



Leder

§252-sagen fra Esbjerg trækker ud  
Bivirkninger, adhærens og SMART-studiet

## Indholdsfortegnelse

|  |    |
|--|----|
| Bivirkninger.<br>Den ændrede fedtfordeling                       | 4  |
| Af Morten Eiersted, informationsmedarbejder                      |    |
| Hvordan oplever hiv-smittede at<br>være i kombinationsbehandling | 6  |
| Af sygeplejerske Lotte Rodkjær, Skejby Sygehus                   |    |
| SMART-studiet  | 9  |
| Af Morten Eiersted, informationsmedarbejder                      |    |
| Opstart på SMART-studiet   | 11 |
| Af Morten Eiersted, informationsmedarbejder                      |    |
| Flere vaccineforsøg i Europa                                     | 12 |
| Af Michael Nord  |    |
| Reyataz  | 13 |
| Af Jens Wilhelmsborg, Internationalt Udvalg                      |    |
| Seksualitet og sygdom  | 14 |
| Af Morten Eiersted, informationsmedarbejder                      |    |
| Forebyggelsesmidler ophobet                                      | 15 |
| Af Morten Eiersted, informationsmedarbejder                      |    |
| Kommentar til årsmødet 2004                                      | 16 |
| Af Frank Bentin, enkeltmedlem af Hiv-Danmark                     |    |
| Kommentar til Frank Bentins indlæg                               | 17 |
| Af Peer Aagaard, kasserer i Hiv-Danmarks bestyrelse              |    |
| Summary  | 18 |
| By Morten Eiersted, Information Officer                          |    |
| Adresseliste   | 19 |
| Menuplaner og kontaktannoncer                                    | 20 |



Hiv-Danmark er en patientforening for hiv-smittede bosiddende i Danmark uanset køn, alder, seksualitet, politiske tilhørsforhold og etniske baggrund.

Hiv-Danmark er en forening for pårørende, efterladte og andre, berørt af hiv og aids.

Hiv-Danmark er ligeledes en paraplyforening for støttegrupper, andre patientforeninger, brugergrupper mv.

Hiv-Danmark ledes af en bestyrelse af frivillige, der er medlemmer af foreningen.



Forsiden er illustreret af Mette Ussing

# Esbjerg-sagen trækker ud Dommeren holdt hovedet koldt

Af Henrik Arildsen, formand



Henrik Arildsen

Retsforhandlingerne trækker ud i Esbjerg.

Dommeren har bedt om supplerende oplysninger i sagen, hvor en hiv-smittet afrikansk kvinde er sigtet efter §252 for at have dyrket usikker sex.

Den afrikanske kvinde står til at blive idømt fire års fængselsstraf, fordi hun nu er anklaget for at have dyrket usikker sex med to mænd.

Sagen er bemærkelsesværdig, idet ingen af de omtalte mænd er blevet smittet, og fordi kvinden har nægtet at have haft samleje med én af de tre mænd, der i sin tid har anmeldt hende til politiet. Anklagen om det tredje forhold er siden frafaldet.

Sagen kompliceres yderligere af, at hvis kvinden idømmes straf, står hun efterfølgende til at blive udvist af landet. Mulighed for optimal behandling af hendes sygdom er herefter usikker og kan betyde, at hun risikerer svær sygdom eller død efter udvisningen.

## Domsafsigelsen udsat

Under forsvarens afsluttende procedure afbrød dommeren retsagen, da forsvareren berørte emnet om den anklagedes smitsomhed.

Forsvareren stillede spørgsmål ved kvindens smitsomhed på baggrund af den behandling, som kvinden modtager. Dommeren indkaldte forsvar og anklager til at drøfte dette aspekt med dommeren.

Dommeren blev efter drøftelsen i tvivl om straffeloven § 252 kunne anvendes, hvis det viser sig, at kvinden i realiteten ikke udgjorde en smittefare. Retsagen og doms-

afsigelsen, der var berammet til at blive afgjort samme dag, blev herefter udsat til at der er blevet indhentet supplerende oplysninger.

## Spørgsmål om smitsomhed

Den svenske højesteret har i april dette år nedsat straffen for en mand, der ved den svenske landsret var blevet idømt fængelsstraf og at betale erstatninger i en lignende sag.

Både straf og erstatning blev efterfølgende nedsat efter prøvelse ved højesteretten. Den svenske højesteret lagde betragtninger om den idømtes smitsomhed til grund for strafnedsættelse.

## Glæde over udviklingen

I Hiv-Danmark glæder vi os over, at dommeren holder hovedet koldt i denne noget komplicerede sag fra Esbjerg.

Under retsagen har det krævet en del udredning af, hvad der i virkeligheden ligger til grund for anklage, og da betragtninger om smitsomhed nu skal afklares, bevæger retstilstanden sig for hiv-smittede i Danmark nu i den rigtige retning.

Hiv-Danmark mener, at der påhviler et ansvar hos begge parter for at forhindre at hiv-smitten overføres. Det hjælper straffeloven § 252 med sin nuværende ordlyd ikke med til.

**MEDLEMSSKAB AF HIV-DANMARK**  
Enkeltmedlem: 150 kr. om året.  
Pårørende: 150 kr. om året.  
Støttemedlem: 200 kr. om året.  
Medlemsforening: 250 kr.-1000 kr. om året.

Støttefirmaer/-foreninger betaler årligt min. 1000 kr.

Ønsker du blot at modtage Magazinet koster det 200 kr. om året.

Skriv venligst på girokortet, hvilket medlemskab du betaler for. Hiv-Danmark vil gerne kende antallet af hiv-smittede medlemmer. Det er en hjælp for os, når vi skal søge om midler til foreningens arbejde. Al post til enkeltmedlem-

mer og pårørende sendes i anonymt kuverter.

# Bivirkninger Den ændrede fedtfordeling

Af Morten Eiersted, informationsmedarbejder

I 2004 blev den 2. Nationale Aids-Konference afholdt i København.

Ved den lejlighed blev der bl.a. sat fokus på lipodystrofi (den ændrede fedtfordeling) som en væsentlig langtidsbivirkning ved hiv-behandlingen.

Hiv-Danmark følger op på dette og bringer her et kort uddrag om den nyeste viden i Danmark om den ændrede fedtfordeling.

Forskningschef på Klinisk Forskningsenhed og Infektionsmedicinsk afdeling Ove Andersen var inviteret til at give en kort præsentation om en af bivirkningerne ved kombinationsbehandlingen: Den ændrede fedtfordeling.

Ændret fedtfordeling opleves hos patienter ved fedttab (lipoatrofi) på arme, ben og i ansigten sideløbende med en fedtøgning (lipohypertrofi) på mave og ved bryst, og i nogle tilfælde i nakke (buffalo hump) og fedtknuder (lipomer) bag ørene. Som samlet betegnelse for en række af disse tilstande kaldes fænomenet for lipodystrofi (ændret fedtfordeling), selvom der ikke entydigt er fundet en medicinsk forklaring på et tab af fedt i kombination med en øgning af fedt andre steder på kroppen. Fra scanninger af maveregionen har man hos nogle hiv-smittede registreret, at fedt dannes rundt om tarme og ikke uden på mavesæk, som man traditionelt ser ved overvægt.

Ove Andersen forklarede, at man på nuværende tidspunkt ikke har en klar opfattelse af, hvad det er, hvor mange det berører, hvorfor og hvad der kan gøres mod fænomenet?

Den medicinske betegnelse for den ændrede fedtfordeling er HALS (hiv associeret lipodystrofi syndrom). Man ved endnu ikke, om det skyldes en senkomplikation til hiv-infektionen eller en langtidsbivirkning, eller om det er en kombination heraf hos patienter, der har arvemæssige dispositioner.

## Hypoteserne om lipodystrofi

I 1982 beskrev man første gang fedttab, i 1996 omtales buffalo hump, og i 1998 anvendes betegnelse lipodystrofi ved den 5. CROI (konference om hiv og følgesygdomme) i Chicago. Man har da registreret en række fællestræk blandt patienter med lipodystrofi. Gennem tiden har man arbejdet med forskellige hypoteser for HALS:

- 1997 Øget insulinresistens hos patienter, der behandles med proteasehæmmere
- 1998 Morfologiske ændringer hos 60 % af patienter, der behandles med proteasehæmmere.
- 1998 Hypotese-1; Hæmning af et for fedtcellens livscyklus vigtigt protein kaldet PPAR-gamma receptoren.
- 1998 HALS registreret hos patienter, der ikke er i behandling med proteasehæmmere.
- 1999 Hypotese-2; Mitochondrie dysfunktion, fejl i cellers energicenter.
- 1999 Hypotese-3 for lavt niveau af væksthormon pga. hiv/hiv-behandling.
- 2000 Hypotese-4 Hæmning af GLUT-4 receptoren der er ansvarlig for sukker transporten gennem celler.
- 2003 Hypotese-5 en via nervesystemet reguleret fedtcelle henfald (Neuroautonom lipolyse).

Men der er problemer forbundet med diagnosen lipodystrofi. Ud fra de nuværende test, som foretages på patienter ved kontrolbesøg på de infektionsmedicinske afdelinger, findes der ingen sikker metode for at diagnosticere HALS. Der er først i marts 2003 blevet offentliggjort en undersøgelse, hvor patienter fra Hvidovre Hospital har deltaget (LDCase Study).

Denne undersøgelse vil være et brugbart redskab til at sikre, at forskerne internationalt definerer og diskuterer det samme symptomkompleks.

Der ingen enkelte fysiske eller synlige kropslige mål, der alene kan bruges til at skelne lipodystrofi mellem raske hiv-patienter og patienter med hiv-wasting-syndrom. Dertil kommer, at der er stor variation i den normale kropssammensætning og synlige kropslige forandringer, som synes at være kendetegnende ved lipodystrofi herunder »bodega-maven«, der også er udbredt i almenbefolkningen.



Ove Andersen



Flere af de beskrevne karakteristika ved HALS har en usikker relation til lipodystrofi.

Der findes inden for gruppen af personer diagnosticeret med ændret fedtfordeling forskellige former for ændring af fedt, og der spekuleres på, om der derfor kan være tale om mere end et syndrom. Herudover er det ikke afklaret, om alder, køn, race, gener mv. har en betydning for den enkeltes disposition for HALS.

Der er således mange uafklarede spørgsmål knyttet til HALS. Ved at se på andre typer af sygdomme, der også er karakteriseret ved en ændret fedtfordeling (type2-diabetes, medfødte sygdomme mv.), vil nogle af symptomerne ved HALS måske kunne forklares.

På Hvidovre Hospital har Ove Andersens gruppe siden 1999 arbejdet med at undersøge de ændringer, der sker i sukker- og fedtstofskiftet samt i de signalproteiner kaldet cytokiner. Gruppen har sammen med sine samarbejdspartnere været med til at afdække nogle af de komplicerede problemstillinger, der er forbundet med den ændrede fedtfordeling. Disse resultater er bl.a. offentliggjort i *Metabolism*, 2003, *AJP*, 2003) og flere resultater er antaget til publikation i 2004. Den viden planlægger man at kunne videreføre dels ved at udføre direkte behandlingsstudier af lipodystrofi, hvor man udover ændringer i fedtfordelingen også vil fokusere på de psykiske ændringer forbundet hermed. Man vil undersøge, hvad der sker med fedtfordelingen hos hiv-smittede børn, fordi det måske kan afdække, hvad

der sker hos voksne. Disse undersøgelser vil blive udført efterhånden, som gruppen kan få midler til at gennemføre dem fra diverse fondsansøgninger.

## Potentielle strategier for at forebygge eller behandle HALS

Ove Andersen påpegede, at selv om man ikke har afdækket årsagerne til HALS, så arbejder man alligevel med en række strategier for at imødegå den ændrede fedtfordeling. Patienterne kan tilbydes vejledning i at sammensætte en diæt og et træningsprogram. Herudover undersøges muligheden for at tilbyde kosmetisk kirurgi på de offentlige hospitaler.

Ved siden af behandlingen mod hiv er der offentliggjort flere undersøgelser, hvor man på forsøgsbasis har undersøgt behandling med bl.a. insulinsensitiverende medikamenter, der i dag bruges til behandling af sukkersyge, og væksthormon og en række andre midler til at sænke fedt og kolesterolmængden i blodbanen. Ligeledes kan det også være en mulighed at ændre i behandlingen mod hiv, specielt hvis patientens største problem er fedtmangel.

### Bivirkninger ved kombinationsbehandlingen

| <b>Nukleosid-analoger</b>   | <b>Proteasehæmmere</b>                          | <b>Non-nukleosid-analoger</b> |
|-----------------------------|---|-------------------------------|
| Knoglemarvspåvirkning       | Opkastning                                      | Opkastning                    |
| Muskel- og nervebetændelse  | Diarré  | Diarré                        |
| Leverbetændelse             | Hovedpine                                       | Hovedpine                     |
| Betændelse i bugspytkirtlen | Træthed   | Træthed                       |
| Forhøjet mælkesyre i blodet | Forhøjelse af fedtmængde og kolesterol i blodet | Udslæt                        |
| Kvalme                      | Kvalme  | Neuropsykiatrisk              |

# Hvordan oplever hiv-smittede at være i kombinationsbehandling

Af sygeplejerske Lotte Rodkjær, MPH stud på infektionsmedicinsk afdeling Q, Skejby Sygehus

I perioden 2002-2003 blev der på infektionsmedicinsk afdeling Q, Skejby Sygehus, gennemført ti interview med patienter for at belyse problemstillinger om evnen til at passe sin hiv-medicin.

I denne artikel fremstilles et uddrag af, hvad man har fundet frem til.

Det blev et markant vendepunkt, da den antivirale behandling kom i 1996. I dag ser det ud til, at hiv kan betragtes som en kronisk sygdom, såfremt patienten følger behandlingen. I praksis viser det sig dog, at den hyppigste årsag til, at behandlingen slår fejl, og der udvikles resistens er, at patienterne ikke overholder tidspunkterne for indtagelse af medicinen (adhærens).

Det er velkendt, at adhærens er et problemfyldt område ved behandling. Man ved fra undersøgelser, at 40-50% af patienterne ikke tager medicinen korrekt efter anvisningerne. Man ved også, at for at opnå den optimale effekt, skal patienten tage mindst 95% af de ordinerede doser.

Den hidtidige forskning, der har beskæftiget sig med adhærens, beskriver et komplekst begreb. Adhærens påvirkes af faktorer ved patienten, behandlingen, konsultationen og behandleren. Mangelfuld eller dårlig optagelse i kroppen af medicinen kan også medvirke til, at medicinen ikke virker optimalt. En del litteratur har beskrevet, at indsatser på flere områder har betydning for at opnå en forbedret adhærens. De vigtigste områder er undervisning i at følge behandlingen, at behandlingen tilpasses patientens liv, og at kommunikationen mellem patient og behandler er optimal.

## Kommunikation mellem patient og behandler

For at få en viden om, hvilke problemstillinger patienten står i, og hvordan lægen og sygeplejersken kan støtte patienten i forløbet, er det nødvendigt at have kendskab til den virkelighed, som patienten befinder sig i. Det er væsentligt at vide, hvilken daglig

indflydelse det har på patientens liv at skulle tage medicin hver dag, hvordan patienten følger behandlingen, og hvordan patienten oplever samarbejdet med lægen og sygeplejersken.

Der findes ingen beskrivelse af, hvordan danske patienter oplever at følge en antiviral behandling og meget af vores viden er baseret på udenlandske erfaringer. Der er dog flere danske undersøgelser undervejs (red.: Hiv-Danmark beskrev i december ph.D. læge Toke Barfods undersøgelser om adhærens, som i 2003 blev gennemført på Rigshospitalet). Derfor foretog infektionsmedicinsk afdeling Q på Skejby Sygehus interview med ti hiv-patienter.

## Erfaringer fra interviewene

Interviewpersonerne repræsenterer kun en del af de hiv-smittede, som er i behandling.

Med ti interviewede vil der derfor være problemstillinger, som ikke bliver belyst, samt problemstillinger, hvor problematikens omfang er svært at fastsætte. Undersøgelsen kan derfor ikke bruges til at generalisere, men viser nogle tendenser, som gør sig gældende i forhold til at følge en antiviral behandling.

Interviewundersøgelsen viste, at adhærens er et komplekst begreb. Det er en omfangsrig opgave at følge behandlingen sammen med patienterne, og det er en stor opgave at forberede patienterne til at starte og følge behandlingen.

Fra alle interviewpersonerne kom det frem, at de gennemgik en tilpasningsproces fra at starte behandling til at lære at leve med behandlingen som en integreret del af hverdagen. Alle tilkendegav, at opstarten havde haft betydning for den senere adhærens.

Processen bestod af en overgangsfase og en indkøringsfase. Indkøringsfasen forløb i to modsatte følelser: 1) hvor patienten oplevede, at det var behandlingen, der styrede patientens liv og 2) hvor det var patienten, der styrede behandlingen.

## Faktorer bag tilpasning

Flere faktorer havde betydning for, hvordan patienten kom igennem tilpasningsproces-

Interviewene blev gennemført i 2003 og omfattede syv mænd og tre kvinder. Personer var i alderen fra 24 til 41 år.



Lotte Rodkjær

sen. Det var en individuel situation hver gang, hvilket betød, at det krævede en individuel rådgivning og hjælp fra læger og sygeplejersker i de forskellige faser i processen.

Faktorerne var; 1) sundheds- og sygdomsopfattelse; herunder at opleve sig som rask og blive set på som rask, 2) leve i hemmelighed med sygdommen, 3) motivation for at begynde og følge behandlingen, herunder at kunne se fordele frem for begrænsninger ved behandlingen, manglende motivation og tanker ved pilleindtagelse, 4) kort og langtidsbivirkninger, 5) struktur/planlægning/rutine, 6) tilpasse medicinen til hverdagen, 7) støtte fra netværk, 8) kommunikation med behandler, herunder kommunikation med henholdsvis kontaktlæge og kontaktsygeplejerske, opfølgning på behandlingen og den sidste faktor var 9) lyst til at stoppe behandlingen.

Faktorerne havde forskellig betydning for den enkelte patient på forskellige tidspunkter i tilpasningsprocessen.

### »De gamle« og »de nye«

Patienterne startede behandling på forskellige tidspunkter i deres sygdomsforløb og de kunne inddeles i to grupper; 1) at få diagnosen hiv og starte behandling samtidig, også kaldet »de nye« eller 2) at få diagnosen hiv og starte behandling senere, også kaldet »de gamle«. De to forskellige situationer fordrede forskellige behov for information på forskellige tidspunkter. Derudover havde alderen en betydning. Det så ud til, at det var sværere for en teenager at tilpasse behandlingen til sit liv til forskel fra en voksen med et stabilt liv.

### Overgangsfase

Overgangsfasen markerede for patienterne en overgang fra et liv til et andet liv. Fra at opleve sig selv som rask og til at opleve sig selv som syg, fra at leve et liv uden begrænsninger til at skulle leve et liv med begrænsninger. Alle patienterne oplevede dette som en stor omvæltning uanset om patienten var »ny« eller »gammel« hivsmittet.

Det tog tid at forberede og vænne sig til et liv med behandling, og patienterne skulle igennem en indkøringsfase, førend dette lykkedes. I starten oplevede patienten at miste kontrollen med livet, fordi behandlingen styrede det hele. Efterhånden som patienterne kom igennem indkøringsfasen, genvandt de kontrollen og tilpassede behandlingen til

deres liv, sådan så de oplevede færre begrænsninger end i starten.

Det fremgik, at det især var to af faktorerne, som havde en overvejende betydning for, om patienten levede med behandlingen som en integreret del af sin hverdag, og om behandlingen blev indtaget. Det var oplevelsen af at føle sig rask (og blive opfattet som rask af andre mennesker) og at leve i hemmelighed med sygdommen.

For de interviewede handlede følelsen af at føle sig sund og rask ikke om fravær af sygdom. Sundhed var relativt i forhold til den enkelte, og det drejede sig for den enkelte, om han/hun følte sig tilpas eller utilpas, følte sig rask eller ikke rask og hermed om den enkeltes oplevelse af livskvalitet.

Det var vigtigt, at patienterne ikke oplevede begrænsninger i hverdagen for at opleve sig som rask og for at blive set på som rask af omgivelserne.

### At leve i skjul med sygdommen

Ni ud af de ti interviewede patienter levede skjult eller delvis skjult med sygdommen. De skulle bruge mange ekstra ressourcer for både at integrere behandlingen i hverdagen og samtidig holde det hemmeligt for omgivelserne. Ambulatoriet var for nogen det eneste sted, hvor sygdommen blev drøftet og ikke var en hemmelighed.

### Patienternes motivation

Patienternes motivation synes at være et væsentligt forhold for at opretholde adhærens over tid. Motivationen var også et emne, der til stadighed skulle følges op på og drøftes med de enkelte patienter. På trods af at patienten var motiveret, skete det, at dosis blev udskudt, glemt eller sprunget over. Medicinen blev ikke taget nøjagtigt på samme tidspunkt hver dag, men næsten altid taget nogle timer forskudt. Patienterne foretog et valg afhængig af situationen. Dette var for det meste et bevidst valg, og patienterne kunne næsten altid huske, hvornår det var sket.

### Pillepauser

De fleste interviewpersoner ønskede på et eller andet tidspunkt at holde en pause eller drømte om helt at kunne undvære medicinen. Ønsket om at holde en pause hang sammen med begrænsninger pga. medicinen, som patienterne oplevede, samt ikke mindst, at medicinen mindede dem om sygdommen. De fleste tænkte på sygdommen

[Fortsættes på næste side](#)

hver dag i et eller andet omfang. Det fremgik, at det var et tabu at tale om at springe doser over eller have lyst til at stoppe behandlingen.

Fleere af patienterne var begyndt at få langtidsbivirkninger, hvilket for nogle allerede havde bevirket, at det sociale liv var indskrænket. Der var et ønske om at drøfte problemstillinger i relation til dette, samt få rådgivning og vejledning i livsstilsændringer.

### Opsummering på interviewene

Det krævede struktur, planlægning og rutine for, at behandlingen blev en integreret del af hverdagen. Her fremgik det, at det var af betydning, hvordan den enkelte levede, og derfor var meget individuelt, hvordan den enkelte var i stand til at mestre dette. Det var forskelligt, hvor mange ressourcer der skulle bruges afhængig af, hvor struktureret den enkelte levede sit liv, hvor meget vedkommende var vant til at planlægge samt at få indtagelse af medicin ind i en fast rutine.

Alle havde en eller anden grad af støtte i deres netværk, men det var forskelligt, hvordan netværket blev inddraget. Det var fælles for alle, at de selv påtog sig ansvaret for at huske medicinen, og netværket havde mere en betydning af psykisk støtte.

At tilpasse behandlingen til hverdagen betød, at behandlingen blev tilpasset patientens liv og ikke omvendt. I starten styrede behandlingen livet, men gradvist tog patienten kontrollen og tilpassede denne til sit liv. Medicinen blev indtaget, men på en tillempet måde, sådan at patienten kunne leve med det og med de begrænsninger, det gav. Det væsentlige her var, at sygdommen ikke dominerede, og at patienten kunne opretholde et raskt selvbillede.

Fra interviewene fremgik det ligesom i forskningen på området, at kommunikationen mellem patient og behandler var væsentlig. Patienterne anså det for at have en stor betydning at blive respekteret og mødt som en individuel person. Undersøgelsen viste, at patienterne bevidst brugte lægen som den faglige ekspertise vedrørende sygdommen og behandlingen, hvor sygeplejersken blev brugt til at drøfte de mere personlige problemer. Patienterne gav udtryk for, at de ønskede, at der blev fulgt op på behandlingen, da motivationen for at følge behandlingen ændrer sig over tid.

### Konklusion

Undersøgelsen kan være med til at give et indblik i, hvilken omvæltning hiv-smittede

oplever ved at starte i behandling. Omdrejningspunktet må være at tage udgangspunkt i patientens livssituation inden start af behandlingen. Manglende adhærens bør drøftes som en naturlig del af at være hiv-smittet og modtage behandling. Da patienternes liv ikke er statiske, skal der til stadighed følges op på behandlingen og drøfte dette med den enkelte patient for at opnå vedvarende god adhærens.

På baggrund af erfaring og af interviewene er følgende metode udviklet, som bruges, når en patient skal begynde eller skifte behandling. Metoden omfatter fire faser, og har siden efteråret 2003 været under indkøring på Skejby Sygehus:

- 1 Information om antiviral behandling
- 2 Stilingtagen til antiviral behandling
- 3 Opstart på antiviral behandling
- 4 Opfølgning

Et tværfaglige behandlerteam arbejder sammen om denne opgave. Sygeplejersken er nøglepersonen og det er sygeplejerskens opgave at informere, vejlede og undervise patienten, så patienten er forberedt til at påbegynde behandlingen, og det er sygeplejerskens opgave at følge op på behandlingen.

Til hver fase er der udarbejdet tjeklister, og samtalen tager udgangspunkt i disse. Tjeklisterne er udarbejdet på baggrund af de faktorer, som har vist sig at have indflydelse på adhærens. Omdrejningspunktet bliver så, at patienten er godt forberedt og klar til at begynde behandling. Derfor kan det være, at der skal bruges mange ressourcer i begyndelsen. Det er en individuel situation hver gang.

Jeg vil gerne benytte lejligheden til at sige tusind tak til de ti patienter som medvirkede til interviewene.

Formidling og publicering:

- Artikel er under udarbejdelse
  - Undersøgelsen er fremlagt for personalet på infektionsmedicinsk afdeling Q og på en Forskningsdag på Skejby Sygehus
- Undersøgelsen blev økonomisk støttet af AIDS Fondet og Århus Universitetshospitals Forskningsinitiativ



Lotte Ø. Rodkjær

Projektsygeplejerske MPH stud.  
Infektionsmedicinsk afdeling Q  
Skejby Sygehus  
For yderligere information kan  
hun kontaktes via e-mail:  
ROL@sks.aaa.dk





[www.tidtiltjek.dk](http://www.tidtiltjek.dk)

**Syfilis-epidemi i Danmark lige nu**

## SMART-studiet

Af Morten Eiersted, informationsmedarbejder

Copenhagen HIV Programme (CHIP) på Hvidovre Hospital er i gang med at påbegynde SMART-studiet.

SMART-studiet er planlagt til at omfatte 6.000 personer globalt.

Ph.D. læge Ulrik Bak Dragsted arbejder som projektleder på de kliniske studier hos CHIP. Han er bl.a. koordinator af SMART-studiet i Danmark.

Med SMART-studiet skal to forskellige måder at docere medicin på sammenlignes.

Den kendte og anbefalede måde at behandle på tager udgangspunkt i at måle patientens virusmængde i kroppen, og for-

målet er at holde virusmængden så lav som muligt til alle tider. Over for denne måde sammenlignes i SMART-studiet en behandling, der tager udgangspunkt i måling af, hvor stærkt et immunforsvar kroppen har. Formålet med denne behandlingsmåde er at gemme behandling til perioder, hvor risikoen for sygdom er størst. Hiv-Danmark har interviewet Ulrik Bak Dragsted

*Hvad er det, man vil undersøge med SMART-studiet?*

– Studiet vil over en periode af 6 til 8 år undersøge effekten af periodevis behandling styret efter CD4-tal i forhold til den hidtidige

[Fortsættes på næste side](#)

måde, hvor man med løbende behandling af patienten holder virusmængden nede. Heldigvis har den nuværende kombinationsbehandling vist sig meget effektiv.

Men for at få viden om langtidseffekten kræver det, at man følger en større gruppe af patienter i mange år. Så kan man bedre anslå den reelle effekt af behandlinger eller måder at behandle på, dvs. udvikling af sygdom og død, i stedet for alene at måle virusmængder og CD4 tal, som det gøres i de fleste studier i dag. Studiet er designet til at omfatte 6.000 personer, og man har i USA og Australien allerede fået 1.900 personer til at deltage. Studiet åbnes nu op for andre dele af verden, herunder Europa.

*Har man ikke viden om periodevis behandling, altså hvor der er indbygget pause?*

– Styret periodevis behandling (Structured Treatment Interruptions - STI) er flere ting.

I de fleste studier har behandlingen været styret efter faste tidsintervaller, f.eks. én uge på, én uge af behandling eller lignende. Det har vist sig i flere studier at være en risikabel behandlingsmåde. Der har været risiko for udvikling af resistens og risiko for sygdom og død. Tanken med en styret periodevis behandling har ud over at »spare« behandling og dermed at begrænse bivirkninger været at øge de smittedes egen evne til at bekæmpe hiv-infektionen. Desværre har denne effekt kun vist sig i et meget begrænset omfang, og stort set kun ved behandling af akut hiv-infektion.

SMART-studiets behandlingsmåde adskiller sig netop fra dette ved i den ene gruppe at styre behandlingen efter CD4-tallet. Behandlingen tilrettelægges således, at den iværksættes når CD4-tallet er lavt (mindre en 250 celler/ $\mu$ l), og der holdes pause med behandlingen, når CD4 tallet er så højt, at risikoen for at udvikle hiv-relaterede sygdomme er meget lille. Det skønner man er tilfældet ved et CD4-tal over 350 celler/ $\mu$ l.

*Hvad med faren for at udvikle resistens, når man tager en pause i behandlingen?*

– Faren for at udvikle resistens er noget vi er meget opmærksomme på netop på grund af tidligere erfaringer med periodevis behandling. Derfor er det vigtigt, at vi i de perioder, hvor der behandles, reducerer virusmængden mest muligt. Det skal sikre, at der er mindst risiko for resistensudvikling, og at det giver størst effekt på CD4-tal.

*Sørger man ikke allerede i dag for at holde virus nede?*

– Jo, det gør man. Det er jo primært den måde, som man fastsætter behandling efter i dag. Men udgangspunktet ved traditionel behandling er først og fremmest et fokus på virusmængden og siden da på CD4-tallet. Her prøver SMART-studiet så at tage et nyt udgangspunkt i behandlingen. Ikke ved at se på virusmængden, men ved at tilrettelægge behandlingen ud fra patientens immunforsvar. Det nye er, at man som patient (og læge) i studiet skal forvente at virusmængden stiger og CD4-tallet falder i behandlingspauserne. Man skal gøre sig det klart, at vi ikke ved, hvilken af de to behandlingsmåder, der er mest sikker og effektiv på lang sigt. Et af problemerne med den nuværende behandlingsmåde er, at den er baseret på korttidsstudier. Men behandlingen er livslang, og derfor undersøger SMART-studiet langtidseffekten af en ny behandlingsstrategi.

*Vil man så anbefale en behandlingspause, når ens CD4-tal er over 350 celler/ $\mu$ l, hvis ens virusmængde er høj?*

– Pause i behandlingen i den ene studiegruppe styres udelukkende af CD4-tallet, ikke virusmængden, og omvendt i den anden gruppe. Det gælder for begge grupper, at hvis virusmængden er høj under behandling, bør man skifte til en mere effektiv behandling. For at mindske risikoen for resistensudvikling ved stop og start af behandling, har studiet udviklet retningslinier for, hvordan det bør gøres. Det er vigtigt at understrege, at der er stor risiko for resistensudvikling, hvis man stopper på »den forkerte måde«, og derfor vil jeg fraråde enhver selv at eksperimentere med pauser i behandlingen.

Udgangspunktet for at holde virus nede er, at virus forbliver under den målelige grænse, dvs. er mindre end 20 kopier/ml med den nuværende rutinemetode. Men for patienter med resistensudvikling er dette ikke altid muligt, og så er målet at nå det »lavest mulige« for den enkelte patient.

*Hvornår begynder forsøget så i Danmark?*

– De infektionsmedicinske afdelinger på Odense Universitetshospital, Skejby Sygehus og Aalborg Sygehus er begyndt på at optage patienter til SMART-studiet.

Patienter med et CD4-tal over 350 celler/ $\mu$ l vil blive spurgt, om de ønsker at deltage i dette forsøg. Det kan være patienter, der i forvejen er i medicinsk behandling,

De fleste medicinske studier er tilrettelagt for at godkende nye typer af medicin. Det er såkaldte korttidsstudier.

CHIP (Copenhagen HIV Programme) er en selvstændigt forskningsenhed på Hvidovre Hospital, der siden 1998 har drevet en række langtidsstudier. Her ved har man været i stand til at få sat fokus på langtidsbivirkninger ved hiv-medicin.

$\mu$ l er standardbetegnelse for mikroliter. En mikroliter er lig 0,001 ml.



CHIP indgår i samarbejder med andre forskningscentre rundt om i verden og medicinalindustrien. CHIP er bl.a. koordinator af EuroSIDA, som omfatter hiv-smittede i Europa, af DAD (globalt studie i langtidsbivirkning) og ESPRIT-studiet (globalt studie om immunstimulerende behandling).

har været det tidligere eller patienter, som endnu ikke er i medicinsk behandling. Selve optaget af patienter i dette studie forventes at strække sig frem januar 2006.

Patienterne fordeles ved lodtrækning i to lige store grupper: En gruppe, hvor behandlingen er sat efter en kontinuerlig behandling med at holde virusmængden nede efter vanlig behandlingsmåde og en gruppe, hvor behandlingen er tilrettelagt efter patientens immunforsvar ved den ny behandlingsmåde.

SMART er en forkortelse for »a large, Simple Trial Comparing Two Strategies for Management of Anti-Retroviral Therapy«, hvilket oversat betyder »Et stort, simpelt studie, der sammenligner to strategier for styring af antiretroviral behandling.

SMART sammenligner over tid medicin doseret efter virusmængde over for medicin doseret efter tal for immunforsvaret.

## Opstart på SMART-studiet

Af Morten Eiersted, informationsmedarbejder

På de infektionsmedicinske afdelinger i Århus, Odense og Ålborg begynder patienter nu at deltage i SMART-studiet.

Professor Dr. med Court Pedersen fra Odense Universitetshospital er spændt på, hvad man med SMART-studiet vil nå frem til. – Man ved ikke så meget om langtidseffekten ved behandlingen. Belært af tidligere forsøg med pause i behandlingen er der gået mange overvejelser forud for at deltage. Når vi nu vil til at behandle med intervaller, gør vi meget ud af at understrege over for patienterne, at det skal ske under kontrollerede forhold. Vi ønsker ikke at give patienterne det indtryk, at man nu kan holde pause i behandlingen. For det ved vi ikke nok om, udtaler Court Pedersen.

Grunden til at lave dette som et forsøg er netop at belyse eventuelle fordele og ulemper ved det nye behandlingsprincip med behandlingsspause, som er styret ud fra målet om at nå et bestemt CD4-celletal, når immunsystemet er stabiliseret på et relativt højt niveau. Vor sædvanlige behandlingsprincip stiler mod vedvarende og livslangt at holde virusmængden på et umåleligt lavt niveau. Set over en tidshorisont på seks til syv år, så ved vi, at den nuværende behandlingsstrategi ud fra effekten mod virus og infektioner er god, men at behandlingen kan have nogle bivirkninger, som har indflydelse på livskvaliteten.

Hvordan den nuværende strategi virker på endnu længere sigt ved vi af gode grunde ikke, men der er ingen grund til at tro at effekten på virus pludselig skulle forsvinde efter f.eks. otte år. Derimod er det muligt, at langtidsbivirkninger kan blive mere udtalte.

På vores afdeling har vi valgt at deltage i SMART-studiet, fordi det på videnskabelig vis prøver at undersøge, om der er noget at opnå ved at behandle på en helt anden måde end i dag.

Rent pædagogisk er det dog et dogmeskift, idet vi altid har fokuseret meget på, at behandlingen skulle tages fuldstændigt regelmæssig, hver dag og formentlig livslangt. Nogle patienter vil måske spørge, hvorfor de ikke bare kan holde pauser (uden at være med i projekt). Forklaringen er, at vi ikke ved om det er lige så godt, bedre eller dårligere, og ydermere, så vil det ikke medvirke til at gøre os klogere, hvad angår valg af behandlingsstrategi i fremtiden.

På min egen afdeling i Odense vil vi starte med at tilbyde deltagelse i SMART-studiet til patienter med højt, stabilt CD4-celletal i en længere periode, og som ikke har haft alvorlige symptomer på grund af hiv-infektionen.

Hvis det viser sig, at patienterne og vi er i stand til i praktisk at håndtere stop/start faser, så vil vi derefter tilbyde deltagelse i SMART studiet til en bredere gruppe. Det er muligt, at man vil gøre det lidt anderledes på de andre afdelinger.

Mulige fordele ved SMART-princippet:

1) Færre bivirkninger (mindre medicin over en årrække) og 2) bedre behandlingsresultat, fordi det er lettere at overholde behandlingen i begrænsede perioder.

Mulige ulemper:

1) Flere korttidsbivirkninger (ofte opstartsfasen), 2) dårlige behandlingsresultat pga. resistensudvikling i forbindelse med stop/start og 3) symptomer som ved ny hiv-infektion i forbindelse med stop (sjældent og nok mere et teoretisk problem end et praktisk problem).



### CHIP

Hvidovre Universitetshospital  
Afd. 044, Kettegårds Allé 30  
2650 Hvidovre  
Tlf. 36 32 30 15  
www.chip.dk

# Flere vaccineforsøg i Europa

Af Michael Nord

Inden for det seneste år har det Internationale Aids Vaccine Initiativ (IAVI) påbegyndt en række AIDS-vaccineforsøg verden over.

Europæiske forskere og centre er også med i kampen for at finde en vaccine mod hiv, der hver dag rammer 14.000 mennesker verden over, primært i Afrika og Asien. Fem forsøg kører pt. i Europa. I 2004 har IAVI indledt forsøg i USA, Holland og Tyskland. I 2003 var det ud over Uganda og Sydafrika, også i Schweiz, Belgien og England, at ikke-smittede frivillige lagde overarme til kliniske fase-1 forsøg.

Målet for IAVI er, at en (eller flere) af de vaccinekandidater, som IAVIs forskere i samarbejde med forskere og/eller biotech firmaer har udviklet i laboratorier og afprøvet i dyr, nu i fase-1, -2 og -3 forsøg afprøves på mennesker. Først og fremmest for at teste sikkerheden og senere for at teste, om de reelt har samme virkning på mennesker, som er set i laboratorier og dyreforsøg. I arbejdet med aber er det påvist, at de forskellige vacciner har en beskyttende virkning mod SIV, som er den virus hos aber, der svarer til hiv hos mennesker.

IAVI har siden 1996 arbejdet for at få aids-vaccine tilbage på den globale dagsorden. Og i samarbejde med partnere verden over er det lykket at rejse penge til forskning, forsøg og fortalervirksomhed for en aids-vaccine. IAVI's mission er at sikre udvikling af en sikker, effektiv, forebyggende vaccine, som kan bruges frit af alle. Målet er at udvikle en vaccine, som gratis stilles til rådighed i udviklingslandene, men som sælges til markedspris i den industrialiserede verden.

På fem år har IAVI fået fem forsøg med vaccinekandidater verden over. Men målet er endnu flere kandidater. En stadig debat blandt forskere viser, at den endelige videnskabelige løsning for at finde en forebyggende vaccine ikke ligger lige rundt om hjørnet. Det vil kræve flere forsøg og flere modeller, førend vi når dertil. Men i mellem-



■ Europæiske lande, hvor IAVI kører forsøg med vaccinekandidater  
■ Europæiske lande, hvor andre udfører forsøg med vaccinekandidater

tiden er vi nødt til at afprøve de kandidater, som forskerne har udviklet. Hvis vi ikke gør noget, vil endnu flere mennesker blive ramt af hiv og aids. De seneste tal viser os, at det ikke kun er i Afrika og Asien at hiv er på kraftig fremmarch. I Østeuropa og såmænd også i Vesteuropa rammes flere og flere af hiv. Stofbrugere i Rusland og de Baltiske lande deler fortsat udvidende kanyler og i storbyer i Europa og USA (og også i Danmark) dyrker flere og flere bøsser usikker sex.

Selv om vi har viden og kondomer til rådighed, så er disse midler ikke tilstrækkelige. Verden har brug for en aids-vaccine.



Michael Nord arbejdede frem til maj 2004 som europæisk kommunikationschef i IAVI

# Reyataz

Af Jens Wilhelmsborg, Internationalt Udvalg

Den 3. maj deltog Hiv-Danmark i en konference i København. Anledningen var, at den nye proteasehæmmer Reyataz nu lanceres i Danmark

Fra juni 2003 og frem til i dag har omkring 30.000 personer været i behandling med Reyataz. 7000 personer, heraf halvdelen i Europa, har modtaget behandling med Reyataz gennem Early Access Programme (EAP) før medicinpræparatets endelige godkendelse af myndighederne.

Reyataz er blevet sammenlignet med Kaletra blandt en gruppe på 720 patienter. Med hensyn til effekten, så er Reyataz sammenlignelig med Kaletra. Det er kun enkelte af de meget behandlingserfære patienter med mange mutationer, hvor Kaletra har bedre effekt.

Den hyppigste mutation, som blev frembragt ved brug af Reyataz (I50L) øgede siden patienternes følsomhed over for andre proteasehæmmere.

Den indbudte oplægsholder, den amerikanske Dr. Calvin Cohan, kommenterede på denne baggrund, at Reyataz med fordel kunne anvendes tidligere i behandlingsforløbet. Men man skulle alligevel være varsom. Hos de mere behandlingserfære patienter

med proteasehæmmere vil virus kun hos ca. en tredjedel frembringe en I50L-mutation.

De internationale retningslinierne har hidtidig anbefalet, at man begynder på Kaletra for siden at skifte til andre proteasehæmmere eller helt at ophøre med at indtage proteasehæmmer, blandt de patienter, der får svær diarré eller oplever en øget fedtophobning.

Dr. Calvin Cohan kunne godt følge denne tankegang, da der ligger flere undersøgelser til grund for anbefalingerne af brugen af Kaletra. Men han fortalte, at han ofte har valgt Reyataz først. Når der er flere typer virksom medicin, må lægerne tage en mere individuel vurdering af patienterne. Det er vigtigt for Dr. Cohan, at det første valg af medicin er en succes.

Det er især faren for fedtforhøjelser (specielt triglycerider) hos patienter, som følge af brug af en række af de andre proteasehæmmere, der kan give øget risiko for hjertekarsygdomme. Denne bivirkning kan endnu ikke behandles optimalt. Modsat andre proteasehæmmere er Reyataz fedtneutral, og gener med diarré er også meget mindre hyppige. Med de to forhold sammenholdt med chancen for en øget følsomhed over for andre proteasehæmmere ved behandlingssvigt (mutation) ser Reyataz derfor lovende ud.

## Reyataz

Tåles godt

Mindre diarre

Færre piller, doseret en gang om dagen

Læs bl.a. diskussioner på [www.thebody.com](http://www.thebody.com)

## Hiv t Hiv-chat

Hiv til Hiv er en gruppe ressourcestærke hiv-smittede mænd og kvinder med forskellig baggrund, alder og seksualitet, som tilbyder at dele erfaringer fra et liv med hiv under huden.

Er du nysgerrig, så klik på hiv-chat på [www.hivinfo.dk](http://www.hivinfo.dk) hver torsdag mellem kl. 19.00 og kl. 21.00.

På Hiv t Hiv-chat kan du være anonym og selv bestemme, hvor åben du vil være om din situation som hiv-smittet.

Du kan på Hiv t hiv-chat få mulighed for at tale med andre om emner som f.eks.:

- Seksualitet
- Anonymitet
- Ensomhed
- Arbejde
- Sygdom
- Medicin og bivirkninger
- Kæreste, familie og børn
- Eller hvad du har på hjerte

# Seksualitet og sygdom

Af Morten Eiersted, informationsmedarbejder

Sygdom og seksualitet er hinandens modsætninger. Også når det gælder hiv. Læge Christian Graugaard var inviteret til at holde oplæg om sygdom og seksualitet på Hiv-Danmarks årsmøde.

*Hvorfor er det vigtigt at beskæftige sig med sygdom og seksualitet?*

Seksualiteten er en prioriteret del af de fleste menneskers liv, og svær eller kronisk sygdom vil så godt som altid påvirke et menneskes kropsopfattelse og forhold til sig selv og andre. I mange tilfælde lægges en dæmper på seksuallivet - på grund af symptomer og behandling eller som følge af mere komplekse psykosociale forhold. For mange patienter betyder dette et betydeligt tab af livskvalitet, men ofte skal der ganske lidt til at bedre forholdene. Det er derfor vigtigt, at behandlere husker det seksuelle aspekt.

*Er seksualitet et større problem for personer med alvorlig sygdom?*

Det kan man ikke sige så firkantet, men mange patienter med svær eller livstruende sygdom oplever seksuelle eller parforholdsmæssige problemer. Desværre betragtes seksualiteten af mange læger som et luksusfænomen. Seksuelle problemer fastholdes derfor som noget eksotisk eller ligegyldigt, og patienterne efterlades med en fejlslagt forestilling om, at de nok er helt alene i verden. Men faktum er, at eksempelvis hiv-smittede har langt flere seksuelle problemer end almenbefolkningen, og at mange kun dyrker sex en gang om måneden eller sjældnere. I en nyere undersøgelse er det vist, at hen ved en tredjedel får seksuelle problemer efter behandling med antiviral medicin. Uanset virusmængde og CD4-tal.

*Har læger og patienter svært ved at tale sammen om seksualitet og sygdom?*

Der eksisterer desværre, hvad jeg vil kalde et destruktivt »tovejstabu«: på den ene side er lægen blufærdig og bange for at overskride patientens (og sine egne!) grænser. På den anden siden kan patienten være flov og usikker og tænke: »Når lægen ikke siger noget om det, så er det nok bare mig!«. Mange læger biologiserer sygdommen, mens patienten i sagens natur har et mere følelsesmæssigt udgangspunkt. Lægen fokuserer på CD4-tallet og kommer sjældent omkring de »blødere« aspekter af patientens liv. Seksualiteten kan med andre ord meget let blive glemt i konsultationen. Der er god grund til at sætte fokus på dette, og der er al mulig grund til, at man som patient informeres om mulige seksuelle komplikationer og bivirkninger. At der også gøres plads for følelser, seksualitet, intimitet og parforhold. For den daglige erfaring tyder på, at et godt og meningsfuldt sexliv bidrager betydeligt til den samlede livskvalitet.

*Hvordan kan man efter din mening sætte fokus på sygdom og seksualitet?*

Det er vigtigt, at vi som behandlere bliver bedre til at være lydhøre og nysgerrige på dette punkt. At vi husker at spørge til patientens intime liv, akkurat som vi spørger til alt muligt andet. Det kræver nok en vis faglig kulturændring, og seksualiteten skal i langt højere grad end i dag integreres i uddannelse og forskning. Og så er det naturligvis også vigtigt, at patienten selv tør bringe emnet på bane, hvis der er noget, som trykker. Som patient er man nødt til at vove springet. Ellers kan man næsten være sikker på, at ingenting sker.



Christian Graugaard



Sammen med Preben Hertoft og Bo Møhl udgiver Christian Graugaard senere på året bogen »Krop, sygdom & seksualitet«.



# Forebyggelsesmidler ophobet

Af Morten Eiersted, informationsmedarbejder



Sundhedsstyrelsen

På trods af at nogle hiv/aids-organisationer beskæres i bevillinger til forebyggelse, ophobes midlerne stadig i Sundhedsstyrelsen.

På hjemmesiden [www.folkesundhed.dk](http://www.folkesundhed.dk) blev der i år den 26. april omtalt, at det kniber for Sundhedsstyrelsen at bruge pengene. Center for Forebyggelse, som hiv/aids-organisationerne modtager driftsmidler af, kom i 2003 ud med et overskud på 12,6 mio. kr. Sundhedsstyrelse øgede i 2003 samlet set sin opsparing med 18,1 mio. kr. til 132,1 mio. kr.

I november 2003 blev Sundhedsstyrelsen kritiseret af hiv/aids-organisationerne for at skære i bevillingerne til de enkelte hiv/aids-organisationer. Hiv-Danmark har spurgt den nytiltrådte chef Else Smith om disse forhold.

*Hvorfor sparer Sundhedsstyrelsen yderligere op i denne tid, når der ikke er findes mange alternativer til den forebyggelse af hiv/aids, som foregår i dag, og som varetages af privatorganisrede foreninger?*

– Sundhedsstyrelsens opgave er at vurdere behovet for forebyggelsesindsatser og at fastlægge udgifternes størrelse i forhold til de midler, der er til rådighed på Finansloven. Hvad angår hiv, er det som bekendt Rammeplan for forebyggelse af hiv og andre seksuelt overførbare sygdomme samt uønskede graviditeter, der er udgangspunktet for de faglige prioriteringer. Det er derfor ikke et mål i sig selv, hverken at bruge de midler, der er afsat på finansloven eller at øge Sundhedsstyrelsens opsparing.

Hvad angår forebyggelsen af hiv, så råder Sundhedsstyrelsen i 2004 over 16,9 mio. kr. til driftsstøtte til organisationer, der forebygger hiv og andre seksuelt overførbare sygdomme. Driftsstøtten til organisationer, der arbejder med seksyngdomme og hiv repræsenterer en forøgelse af de samlede udgifter på 500.000 kr., idet der i 2003 blev afsat 16.4 mio. kr. til organisationer, der forebygger hiv og seksyngdomme.

Driftsstøtten fastsættes ud fra en samlet ramme i Finansloven på 28,7 mio. kr. til driftsstøtte til private foreninger på alkohol- og hiv/aids-området. Som bekendt anvender Sundhedsstyrelsen i 2004 desuden 900.000 kr. af egne driftsmidler til forebyggelsen af

hiv og seksyngdomme efter ønske fra ministeren.

Som et led i fordelingen af de 16,9 mio. kr. for budgetåret 2004 er der gjort plads til, at organisationer, der arbejder med forebyggelse af seksuelt overførbare sygdomme udover hiv/aids også kan komme i betragtning til driftsstøtte. Hertil kommer, at nye ansøgere, der arbejder med information og rådgivning specifikt rettet mod hhv. etniske grupper og unge modtager driftsstøtte. Dette medførte, at der i fordelingen af driftsstøtte i 2004 er flyttet midler fra arbejdet med hhv. mænd der har sex med mænd og hiv-smittede til arbejdet med unge og etniske grupper.

I år har Sundhedsstyrelsen ud over driftsudgifterne til hiv/aids-organisationerne frem til nu bevilget 1.412.760 kr. til forebyggelse af hiv og seksuelt overførbare sygdomme. Herudover forventes det, at der i 2004 anvendes ca. 2,5 mio. kr. til økonomiske tilskud til projekter og Sundhedsstyrelsens driftsopgaver. Dette inkluderer ikke udgifter til Sundhedsstyrelsens etniske projekt.

*Kan nogle af hiv/aids-organisationerne så opleve, at de i 2005 beskæres i bevillingerne igen?*

– For finansåret 2005 vil Sundhedsstyrelsens indstilling til ministeren om fordeling af det bevilligede rammebeløb til driftsstøtte afhænge af finanslovsbevillingens størrelse, generelle principper for tildeling af støtte og en konkret vurdering af organisationernes indsatser.

## Kommentar

I hiv/aids-miljøet vækker det undren, at Sundhedsstyrelsen fortsætter sin kurs med at beskære i driftsmidlerne til hiv/aids-organisationerne. Hiv-Danmarks sekretariatschef Bent Hansen udtaler på denne baggrund: – Det er helt uforståeligt, at Sundhedsstyrelsen skærer i bevillingerne til forebyggelse blandt hiv-smittede og mænd, der har sex med mænd samtidig med, at der stadig ophobes ikke-forbrugte midler i 2003, altså yderligere 12,6 mio. kr., så der nu i alt henligger 59,9 mio. kr. ubrugte forebyggelsesmidler. Det er helt uacceptabelt.



Hiv/aids-organisationernes kritik i 2003

# Kommentar til årsmødet 2004

Af Frank Bentin, enkeltmedlem af Hiv-Danmark

I forbindelse med årsmødet var der fra bestyrelsen fremkommet forslag til vedtægtsændring med ønsket om at fremme enkeltstående medlemmers demokratiske indflydelse i Hiv-Danmark.

Efter en hektisk debat, der til tider desværre også havde karakter af usaglige personangreb, valgte bestyrelsen heldigvis at trække det fremsatte forslag tilbage.

På årsmødet kom modstanden primært fra hhv. Jan Berntsen, formand for Positivgruppen, og mig selv (fhv. formand og bestyrelsesmedlem i Positivgruppen). Og hvorfor nu det, vil mange sikkert spørge. Har jeg noget imod at styrke medlemsdemokratiet? Nej, naturligvis har jeg ikke det, men det fremsatte forslag, var ganske enkelt ikke et godt forslag, hvilket jeg gerne vil begrunde med dette indlæg.

Primære grunde til min modstand det fremsatte forslag ville bl.a. betyde at:

- de medlemsforeninger, der ikke har nogen decideret foreningsstruktur, som f.eks. Brugergrupperne, Navneprojektet m.fl., ikke længere ville have nogen stemmeret på årsmøderne. Hiv-Danmark er som bekendt en paraplyorganisation, men forslaget ville altså resultere i, at en række af medlemsforeningerne helt ville miste deres indflydelse, hvilket ville betyde en svækkelse af Hiv-Danmark som paraplyorganisation.
- stemmeretten kun kunne udøves ved personligt fremmøde. Dette ville reelt betyde, at de hivsmittede, der eksempelvis ikke har økonomi til at rejse til Århus, eller at de, som ikke er sunde og raske hivsmittede, ville miste deres indflydelse på årsmødet. De ville således ikke fremover kunne blive repræsenteret via deres medlemskab af en medlemsforening (Solstrålerne, Fletværket, Positivgruppen, m.fl.).
- medlemsorganisationernes indflydelse reelt helt ville forsvinde, qua kravet om personligt fremmøde. Skulle eksempelvis Positivgruppen have et ønske om, at få samme antal stemmer som nu, ville det forudsætte

at man kunne finde 10 medlemmer, der havde lyst, tid og kræfter til at afsætte en hel dag hertil, samt at medlemsforeningen havde økonomi til 10 togbilletter (ca. 3.000 kr.) i de år, hvor årsmødet eksempelvis afholdes i Århus.

- der reelt ville blive totalt administrativt kaos. Da de enkelte medlemsforeningers medlemskartotek er fortroligt, kræves at hver enkelt fremmødte medlem gemmer og medbringer sin postkvittering på, at kontingentet til pågældendes medlemsforening er betalt. Spørgsmål til dig der læser dette – »kan du lige nu, finde din kvittering på dit betalte medlemskab af eksempelvis Solstrålerne/Positivgruppen for år 2004?«. Jeg tror, at svaret for de fleste af os må blive et nej. Alternativt forudsætter det, at medlemsforeningerne pålægges en kæmpe administrativ byrde og omkostning ved at udstede og udsende personlige medlemskort.

## Medlemsdemokrati – ja naturligvis

Lad det været slået fast med »7-tommer-søm«, at jeg gerne ser en stor, stærk og demokratisk paraplyorganisation. Jeg går samtidig ind for, at også enkeltmedlemmer af Hiv-Danmark skal kunne have mulighed for at gøre deres indflydelse gældende.

Jeg er helt på det rene med det kedelige i, at man som enkeltstående medlem har den risiko at møde op til et årsmøde, uden personligt at blive udstyret med en stemmeret. Jeg må ærligt erkende, at jeg ikke selv har noget konstruktivt forslag til, hvordan dette kan imødekommes, men det bør ikke ske på bekostning af medlemsforeningerne.

Det fremlagte forslag ville reelt have betydet en nedlæggelse af »paraplyen« og gøre Hiv-Danmark til en ganske almindelig forening, og det kan ingen af os være tjent med i det lange løb.



# Kommentar til Frank Bentins indlæg

Af Peer Aagaard, kasserer i Hiv-Danmarks bestyrelse

Frank Bentin giver i sit indlæg her på siden udtryk for en række kritikpunkter mod Hiv-Danmarks bestyrelses forslag til vedtægtsændringer.

Som bekendt er har Hiv-Danmarks bestyrelse foreslået ændringerne for at styrke medlemsdemokratiet og for at engagere enkeltpersoner i vores forening.

Bag forslaget har der ikke ligget onde, konspiratoriske tanker om at stække nogen medlemsforenings indflydelse i Hiv-Danmark. Vi har fundet det naturligt, at med indflydelse skal der også følge en forpligtelse til at agere som en del af vores forening – til hverdag og på årsmøderne.

Det faktum, at enkeltpersoner har kunnet møde op på årsmøderne og stemme på vegne af i øvrigt fraværende foreninger eller sammenslutninger, samtidig med at enkeltmedlemmer, som havde ofret tid og penge på at rejse til mødet blev frataget enhver indflydelse pga. en spærreregulering, som forhindrer mere end 10 personer i at stemme, må forekomme som en uhyrlighed og direkte ikke demokratisk. Det er ødelæggende for ethvert enkeltmedlems lyst til et engagere sig i Hiv-Danmark!

Frank Bentin advokerer dygtigt medlemsforeningernes sag, men kunne selv harcelere over sin manglende stemmeret på årsmødet. Han måtte desværre opleve at være rejst forgæves til Århus: Ligesom tre andre (her i blandt undertegnede medforslagsstiller) tabte han i lodtrækningen og mistede sin stemme.

Forslaget fra Hiv-Danmarks bestyrelse faldt med en snæver margin, givetvis hjulpet godt på vej af heftig argumentation fra Frank Bentin og Jan Berntsen, men det betyder ikke, at slaget er tabt for os, som ønsker fuld indflydelse til alle hiv-smittede under Hiv-Danmarks paraply. Spørgsmålet er blot: hvordan kommer vi videre?

## Visionerne?

Frank Bentins hårde kritik er kun netop kritik, men desværre ikke konstruktiv kritik. Han erkender selv, at han ikke har noget forslag til, hvordan problemet løses, og dermed kan hans indlæg kun fremstå som gold negativitet, som ikke på nogen måde lægger op til at vise vejen frem – kun tilbage!

Et helt afsnit i hans indlæg om at medlemmer ikke ville kunne finde deres kvittering for betalt medlemskab i deres forening, og at alt dermed vil ende i totalt administrativt kaos, er så usaglig argumentation, at det må unddrage sig kommentarer.

Med hensyn til kommentaren om at medlemsforeninger uden decideret foreningsstruktur vil miste indflydelse, hvis vedtægterne blev ændret som foreslået, må man sige: Jamen, er det ikke fair nok, at der skal være tale om et betalt medlemskab af en af vores medlemsforeninger for, at man kan få stemmeret? Vi finder faktisk, at det er et rimeligt krav, at man for at opnå indflydelse må være betalende medlem af for eksempel Positivgruppen, en anden organisation under paraplyen eller direkte medlem af Hiv-Danmark. Et medlemskab af en brugergruppe forhindrer jo ikke, at man tillige melder sig ind i f.eks. Positivgruppen, ja for de fleste er det vel netop tilfældet.

Til gengæld har Frank nogle helt klare pointer vedrørende omkostninger for medlemmer ved at skulle rejse til et årsmøde. Det har vi forslagsstillere diskuteret meget under udarbejdelse af forslaget. Vi har blandt andet diskuteret stemmeret gennem fuldmagter og brevstemmer indgående, og en del af os er ikke afvisende over for denne løsning.

Vi valgte imidlertid den »hårde linje« velvidende, at der ville være saglige indvendinger mod det, men vi kunne ikke umiddelbart se nogen anden vej, hvis vi skal opnå et mere direkte demokrati og mere engagement i Hiv-Danmark. Problemet er så, at heller ikke de mest hårdnakkede kritikere af vores forslag har noget bud på, hvordan vi kommer videre, nu hvor det forslag er faldet.

En ting er dog sikkert: Vi må videre med denne debat. Intet medlem, som deltager i et årsmøde, må fratages sin ret til at stemme den ene gang om året, hvor de store spørgsmål afgøres. Jeg foreslår derfor, at Hiv-Danmarks bestyrelse inviterer alle – medlemsforeninger og enkeltmedlemmer – til en række møder om vores fremtidige struktur. Forhåbentligt kan vi få nogle gode, konstruktive møder i hele landet, hvorefter et koordinerende udvalg så kan præsentere årsmødet 2005 for et forslag, som nyder bred opbakning, og som kan sikre det medlemsdemokrati, som vi alle ønsker!

# Summary

By Morten Eiersted, Information Officer

In court in the western part of the country, § 252 in the penal code is being tested for its validity.

The question raised by the defence is whether a person with HIV, who has a viral load below what can be measured, is dangerously contagious.

If not, the argument is, that § 252 cannot be used against a person with HIV due to unsafe sex with a person without HIV.

Lately, in Sweden, the High Court moderated the punishment in a similar case, because it found, that the person wasn't to be considered hasardious but negligent.

## Side effects

Untill today not much is known about one of the servere side effects, that a large number of people with HIV experiences as years on medication continues.

A change in the body with servere abdominal fat and skinny legs and arms (HIV Associated Lipodystrophy Syndrome (HALS)) has not yet been identified in connection with certain drugs or disease progression. Although the LDCase Study was published in March 2003, which have provided doctors with some standards in disease progression, it still remains a task to investigate the phenomenon of visual change in bodyfat. Some measurements have been developed, e.g. diet, exercise and surgery, but more research is needed.

## Adherence

In Aarhus a study among ten people on adherence to medication has been concluded. The experience from the interviews shows, that adherence is an individual process and that it needs to be addressed by the health care providers during the consultations on a more regular basis.

## SMART-study

In the departments of Infectious Diseases in Jutland and on Funen patients are being included in the SMART-study. The study is designed to compare two strategies in treatment over a period of six to eight years.

One strategy is aimed at keeping the viral load as low as possible, and is the one which is the recommended therapy today. This

therapy is compared to another one, which is aimed at keeping immune defence system as high as possible and has standard treatment interruptions.

## Vaccine

Eight European countries are testing vaccine candidates. Although research on vaccines have existed as long as research on drugs, it is only now that more serious attempts on vaccine are taking place.

There is a need to develop more knowledge on vaccine, because we know so little and because we're in need of new tools to stop the pandemic of AIDS.

The International AIDS Vaccine Initiative is involved in some of these European trials, besides numerous African, and has so lately raised attention to this issue.

## Prevention

The National Board of Health (SST) has published its annual report. It shows a surplus of € 1,7 mio. for 2003, which has increased the surplus on prevention to nearly € 8 mio.

Although SST retains its right to initiate and evaluate prevention efforts, the cutbacks of some of the HIV/AIDS-organisations seems in the light of the surplus more like a political act than a necessary financial cutback.

The HIV/AIDS-organisations find this lack of political will odd, since there is no other alternative to the prevention on HIV/AIDS.



## Hiv-Danmark

Formand Henrik Arildsen  
Træffes via Hiv-Danmark  
på tlf. 33 32 58 68

### Sekretariatet

Sekretariatschef Bent Hansen  
Skinderg. 44, 2. – 1159 Kbh K  
Tlf. 33 32 58 68 (daglig 10-15)  
Fax 33 91 50 04  
info@hiv-danmark.dk  
www.hiv-danmark.dk

### Rådgivning Øst, Sjælland & Øerne

Bodil Moseholm, Solveig Roth,  
Allan Sørensen & Karin Westh  
Skinderg. 44, 1 – 1159 Kbh K  
Tlf. 33 32 58 60 (daglig 10-14)  
Fax 33 91 50 04  
Sekretær Marianne Ambus  
raadoest@hiv-danmark.dk

### Rådgivning Vest, Jylland & Fyn

Preben Rehr, Solvej Sangild &  
Anders Røge  
Vesterg. 5, 2. – 8000 Århus C  
Tlf. 70 22 58 68 (daglig 9-14)  
Fax 86 19 11 56  
Sekretær Karen Skinnerup  
raadvest@hiv-danmark.dk

### Nordjyllands og Viborg Amter

Aalborg Sygehus Syd  
Tlf. 21 29 13 12

### Århus og Ringkøbing Amter

Vesterg. 5, 2. – 8000 Århus C  
Tlf. 70 22 58 68

### Vejle og Ribe Amt

Blegbanken 3 – 7100 Vejle  
Tlf. 40 41 43 50

### Fyns og Sønderjyllands Amter

Jernbaneg. 16  
5000 Odense C  
Tlf. 70 22 58 68

### Kafe Knud

Skinderg. 21, kld. – 1159 K  
Tlf. 33 32 58 61  
a.lillegaard@hiv-danmark.dk

### AktHIVhuset

Vesterg. 5, 2. – 8000 Århus C  
Tlf. 86 18 16 46  
Fax 86 19 11 56  
mail@akthivhuset.dk  
www.akthivhuset.dk

## Medlemsforeninger

Abantulife  
Kontakt Rådgivning Vest

### Brugergruppen på Skejby Hospital

Afd. Q v/Majbritt Skov  
Brendstrupgårdsvej 100  
8200 Århus N.  
Tlf. 89 49 83 34  
msk@sks.aaa.dk

### Bøssegruppen

Træffes via Karen Skinnerup,  
tlf. 70 22 58 68

### Danmarks Bløderforening

Frederiksholms Kanal 2, 3.  
1220 Kbh K  
Tlf. 33 14 55 05  
Fax 33 14 55 09  
www.bloderforeningen.dk

### Foreningen af 1. dec. 1995

- til fordel for hivsmittede  
c/o Positivgruppen  
Postboks 159 - 2000 Frb. C

### Hiv-gruppen i AktHIVhuset

Træffes tirs. 19-22, se Aktiv-  
huset, Hiv-Danmark

### Hiv-gruppen på Fyn

Sdr. Boulevard 70  
5000 Odense C  
Tlf. 66 12 12 91

### Kvindegruppen i AktHIVhuset

Kontakt gennem Aktivhuset,  
Hiv-Danmark

### Positivgruppen

Tesdorpsvej 23 - 2000 Frb. C  
Tlf. 38 86 32 33  
Fax 38 86 11 66  
positivgruppen@email.dk  
www.positivgruppen.dk

### Solstrålerne

c/o Positivgruppen  
Tesdorpsvej 23 - 2000 Frb. C  
Mob. 20 73 07 37  
solstraalerner@yahoo.dk  
www.solstraalerner.dk

## Andre Adresser

AHASG (African HIV/AIDS  
Support Group)  
v/Ali Talib – Tlf. 26 81 50 90  
atas@get2net.dk

### Aids Info

Center for seksualoplysning  
Jernbanegade 16  
5000 Odense  
Tlf. 63 14 28 14  
Fax 65 91 17 55  
aids-info@aids-info.dk  
www.aids-info.dk

### AIDS-Fondet

Carl Nielsens Alle 15 A  
2100 København Ø  
Tlf. 39 27 14 40  
Fax 39 27 13 40  
Giro: 000 12 60  
info@aidsfondet.dk  
www.aidsfondet.dk

### AIDS-Linien

Skinderg. 27, 2. – 1159 Kbh K  
Tlf. 33 91 11 19  
hverdage kl. 9-23  
weekend kl. 11-18  
info@aids-linien.dk  
www.aids-linien.dk

### Brugergruppen på Hvidovre Hospital

Afd. 144 v/Gitte Agner  
Kettegårds Allé 30  
2650 Hvidovre.  
Tlf. 36 32 28 55  
brugerguppen@email.dk

### Brugergruppen på Odense Sygehus

Nederg. 36, 5000 Odense C  
Tlf. 63 14 28 14

### Brugergruppen på Rigshospitalet

Afd. M/afsnit 5112 v/Bitten  
Konradsen (bedst kl. 13-15)  
Blegdamsvej 9, 2100 Kbh Ø  
Tlf.: 35 45 77 45  
b.konradsen@rh.dk

### Cross-Over

Ll. Kirkestr. 3, 2 – 1072 Kbh K  
Tlf. 36 31 04 04  
Fax 36 31 04 03  
info@cross-over.dk

### Den Folkekirkelige Aidstjeneste

Aids-præst Carina Wøhlk  
Tlf. 33 18 16 44  
info@helligaandskirken.dk  
www.helligaandskirken.dk

Hiv-gruppen i Åbenrå  
v/Lotte Juul Andersen  
Odense Universitetshospital,  
Tlf: 65 41 16 21

### HivInfo

postboks 1132 – 1009 Kbh K  
info@hivinfo.dk  
www.hivinfo.dk

### Hiv-Pensionatet

Antoinettevej 1, 2500 Valby  
Tlf. 36 30 51 50  
info@hiv-pensionatet.dk  
www.hiv-pensionatet.dk

### InitHIV-Gruppen

Nørregade 1, 3770 Allinge  
Tlf. 56 48 28 58 (Søndag kl.  
17-22 og torsdag kl. 13-17)

### Kvinde- og Mandegruppen (for heteroseksuelle mænd)

Odense Universitetshospital  
v/Kirsten Misser  
Tlf. 65 41 35 90  
v/Lotte Juul Andersen,  
Tlf. 65 41 16 21

### Navneprojektet

c/o AIDS-Linien  
Skinderg. 27 - 1159 Kbh K  
Tlf. 33 91 11 14 (Torsd. 19-22)  
info@navneprojektet.dk  
www.navneprojektet.dk

### Sex & Samfund

Skindergade 28A, 2.sal  
1159 København K  
Tlf. 33 93 10 10  
Fax 33 93 10 09  
info@sexogsamfund.dk  
www.sexogsamfund.dk

### Specialinstitutionen Forchammersvej

Forchammersvej 18  
1920 Frederiksberg C  
Tlf. 35 36 22 85

### STOP AIDS

Postboks 190, 1006 Kbh K  
Tlf. 33 11 29 11  
Fax 33 11 19 55  
info@stopaids.dk  
www.stopaids.dk

### TAWA (The African Women AIDS Awareness) Se TICC

### TICC (Training, Information & Counselling Center)

Ll. Kirkestr. 3, 2 – 1072 Kbh K  
Tlf. 36 31 08 08 /26 47 11 49  
info@ticc.dk

## Bestyrelse 2004

Henrik Arildsen, formand  
Niels Pedersen, næstformand  
Peer D. Aagaard, kasserer  
Jane Bjerregaard  
René Laursen  
Lene Kristensen, suppleant  
Jens Gru, suppleant

## Bestyrelsesmøde

Bestyrelsesweekend, den  
19.-20. juli.  
Den 7. august, København  
Den 18. september, Århus

## KAFE KNUD

Skinderg. 21, kld – 1159 Kbh K  
tlf. 33 32 58 61  
Onsdag til fredag kl. 14-22  
Køkkenet lukker kl. 20.30

### – Et sted for folk berørt af hiv

Onsdag d. 9.6.

Forloren hare. V: Risotto m/svampe

Torsdag d. 10.6.

Bagt fisk m/mangochutney  
V: Stegte ris m/grøntsager

Fredag d. 11.6. **Lækker græsk buffet**

Se notits i cafeen om arrangement for hete-roseksuelle hiv-smittede

Onsdag d. 16.6.

Urtestegt kalkun m/rødbede & squash salat  
V: Pasta med gorgonzola sauce

Torsdag d.17.6.

Fyldte mad pandekager m/u kød

Fredag d.18.6

Ingefærkryddret salat m/and V: Lasagne

Onsdag d. 23.6.

Skipperlappskovs V: Tortilla m/ruccola, spinat

Torsdag d. 24.6.

Hamburgerryg m/kold kartoffelsalat  
V: Oste gratinerede fyldte peberfrugter

Fredag d. 25.6.

Marokkansk kylling m/ingefærmarinerede  
gulerødder. V: Spinatlasagne m/laks

Onsdag d. 30.6.

Mørbrad m/bulgursalat & ovnbagte tomater  
V: Grøn linsesuppe

Torsdag d. 1.7.

Frikadeller m/kryddret kartoffelsalat.  
V: Pasta m/diverse grønsager i flødesovs

Fredag d. 2.7. **Kafe Knuds gæstebud**

Bordet dækkes til kl. 19. Tilmelding er nødvendigt - begrænset plads

Priser: Forret fra kr. 25 kr., hovedret kr. 55 & dessert fra kr. 25. 'V' = Vegetar. Hjemmebagt brød & salat efter årstiden er altid inkluderet. Der kan bestilles bord på tlf. 33 32 58 61.

Kafe Knud kan lejes/lånes til forskellige formål: Brug cafeen til pressemøde, kursussted, møde, foredrag eller receptioner.

Er din lejlighed for lille til dit middags-selskab, kan Kafe Knud lejes. Vi formidler gerne kokke og tjenere. Ring for aftale på tlf. 33 32 58 61.

I juni og juli udstiller Kim Johansen fra Kunstnergruppen i Positivgruppen.

## Hiv-gruppen på Fyn

|  |               |
|--|---------------|
| Støttecenter for hiv-smittede og pårørende | Mandag 11-16  |
| Sdr. Boulevard 70                          | Tirsdag 14-22 |
| 5000 Odense C                              | Onsdag 11-16  |
| Tlf. 66 12 12 91                           | Torsdag 19-22 |
|  | Fredag 13-17  |

## Café TrHIVsel

– For folk berørt af hiv på Fyn

Mandag 14-21  
Onsdag 13-17

Fem til seks gange om året afholder vi debat-aften om forskellige emner. Kontakt Susanne Grenaae på tlf. 63 14 28 20 og hør nærmere.

I Café TrHIVsel er der hver mandag spisning fra kl. 18, husk tilmelding senest onsdagen før.

Besøgsvennetjenesten Hiv-nettet, hør nærmere på tlf. 63 14 28 20.

Jernbaneg. 16, 2.  
5000 Odense C  
Tlf. 63 14 28 20

**Aids i n f o**  
CENTER FOR SEXUALOPLYSNING

## Kontaktannoncer

### Hejsa, ven søges

Jeg er en fyr på snart 40 år, som gerne vil dele nogle fede oplevelser. Ikke sex. Jeg er hiv-smittet og bisexuel. Savner en god ven, der har lyst til at dele sine erfaringer. Elsker natur, musik og ferier.

Det må også gerne være en penneven, jeg elsker at skrive. Jeg bor i Københavns amt. Garanterer tilbage skrivelse.

Bill.mrk.: 06/04

### Indrykning af annonce

Skriv en annonce på max. 75 ord, maskinskrevet eller med blokbogstaver. Anfør navn, adresse og evt. tlf.nr. og send brevet til: Hiv-Danmark

Att.: Marianne Ambus  
Skindergade 44, 1. - 1159 Kbh. K  
Alle kontaktannoncer gemmes i 2 år.

### Besvarelse af annonce

Læg svaret i kuvert med billetmærke på. Vedlæg frimærker svarende hertil og send det til nævnte adresse. Al post behandles anonymt.



## AktHIVhuset

Tirsdag 11-16  
Onsdag 11-16  
Torsdag 11-16

Vestergade 5 – 8000 Århus C  
Tlf. 86 18 16 46

### Café

Hiv-Café hver tirsdag 19-22. Åben Café hver torsdag 14-17.

### Grupper

Maler-Gruppen mødes hver onsdag i ulige uger, kl. 15-18. AktHIVisterne mødes første onsdag hver måned, kl. 18. Pårørendegruppen mødes første torsdag hver måned, kl. 19.30. Kvindegruppen mødes jævnligt.

### Tirsdagsmenu

Hiv-gruppen mødes til fællesspisning hver tirsdag, k. 18. To retter for 50 kr. Tilmeld dig senest søndagen før på tlf. 86 93 68 00 eller på e-mail: primitivo@webspeed.dk

## AIDS-Fondets årspriser

Ved det årlige Fakkeltog blev AIDS-Fondets priser uddelt. I Århus overrasktes patientprisen, mens der i København blev uddelt informationsprisen og forskningsprisen. AIDS-Fondet skriver om prismodtagerne:

Beauty Chanda Petersen er hiv-smittet kvinde fra Afrika. Beauty modtager i år **AIDS-Fondets Patientpris** for sit mod til at stå frem med sin sygdom og sit engagement med forebyggelse og omsorg blandt etniske minoriteter i Århus. Beauty stiftede i 2003 en selvhjælpsgruppe bestående af afrikanske hiv-smittede kvinder i Århus. Gruppen tog navnet 'Abantulife and Aids' – dvs. 'et menneskeliv og aids'. Udoover at fungere som selvhjælpsgruppe for hiv-positive afrikanske kvinder er det gruppens mål at medvirke til dannelse af en egentlig organisation, der primært skal arbejde med hiv/aids forebyggelse blandt unge af afrikansk herkomst i Århusområdet. Hiv-smittede med etnisk baggrund er langt de dårligst stillede i Danmark og Beautys mod til at trodse fordomme og brændemærkning er et enormt aktiv i arbejdet med at nå netop denne gruppe.

Tina Bruun modtager **AIDS-Fondets Informationspris** 2004 for et uvurderligt stykke arbejde med at bygge bro mellem hiv-smittede med etnisk baggrund i Danmark og det danske sundhedsvæsen. Det er netop her, hiv-smittede kan nås, som er socialt isolerede, og som ikke har noget netværk omkring sig, og som derfor er meget svagt stillede i forhold til deres sygdom. AIDS-Fondet takker Tina for det arbejde, hun hidtil har udført og udtrykker samtidig ønske om fortsat arbejdslyst og ildhu, når projektet i de kommende måneder skal gøres landsdækkende. Projektet er administreret af Hiv-Danmark.

Ole Kirk modtager **AIDS-Fondets Forskerpris** 2004 som påskønnelse for en væsentlig og langvarig videnskabelige indsats, der i høj grad medvirker til, at hiv-behandlingen fremover fortsat bliver bedre og med færre bivirkninger. Ole Kirk arbejder som læge og forsker på Rigshospitalet. Han har skrevet, eller været medforfatter, til næsten 50 store betydningsfulde artikler om hiv-behandling siden 1998, og han forsvarede i december 2003 sin disputats om effekten af den medicinske behandling af hiv-smittede. Han har desuden været en meget aktiv medarbejder og studiekoordinator for det store EURO-SIDA samarbejde, der løbende udforsker hiv-behandling i Europa og han er medarbejder ved DAD, Det Internationale Samarbejde om Bivirkninger ved hiv-behandling. Også danske behandlingsstudier har han været en ledende deltager i.

**www.hiv.dk**  
portalen til hiv/aids-miljøet