktiivsel raviperioodil ravimite kogutarvitamise osas (b = 1.8, SE = 1.7, 95% CI: -2.8, 6.3, p = .35; dppe2 = .50), kuid ravikuulekus oli CBT-BISC grupil 3 kuu pärast ravi lõppemist oluliselt kõrgem võrreldes ETAU grupiga (b = 8.6, SE = 4.2, 95% CI: .44, 16.8, p = .039; dppe2 = 1.35). ^m	⊕○○○ VÄGA MADAL	CRITICAL

Ravikuulekus (adherence)- (follow-up at 24 months)

Tõendatuse astme hinnang							Mõju	Tõendatuse aste	Olulisus
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Tõenduse ebakõla	Tõenduse kaudsus	Tõenduse ebatäpsus	Muud kaalutlused			
1 ⁵	randomiseeritud uuringud	suur ^a	väike	suur ^o	väike	puudub	Helisõnum (n=315) vs tavaravi (n=316). Üldine ravikuulekus (>95%) sekkumiserühmas oli 81/300 (27,0%) ja tavaravi rühmas 65/299 (21,7%). Tulemused ei erinenud oluliselt gruppide vahel (crude incidence rate ratio 1.24, 95% CI 0.93 to 1.65, P=0.14). 2-aastase perioodi lõpuks ei saa öelda, et telefonisekkumine oluliselt parandaks ravikuulekust. ^p	⊕⊕○○ MADAL	CRITICAL

Ravikuulekus (adherence)- follow-up at 12 months)

1 ⁶	randomiseeritud uuringud	väike ^q	väike	väike	väike	puudub	Põhjalikuma nõustamise rühm (n=260) vs kontrollrühm (n=259). 12 kuu möödudes oli üldine ravikuulekus sekkumiserühmas 76,7% (95% CI 70,5–82,8%) ja 67,5% (95% CI 61,3–73,8%) kontrollrühmas (RR 1.14, 95% CI 1.00–1.28; adjusted RR 1.13, 95% CI 1.00–1.27). Nende hulgast, kelle ART ravikuulekus oli algselt optimaalne, olid pärast 12 kuud ravikuulekad 19,3% (95% CI 12,8–26,0%) sekkumiserühma osalejatest ja 27,0% (95% CI 20,1–33,9%) kontrollrühmast. Nende hulgast, kelle ART ravikuulekus oli algselt normist madalamal, olid 12 kuu pärast optimaalse ravikuulekusega 64,3% (95% CI 50,1–78,5%) sekkumiserühmast ja 52,9% (95% CI 39,2–66,7%) kontrollrühmast. 12.ndal kuul ei olnud statistiliselt olulist erinevust viiruskoormuse osakaalus sekkumiserühma (67,1%, 95% CI 60,7–73,4%) ja kontrollrühma (60,4%, 95% CI 53,4–67,3%) vahel.	⊕⊕⊕⊕ KÕRGE	CRITICAL
----------------	--------------------------	--------------------	-------	-------	-------	--------	--	---------------	----------

Ravikuulekus (adherence) (follow-up at 3 months, at 6 months)

1 ⁷	randomiseeritud uuringud	väike ^q	väike	väike ^r	suur ^s	puudub	Sekkimiserühm (n=63), kontrollrühm (n=56). Sekkimiserühmas saadeti teavitussõnum, kui ravimi mittevõtmisest oli möödunud 30 minutit, lisaks nõustamine kogutud andmete põhjal. Sekkimise eelsel ajal hinnati 1-3 kuu jooksul valimi ravikuulekust ning sekkumiserühma ja kontrollrühma optimaalne ravikuulekus oli sarnane (sekkumiserühmas 63,5% ja kontrollrühmas 58,9%; p=0,60). Viimasel sekkumise kuul 87,3% vs 51,8% saavutasid optimaalse ravikuulekuse (RR 1.7, 95%CI 1.3-2.2), keskmine ravikuulekus oli 96,2% vs 89,1% (p=0,003). Nende seas, kellel ravikuulekus enne sekkumist oli suboptimaalne saavutasid optimaalse ravikuulekuse 78,3% vs 33,3% (RR 2.4, CI 1.2-4.5), keskmine ravikuulekus oli 93,3% vs 84,7% (p=0,039). Nende seas, kelle ravikuulekus enne sekkumist oli optimaalne säilitasid optimaalse ravikuulekuse 92,5% vs 62,9% (RR 1.5, CI 1.1-1.9), keskmine ravikuulekus oli 97,8% vs 91,7% (p=0,028). Sekkimisejärgsed tulemused ei olnud olulised. Reaal-aja teavitussõnumid parendasid märgatavalt ravikuulekust sellel populatsioonil.	⊕⊕⊕○ KESKMIINE	CRITICAL
----------------	--------------------------	--------------------	-------	--------------------	-------------------	--------	---	-------------------	----------

Ravikuulekus (adherence) (follow-up 6 months)

1 ⁸	randomiseeritud uuringud	suur	väike	suur ^t	väike	puudub	Tavapärane "õpetlik" nõustamine (n=150) vs motiveeriv (MI) nõustamine (n=147)-ravimite võtmise % koguhulgast. 82,9% "õpetliku" nõustamise ja 79,5% motiveeriva nõustamise grupist saavutasid >95% ravikuulekusest kuue kuu pärast (RR 0.96, 95%CI 0.85-1.09, p=0.51). See näitab, et vähem kulu nõudev tavapärane "õpetlik" nõustamine on piisav saamaks suurepäraseid ravitulemusi.	⊕⊕○○ MADAL	CRITICAL
----------------	--------------------------	------	-------	-------------------	-------	--------	--	---------------	----------

Ravikuulekus (adherence) (follow-up 9 months)

Tõendatuse astme hinnang							Mõju	Tõendatuse aste	Olulisus
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Tõenduse ebakõla	Tõenduse kaudsus	Tõenduse ebatäpsus	Muud kaalutlused			
1 ⁹	randomiseeritud uuringud	väga suur ^u	väike	suur ^v	suur ^w	puudub	CARE + Spanish arvuvtiprogrammi abil nõustamine (n=253) vs kontrollrühm (arvutist info üldandmete jne kohta) (n=241), kuulekust hinnati ravimite võtmise põhjal, hinnates seda VAS skaala abil. Kirjelduses öeldud, et tulemused hinnatud 0,3,6,9,12 kuu pärast ent uuringus on joonistel vaid kuni 9. kuuni. Andmeid pole numbriliselt teksti välja toodud. Kokkuvõte: kuigi sekkumisgrupis oli ravikuulekus parem, siis need tulemused ei ole statistiliselt olulise kaaluga.	⊕○○○ VÄGA MADAL	CRITICAL

Ravikuulekus (adherence) (follow-up 6 months)

1 ¹⁰	randomiseeritud uuringud	suur ^s	väike	väike ^y	suur ^c	puudub	SMS+ kõned meeldetuletuseks + grupinõustamine (n=121) vs kontrollrühm (n=121), ravikuulekuse hindamiseks kasutatud eneseanalüüsi küsimustikku. Ravikuulekus oli oluliselt kõrgem sekkumisrühmas (95.7; 95% CI: 94.39±96.97), kui kontrollrühmas (87.5; 95% CI: 86.14±88.81) ning ravikuulekuse tõus võrreldes algväärtustega oli sekkumisrühmas vs kontrollrühmaga statistiliselt olulise väärtusega 6 kuu pärast 80.1 ± 19.6 to 95.7 ± 1.6 vs 85.1 ± 15.8 to 87.5 ± 9.9 (p = .035).	⊕⊕○○ MADAL	CRITICAL
-----------------	--------------------------	-------------------	-------	--------------------	-------------------	--------	--	---------------	----------

Ravikuulekus (adherence) (follow-up at 48 months)

1 ¹¹	randomiseeritud uuringud	suur ^z	väike	suur ^{aa}	väike	puudub	mDOT (partneripõhine modifitseeritud otseselt jälgitav teraapia) (n=129) vs kontrollrühm (n=130), ravikuulekust hinnati partneri poolt täidetud protokoll ja uuritava eneseanalüüsi küsimustiku põhjal. Ravikuulekus oli mõlemas rühmas kõrge (mDOT vs kontrollrühm) Q1: 95% vs. 96% p=0.38, Q2: 91% vs. 94% p=0.40, Q3: 90% vs. 93% p=0.17, Q4: 90% vs. 93% p=0.36. Uuringurühmade vahel oli mitteoluline erinevus ravikuulekuses OR 1.21 (95% CI: 0.80 to 1.83)	⊕⊕○○ MADAL	CRITICAL
-----------------	--------------------------	-------------------	-------	--------------------	-------	--------	---	---------------	----------

Ravikuulekus (adherence) (follow-up at 3 months)

1 ¹²	randomiseeritud uuringud	suur ^{ab}	väike	suur ^{ac}	suur ^{ad}	puudub	TEXT (igapäevased päringud ravikuulekuse, tuju, ainete kasutamise kohta) (n=33) vs kontrollrühm (n=30) hinnati ravikuulekust ravimite täitmise määra (retseptide kasutamine) järgi.. Ravikuulekus paranes TEXT rühmas 66% 85%-ni vs 62% 71%ni kontrollrühmas (p=.04). 3 kuu mööduses ei olnud erinevused olulised.	⊕○○○ VÄGA MADAL	CRITICAL
-----------------	--------------------------	--------------------	-------	--------------------	--------------------	--------	--	--------------------	----------

Ravikuulekus (adherence) (follow-up at 6 months)

1 ¹³	randomiseeritud uuringud	väga suur ^{ac}	väike	suur ^{af}	suur	puudub	Nõustamine telefonitsi (Self-regulation counseling) (n=149) vs nõustamine telefonitsi+ meeldetuletus SMS (n=150) vs üldine tervisenõustamine kontaktkohtumisel (n=151) vs üldine tervisenõustamine kontaktkohtumisel + meeldetuletus SMS (n=150) hindasid ravikuulekust mobiilse tabletiloenduri abil. "Self-regulation counseling" näitas märkimisväärset paranemist 90% ART-i ravikuulekuse saavutamisel võrreldes kontrollrühmaga esimese 6-kuulise jälgimiskuu jooksul. Igapäevaste tekstisõnumite meeldetuletused ei omanud tulemust.	⊕○○○ VÄGA MADAL	CRITICAL
-----------------	--------------------------	-------------------------	-------	--------------------	------	--------	---	--------------------	----------

Ravikuulekus (adherence) (follow-up at 9 months)

Tõendatuse astme hinnang							Mõju	Tõendatuse aste	Olulisus
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Tõenduse ebakõla	Tõenduse kaudsus	Tõenduse ebatäpsus	Muud kaalutlused			
1 ¹⁴	randomiseeritud uuringud	väga suur ^{ag}	väike	suur ^g	suur ^{ah}	puudub	Graafiku-põhised SMS meeldetuletused (1 kuu igapäevaselt, järgnevad 2 kuud nädalaselt ning siis vaid siis, kui ravidoosi võtmisega on hilinetud 2h) (n=21) vs tavapärase SMS meeldetuletus vaid siis kui ravidoosi võtmisega on hilinetud (n=20) vs kontrollrühm (n=21) hinnati ravikuulekust ravimipurgi avamise loenduri abil. Ravikuulekus oli 11,1% kõrgem (p=0,02) ja >48 tunni ning >96 tunni pause oli vähem (IRR 0.6, p=0.02; IRR 0.3 p<0.001) graafiku-põhises sekkumisrühmas vs kontrollrühmaga. Ravikuulekus oli sarnane tavapärase SMS meeldetuletuse sekkumisrühmal vs kontrollrühmaga, kuigi >96 tunnise pausi esinemissagedus näitas langust tavapärase SMS meeldetuletuse sekkumisrühmas. Graafiku-põhised SMS meeldetuletused parandasid ravikuulekust.	⊕○○○ VÄGA MADAL	CRITICAL

Ravil püsimine (retention in care) (follow-up at month 12 and 48)

1 ¹⁵	randomiseeritud uuringud	suur ^{ai}	väike	suur ^{aj}	väike	puudub	Otseselt jälgitav teraapia (DOT) (n=200, 39 DOT kliinikut) vs nonDOT (n=156, 33 no-DOT kliinikut) põhjal hinnati patsientide ravil püsimist 12ndal ja 24ndal kuul. Mõlema rühma uuritavad said tavaravi ning 1x kuus kodust nõustamist, DOT rühmas jälgis meditsiinitöötaja ravimite manustamist, nonDOT rühmas mitte. Ravil püsimise ja viiruskoormuse languse näitajad olid paremad DOT rühmas 12ndal ja 24ndal kuul (80% vs 73% ning 74% vs 68%), kuid need erinevused ei olnud ühesuguse ja mitme muutujaga analüüsis olulised	⊕⊕○○ MADAL	CRITICAL
-----------------	--------------------------	--------------------	-------	--------------------	-------	--------	--	---------------	----------

Ravil püsimine (retention in care) (follow-up at month 12)

1 ¹⁶	randomiseeritud uuringud	suur ^{ak}	väike	suur ^{al}	suur ^{am}	puudub	CIS (5 teaduspõhist sekkumist, sh SMS meeldetuletused, nõustamine, varajane ART ravi, tervisepaketid) (n=1,096 viiest kobarast) vs tavapärase ravi (n=1,101 viiest kobarast) hindas ravil püsimist 12 kuu pärast. 12ndaks kuuks, olenemata alustamise ajast 705 (64%) uuritavat CIS rühmast ja 477 (43%) tavapärase ravi rühmast saavutasid parema ravil püsimise. Ravil püsimine oli oluliselt kõrgem CIS rühmas vs tavapärase ravi rühmas RR 1.48, (95% CI 1.18-1.86, p = 0.002).	⊕○○○ VÄGA MADAL	CRITICAL
-----------------	--------------------------	--------------------	-------	--------------------	--------------------	--------	---	--------------------	----------

Ravil püsimine (retention in care) (at 5-10 months)

1 ¹⁷	randomiseeritud uuringud	väga suur ^{an}	väike	väga suur ^{ao}	suur	puudub	RapIT (Rapid Initiation of Treatment) (n=187) vs tavaravi (n=190) raporteerimaks teise tulemusena ravil püsimist selle põhjal, kas käidi kliinikus vastuvõtul 5nda ja 10nda uuringukuu jooksul. 81% (151/187) RapIT rühmast ja 64% (121/190) tavaravi rühmast käisid vastuvõtul RD 17% (5%-23%), cRR 1.27 (1.12-1.44).	⊕○○○ VÄGA MADAL	CRITICAL
-----------------	--------------------------	-------------------------	-------	-------------------------	------	--------	--	--------------------	----------

Ravil püsimine (retention in care) (follow-up at month 12)

Tõendatuse astme hinnang							Mõju	Tõendatuse aste	Olulisus
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Tõenduse ebakõla	Tõenduse kaudsus	Tõenduse ebatäpsus	Muud kaalutlused			
1 ¹⁸	randomiseeritud uuringud	väike	väike	suur ^{ap}	väike	puudub	SMS meeldetuletused (üldised, ravimi võtmise kohta, kohtumiste meeldetulemiseks, hariivad sõnumid) (n=416) vs kontrollrühm (n=414) hindamaks ravil püsimist. Ravil püsimine oli kõrgem SMS rühmas (93.8%, 95% CI= 90.5 – 95.7) vs kontrollrühmaga (91.0%, 95% CI= 87.7 – 93.4), sellegipoolest ei omanud SMS-id olulist mõju (rate difference=2.8, 95% CI= -0.9 – 6.4, p=0.139). Ravil püsimine linnas elavate patsientide hulgas oli kõrgem SMS rühmas (94.3%, 95% CI=91.3 – 96.4) vs kontrollrühmaga (89.9%, 95% CI=86.1 – 93.1; rate difference=4.4, 95% CI= 0.4 – 8.5, p=0.032). Maal elavate patsientide hulgas oli ravil püsimine kõrgem kontrollrühmas (96.8%, 95% CI= 87.9 – 99.2) vs SMS rühmaga (90.7%, 95% CI = 08.4 – 95.7), kuigi see erinevus ei olnud statistiliselt erinev (rate difference=-6.1, 95% CI – 14.5 – 2.2, p=1.48). Kokkuvõtlikult: SMSide saatmine ei tõstnud ravil püsimist kõikide patsientide hulgas, vaid nende hulgas, kes elavad linnas.	⊕⊕⊕○ KESKMINE	CRITICAL

Ravil püsimine (retention in care) (follow-up at month 12)

1 ¹⁹	randomiseeritud uuringud	suur ^{aq}	väike	suur ^{ar}	väga suur ^h	puudub	Sekkmisrühm (väikese väärtusega lunastatavad vautšerid) (n=60) vs kontrollrühm (loosiratas) (n=60) ravil püsimine (teisene uuringutulemus) on hinnatud kohtumistele ilmumise põhjal. Sekkmisrühmas oli rohkem igakuised külastusi ravikeskusesse vs kontrollrühmaga (median,8 [IQR, 3–11] vs 3.5 [IQR, 0–9]; P = .005). *** Uuringukohtumistele ilmus rohkem kontrollrühma uuritavaid: 3ndal kuul sekkmisrühm vs kontrollrühm 52 vs 56, 6ndal kuul 47 vs 51, 9ndal kuul 46 vs 50, 12ndal kuul 43 vs 51. See võib olla nii sellepärast, et nende kohtumiste eest ei antud vautšereid.	⊕○○○ VÄGA MADAL	CRITICAL
-----------------	--------------------------	--------------------	-------	--------------------	------------------------	--------	---	--------------------	----------

CI: usaldusintervall

Selgitused

a. follow-up puudu

b. Lõuna-Aafrika patsiendid; kaasatud üle 15-aastased k.a. patsiendid.

c. usaldusvahemik

d. paljud osalejad ei täitnud uuringu struktuuri; ühe kindla piirkonna uuring; puudub follow-up,

e. Los Angeleses elavad tumedanahalised patsiendid; ei ole hinnatud viirusesupressiooni

f. kuulekust on hinnatud selle järgi, kui korrektselt võeti ravimeid (ei saa välistada, et patsiendid tahtlikult avasid ravimipurki, et saada boonust)+ kohtumistest kinnipidamine; 9 kuune jälgimisperiood, edasist mõju ei hinnatud. Pimendamist ei ole kasutatud.

g. Uganda patsiendid

h. väike valim, hinnang on ebatäpne

i. Sekkumine 1 (n=46)- kui kokkulepitud kohtumistel osalemise % oli vähemalt 90% , siis sai patsient boonuse; sekkumine 2 (n=52), kui ravimite tarvitamise % (loendati elektroonse loenduri abil purgi avamist) oli vähemalt 90% , siis sai patsient boonuse; kontrollgrupp (n=48)- tavapärase sekkumise ilma boonuseta.

j. uuringu peamine tulemusnäitaja hindab kehataju häire vähenemist, teine tulemusnäitaja on ravikuulekus. Wisepill lugeri puhul ei saa välistada, et seda pole avatud ravimit õigel ajal võtmata.

k. vähemusrupi mehed, kes on viimasel 12 kuu jooksul olnud vahekorras teise mehega ning kellel on "Body image disturbance"; adherence on teisene tulemusnäitaja

l. väike valim, n=44

m. CBT-BISC grupi osalejatele planeeriti pärast hindamist 11 iganädalast 50 minutilist kohtumist terapeudiga. ETAU grupi osalejatele planeeriti pärast hindamist 5 ülenädalast kohtumist projekti koordinaatoriga. Pärast ravi teostati hindamine kohe pärast sekkumist, lisaks 3 kuu pärast. Hindamised sisaldasid arsti hinnangut, eneseanalüüsi ja elektroonset ART kuulekuse hindamist.

n. Pimendamist ei saanud täielikult teostada

o. ravikuulekus oli teisene tulemusnäitaja. India populatsioon.

p. mõlema grupi osalejatele jagati telefon, aga sekkumisgrupi osalejatele saabusid iganädalasel automatiseeritud kõned, mis sisestasid motivatsiooni ning ootasid vastust- nr 1 tähendas, et eelmise päeva doos oli võetud, nr 2, et see jäi võtmata. Lisaks saadeti iganädalasel piltsõnum, mis vastust ei oodanud.

q. pimendamist ei ole sooritatud, samas sellise uuringutüübi puhul ei saa täielikku pimendamist ka tekitada.

r. uuring teostatud hiina isikutel

s. väike valim

t. Lõuna-Aafrikas Durbanis, ühes suurimas kliinikus; selle uuringu seadmine TB kliinikus võib vähendada selle üldistatavust

u. Ravimite võtmist hinnati vaid VAS skaala põhjal. Andmed koguti 0,3,6,9 ja 12 kuul?, aga mitte kõikidelt osalejatelt- kõikidelt osalejatel saadi minimaalselt 3 tulemust. Uuringu läbiviijad ei olnud hästi kursis CARE+ hispaania k arvutiprogrammiga. Andmete esitamine uuringus puudulik.

v. HIV ravi keskuses New Yorkis, valimis ainult latiinod, kes räägivad hispaania +/- muud keelt.

w. valim suur, aga usaldusvahemik väga lai

x. Ravikuulekuse hindamiseks kasutatud vaid enesearuande küsimustikku. Lühike follow-up periood.

y. Malaysa riiklik haigla ja sealsed patsiendid

z. protokollide täitjateks olid uuritavate partnerid, kellele tehti uuringu alguses 90 minutiline õpe, kuidas täita protokolle; lisaks millal teavitada uuringukoordinaatorit jne- väga vähesed kontakteerused koordinaatoriga ning on võimalus, et nad ei mõistnud täpselt, kuidas protokolle täita. Lisaks täitsid uuritavad eneseanalüüsi ravikuulekuse kohta.

aa. Botswana, Brazil, Haiti, Peru, South Africa, Uganda, Zambia, and Zimbabwe

ab. hinnati SMS vastuste põhjal- 63% saadetud sõnumitest said vastuse ja tavapäraselt oli vastus nõ hea käitumine; ei teata, kuidas tõlgendada mittevastatud sõnumeid.

ac. Kahes kliinikus Virginias, uuritavad kasutavad aineid (alkohol, kanep, kokaiin, jt ained)

ad. pilootuuring väikse valimiga

ae. randomiseerimine puudulik

af. Atlanta

ag. Uuringus on kirjeldatud uuritavaid, keda haarati uuringusse, kuid mitmed olulised aspektid uuringu läbiviimise kohta on jäetud kirjeldamata, sh randomiseerimine.

ah. n=63, nendest follow-up n=58

ai. Pimendamist ei ole tehtud. Randomiseerimine ebatäpne. Ühte kobarasse kuulus kuni 4 patsienti, aga tihti oli kobaras vaid 1 patsient.

aj. Peruu oleva 89 terviseasutuse patsiendid, üks kriteerium on vaesus (hinnatud)

ak. vähe kobaraid ent samas selles piirkonnas neid polnud ka rohkem (10/11), eneseanalüüs hindamaks retentsiooni (andmeid ei transporditud teistest kliinikutest.

al. 10 Swazilandi HIV ravi keskust

am. valim on piisav, aga kobaraid vähe.

an. pimendamata, retention in care on teisene tulemusnäitaja, hinnatud vaid kliinikusse tulemise põhjal

ao. Lõuna-Aafrikas, Johannesburgis, kahe kliiniku põhjal. Uuringus endas ka kirjeldatud, et neid tulemusi pigem ei saa üldistada ja on pigem kasutamiseks sama piirkonna inimestele

ap. Üks maapiirkonna + kaks linna riiklikku ravikeskust Maputo piirkonnas Mozambiques

aq. Ravikohtumistele ilmumise järgi hinnati ravil püsimist. Pimendamine puudulik.

ar. narkootiliste ainete kasutajad Chennai, Indias.

Viited

1. Orrell C, Cohen K, Mauff K, Bangsberg DR, Maartens G, Wood R. A Randomized Controlled Trial of Real-Time Electronic Adherence Monitoring With Text Message Dosing Reminders in People Starting First-Line Antiretroviral Therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2015; 70: 495–502.
2. Bogart LM, Mutchler MG, McDavitt B, Klein DJ, Cunningham WE, Goggin KJ, et al. A Randomized Controlled Trial of Rise, a Community-Based Culturally Congruent Adherence Intervention for Black Americans Living with HIV. *Ann Behav Med* 2017; 51: 868–78.
3. Linnemayr S, Stecher C, Mukasa B. Behavioral economic incentives to improve adherence to antiretroviral medication. *AIDS* 2017; 31: 719–26.
4. Blashill AJ, Safren SA, Wilhelm S, Jampel J, Taylor SW, O’Cleirigh C, et al. Cognitive behavioral therapy for body image and self-care (CBT-BISC) in sexual minority men living with HIV: A randomized controlled trial. *Health Psychol* 2017; 36: 937–46.
5. Shet A, De Costa A, Kumarasamy N, Rodrigues R, Rewari BB, Ashorn P, et al. Effect of mobile telephone reminders on treatment outcome in HIV: evidence from a randomised controlled trial in India. *BMJ* 2014; 349: g5978.
6. Uusküla A, Laisaar K-T, Raag M, Lemsalu L, Lõhmus L, Rüütel K, et al. Effects of Counselling on Adherence to Antiretroviral Treatment Among People with HIV in Estonia: A Randomized Controlled Trial. *AIDS Behav* 2018; 22: 224–33.
7. Sabin LL, Bachman DeSilva M, Gill CJ, Zhong L, Vian T, Xie W, et al. Improving Adherence to Antiretroviral Therapy With Triggered Real-time Text Message Reminders: The China Adherence Through Technology Study. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2015; 69: 551–9.
8. van Loggerenberg F, Grant AD, Naidoo K, Murrman M, Gengiah S, Gengiah TN, et al. Individualised motivational counselling to enhance adherence to antiretroviral therapy is not superior to didactic counselling in South African patients: findings of the CAPRISA 058 randomised controlled trial. *AIDS Behav* 2015; 19: 145–56.
9. Kurth AE, Chhun N, Cleland CM, Crespo-Fierro M, Parés-Avila JA, Lizcano JA, et al. Linguistic and Cultural Adaptation of a Computer-Based Counseling Program (CARE+ Spanish) to Support HIV Treatment Adherence and Risk Reduction for People Living With HIV/AIDS: A Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res* 2016; 18: e195.
10. Abdulrahman SA, Rampal L, Ibrahim F, Radhakrishnan AP, Kadir Shahar H, Othman N. Mobile phone reminders and peer counseling improve adherence and treatment outcomes of patients on ART in Malaysia: A randomized clinical trial. *PLoS ONE* 2017; 12: e0177698.
11. Gross R, Zheng L, La Rosa A, Sun X, Rosenkranz SL, Cardoso SW, et al. Partner-Focused Adherence Intervention for Second-line Antiretroviral Therapy: A Multinational Randomized Trial (ACTG A5234). *Lancet HIV* 2015; 2: e12–9.
12. Ingersoll KS, Dillingham RA, Hettema JE, Conaway M, Freeman J, Reynolds G, et al. Pilot RCT of bidirectional text messaging for ART adherence among nonurban substance users with HIV. *Health Psychol* 2015; 34S: 1305–15.

13. Kalichman SC, Kalichman MO, Cherry C, Eaton LA, Cruess D, Schinazi RF. Randomized Factorial Trial of Phone-Delivered Support Counseling and Daily Text Message Reminders for HIV Treatment Adherence. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2016; 73: 47–54.
14. Haberer JE, Musiimenta A, Atukunda EC, Musinguzi N, Wyatt MA, Ware NC, et al. Short message service (SMS) reminders and real-time adherence monitoring improve antiretroviral therapy adherence in rural Uganda. *AIDS* 2016; 30: 1295–300.
15. McLaughlin MM, Franke MF, Muñoz M, Nelson AK, Saldaña O, Cruz JS, et al. Community-Based Accompaniment with Supervised Antiretrovirals for HIV-Positive Adults in Peru: A Cluster-Randomized Trial. *AIDS Behav* 2018; 22: 287–96.
16. McNairy ML, Lamb MR, Gachuhi AB, Nuwagaba-Biribonwoha H, Burke S, Mazibuko S, et al. Effectiveness of a combination strategy for linkage and retention in adult HIV care in Swaziland: The Link4Health cluster randomized trial. *PLoS Med* 2017; 14: e1002420.
17. Rosen S, Maskew M, Fox MP, Nyoni C, Mongwenyana C, Maletse G, et al. Initiating Antiretroviral Therapy for HIV at a Patient’s First Clinic Visit: The RapIT Randomized Controlled Trial. *PLoS Med* 2016; 13: e1002015.
18. Joseph Davey D, Nhavoto JA, Augusto O, Ponce W, Traca D, Nguimfack A, et al. SMSaúde: Evaluating Mobile Phone Text Reminders to Improve Retention in HIV Care for Patients on Antiretroviral Therapy in Mozambique. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2016; 73: e23–30.
19. Solomon SS, Srikrishnan AK, Vasudevan CK, Anand S, Kumar MS, Balakrishnan P, et al. Voucher incentives improve linkage to and retention in care among HIV-infected drug users in Chennai, India. *Clin Infect Dis* 2014; 59: 589–95.