

HIV-ennetuse tugevdamine Eestis: ekspertide soovitused kokkupuute- eelse profülaktika (PrEP), kokkupuutejärgse profülaktika (PEP) ja doksü-PEP kohta

KUUPÄEV
JUULI 2026

Dokument on valminud koostöös Eesti HIV-positiivsete võrgustiku (EHPV), teadlaste, arstide ja rahvatervise spetsialistide, kogukonnaorganisatsioonide esindajate ning mõjutatud kogukondade endi esindajatega, sealhulgas vahetu kogemusega inimestega. See kajastab nii rahvatervise asutuste kui ka nende kogukondade vaatenurka, kellele need soovitusel on mõeldud.

Põhisõnumid

- ♦ Eesti riiklik PrEP/PEP kliiniline ravijuhend põhineb kuni 2019. aastani läbi vaadatud tõenditel ning seda ei ole pärast seda ajakohastatud. Riiklik HIV tegevuskava, mille osa see on, lõppes 2025. aastal ja uut kava ei ole veel vastu võetud, mis loob loomuliku võimaluse mõlema dokumendi samaaegseks uuendamiseks.
- ♦ PrEP-i kasutamise kriteeriumid Eestis tuginevad endiselt visiidielsele struktureeritud riskiküsimustikule, mitte kliendi soovil põhinevale samal päeval juurdepääsu mudelile, mida nüüd rahvusvaheliselt soovitatakse, ning ei käsitle sooliselt mitmekesiseid inimesi eraldi riskirühmana, erinevalt kehtivatest EACS-i kriteeriumidest.
- ♦ Eestis pakutakse ainult igapäevast suukaudset PrEP-i. Puudub „vajaduspõhine“ annustamisskeem, sealhulgas versioon, mida pikka aega

soovitati ainult MSM-ile, enne kui EACS laiendas selle 2025. aastal kõigile elanikkonnarühmadele, ning puuduvad pikatoimelised süstitavad ravimid.

- PEP on kliiniliselt kättesaadav iga olulise riskiga kokkupuute korral, kuid riiklik rahastus katab ainult tööalase kokkupuute ja seksuaalvägivalla juhtumid. Muud töövälised kokkupuuted vastavad samadele kliinilistele kriteeriumidele, kuid patsient peab ravi ise tasuma. See puudujääk dokumenteeriti esimest korda 2017. aastal ning seda ei ole pärast seda kordagi üle vaadatud.
- Kaks kolmest Eestis soovitatud PEP-i skeemist ei vasta praegusele rahvusvahelisele eelistusele kasutada INSTI-põhiseid, lihtsustatud üks kord ööpäevas manustatavaid skeeme ning biktegraviiri, mis kuulub CDC eelistatud ühe tableti skeemi, ravijuhendis üldse ei mainita.
- Doksü-PEP puudub Eesti soovitustest täielikult. Kuna Eesti esitab resistentsuse seire andmeid samasse EL/EMP süsteemi, millel põhineb ECDC ettevaatlik seisukoht, peaksid tulevased riiklikud soovitusel tuginema just sellele tõendusbaasile, mitte Ameerika Ühendriikide lähenemisele.
- Nii PrEP-i kui ka PEP-i teenuste osutamine on endiselt täielikult koondunud infektsioonhaiguste arstide ja väheste haiglate ümber, ilma esmatasandi arstiabi, kogukonnaorganisatsioonide või kodanikuühiskonna rollita, hoolimata WHO otsesest soovitusel ülesandeid jagada ning rahvusvahelistest andmetest, mis seostavad kogukondade kaasamist uute HIV-juhtude mõõdetava vähenemisega.

HIV epidemioloogia Eestis

Vaatamata märkimisväärsele edule HIV-i kontrolli all hoidmisel viimase kahe aastakümne jooksul on HIV Eestis endiselt oluline rahvatervise probleem. Viimaste riiklike seireandmete kohaselt registreeriti 2024. aastal 133 uut HIV-juhtu ehk 9,7 juhtu 100 000 elaniku kohta. Kuigi see on varasemate aastatega võrreldes märgatav langus, on haigestumus endiselt oluliselt kõrgem EL/EMP keskmisest (5,3 juhtu 100 000 elaniku kohta), mis näitab, et HIV-i levik on Eestis jätkuvalt oluline rahvatervise probleem [1,2].

PRAEGUNE BIOMEDITSIIINILINE ENNETUS

Eesti on järk-järgult lõiminud biomeditsiinilise HIV-ennetuse tavapärasesse tervishoidu. Riiklik HIV tegevuskava aastateks 2017-2025 määratles HIV-i ennetuse, testimise ja ravi strateegiliste prioriteetidena ning toetas nii kokkupuute-eelse profülaktika (PrEP) kui ka kokkupuutejärgse profülaktika (PEP) kasutuselevõttu riiklikus tervishoiusüsteemis [3]. Need soovitused lisati hiljem 2019. aastal Ravijuhendi kaudu avaldatud riiklikku HIV-ravi, PrEP-i ja PEP-i kliinilisse ravijuhendisse [4]. Praegu on suukaudne PrEP kättesaadav eriarstiabi kaudu, selle määramine on piiratud infektsioonhaiguste arstidega ning kulud hüvitatakse osaliselt riikliku ravikindlustuse kaudu. PEP on kättesaadav riikliku ravijuhendi alusel, kuid juurdepääs sõltub kokkupuute liigist: tööalase kokkupuute korral tasub tööandja, seksuaalvägivalla korral riik ning muude tööväliste kokkupuudete korral patsient ise. Doksü-PEP ei ole veel riiklikesse kliinilistesse soovitustesse lisatud [4].

JUHTIMINE

HIV-ennetust viiakse Eestis ellu mitme asutuse koostöös. Sotsiaalministeerium vastutab riikliku tervishoiupoliitika ja strateegilise planeerimise eest, Terviseamet teeb epidemioloogilist seiret ja registreerib juhtumeid, Tervise Arengu Instituut (TAI) koordineerib uuringuid ja ennetusprogramme, Tervisekassa rahastab tervishoiuteenuseid ja ravimite hüvitamist ning riiklikud kliinilised soovitused töötatakse välja Ravijuhendi programmi kaudu. Võtmerühmadega töötavad kogukonnaorganisatsioonid jäävad praegu sellest struktuurist välja. Nad pakuvad

välitööd ja testimist, kuid neil puudub ametlik roll teenuste osutamisel. Seetõttu nõuab HIV-ennetuse ajakohastamine koordineeritud tegevust tervishoiupoliitika, rahastamise, rahvatervise tasandi rakendamise, kliiniliste ravijuhendite arendamise ning kogukonnaorganisatsioonide otsese teenuseosutusse lõimimise valdkonnas.

VÕIMALUSTE AKEN

Praegune poliitikaraamistik on loomulikus ülevaatamise etapis. Riiklik HIV tegevuskava lõppes 2025. aastal ja uut kava ei ole veel vastu võetud, samas kui praeguse riikliku PrEP-i ja PEP-i ravijuhendi aluseks olev tõendusmaterjali ülevaade valmis 2019. aastal. Sellest ajast alates on rahvusvahelised soovitused oluliselt muutunud kõigis kolmes käesolevas dokumendis käsitletavas valdkonnas. WHO ja ECDC soovivad nüüd lihtsustatud PrEP-i teenusemudeleid, laiemat määramispraktikat, diferentseeritud teenuseosutust ja pikatoimelisi ravimeid. WHO on avaldanud ka esimese suurema PEP-i soovituste uuenduse paljude aastate jooksul. Hiljem avaldasid mõlemad organisatsioonid doksü-PEP-i soovitused valitud elanikkonnarühmadele, kellel on suurenenud bakteriaalsete STLI-de risk. Need muutused loovad võimaluse ajakohastada Eesti HIV-ennetuse süsteemi ning viia riiklik poliitika kooskõlla praeguste rahvusvaheliste tõendite ja parimate tavadega.

Käesolev poliitikasoovituste lühidokument käsitleb viimaseid arenguid HIV-i kokkupuute-eelse profülaktika (PrEP), kokkupuutejärgse profülaktika (PEP) ja doksü-PEP valdkonnas, hindab nende tähtsust Eesti tervishoiusüsteemile ning esitab tõenduspõhised soovitused riiklike kliiniliste ravijuhendite uuendamiseks, teenuste tugevdamiseks ja võrdse juurdepääsu parandamiseks biomeditsiinilisele HIV-ennetusele.

Kokkupuute-eelne profülaktika (PrEP)

KASUTAMISE KRITEERIUMID

Kehtivad rahvusvahelised soovitusel määratlevad PrEP-i kombineeritud HIV-ennetuse tavapärase osana ning soovivad seda pakkuda inimestele, kellel on personaalset lähenemist arvestades oluline HIV-i nakatumise risk [5]. Selle asemel, et piirata juurdepääsu eelnevalt määratletud elanikkonnarühmadega, soovib WHO individuaalset riskihindamist ja ühist otsustamist, võimaldades PrEP-i alustada alati, kui inimene leiab, et tal on praegune või eeldatav HIV-i nakatumise risk [5,6]. EACS-i soovitusel esitavad täpsemad kliinilised kriteeriumid, soovitades PrEP-i meestele, kes seksivad meestega (MSM), transsoolistele ja sooliselt mitmekesistele inimestele, heteroseksuaalsetele inimestele, kellel on praegune kokkupuude HIV-iga, süstivaid narkootikume tarvitavatele inimestele, seksitöös osalevatele inimestele ja serodiskordantsetele paaridele ning arvestades käitumuslikke näitajaid, nagu korduvad STLI-d, korduv PEP-i kasutamine, kondoomita seks mitme partneriga ja kemseks [7].

Kehtiv Eesti kliiniline ravijuhend soovib PrEP-i võtmerühmadele, kellel on suurenenud HIV-i nakatumise risk, sealhulgas MSM-ile, süstivaid narkootikume tarvitavatele inimestele, seksitöös osalevatele inimestele ja serodiskordantsetele paaridele. Märkimisväärne on, et sooliselt mitmekesiseid inimesi ei käsitleta ravijuhendis eraldi riskirühmana, erinevalt eespool toodud EACS-i kriteeriumidest [4]. Seega on ravijuhend WHO ja EACS-i soovitustega kooskõlas hõlmatud rühmade, kuid mitte lähenemisviisi osas, sest valik tugineb endiselt enne vastuvõttu täidetavale struktureeritud riskiküsimustikule, mitte inimese enda soovil põhinevale hindamisele, mida nüüd rahvusvaheliselt soovitatakse. Eesti ravijuhendi tulevased uuendused võiksid korrata täita selle elanikkonnarühmadega seotud lünga ning liikuda paindlikumate kasutamiskriteeriumide, ühise otsustamise ja patsiendi enda tajutud riski arvestamise poole, et parandada õigeaegset juurdepääsu PrEP-ile.

NAISED JA RISTUVAD RISKITEGURID

Naised ei ole üks ühtne riskikategooria, vaid rühm, kes võib HIV-i nakatumise riskiga kokku puutuda mitmel erineval ja vahel kattuval viisil. EACS-i kriteeriumid hõlmavad PrEP-i pakkumise sihtrühmadena heteroseksuaalseid naisi, kellel on praegune kokkupuude HIV-iga, ning naisi serodiskordantsetes paarides [7]; Eesti ravijuhend kajastab seda osaliselt juba serodiskordantsete paaride tunnustamise kaudu [4]. Seksitöös osalevad naised vastavad

samadele kasutamiskriteeriumidele nagu teised võtmerühmad nii EACS-i kui ka Eesti ravijuhendi järgi [4,7]. Annustamisvõimalusi on samuti laiendatud spetsiaalselt naiste vajadusi arvestades: EACS-i vajaduspõhine 2-7 skeem töötati välja MSM-ile suunatud 2-1-1 skeemi alternatiivina, sest farmakokineetilised andmed erinevad koetüübi järgi [7]. Doksü-PEP-i määramise lähenemine on selle rühma puhul erinev. Ei CDC ega WHO soovita seda naistele, kelle sünnil määratud sugu on naissoost, viidates uuringuandmete puudulikkusele, ning see tõenduslünk tuleks tulevastest Eesti soovitusel selgelt välja tuua, mitte jätta ebaselgeks [8,15,16]. Sisserändajatest naised ja naised, kelle ainus kontakt tervishoiusüsteemiga toimub võtmerühma kuuluva partneri kaudu, võivad kogeda täiendavaid juurdepääsutõkkeid, mida üksnes kliinilised kasutamiskriteeriumid ei kajasta. Tulevased soovitusel peaksid neid tõkkeid otseselt arvestama, mitte eeldama, et kliinilistele kriteeriumidele vastamine tagab tegeliku juurdepääsu.

MÄÄRAMISPRAKTIKA

WHO soovitab PrEP-i teenuseosutust sobivates tingimustes detsentraliseerida, laiendades määramisõigust HIV-i eriteenustest kaugemale koolitatud esmatasandi arstidele, õdedele ja kogukonnapõhistele teenuseosutajatele [6,8]. Selle diferentseeritud teenuseosutuse mudeli eesmärk on parandada kättesaadavust, lühendada ooteaega ja kiirendada PrEP-i alustamist, säilitades samal ajal asjakohase kliinilise järelevalve.

Mitmed riigid on sellised lähenemised juba riiklikesse programmidesse lõiminud. Prantsusmaal laiendati PrEP-i määramisõigust koolitatud perearstidele, mis aitas parandada geograafilist juurdepääsu ja suurendada püsivalt PrEP-i hõlmatust [9]. Kasahstanis rakendatud kogukonnapõhised PrEP-i programmid näitasid samuti võtmerühmade paremat kaasatust ja HIV-testi positiivsete tulemuste osakaalu vähenemist MSM-ide seas [10].

Eestis on PrEP-i määramine kehtiva riikliku ravijuhendi kohaselt endiselt peamiselt eriarstiabi ülesanne [4]. Kuigi see mudel tagab asjakohase kliinilise pädevuse, võiks määramisvõimaluste laiendamine koolitatud esmatasandi arstidele või kogukonnaorganisatsioonidele parandada kättesaadavust, eriti väljaspool suuremaid linnu.

ANNUSTAMISKEEMID

Rahvusvahelised soovitusel pakuvad nüüd mitut tõenduspõhist PrEP-i skeemi, et arvestada erinevaid HIV-iga kokkupuute mustreid ja patsientide eelistusi. Igapäevane suukaudne TDF/FTC jääb

eelistatud skeemiks enamikule inimestele, kellel on oluline HIV-i nakatumise risk [5,7]. Vajaduspõhist PrEP-i, mida ajalooliselt kirjeldati „2-1-1“ annustamisena ja mille tõhusus kinnitati esmakordselt MSM-ide seas, on EACS-i viimastes soovituses laiendatud: nüüd soovitatakse sündmuspõhist annustamist kõigile elanikkonnarühmadele, kasutades 2-1-1 skeemi eeskätt MSM-ide puhul ning alternatiivset 2-7 skeemi naistele, kelle sünnil määratud sugu on naissoost ning transsoolistele ja mittebinaarsetele inimestele [7]. WHO rakendusjuhised toetavad lisaks pikatoimeliste süstitavate ravimite, näiteks kabotegraviiri (CAB-LA) kasutamist alternatiivina neile, kes eelistavad harvemalt annustamist või kellel on raskusi igapäevase suukaudse ravi järgimisega [8]. 2025. aastal laiendas WHO ennetusvõimalusi veelgi, soovitades kaks korda aastas süstitavat lenakapaviiri uue pikatoimelise süstitava PrEP-i vormina [11].

Kehtiv Eesti ravijuhend hõlmab igapäevast suukaudset PrEP-i, kuid ei hõlma vajaduspõhist skeemi üheski vormis, sealhulgas enne 2025. aastat soovitatud ainult MSM-ile mõeldud versiooni, ega süstitavaid vorme [4]. Kuna Euroopas muutuvad kättesaadavaks täiendavad PrEP-i vormid ja skeemid, peaks riikliku ravijuhendi tulevastes uuendustes hindama, kas laiem skeemide valik, sealhulgas hiljuti laiendatud sündmuspõhine lähenemine, võiks parandada patsiendi valikuvõimalusi, ravisoostumust ja programmi hõlmatusi.

LABORATOORNE MONITOORING JA JÄLGIMINE

WHO monitooringu lähenemine tasakaalustab patsiendi ohutust vajadusega vähendada PrEP-i alustamise ja jätkamise takistusi, hoides algse uuringupaketi teadlikult piiratud: HIV-negatiivse staatuse kinnitamine, neerufunktsiooni hindamine, B-hepatiidi sõeluuring ja näidustuse korral STLI-de testimine [5,6,8]. Edasise jälgimise puhul laieneb sama põhimõtte lisaks sagedusele ka monitooringu vormile. WHO 2024. aasta rakendusjuhised lubavad suukaudse PrEP-i ja vaginaalrõnga kasutajatel teha visiitide vahel või teenuseosutaja tehtava testi asemel HIV-enesetesti (HIVST), toetavad kaug- või telemeditsiinivisiite ning soovivad kliiniliselt stabiilsetele ja kogenud PrEP-i kasutajatele diferentseeritud jälgimisintervalle, mitte kõigile ühesugust ajakava [6,8].

Kehtiva Eesti ravijuhendi esmane testimispakett vastab üldjoontes nendele rahvusvahelistele standarditele [4]. Edasine jälgimine aga mitte. Ravijuhend nõuab kõigilt kasutajatelt fikseeritud kolmekuulise intervalliga kontaktvisiite ega näe ette HIVST-d, telemeditsiinivisiite ega stabiilsete pikaajaliste kasutajate vähem intensiivset

jälgimist. Nende võimaluste lisamine viiks Eesti jälgimismudeli kooskõlla kehtivate WHO soovitustega ning võiks vähendada PrEP-i kasutajate visiidikoormust ohutust kahjustamata.

Kokkupuutejärgne profülaktika (PEP)

KASUTAMISE KRITEERIUMID JA NÄIDUSTUSED

Kokkupuutejärgne profülaktika (PEP) on jätkuvalt tervikliku HIV-ennetuse oluline osa ning võimalikku HIV-iga kokkupuudet tuleks käsitleda kiiret sekkumist nõudva olukorrana. WHO ajakohastatud soovitused näevad ette PEP-i alustamise nii tööalase kui ka töövälise kokkupuute järel, kui HIV-i ülekande risk on oluline, ning rõhutavad, et ravi tuleb alustada võimalikult kiiresti, ideaaljuhul 24 tunni jooksul ja hiljemalt 72 tunni jooksul pärast kokkupuudet [9]. Riskihindamisel tuleb arvestada kokkupuute tüüpi, allika HIV-staatust, kui see on teada, ja HIV-i ülekande tõenäosust. PEP-i alustamise otsus peaks põhinema individuaalsel hindamisel ning vältida tuleb põhjendamatuid viivitusi ravile juurdepääsul.

Kehtiv Eesti kliiniline ravijuhend määratleb PEP-i näidustused kokkupuute tüübi, mitte selle asjaolude järgi ning selle kliinilised kriteeriumid on üldjoontes WHO soovitustega kooskõlas [4]. Ravijuhendis endas märgitakse, et Eestis puudub riiklik PEP-i programm ning rahastus on tagatud ainult tööalase kokkupuute korral, mil maksab tööandja, ja seksuaalvägivalla korral, mil ravi kaetakse riigieelarvest. Muud töövälised kokkupuuted vastavad samadele kliinilistele kriteeriumidele, kuid neil puudub tagatud rahastusmehhanism ning patsient peab ravi ise tasuma. Ajakohastatud rahvusvahelised soovitused rõhutavad üha enam kiire ja madala lävendiga ravile juurdepääsu tähtsust ning see rahastuslünk on selle põhimõttega vastuolus ka siis, kui kliinilised kriteeriumid ise kattuvad.

RAVISKEEMID

WHO soovitab praegu täiskasvanute ja noorukite standardse PEP-i skeemina 28-päevast kolmest retroviirusevastasest ravimist koosnevat skeemi [12]. Eelistatud on integraasi inhibiitoritel (INSTI) põhinevad skeemid nende soodsa ohutusprofiili, talutavuse ja suure ravikuuri lõpetamise määra tõttu. Sarnased soovitused kajastuvad CDC viimastes juhistes, kus eelistatud ühe tableti skeemina nimetatakse biktograviiri/emtritsitabiini/tenofoviiralafenamiidi ning toetatakse ka dolutegraviiril põhinevaid skeeme, rõhutades tänapäevaseid retroviirusevastaseid võimalusi, millel on vähem kõrvaltoimeid ja lihtsustatud üks kord ööpäevas manustamine [13].

Eesti kliiniline ravijuhend soovib kolme skeemi, millest ainult üks – TDF/FTC koos dolutegraviiriga – on INSTI-põhine ja vastab praegusele eelistatud praktikale [4]. Ülejäänud kaks ei vasta: üks põhineb proteaasi inhibiitoril, mitte INSTI-l, ning raltegraviiri sisaldav skeem ei võimalda lihtsustatud üks kord ööpäevas manustamist, mis on praegu rahvusvaheline prioriteet. Biktegraviiri, mis kuulub CDC praegusesse eelistatud ühe tableti skeemi, Eesti ravijuhendis üldse ei mainita. Tulevastes uuendustes tuleks soovitud skeeme suunata lihtsustatud annustamisega INSTI-põhiste skeemide poole ning hinnata, kas biktegraviiril põhinevad skeemid on riiklikus kontekstis kättesaadavad ja sobivad.

KLIINILINE HINDAMINE, JÄLGIMINE JA NÕUSTAMINE

PEP-i esmane hindamine peaks hõlmama HIV-i kiirtesti, B- ja C-hepatiidi sõeluuringut, näidustuse korral raseduse hindamist ning võimaliku seksuaalse kokkupuute järel STLI-de testimist [12]. Kehtiva Eesti ravijuhendi esmane uuringupakett vastab sellele. Edasise jälgimise ajakava on aga erinev. Ravijuhendi testimisgraafik on kohandatud CDC 2016. aasta soovitustest ja ulatab osa teste kuni kuue kuuni pärast kokkupuudet, samas kui CDC 2025. aasta uuendus lühendas jälgimise 12. nädala lõpphindamiseni, kasutades kombineeritud antigeeni/antikeha testi ja molekulaartesti, vähendades nii jälgimise kestust kui ka vajalike visiitide arvu [4,13]. Eesti ravijuhendi PEP-i osas ei käsitleta nõustamist PrEP-ile ülemineku kohta patsientidel, kelle HIV-risk püsib, erinevalt WHO otsesest soovituselt, et see arutelu peaks olema PEP-i järgse jälgimise tavapärane osa [12].

TEENUSTE OSUTAMINE

Viimased rahvusvahelised soovitused käsitlevad PEP-i pideva ja detsentraliseeritud HIV-ennetuse teekonna osana, mitte eraldiseisva erakorralise sekkumisena, mida osutavad ainult spetsialistid. WHO 2024. aasta soovitused toetavad otseselt ülesannete jagamist, st PEP-i väljastamise, jaotamise ja jälgimise delegeerimist kogukonnaorganisatsioonidele ja mittespetsialiseerunud teenuseosutajatele, koos juurdepääsuga erakorralise meditsiini osakondade kaudu [12]. Eesti ravijuhend järgib täielikult tsentraliseeritud mudelit: PEP-i alustamine viib otse kiirele suunamisele infektsioonhaiguste arsti juurde ning edasine jälgimine toimub sama väikese haiglate ringi kaudu, mis osutab HIV-ravi üle Eesti, ilma kirjeldatud teekonnata erakorralise meditsiini, kogukonnaorganisatsioonide või kodanikuühiskonna kaudu [4]. Selline tsentraliseeritus on kooskõlas sama

piirava lähenemisega PrEP-i määramisele ning selle laiendamise põhjendused, mida käesoleva dokumendi PrEP-i osas üksikasjalikult käsitletakse, kehtivad siin sama tugevalt.

PRAEGUSED TÕENDID JA RAHVUSVAHELISED SOOVITUSED

Doksü-PEP on hiljuti kujunenud täiendavaks biomeditsiiniliseks sekkumiseks, mille eesmärk on ennetada bakteriaalseid STLI-sid, eeskätt süüfilist ja klamüüdiat, elanikkonnarühmades, kellel on suurenenud korduvate STLI-de risk. Kliinilised uuringud on näidanud, et ühekordne 200 mg doksütsükliini annus, mis võetakse 72 tunni jooksul pärast kondoomita seksi, võib oluliselt vähendada süüfilise ja klamüüdia esinemissagedust, samas kui rahvusvaheliste organisatsioonide hinnangud gonorröa ennetamise tõhususele erinevad [14-16].

USA CDC avaldas esimesed ametlikud doksü-PEP-i soovitused 2024. aasta juunis, soovitades seda ühise otsustamise järel MSM-idele ja transsoolistele naistele, kellel on viimase 12 kuu jooksul diagnoositud bakteriaalne STLI, ning teatades gonorröa esinemissageduse ligikaudu 50% vähenemisest koos veel suurema vähenemisega süüfilise ja klamüüdia puhul [16]. ECDC avaldas seejärel 2026. aasta jaanuaris oma soovitused samale sihtrühmale, kuid jõudis Euroopa kontekstile omase ettevaatlikuma järelduseni: kuna EL/EMP-s ringlevate Neisseria gonorrhoeae tüvede tetratsükliiniresistentsus oli 2023. aastal 58,4%, leiab ECDC, et doksü-PEP ei vähenda tõenäoliselt enamikus Euroopa oludes gonorröa esinemissagedust oluliselt, ei soovita seda elanikkonna tasandi sekkumisena ning käsitleb kasutamist individuaalse kliinilise otsusena, keskendudes eeskätt süüfilise ennetamisele väga suure riskiga inimeste seas [14]. WHO avaldas oma esimese soovituse 2026. aasta mais, samuti MSM-idele ja transsoolistele naistele, võttes vahepealse seisukoha. WHO tunnistab võimalikku kasu gonorröa vastu mõnes olukorras, kuid ei anna üldist soovitust ning soovitab riikidel enne riiklikku rakendamist WHO-ga konsulteerida [15].

PRAEGUNE OLUKORD EESTIS

Doksü-PEP ei ole praegu lisatud Eesti riiklikku HIV-ennetuse kliinilisse ravijuhendisse ning puuduvad riiklikud soovitused kasutamiskriteeriumide, määramispraktika või kliinilise monitooringu kohta [4]. See peegeldab pigem ravijuhendi avaldamise aega kui teadlikku otsust, sest kehtiv Ravijuhendi dokument eelneb kõigile kolmele eespool käsitletud rahvusvahelisele soovitusele.

CDC, ECDC ja WHO soovitude avaldamine aastatel 2024-2026 on oluline areng biomeditsiinilises STLI-de ennetuses ning loob võimaluse hinnata doksü-PEP-i rolli Eestis. Kuna Eesti esitab resistentsuse seire andmeid samasse EL/EMP süsteemi, millel põhineb ECDC ettevaatlikum seisukoht, on tulevase riikliku ravijuhendi jaoks asjakohasem just see tõendusbaas, mitte lubavam Ameerika Ühendriikide lähenemine. Doksü-PEP-i tulevane kaalumise peaks tuginema kohalikule epidemioloogiale, antimikroobse resistentsuse seirele, rakendamise teostatavusele ja kooskõlale laiemate seksuaaltervise teenustega.

Soovitused tervishoiusüsteemile

Kehtivate rahvusvaheliste soovitude ja olemasoleva Eesti kliinilise ravijuhendi võrdluse põhjal soovitatakse Eesti biomeditsiinilise HIV-ennetuse tugevdamiseks ja ajakohastamiseks järgmisi tegevusi.

SOTSIAALMINISTEERIUM

- Ajakohastada riiklik HIV-ennetuse raamistik pärast riikliku HIV tegevuskava (2017-2025) lõppemist, tagades, et biomeditsiiniline HIV-ennetus jääb rahvatervise strateegiliseks prioriteediks.

Lua mehhanism riikliku HIV-ennetuse poliitika ja kliiniliste ravijuhendite regulaarseks

- läbivaatamiseks ja ajakohastamiseks, et uued teadusandmed ja rahvusvahelised soovitused saaksid õigeaegselt arvesse võetud.

Edendada integreeritud ja individualiseeritud HIV- ja STLI-ennetusteenuseid riigiasutuste, tervishoiuasutuste, teadusorganisatsioonide,

- kogukonnaorganisatsioonide, HIV-iga elavate inimeste organisatsioonide ning teiste sihtrühmadega vahetult töötavate organisatsioonide koordineeritud koostöö kaudu.

EESTI RAVIJUHENDI PROGRAMM (RAVIJUHEND)

Vaadata riiklik HIV-ennetuse kliiniline ravijuhend läbi kooskõlas WHO, EACS-i, ECDC ja CDC kehtivate soovitustega, sealhulgas:

- ♦ minna PrEP-i kasutamiskriteeriumides üle individualiseeritumale ja personaalsemale lähenemisele, mis põhineb riskihindamisel ja ühisel otsustamisel;
laiendada PrEP-i määramisõigust nõuetekohaselt koolitatud tervishoiutöötajatele,
- ♦ sealhulgas esmatasandi arstidele, ning võimaluse korral kogukonnaorganisatsioonidele;
lisada täiendavad PrEP-i vormid, sealhulgas vajaduspõhine skeem ja pikatoimelised süstitavad ravimid, kui need Eestis kättesaadavaks muutuvad;
- ♦ lihtsustada laboratoorset monitooringut ja jälgimist diferentseeritud teenuseosutuse kaudu, sealhulgas kaaluda näidustuse korral telemeditsiini ja HIV-enesetestimist;
- ♦ ajakohastada eelistatud PEP-i raviskeemid ja jälgimissoovitused kooskõlas WHO ja CDC kehtivate soovitustega;
tugevdada soovitusi PEP-ilt PrEP-ile üleminekuks inimestel, kelle HIV-risk püsib;
- ♦ hinnata doksü-PEP-i riiklikesse soovitustesse lisamise võimalust, arvestades kohalikku STLI-de epidemioloogiat, antimikroobse resistentsuse seiret ja rahvusvahelisi soovitusi.
- ♦

TERVISEKASSA

- ♦ Vaadata hüvitamismehhanismid üle, et tagada võrdne juurdepääs biomeditsiinilisele HIV-ennetusele.
- ♦ Hinnata rahastusmudeleid, mis toetavad PrEP-i laiendatud teenuseosutust, diferentseeritud teenusemudeleid ja täiendavate ennetusvormide tulevast kasutuselevõttu.
- ♦ Kaaluda kogukonnaorganisatsioonides osutatavate ennetusteenuste hüvitamist, kui need teenused parandavad juurdepääsu ennetusmeetoditele, eriarstile suunamist ja püsimist ennetusprogrammides.

TERVISE ARENGU INSTITUUT (TAI)

- Tugevdada PrEP-i hõlmatuse, PEP-i kasutamise ja bakteriaalsete STLI-de epidemioloogia seiret.
- Jälgida antimikroobse resistentsuse suundumusi, mis on olulised doksü-PEP-i tulevase kasutuselevõtu jaoks.
- Toetada rakendusuuringuid, mis hindavad biomeditsiinilise HIV-ennetuse tõhusust, kättesaadavust ja võrdset juurdepääsu.
- Töötada koos kogukonnaorganisatsioonidega välja õppematerjalid ja riiklikud teavituskampaaniad tervishoiutöötajatele ning elanikkonnarühmadele, kellel on suurenenud HIV-i ja STLI-de risk.

KOGUKONNAORGANISATSIOONID (CBO)

Kogukonnaorganisatsioonidel on oluline roll HIV-ist ja teistest STLI-dest ebaproportsionaalselt mõjutatud elanikkonnarühmadeni jõudmisel ning WHO tunnustab neid diferentseeritud ja personaalse teenuseosutuse asendamatute partneritena. Riikliku HIV-ennetuse süsteemi tugevdamiseks tuleks kogukonnaorganisatsioone toetada, et nad saaksid:

- pakkuda tõenduspõhist teavet PrEP-i, PEP-i ja doksü-PEP-i kohta ning parandada võtmerühmade tervisealast kirjaoskust;
- pakkuda võrdväärset ennetusnõustamist, ravisoostumuse tuge ja riskide vähendamise õpet;
- tagada õigeaegne suunamine ja ühendamine HIV-testimise, PrEP-i, PEP-i, STLI-teenuste ning edasise kliinilise abiga;
- panustada välitöösse ja raskesti ligipääsetavate elanikkonnarühmade kaasamisse, kes võivad kogeda tervishoiule juurdepääsu takistusi;
- osaleda rakendusuuringutes, programmide hindamises ning tulevase riikliku HIV-ennetuse poliitika ja kliiniliste ravijuhendite väljatöötamises.

Kasutatud kirjandus

- [1] European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2025 – 2024 data. Stockholm: ECDC; 2025.
<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/hivaids-surveillance-europe-2025-2024-data>
- [2] Statistics Estonia. Sustainable Development: 3. Good Health and Well-Being, indicator 3.7.1, New cases of HIV per 100,000 inhabitants (source: Health Board, National Institute for Health Development). Statistics Estonia; accessed 27 July 2026.
<https://www.stat.ee/en/avasta-statistikat/valdkonnad/saastev-areng/3-good-health-and-well-being>
- [3] Ministry of Social Affairs, National Institute for Health Development (TAI). Riiklik HIV tegevuskava aastateks 2017–2025 [National HIV Action Plan 2017–2025]. Tallinn: Sotsiaalministeerium; 2017.
https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/Tervishoid/rahvatervis/hiv_riiklik_tegevuskava_2017_2025.pdf
- [4] Ravijuhend.ee. HIV-infektsiooni kokkupuute-eelne ja -järgne profülaktika ning HIV-positiivsete isikute ravi. Töörühma juht Kai Zilmer. Ravijuhendite Nõukoda, Tartu Ülikool; 2019.
<https://www.ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/195/hiv-infektsiooni-kokkupuute-eelne-ja-jargne-profulaktika-ning-hiv-positiivsete-isikute-ravi>
- [5] World Health Organization. Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring. Geneva: WHO; 2021.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>
- [6] World Health Organization. Differentiated and simplified pre-exposure prophylaxis for HIV prevention: update to WHO implementation guidance. Technical brief. Geneva: WHO; 2022.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240053694>
- [7] European AIDS Clinical Society (EACS). EACS Guidelines, version 13.0. 2025.
<https://www.eacsociety.org/guidelines/eacs-guidelines/>
- [8] World Health Organization. WHO implementation tool for pre-exposure prophylaxis of HIV infection: provider module for oral and long-acting PrEP. Geneva: WHO; 11 July 2024.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240097230>
- [9] ANSM / EPI-PHARE (France). Suivi de l'utilisation de Truvada ou génériques pour une prophylaxie pré-exposition (PrEP) au VIH à partir du SNDS. 2023.
<https://ansm.sante.fr/actualites/suivi-de-lutilisation-de-truvada-ou-generiques-pour-une-prophylaxie-pre-exposition-prep-au-vih-a-partir-du-systeme-national-des-donnees-de-sante-snds-1>
- [10] Karibayeva I, Turdaliyeva B, Shah G, et al. Pre-Exposure Prophylaxis Reduces HIV Test Positivity Among Men Who Have Sex with Men in Kazakhstan: An Interrupted Time Series Analysis. Research Square. 2026 (preprint).
- [11] World Health Organization. Guidelines on lenacapavir for HIV prevention and testing strategies for long-acting injectable pre-exposure prophylaxis. Geneva: WHO; 14 Jul

y 2025.

<https://www.who.int/news/item/14-07-2025-who-recommends-injectable-lenacapavir-for-hiv-prevention>

[12] World Health Organization. Guidelines for HIV post-exposure prophylaxis. Geneva: WHO; 22 July 2024.

<https://www.who.int/publications/i/item/9789240095137>

[13] Tanner MR, O'Shea JG, Byrd KM, et al. Antiretroviral Postexposure Prophylaxis After Sexual, Injection Drug Use, or Other Nonoccupational Exposure to HIV, CDC Recommendations, United States, 2025. *MMWR Recomm Rep.* 2025;74(RR-1):1-56.

<https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/74/rr/pdfs/rr7401a1-H.pdf>

[14] European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Public health considerations on the use of doxycycline for post-exposure prophylaxis for bacterial sexually transmitted infections in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 19 January 2026.

<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/public-health-considerations-use-doxycycline-post-exposure-prophylaxis-bacterial>

[15] World Health Organization. WHO issues first recommendation on doxycycline post-exposure prophylaxis to help prevent sexually transmitted infections. Geneva: WHO; 28 May 2026.

<https://www.who.int/news/item/28-05-2026-who-issues-first-recommendation-on-doxycycline-post-exposure-prophylaxis-to-help-prevent-sexually-transmitted-infections>

[16] Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Clinical Guidelines on the Use of Doxycycline Postexposure Prophylaxis for Bacterial Sexually Transmitted Infection Prevention, United States, 2024.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11166373/>