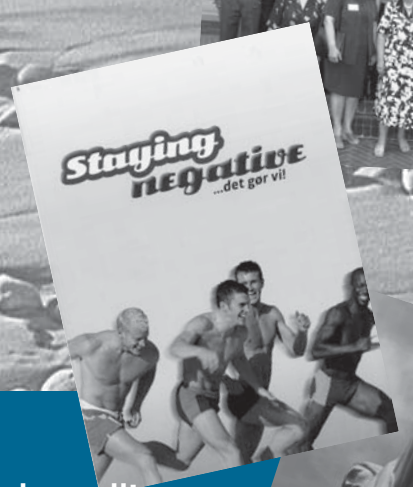




**Ny adresse for AktHIVhuset
og Rådgivning Vest!**
– Se annoncen på bagsiden under AktHIVhuset



'Staying Negative' – og kritikken
Behandlingssvigt og evnen til at passe hiv-behandlingen
Internationalt: Rio-konference, WHO-protokol om hiv
Positive Prevention



En sårende kampagne

Af Henrik Arildsen, formand

03

Staying Negative og svar på kritikken

Af Thomas Kristensen, STOP AIDS

04

Behandlingssvigt

Af Morten Eiersted, informationsmedarbejder

06

Adhærens-journaler

Af Morten Eiersted, informationsmedarbejder

08

Interview om hiv i Botswana

Af Morten Eiersted, informationsmedarbejder

10

WHO-protokol om hiv

Af Anders Dahl, antropolog

12

Årsrapport fra IAVI

Af Morten Eiersted, informationsmedarbejder

14

Positive Prevention

By Morten Eiersted, informationsmedarbejder

15

Why is counseling preventive?

By Morten Eiersted, Information Officer

16

Rio: Ny medicingruppe på vej

Af Michael Nord og Bent Hansen

17

Language and Communication

By Beauty Chanda Petersen

18

Stillingsopslag – rådgiver

Hiv-Danmarks Rådgivning Øst søger en psykosocial rådgiver i 18 timer ugentlig. Vi forventer, at du har erfaring med social- og juridisk rådgivning, projektlejelse, kursustilrettelæggelse samt afvikling af temaaftener. Hiv-smittede med de nævnte kvalifikationer opfordres til at søge.

Ansøgningsfrist d. 16. sep. Ansættelses-samtaler i uge 38.

Ansøgning sendes til Hiv-Danmark, Skindergade 44,2. 1159 København K. Att: Bent Hansen.

Hele stillingsopslaget kan ses på Hiv-Danmarks hjemmeside www.hiv-danmark.dk



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.

Forsidefoto:
Ole Rud-P



En sårende kampagne

Af Henrik Arildsen, formand

STOP AIDS – Bøssernes hiv-organisation har med lanceringen af den seneste kampagne 'Staying Negative ... det gør vi!' ramt lige ned i diskussionen om budskaber for kampagner om hiv/aids. For Hiv-Danmark efterlader kampagnen tvivl om, hvad der formidles!

Hiv-Danmark tilslutter sig det overordnede budskab i kampagnen om, at flest mulige mænd, der har sex med mænd, skal forblive hiv-negative. Det kan man ikke være uenig i. Men vi finder den måde, som kampagnen er blevet udformet på som utrolig sårende over for hiv-smittede. I sin nuværende udformning er det er ikke en kampagne, som lægger op til involvering af hiv-smittede.

Vi har modtaget mange negative reaktioner blandt hiv-smittede på kampagnematerialet, og vi har også selv diskuteret det i vores forening.

Det lyseblå 'støttearmbånd' blev opfattet som et kendetegn, ikke-smittede kunne bruge til at identificere andre ikke-smittede.

Sloganet 'Staying Negative' blev opfattet som et budskab om, at man skal holde sig fra hiv-positive. Kampagnematerialet kommer ikke med nogen konkrete anvisninger på, hvordan man forbliver negativ – hvis altså det ikke er at holde sig fra hiv-smittede.

Kampagnen opdeler bøsser i et a- og et b-hold. I materialet fokuseres ensidigt på en gruppe mænd, som erklærer, at de forbliver negative. Der er ikke givet plads til hiv-smittede, som bakker op om dette budskab. Der åbnes derfor ikke

nogen mulighed for at tage ansvar som hiv-smittet.

Flere hiv-smittede har givet udtryk for, at de med materialet føler sig anklaget for at have fejlet, fordi de ikke har levet op til idealet om at forblive negativ.

Når der fokuseres så ensidigt på hiv-negative, er vi bange for, at flere vil udskyde at lade sig hiv-teste af frygt for at blive 'ekskluderet' af det gode selskab, hvis man tester sig hiv-positiv.

Det trykte materiale tegner et glorificeret billede af, hvordan det er at være negativ. Ulemperne ved livet som hiv-smittet udpensles i materialet i en sådan grad, at man som nykonstateret kan blive helt i tvivl, om man overhovedet kan leve med sygdommen.

Kampagnen vil forøge følelsen af skyld og skam hos nykonstaterede hiv-smittede, fordi den lægger op til, at man har dummet sig, hvis man har ladet sig smitte.

For Hiv-Danmark efterlader kampagnen derfor tvivl om, hvad der formidles i STOP AIDS' kampagne. Selvom den er tænkt som forebyggelse opfatter langt de fleste hiv-smittede kampagnen som sårende og stigmatiserende. – Og det er ikke det, der burde været kommet i fokus i kampagnen.

Hiv-Danmark vil gerne understrege, at STOP AIDS gennem årene har udformet mange gode kampagner. Men vi kan ikke bakke op om kampagnen 'Staying Negative'.

Det ville have været rart for begge parter, hvis I havde brugt os som sparingspartner i udviklingen af kampagnen. Så kunne vi have givet jer input om, hvordan kampagnen vil blive opfattet af hiv-smittede.



STOP AIDS lancerede i august en kampagne om at forblive hiv-negativ.

I den forbindelse blev der uddelt blå armbånd og distribueret plakater og flyers med budskabet 'Staying Negative ... det gør vi!'

ÅRSKONTINGENTER MM.
Enkeltmedlem: 150 kr.
Pårørende: 150 kr.
Støttemedlem: ≥ 200 kr.
Medlemsforening: 250-1000 kr.
Støttefirma/-forening: ≥ 1000 kr.

Tegning alene af abonnement: 250 kr.

Markér på indbetalingskortet, hvilket kontingent du betaler.
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 medlemmer sendes i anonyme kuverter.

Staying Negative

Af Thomas Kristensen, informationsmedarbejder i STOP AIDS – Bøssernes hiv-organisation

Det er en fordel at være hiv-negativ, siger STOP AIDS i kampagnen Staying Negative. Kampagnen er både rettet mod hiv-negative og hiv-positive bøsser og biseksuelle mænd.

En positiv kampagne om det at være negativ – hiv-negativ. Det er filosofien bag STOP AIDS' nye kampagne Staying Negative.

Og hvem kan ikke blive enige om, at det er en fordel at være hiv-negativ – alt andet lige. Ganske vist har mange hiv-smittede et langt liv med høj livskvalitet, men for mange andre hiv-smittede er livet knapt så let. På trods af kombinationsbehandlingernes succes slipper hiv-negative for mange af de bekymringer, som rammer de fleste hiv-smittede: Hvornår skal jeg i behandling? Virker hiv-medicinen effektivt på mig? Giver den bivirkninger? Rammes jeg af ændret fedtfordeling, sukkersyge eller hjertekar-sygdomme? Hvordan håndterer jeg fordomme og sladder? Skal jeg fortælle en ny sexpartner eller kæreste, at jeg er hiv-smittet?

Fælles ansvar og solidaritet

Med kampagnen Staying Negative sætter STOP AIDS fokus på, at det er en fordel at være hiv-negativ. Kampagnen er rettet mod både hiv-negative og hiv-positive. For hiv-negative er kampagnen en påmindelse om, at det er værdt at kæmpe for at forblive hiv-negativ, og at man selv har et ansvar for at forblive hiv-negativ. Det gør man naturligvis bedst ved konsekvent at dyrke sikker sex.

Kampagnen er også rettet mod hiv-positive, som kan hjælpe hiv-negative med at forblive hiv-negative. Det sker også først og fremmest ved at dyrke sikker sex. Men som hiv-positiv kan man også hjælpe hiv-negative venner og bekendte med at huske på, at det er bedst at undgå at blive hiv-smittet.

T-shirts og armbånd

To af de mest iøjnefaldende dele af kampagnen er lyseblå t-shirts og armbånd, som begge er påtrykt teksten 'Staying'.



Både hiv-positive og hiv-negative kan bære disse t-shirts og armbånd for dermed at vise, at man støtter kampen for, at færre bøsser og biseksuelle mænd bliver smittet med hiv. Bøsser og biseksuelle mænd er den befolkningsgruppe i Danmark, hvor flest er smittet med hiv, og hiv-tallene er i denne gruppe steget markant de seneste år.

Udover t-shirts består kampagnen af to plakater, et postkort og en flyer. Postkortet og en af plakaterne gør opmærksom på t-shirten Staying, mens flyeren og den anden plakat fortæller, at der ingen kur er mod hiv. Flyeren gør derudover opmærksom på risikoen for ændret fedtfordeling og andre alvorlige sygdomme, risikoen for bivirkninger ved hiv-medicinen og risikoen for at blive ramt af fordomme og sladder.

Med oplysningen om fordomme og sladder har STOP AIDS et dobbeltsigte: Dels kan det motivere hiv-negative læsere til at kæmpe for at forblive hiv-negativ. Men det er også en indirekte opfordring til hiv-negative læsere om at behandle hiv-positive ordentligt. For hvem vil være kendt som en, der spreder fordomme og sladder?

Når bredt ud

Kampagnen Staying Negative køres først og fremmest i bøsse miljøerne i København og Århus. Kampagnen til stede på barer, caféer, diskoteker, sexklubber og saunaer, men også på hjemmesider og ved Copenhagen Pride.

Kampagnen begyndte i starten af august med annoncering i Panbladet og Out & About, men blev for alvor synlig ved den store parade under Copenhagen Pride den 13. august. Kampagnen løber foreløbigt frem til slutningen af september.



Thomas Kristensen

Kritik af kampagnen

Af Thomas Kristensen, informationsmedarbejder i STOP AIDS – Bøssernes hiv-organisation



Mogens Caprani

Kampagnen Staying Negative har fået både positive og negative tilbagemeldinger. STOP AIDS' sous-chef Mogens Caprani svarer her på en del af kritikken.

Efter at kampagnen Staying Negative for alvor blev synliggjort i forbindelse med Copenhagen Pride den 13. august, har STOP AIDS fået både positive og negative tilbagemeldinger. Især de lyseblå t-shirts og armbånd med trykket Staying har delt vandene.

Nogle synes, de lyseblå t-shirts og armbånd er smarte, og de støtter op om budskabet: Det gælder om, at færre bøsser og biseksuelle mænd bliver smittede med hiv.

Andre er kritiske, herunder patientforeningen Hiv-Danmark. Blandt kritikerne mener nogle, at kampagnen deler bøsse miljøet op i et a- og et b-hold af henholdsvis hiv-negative og hiv-positive. Nogle af kritikerne har desuden misforstået budskabet og opfatter t-shirts og armbånd som et redskab til hiv-negative, der vil frasortere hiv-positive.

Mogens Caprani er sous-chef i STOP AIDS og har været med til at skabe kampagnen Staying Negative. Her svarer han på en række af kritikpunkterne.

Budskabet om at det er bedst at forblive hiv-negativ kan muligvis støde nogle hiv-smittede. Hvad har I gjort for at undgå dette?

– Udover mig selv er kampagnen udformet af to medarbejdere i STOP AIDS. Den ene er hiv-negativ og den anden hiv-positiv. Derudover har kampagnen været fremlagt for andre hiv-smittede ansatte og frivillige, og her har vi fået flere positive tilbagemeldinger, mens der ikke har været nogen kritik af den grundlæggende idé bag kampagnen. De fleste hiv-smittede er jo helt enige i, at det er bedst at forblive hiv-negativ.

Opfatter I dermed hiv-smittedes liv som andenrangsliv?

– Nej, hiv-smittede er lige så meget værd som mennesker som ikke-smittede. Kampagnen 'Staying Negative' siger ikke noget om, hvem der er mest værd. Kampagnen fortæller derimod, at det

generelt er lettere at være hiv-negativ end hiv-positiv.

Jeres t-shirts og armbånd er påtrykt teksten Staying. Er formålet, at hiv-negative skal kunne finde hinanden og dermed undgå hiv-smittede?

– Nej, det er helt misforstået. Det ville i øvrigt være en meget farlig strategi, for selv om en person siger eller signalerer, at han er hiv-negativ, er der risiko for, at han er hiv-positiv. Vi håber, at både hiv-positive og hiv-negative vil gå med vores t-shirts og armbånd. Ved at bære dem viser man, at man støtter kampen for, at færre bøsser og biseksuelle mænd bliver smittede med hiv. På samme måde som folk, der bærer gule armbånd, støtter kampen mod kræft, og folk med hvide armbånd støtter kampen mod fattigdom. Det handler om at vise solidaritet og ikke om, man personligt er ramt eller ej.

Hvad har I gjort for at undgå denne misforståelse?

– Vi har lagt os op ad armbåndsdillen, for at det skal være lettere at forstå, at det handler om at vise solidaritet og ikke om, man selv har hiv eller ej. Vores formand, Torben Lund, har direkte fra scenen ved Copenhagen Pride gjort det klart, at vores t-shirts og armbånd kan bæres af alle, både hiv-negative og hiv-positive. Det samme budskab har vi fået ud gennem artikler på hiv.dk, lbl.dk og out-and-about.dk, og vores frivillige spreder budskabet på raids rundt omkring i bøsse miljøet.

Arbejder I for at opdele bøsse miljøet i hiv-smittede og ikke-smittede?

– Nej, vi har altid kæmpet mod diskrimination af hiv-smittede. Vi har for eksempel problematiseret, at nogle hiv-negative forsøger at læsse hele ansvaret for sikker sex over på hiv-positive, og vi har problematiseret, at mange hiv-negative ikke vil have sex med mænd, som de ved er hiv-smittede. Generelt henvender vi os både til hiv-positive og hiv-negative, og vi er både på tryk og i tale meget bevidste om, at vi ikke kommer til at styrke de forhold, som desværre selv i bøsse miljøet eksisterer overfor hiv-smittede.

Behandlingssvigt

Af Morten Eiersted, informationsmedarbejder

– om at passe



Læge Toke Barfod forsvarede den 8. september sin PhD-afhandling, der omhandler, hvor gode danske patienter er til at tage deres medicin – også kaldet adhærens. Undersøgelsen bygger blandt andet på spørgeskemaer, udfyldt af danske hiv-smittede. Hiv-Danmark har mødt Toke Barfod for at tale om hans undersøgelse af, hvor gode danske patienter er til at tage deres medicin.

Hvor godt passer hiv-smittede deres behandling?

– De fleste klarer det rigtig flot, men der er også nogle, der ikke får taget medicinen helt godt nok. Ser du på spørgsmålet, om patienterne passer deres behandling, kan du læse i udgivelsen fra Den Danske Hiv-Kohorte (udgivet juni 2004), at 56 procent af patienterne har taget hver eneste dosis de sidste 30 dage. I en senere artikel, som vi næsten lige har udgivet, beskriver vi, at 16 procent af patienterne ikke har taget deres medicin som aftalt inden for de seneste 4 dage.

Men behandlingen virker også godt, hvis medicinen tages regelmæssigt. Hvis du starter på behandling i dag, og tager al din medicin som foreskrevet, er der stort set nul risiko for behandlingssvigt. I vores undersøgelse er det cirka 75 procent af dem, der kommer regelmæssigt til kontrol, der har umålelig virusmængde.

Hvad er grundene til behandlingssvigt?

– Der er tre grunde til behandlingssvigt. Man kan tidligere have fået en dårlig behandling, f.eks. hvis man påbegyndte behandling mod hiv før kombinationsbehandlingen kom frem i 1996. Patienter fra før 1996 blev behandlet med mindre virksomme typer af medicin og f.eks. kun med et præparat (monoterapi) ad gangen, modsat den såkaldte kombinationsbehandling i dag, der oftest indeholder tre typer af medicin. Behandling med dårlige medikintyper eller med et enkelt præparat giver en høj risiko for

behandlingssvigt, og for at virus muterer og udvikler modstandsdygtighed overfor behandlingen (resistens). Og når virus først har udviklet resistens, kan det være meget vanskeligt eller helt umuligt at opnå optimal behandlingseffekt efterfølgende. En anden grund til behandlingssvigt kan være, at man er blevet smittet med resistent virus. Det sker stort set aldrig herhjemme i Danmark, men er et problem i udlandet. En tredje forklaring på behandlingssvigt er simpelthen, at man glemmer at tage sin medicin, hvorefter virus kan udvikle modstandsdygtighed (resistens) over for behandlingen.

I en undersøgelse af behandlingssvigt (Birgit Røge et al.), hvor behandlingssvigt blev defineret som en virusmængde over 400 kopier/mL, fandt vi at behandlingssvigtet i cirka halvdelen af tilfældene skyldtes, at patienterne holdt en decideret pause med behandlingen. I 1/4 af tilfældene skyldtes behandlingssvigt, at virus ikke reagerede på medicin, fordi medicinen ikke blev indtaget korrekt. Det vil sige, at patienterne tager deres medicin, men de overholder ikke tidspunkter så nøje og glemmer enkelte doser. Den sidste 1/4 af alle behandlingssvigt var mere medicinsk begrundet. Enten viste det sig, at den aktuelle behandling til den enkelte patient virkede dårligt, eller også var der tale om resistent virus.

Hvornår begyndte I at interessere jer for, hvor gode patienterne er til at tage deres medicin?

– Vi begyndte for alvor at beskæftige os med adhærens i 2000. Internationalt vidste man, at behandlingssvigt kunne skyldes tidligere monoterapi, dårlige behandlingsregimer og resistensudvikling, eller dårlig adhærens – men man var usikker på, hvad der havde størst betydning, og om udvikling af resistens kunne forekomme trods god adhærens. Og man vidste ikke, hvor vigtigt spørgsmålet om adhærens var i forhold til behandlingssvigt. Da jeg havde erfaring fra en tidligere interviewundersøgelse, hvor jeg havde spurgt til placebo-effekt og alternativ behandling, så var det oplagt at undersøge adhærens ved hjælp af interview og spørgeskemaer.

Referencer

Obel N. Den Danske HIV-Kohorte. 2004.

Roege BT, m.fl.. Resistance profiles and adherence at primary viral failure in three different HAART regimens. HIV medicine, 2004; 5 (5): 344-51.

Barfod, T m.fl.. Patients' answers to simple questions about treatment satisfaction, depression and adherence are associated with failure of HAART. AIDS Patient Care STDS 2005 May; 19(5):317-25.

sin hiv-behandling



Toke Barfod

I har udarbejdet et spørgeskema?

– Ja, fra juli 2002 til juni 2003 blev patienter bedt om at udfylde et spørgeskema, vi havde udviklet på baggrund af et internationalt brugt spørgeskema. Der var 79 procent af patienterne på Rigshospitalet og på Fyn og Jylland som valgte at besvare spørgeskemaet, og det, synes jeg, er et meget flot resultat. Det har været meget glædeligt, at folk har været villige til at deltage i denne undersøgelse. Spørgeskemaet giver også oplysninger om patienternes egne begrundelser for manglende medicinindtag. Det er beskrevet i en artikel, som dog ligesom artiklerne om interviewene endnu ikke er kommet i trykken.

I den publikation fra Danske Hiv-Kohorte, som Niels Obel m.fl. udgav i juni 2004, blev der også medtaget et afsnit om adhærens?

– Ja, i den udgivelse blev dele af vores undersøgelser af medicinindtag medtaget. Vi havde spurgt til faktorer, der påvirker lysten til at tage medicin. Vi kunne se, at der var et vist 'pille-stigma', således at over halvdelen af patienterne ikke ønskede, at andre skulle se dem tage medicin. Vi spurgte ikke decideret til et hiv-stigma, da vores undersøgelse havde fokus på medicinindtag, men man kan da læse mellem linierne om en form for blufærdighed. Det så dog ikke ud til, at denne blufærdighed havde indflydelse på, om patienterne tog deres medicin regelmæssigt.

I den senest publicerede udgivelse fra maj 2005 beskrives spørgeskemaundersøgelsen mere i detaljer. Man kan sige, at det selvfølgelig begrænser vores undersøgelser, at vi kun har spurgt patienterne en enkelt gang. En række spørgsmål omhandler dog levkår og sammenhængen med behandlingssvigt. Det overrasker, at der er mange forhold, som ikke indvirker på behandlingssvigt. F.eks. betyder forholdet til ens infektionsmedicinske læge ikke noget for ens risiko for behandlingssvigt. Det kan så igen skyldes, at langt de fleste faktisk har et bedre forhold til os læger, end vi læger ofte går og tror. Faktisk var der kun 3 procent af patienterne, som ikke mente,



at de havde et godt forhold til deres læge i ambulatoriet.

Vi har også sammenlignet svigraten hos de personer, som valgte at svare på spørgeskemaet, med den gruppe som undlod at svare. Det var tydeligt, at der blandt gruppen, som undlod at svare, var flere med en dårligere effekt af kombinationsbehandlingen, med en højere grad af behandlingssvigt. Men selvom vi gerne ville have svar netop fra gruppen med behandlingssvigt eller dårlig effekt, får vi med den tidligere nævnte svarprocent på 79 procent nogle rigtig gode data alligevel.

Hvad kan man se ud fra spørgeskemaet om behandlingssvigt?

– Man kan se, at der er en sammenhæng mellem behandlingssvigt og depression. Der er ligeledes også en klar sammenhæng mellem behandlingssvigt, og om man er glad for sin behandling, og om man glemmer at tage sin medicin. I undersøgelsen har vi sat fokus på behandlingssvigt og forsøgt at se, hvad det skyldes. Det er dog ikke sådan, at vi altid kan pege på specifikke årsager. F.eks. i tilfældet med depression kan vi ikke sige noget om, at det er depression, der fører til behandlingssvigt, eller om det er behandlingssvigt, der medfører depression. Men vi kan se, at en tredjedel af patienterne selv anfører, at de ofte er deprimerede, og det er i alle tilfælde et ubehageligt højt tal. Undersøgelser fra andre lande tyder dog på, at det kun er en mindre del af disse, som er egentlig deprimerede i klinisk forstand.

På den led har vi fået mere viden om adhærens og om faktorer i forbindelse med behandlingssvigt. Men vi mangler helt klart stadig at få besvaret nogle flere spørgsmål om hiv-smittedes levkår, herunder deres sexliv, livskvalitet og oplevelse af stigmatisering. Disse faktorer vil så vidt jeg ved heldigvis blive belyst i den 'levkårsundersøgelse' som Hiv-Danmark nu har sat i gang.

Adhærens-journaler

Evnen til at passe hiv-behandlingen

Af Morten Eiersted, informationsmedarbejder

I juni 2004 behandlede Hiv-Danmark spørgsmålet om, hvordan hiv-smittede oplever at være i kombinationsbehandling.

I et interview med Lotte Rodkjær blev der fortalt om arbejdet på Skejby Sygehus med at indføre særlige journaler, som kan tage højde for de forskellige problemstillinger ved hiv-behandling.

Benytter i jer stadig af den metode, vi omtalte i 2004, hvor hver patient introduceres til hiv-behandling gennem fire faser?

– Ja, det er sådan at metoden har resulteret i udviklingen af en adhærens-journal, som indeholder oplysninger vedrørende hiv-patientens adhærens (evnen til at passe sin hiv-behandling), herunder metodens checklister i relation til de omtalte fire faser; 1) information om antiviral behandling, 2) stillingtagen til antiviral behandling, 3) påbegyndelse af antiviral behandling og 4) opfølgning af antiviral behandling.

Alle patienter, som begynder på eller skifter behandling, får oprettet en adhærens-journal, og denne følger patienten. Den er en dokumentation af hvilke samtaler, der har været, indholdet og konklusionen af disse.

Det er netop blevet et særligt indsatsområde i afdeling Q, hvilket jeg synes er rigtig godt. Det betyder bl.a., at det fremover bliver registreret med en særlig kode, når patienten har fået oprettet en adhærens-journal. På den måde kan vi gøre op, om alle patienter der begynder på eller skifter behandling rent faktisk får den information, støtte og vejledning, som Adherence Journalen lægger op til.

Næste skridt er så at udarbejde et spørgeskema, sådan at patienterne kan vurdere, om de rent faktisk oplever at få det, vi siger, vi gør!

Dette er endnu i støbeskeen, for tingene tager jo ofte lidt længere tid, end man regner med. Det er nemlig vigtigt at det tværfaglige team af læger og sygeplejersker er enige om, at det er den metode, vi alle arbejder efter. Samtidig tager det også tid at undervise og nå

frem til en fælles målsætning.

Jeg er dog meget tilfreds med at være nået hertil. Metoden bruges nu af alle hiv-behandlerne på Skejby Sygehus, og at der er enighed om, at dette område er vigtigt hele tiden at have fokus på.

Metoden vil blive revideret en gang årligt, og personalet vil løbende modtage information og undervisning, således at vi holder vores viden ajour og bliver dygtigere til at håndtere dette komplekse område.

Fokus var adhærens. Har I inddraget andre emner?

– Adhærens er jo et bredt begreb, som omfatter at hele personens livssituation tages op til vurdering, så jeg synes vi kommer ind på mange emner. Et område vi gerne vil sætte mere fokus på er seksualitet. Vi har haft et par temadage og har lavet udkast til en måde at drøfte dette med patienterne. Vi har i tankerne en gang årligt at lave en slags 'status'-konsultation, hvor vi tænker at emnet kunne introduceres. Vi vil gerne signalere, at vi kan og gerne vil tale om sex.

Jeg tror nemlig, at blufærdigheden i forhold til at tale om sex går begge veje. Udover den kliniske undersøgelse, vil det være oplagt at informere om smitteveje, ny viden, PEP-behandling og meget andet.

Hvor langt er I med undersøgelsen om hiv og depression?

– Vi har her i juni 2005 sendt spørgeskemaer ud til de hiv-smittede, som går til kontrol på vores afdeling. På nuværende tidspunkt har vi fået ca. halvdelen retur.

Nogle skemaer kan vi ikke sende pr. post pga. diskretion, og vi afventer derfor, at de kommer til kontrol, hvor de så vil få skemaet udleveret.

Spørgeskemaet har været under udvikling i et år. Det tager lang tid at udarbejde et skema, som er brugbart, og som forhåbentlig giver svar på de områder, vi ønsker at undersøge.

I den forbindelse har vi kontakt til en forskergruppe i Melbourne i Australien, som er ved at lave en tilsvarende undersøgelse. De bruger den samme test til at undersøge hvorvidt personen har en behandlingskrævende depression eller ej. Vi har afholdt fokusgrupeinterviews med



Lotte Rodkjær

ti hiv-smittede, hvor de gav inspiration og viden til områder, de gerne ville have, at vi skulle spørge til. Skemaet er så blevet testet på en mindre gruppe inden den endelige udgave forelå. De områder vi spørger til er bl.a. baggrundoplysninger (køn, uddannelse etc.), antiviral behandling, netværk, stigmatisering, livskvalitet, seksualitet og depression.

Det bliver spændene at se, hvor mange der egentlig har en behandlingskrævende depression. Toke Barfods undersøgelser (se side 6 i dette magazin) viste, at ca. en tredjedel af patienterne selv vurderede, at de var deprimerede. Der er jo en

sammenhæng mellem behandlingssvigt og depression. Så hvis undersøgelsen kan bidrage til at give os mere viden, så kan vi måske blive bedre til at håndtere denne problemstilling i praksis.

Jeg vil også gerne benytte lejligheden til at sige, at vores arbejde er blevet utrolig positivt modtaget af de hiv-smittede. Mange har givet udtryk for, at de synes, at det er godt, at der bliver sat fokus på depression.

Jeg vil i den forbindelse sige en stor tak til de personer, som har deltaget i fokusgruppeinterviews, pilottestning, samt de, som har udfyldt spørgeskemaet.

Hiv, Liv og Behandling

Har du lyst til at deltage i et kursusforløb, der gør dig i stand til at bruge det etablerede system mere aktivt?



Kurset Hiv, Liv og Behandling sætter fokus på hiv, sex, sygdom, behandling, bivirkninger, ny forskning, og ikke mindst hvordan du kan håndtere og påvirke dit liv som hiv-smittet.

Kursets formål er at uddanne dig til at tage ansvar for og handling på dit liv, din sygdom og din behandling. Hvad enten du er i medicinsk behandling eller ej.

Kurset er udbudt af Hiv-Danmarks patientrettighedsudvalg i samarbejde med Kafe Knud og AktHIVhuset. Kurset er venligst sponsoreret af medicinalfirmaet GlaxoSmithKline.

Gratis at deltage

Der kan deltage 20 personer i København og 15 personer i Århus.

Det er gratis at deltage, men du skal tilmelde dig, og tilmeldingen er bindende. Tilmeld dig senest onsdag den 26. oktober.

Du skal tilmelde dig kurset hos Marianne Ambus i Hiv-Danmark på tlf. 33 32 58 68. Derefter vil du få tilsendt en tilmeldingsblanket, som du skal udfylde og returnere til Hiv-Danmark. Først da er du tilmeldt.

København

Kafe Knud, Skindergade 21, kld.
Mandagene 7., 14., 21. og 28. november

Århus

AktHIVhuset, Kannikegade 18
Torsdagene 3., 10., 17. og 24. november



Kurset løber alle dage fra kl. 18.00 til 22.00, cafeerne vil være åbne fra kl. 17.00.

Kl. 18.00 vil der blive serveret mad, aftenens program begynder kl. 19.00.

Hiv-cyklus
Medicin og bivirkninger
Vaccinationer
Ambulatoriet

Sex
Smitteveje, risiko og PEP
Kærester og børn

Behandlingsstrategier
Langtidsbivirkninger
Medicinske nyheder
Forskning

Psykologiske aspekter
Strategier for håndtering af hiv-status
Selvhjælpsgrupper



Interview om hiv i Botswana

Af Morten Eiersted, informationsmedarbejder

Botswana tilbyder nu hiv-smittede muligheden for behandling. Tina Bruun, tidligere ansat i Hiv-Danmarks Brobyggerprojekt, begynder den 15. september på et projekt om hiv i landet.

Hvad er det for et projekt, du skal arbejde med?

– Det er en del af en række andre projekter, som regeringen i Botswana, Bill & Melinda Gates Foundation og Medicinalfirmaet Merck Sharp & Dohme har sat i værk for at kunne tilbyde hiv-smittede botswanesere behandling.

Det projekt, jeg bliver tilknyttet, går ud på at klæde sundhedspersonale på i forhold til hiv, hiv-behandling, adhærens og til rådgivning om hiv samt rådgivning i forbindelse med hiv-test.

Hvorfor handler projektet om uddannelse?

– Foruden basal viden om hiv og smitteveje, smitтерisiko mv. kræver en god indsats også, at man uddanner sundhedspersonale i at rådgive om hiv. F.eks. en situation om rådgivning om at være hiv-smittet, men endnu ikke være i medicinsk behandling.

Uddannelse er også vigtig efter, at man i Botswana nu satser på, at tilbyde medicin til landets hiv-smittede. 38,7 procent af den voksne befolkning er hiv-smittede i et land

på 1,5 mio. indbyggere. Hiv er et enormt problem i Botswana. Man skønner at omtrent 40.000 hiv-smittede er tilknyttede forskellige hiv/aids-projekter, så der er langt til den knap halve million mennesker i Botswana, som er hiv-smittede.

Hvorfor er så få med i hiv/aids-projekter?

– Det kan lyde mærkeligt i et land, hvor man gerne vil sætte ind med behandling. Men problemet ligger bl.a. i, at folk ikke vil lade sig teste. Med de nuværende 10 procent af alle hiv-smittede er der plads til flere.

Tager du Danmark som eksempel, er knap 2.800 ud af de skønnede 5.250 hiv-smittede i medicinsk behandling. Overfører man denne model til Botswana, ville det svare til at øge behandlingskapaciteten til knap 250.000 hiv-smittede.

Det lyder bekosteligt?

– Ja, det er som sagt også financieret offentligt og gennem fonde. Jeg kender dog ikke præcise detaljer om økonomien eller om, hvad de andre projekter, som er i gang, går ud på. Jeg ved, at uddannelsesprojektet løber frem til 2007. Jeg skal dog kun være tilknyttet i et halvt år.

Ligner projektet meget det, du ellers har lavet?

– Jeg har undervist frivillige på AIDS-Linien i en række år. Derudover har jeg også fået en del erfaring med undervisning af

sundhedspersonale gennem Brobyggerprojektet, som jeg jo gennemførte for Hiv-Danmark.

Jeg tror noget af det nye vil ligge i at undervise i at være sundhedspersonale i forhold til rådgivning om at passe sin behandling, om hvilken rolle vi har som sundhedsfaglige ... og så selvfølgelig at det skal foregå i Botswana!

Hvad er du mest spændt på?

– Jamen jeg er nok mest spændt på de praktiske detaljer ved mit ophold.

Jeg mener, jeg har brugt rimelig megen tid på at forberede mig på det rent indholdsmæssige, men jeg ved ikke særlig meget om det sted, hvor jeg skal undervise.

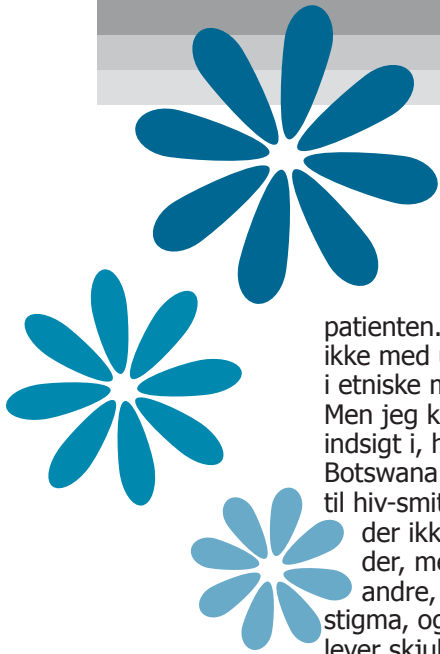
Jeg mener, Botswana er efter afrikanske forhold et rigt land. Det er et demokrati, og der er relativt rolige forhold. I storbyerne er der velfungerende hospitaler. Men samtidig er det et land med få storbyer, og der kan være meget store geografiske afstande. Jeg har læst noget om, at jeg skal ud og være på klinikker og ud til nogle landsbyer. Derfor er jeg spændt på, hvor jeg skal være? Hvem de er? Hvordan de tager imod mig? Hvad med transport? Og tolk? Sådan noget med hvilke rammer jeg skal arbejde under.

Men du skal undervise i et halvt år?

– Ja, jeg har lavet noget undervisning i forbindelse med Brobyggerprojektet. Hvordan personale ser på



Tina Bruun vil i forbindelse med sit ophold i Botswana skrive en serie af rejsebrevne til www.hiv.dk, som omhandler temaer som stigma, seksualitet, børn, rådgivning mm.



patienten. Her er det dog ikke med udgangspunkt i etniske minoriteter.

Men jeg kommer til at få indsigt i, hvordan man i Botswana forholder sig til hiv-smittede. Jeg kender ikke holdningerne der, men jeg ved fra andre, at der er meget stigma, og at folk derfor lever skjult med hiv.

Der er mange interessante diskussioner, man kan tage op. Hvad hvis partneren til en hiv-smittet ikke vil lade sig teste for hiv? Og hvordan forholder man sig til hiv-smittede i ansattegruppen?

Med knap 40 procent hiv-smittede må der uvægerligt være hiv-smittede blandt personalet.

Jeg er ret spændt på at få løftet sløret for noget af det.

I Danmark har jeg i Brobyggerprojektet samlet erfaring gennem de samtaler, jeg havde med herboende afrikanere.

Fra de afrikansk etniske

i Danmark ved jeg, at for dem er tanken på hiv-smitte lig med, at de vil dø inden for kort tid, og at de ikke har noget at leve for.

Det billede, de har af hiv, er et, som de har taget med sig hjemmefra. De er kommet til Danmark, mens epidemien var fremherskende i deres hjemland. De har set hele landsbyer forsvinde, og at hiv var ensbetydende med, at man lagde sig i sin seng og døde.

Det sidder godt fast, og det tager tid at holdningsbearbejde. Ligesom det stigma som følger hiv. For når så få er testet i Botswana, må det indikere, at der også er et stærkt hiv-stigma.

Hvad er det folk frygter ved at lade sig teste?

– Folk er bange for, at de som hiv-smittede vil blive smidt ud af familien, at kæresten vil forlade dem, at de ikke længere vil være velkomne i kirken ...

at de basalt set vil blive udstødt af deres lokalsamfund.

Og det kan være svært at få børn, hvis man ved, at man er hiv-smittet.

Det kræver tid i et land som Botswana, før holdningerne til hiv-smittede ændrer sig.

Nu har man på papiret en mulighed for at overleve, alligevel tester så få sig. Selv om man kan få behandling, har man ikke nødvendigvis lyst til at stå frem.

Det kræver mange gode personlige historier, før man vil se en ændring på testaktiviteten. Folk har behov for at kende historier om hiv-smittede, der blomstrer og genoptager et aktivt liv, for at det ansporer dem til at lade sig teste.



Kafe Knud En pause midt i byen ...

En cafe i hiv/aids-miljøet

Kafe Knud – Skindergade 21. kld. – 1159 K – T 33 32 58 60

WHO-Protokol om hiv

Af Anders Dahl, antropolog

WHO er ved at udarbejde en 'Protokol for reproduktive sundhedsydelse for hiv-smittede'. Anders Dahl deltog som 'temporary adviser' på en såkaldt teknisk konsultation. Han var udsendt af Sex & Samfund og beretter her fra tre dages workshop i Italien i begyndelsen af juni måned.

I lyset af den hastigt voksende hiv-epidemi i visse dele af Øst-Europa og Central-Asien har WHO's regionale kontor for Europa, der i øvrigt ligger i København, besluttet sig for, at der skal udarbejdes retningslinier for reproduktive sundhedsydelse til hiv-smittede. Der var inviteret til workshop – eller teknisk konsultation som den slags hedder i WHO-regi – i begyndelsen af juni måned.

23 såkaldte eksperter fra 14 forskellige lande var derfor inviteret til workshop i feriebyen Stresa i Italien, et halvt hundrede kilometer fra Milano. Omgivelserne var perfekte; sol, sommer og 30 grader, men det forhindrede nu ikke, at der blev arbejdet hårdt i de tre dage, hvor det 46 siders tilsendte udkast skulle diskuteres.

WHO i Europa

WHO's regionale kontor for Europa dækker over et noget større geografisk område, end det vi andre traditionelt

kalder for Europa; nemlig fra Vesteuropas højtindustrialiserede lande til Uzbekistan, Turkmenistan og Kirgisistan i øst. Og det er da også rækken af lande i Øst-Europa og Central-Asien, som de nye retningslinier primært er rettet mod. Kvaliteten her af reproduktive sundhedsydelse, både for folk i almindelighed og for hiv-smittede, er ikke på noget niveau at sammenligne med forholdene i Vesteuropa. Det afslørede sig i diskussionerne, at den stærke stigmatisering af hiv-smittede også spiller ind på forholdene i mange lande.

Oplægget

Udkastet til retningslinierne indeholdt helt primært en række detaljerede beskrivelser af forskellige præventionsmidler, og hvilke fordele og ulemper hiv-smittede kan have ved at bruge disse. Tilsyneladende bliver mange hiv-smittede kvinder uønsket gravide (det er nu ikke en dansk problemstilling), og viden om brug af anden prævention samtidig med kondom er derfor vigtig for mange. Udkastet indeholdt også anbefalinger ved abort og fødsel og et afsnit om hjælp til at blive gravid, så risikoen for, at hiv-smitte overføres til partneren eller barnet, nedsættes.

Der manglede dog – i mine øjne – noget helt centralt, nemlig et afsnit om seksuallivet som hiv-smittet og de vanskeligheder, der kan være i denne forbindelse. Det var nu ikke nødvendigvis et



helt oplagt tema for alle de 22 medicinske læger, som var diskussionspartnere på workshoppen. Men med støtte fra italienske og engelske deltagere lykkedes det at overbevise mødet om at medtage et særskilt afsnit om seksuallivet som hiv-smittet.

Udgivelsen

Det forventes at retningslinierne ligger klar til udsendelse i slutningen af året. Men nedskrevne retningslinier alene gør det ikke. Selvom det er WHO, der lægger navn til, er der ingen garanti for at de bliver implementeret i lande, hvor reproduktiv sundhed ikke (og slet ikke reproduktiv for hiv-smittede) er et prioriteret område. WHO har derfor valgt den bureaukratiske detalje ikke at kalde retningslinierne for 'guidelines', men betitlet papiret en 'protokol': En protokol er et dokument med større vægt end retningslinier. Det skulle give det en større chance for at blive oversat og anvendt i de lande, hvor behovet er stort. Kun fremtiden vil vise, om det kommer til at holde stik.

Fotosession: Deltagere ved teknisk konsultation i Stresa, Italien, for WHO.



Anders Dahl er sammen med Mie Carstensen ansat i 'Levekårsundersøgelsen', som gennemføres af Hiv-Danmark.

Årsrapport fra IAVI

Af Morten Eiersted, informationsmedarbejder



Det Internationale AIDS-Vaccine Initiativ (IAVI) har udgivet årsrapport for 2004.

IAVI har siden 1996 arbejdet på at få aids-vaccine på den globale dagsorden. Dette sker i et samarbejde med 23 forskellige lande verden over og baserer sig på vidensdeling, økonomisk støtte, fortalervirksomhed og på at gennemføre programmer.

I 2004 har IAVI vedtaget en ny plan for 2005-2007. Planen har fokus på at fremskynde udviklingen af vaccinekandidater og udvide muligheder for test. Et andet fokus er på at støtte fortalervirksomhed og et tredje på offentlig bevågenhed.

Status for 2004 er, at IAVI har været involveret i test af fire vaccinekandidater (rAAV-HIV, ADVAX, DNA.HIVA og MVA. HIV) på forsøgspersoner i otte forskellige lande.

I kliniske forsøg har IAVI i 2004 støttet udviklingen af fire andre kandidater.

2004 Annual Progress Report



Økonomi

I 2005 har den danske stat ydet støtte via DANIDA-midler på i alt 10 mio. DKK. Til dato har IAVI samlet modtaget 380 mio. USD (2.365 mio. USD). Det forventede forbrug frem til 2009 skønnes at være 654 mio. USD, hvilket betyder, at IAVI skal ud og hente knap 270 mio. USD for at nå sine mål for 2009.

Kafe Knud En hyggelig aften i godt selskab ...

En cafe i hiv/aids-miljøet

Kafe Knud – Skindergade 21. kld. – 1159 K – T 33 32 58 60



Positive Prevention

By Morten Eiersted, Information Officer

On the 5. of September Hiv-Danmark hosted a Nordic HIV Conference on Positive Prevention.

The traditional way of speaking about prevention becomes less clear viewed from the perspective of people with HIV.

Over the first 20 years of the HIV epidemic, prevention efforts have mainly been directed towards education of HIV-negative people about the risk behaviours or to people at risk. Issues faced by people with HIV in maintaining safer behaviours has rarely been considered.

In Denmark in the mid nineties the Face campaigns about care and understanding for people with HIV were directed towards the general population. Efforts to embrace people with HIV have been given through grants, which e.g. Hiv-Danmark, STOP AIDS, Positivgruppen, former Aids-Info/Fyn have recieved.

This significant gap in prevention theory and programming appears, in part, to have arisen out of concern about further increase of stigmatisation of people with HIV.

But as people with HIV due to HAART continues to live longer and healthier lives, the prevention for people with HIV requires renewed attention.

While some of the early issues on HIV have been dealt with, positive prevention twine support and prevention together not as two distinct entities, but that from the point of view of people with HIV, as a part of a continuum.

Positive prevention, hence, implies the doubleness of prevention for people with HIV and prevention in the context of reducing new incidenses of HIV.

Similarly, there is a linkage between treatment and prevention. People with HIV who are taking their medicine and effectively managing their HIV infections are less infectious and therefore less likely to transmit the virus. Services that assist individuals in the management of their treatment, and the physical and psychosocial issues that arise from the effective treatment, also contribute to HIV prevention.



The basic elements

At the Nordic AIDS-Conference in Copenhagen Professor in Social Psychology Seth C. Kalichman, University of Connecticut (US), gave a lecture on positive prevention. He has revised a book on positive prevention, which the American Centre for Disease Control published this year.

The elements of prevention for people with HIV cuts into five different areas: Early diagnosis of HIV infection, improved access to care and utilisation of care, improved quality of care, improved adherence to treatment and implemented interventions to reduce risk behaviors.

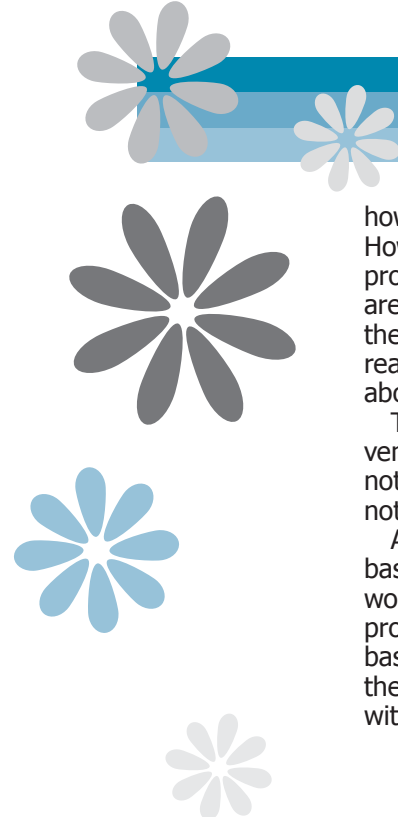
Like any major change it raises new concerns and questions about the future.

The expansion of public health efforts to diagnose undetected HIV infections raises practical and ethical issues of providing adequate care for those who are tested positive. In Denmark as in other Westeuropean countries this is not problematic compared with other countries. But Denmark the non-avabile Quick-Test prolonges to some extent efforts on early detection.

Improved access to care and the question of adherence are intertwined. In Denmark the free access to treatment is a vital contribution to prevention. But as important it is to recognize that people with HIV share some common experiences, people with HIV are not a homogeneous population. For example, the challenges met by women with HIV are different to those of men. As in the case for homosexuals, ethnic minorities drugusers or other subgroups in society. There is no simple answer on



Morten Eiersted



how to address these different issues. However, a wide range of intervention programmes and public health activities are needed that vary in terms of when they engage people with HIV, where they reach people, and how they seek to bring about behavior change.

The process of adapting existing interventions or developing new strategies is not necessarily straightforward and may not always be successful.

As health departments, community based organisations and other groups work together in implementing these programmes, it is essential that they are based on science although sensitive to the needs and perspectives of people with HIV.

Interventions to reduce risk behaviors is hence the last query. Placing greater emphasis on messages that encourage self protection may fail to motivate behaviour change among people with HIV. On the other hand too strong an emphasis on protecting others might contribute to stigma.

But uninfected people have a responsibility to discuss HIV with their partners, avoid high-risk behaviors and protect themselves from contracting HIV.

It is essential to remember that preventing HIV transmission is not the sole responsibility of only one group.

Why is counseling preventative?

By Morten Eiersted, Information Officer

Anders Dahl is an anthropologist and councillor at the Danish AIDS Hotline. He is interviewed on behalf of an article published in eNable no. 11. See ENAH for further information.

Anonymous counseling (telephone counseling e.g. AIDS-Linien) has been a major agent in the general prevention in the western world for the past 15-20 years.

The challenge for the hotlines is 'not just to provide information', but to improve the counseling on safe sex behavior.

In a counseling session of maybe 15-20 minutes it is not possible to uncover the personality of the individual, norms and values and so forth. But it is indeed possible to focus on the difficulties in each individual case and

let the caller look for the answers. Being aware of difficulties in the past can support a behavior change in the future.

Generally, the populations in the western world are well informed on HIV and condom-use. But research has shown that for very many people it is difficult to change the sexual behavior or maintain safe sex behavior.

The reason for unsafe sex is rarely lack of knowledge on hiv and modes of transmission. And further; many people think of their unsafe sexual behavior as a mistake or 'a slip' (and not a decision), because safe sex and condom use often is viewed as 'easily done' – it is just to put on a condom!

Experience shows that the callers themselves rarely bring up the difficulties of safe sex. For the individual it may, however, be of great importance for the future behavior, to be aware of the considerations/difficulties he/she has in these situations. The counsellor does not have the solutions to the difficulties of the individual caller. The counsellor can, however, act as a catalyst for the individual's consciousness of the problems, and thereby bring about the possibility of a future change of behavior. It is therefore important that the counsellors – whenever possible – bring up the subject.

Rio: Ny medicingruppe på vej

Af Michael Nord, www.hiv.dk, og Bent Hansen, sekretariatschef

International hiv/aids-konference i Rio

I dagene fra den 24. til den 27. juli samledes 5.500 forskere og læger samt repræsentanter fra medicinalindustrien, hiv/aids-organisationer og pressen til konference i Rio.

Konferencens overordnede tema var 'hiv-infektion og behandling'. Det er 3. gang, at International Aids-Society indbyder til denne type konference, og det er nu planen, at konferencen også fremover skal afholdes i ulige år alternerende med den store internationale hiv/aids-konference, som i 2004 blev afholdt i Bangkok og som i 2006 afholdes i Toronto.

Optimistiske forskere

Allerede fra begyndelsen af konferencen var der optimisme at spore hos forskerne og blandt repræsentanterne fra medicinalindustrien. De kunne alle berette om en bred vifte af nye, lovende stoffer, som er på vej. De nye stoffer tilhører alle som udgangspunkt én af de 4 kendte medicingrupper, der udgør elementerne i kombinationsbehandlingen af hiv: 1) Nucleocid Analoger (NRTI), 2) Proteasehæmmere (PI), 3) Non-nucleocid Analoger (NNRTI), 4) Fusionshæmmere. De gode nyheder i forbindelse med de nye, kommende stoffer er, at antallet af piller til stadighed bliver mindre, de skal ikke tages så tit og bivirkningerne er begrænsede. Hertil kommer, at hiv-smittede, som har været i behandling i en række år, og som måske nu oplever, at deres hidtidige behandling ikke fungerer så godt længere, kan se frem til nye kombinationsmuligheder, så deres behandling igen bliver effektiv.

Ny medicingruppe på vej

Fælles for de 4 'gamle' medicingrupper er, at de alle angriber hiv på forskellige stadier i formeringsprocessen og på den måde hæmmer virus i at udgøre en stadig større mængde i kroppen. Imidlertid gennemføres i øjeblikket en række forsøg med at udvikle en ny type medicin, som ikke skal angribe selve virus, men i stedet neutralisere eller lamme nogle særlige stoffer, som sidder på CD4-cellens overflade, og som hjælper hiv med at trænge ind i cellen. Hvis man får held til at fremstille medicin,

som kan forhindre hiv i at trænge ind i CD4-cellen og formere sig, får vi endnu et vigtigt middel til at bekæmpe hiv.

Den ny medicingruppe har ikke fået noget navn endnu, men på konferencen blev disse stoffer kaldt 'antagonister'. Ikke mindre end 3 store medicinalfirmaer konkurrerer om at komme først med forhåbentlig lovende resultater af deres forsøg med de nye stoffer.

Microbicider går i luften

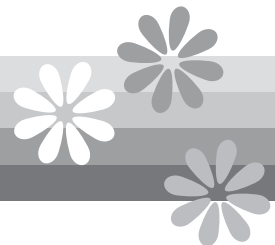
Siden den store aids-konference i Barcelona i 2000, hvor det Internationale Partnerskab for Microbicider (IPM) introducerede sig selv og deres tanker om at udvikle et kvindekontrolleret præventionsmiddel, er det gået rigtigt stærkt. Ikke færre end 15 forsøg kører lige nu eller er ved at blive sat i gang. Der er store forhåbninger til at man kan udvikle et produkt, som kan beskytte slimhinden i skeden og/eller anus mod indtrængning af hiv. Dog er IPM og andre organisationer og udviklere klar over, at det ikke nytter at lade kvinden alene beslutte sig for, om hun vil bruge et microbicide produkt eller ej. Hvis manden, ved seksuelt samkvem, mærker, at hun bruger et sådant produkt kan dette skabe mistro mellem partnerne. Dog ser IPM og andre en stor fordel ved microbicide anvendelse f.eks. på bordeller.

Vaccineforsøg på fuld skrue

Det Internationale Aids Vaccine Initiativ (IAVI), medicinalvirksomheder og andre organisationer har fuld skrue på vaccineforsøgene verden over. Ikke færre end 23 vaccineforsøg foregår lige nu i lande som USA, i Europa, Uganda, Kenya, Sydafrika, Indien, Thailand, Kina m.fl. To produkter er i fase-3 forsøg og resultaterne fra disse afventes i løbet af 2006-7. Nogle af forsøgene afprøver helt nye teknologier, og i Belgien og Tyskland afprøver IAVI i et fase-1 forsøg et adeno-virus (kaldet AAV). Dette AAV produkt er udviklet af Children's Research Institute i Ohio, USA i samarbejde med den amerikanske virksomhed Targeted Genetics. IAVI støtter forsøg med produktet, som nu afprøves på studerende ved universiteter i Hamborg, Bonn og Bruxelles.



Bent Hansen





Michael Nord

Nye teknologier giver 3. verden bedre testmuligheder

På IAS konferencen i Rio præsenterede en række firmaer deres bud på, hvordan fattige lande i fx Afrika i fremtiden vil kunne teste befolkningen, dels for hiv, men også måle virusmængde i blodet.

Metoden vil give lægerne viden om den pågældende skal sættes i behandling eller ej. På længere sigt vil billige metoder til resistensmåling også være på vej.

Siden den store AIDS konference i Durban, Sydafrika i 2000, har verden været fokuseret på skævheden mellem rige og fattige lande, hvad angår adgang til kombinationsbehandling. Nu er op mod 1 million mennesker verden over i behandling. Langt fra WHO's mål om, at 3 millioner skulle være i behandling i 2005, men dog alligevel et fremskridt. Dette stiller selvfølgelig også krav til at give læger og sygeplejersker i fattige lande adgang til lette og frem for alt billige diagnosticeringsværktøjer. To firmaer viste deres produkter ved Rio konferencen. Magazinet har talt med dem begge.

Hiv-test i landområder

Det amerikanske firma, Chembio, har udviklet en hiv-test, som kan bruges overalt i verden. Den hurtige test er løsningen på steder, som ikke har laboratorium eller i landområder, hvor testpersonen ikke kommer tilbage for at få svaret. Produktet 'Sure Check' giver hurtigt og sikkert et testresultat. Med en enkelt dråbe blod fra fingeren kan dette testkit

give lægen eller sygeplejersken et hurtigt svar. Produktet sælges ikke til det private marked, fastlår Chembio.

– Vi samarbejder med UNAIDS og regeringer verden over, siger salgschef Avi Pelossof. Vores formål er at hjælpe de fattigste lande, som har brug for at kunne teste store dele af befolkningen. Der kommer vores testkit ind som en hjælpende hånd.

Behandlingsstart kræver også test

For at kunne sætte en patient i kombinationsbehandling må den behandlende læge nødvendigvis vide, hvor stor virusmængde den pågældende patient har i blodet. Bor vedkommende langt fra sygehus eller laboratorium, kan dette være vanskeligt at måle. Efter vedkommende er sat i behandlingen vil lægen også gerne kunne se, hvordan virusmængden i blodet opfører sig, går den op eller ned. Med et testkit til at måle virusmængde fra det hollandske firma Primagen, kan dette nu lade sig gøre, også under primitive forhold og langt fra alfarvej. Primagen har udviklet et testkit, som med en enkelt blodprøve kan måle mængden af virus i blodet. Dog skal prøven sendes til et laboratorium i Holland for at blive målt. Svarene sendes tilbage via e-mail. Men læger eller distriktssygeplejersker kan samle en mængde prøver og sende dem samlet til laboratoriet.

– Vores næste produkt bliver en billig og nem resistensmåling, siger Sebastian van den Broek fra Primagen, til Magazinet. Og vi er også ved at gøre det muligt for et land fx selv at foretage målingerne, således at prøverne ikke skal sendes helt herop til Holland i fremtiden, siger han.



Jesusfiguren i Rio
(Foto: Michael Nord)



Rio fortsættes på næste side

Tre skarpe til dansk hiv-professor

Den nyudnævnte danske professor i infektionsmedicinsk epidemiologi, dr. Jens Lundgren, Hvidovre Hospital, og leder af den internationale forskningsafdeling i København, CHIP (Copenhagen HIV Programme), var med på konferencen i Rio. Magazinet's udsendte rapporter, Michael Nord, stillede tre skarpe spørgsmål på konferencen.

Hvad betyder IAS-konferencen for dig som læge og forsker?

– For mig personligt betyder konferencen mulighed for at mødes med de læger og forskere verden over, som jeg i CHIP har samarbejdet med. Så naturligvis får jeg arrangeret et par møder i forbindelse med denne konference, herunder spe-

cifikt med CHIPS kontakter i USA og Sydamerika. Når vi nu alle skal rejse så langt, kan vi lige så godt mødes under disse omstændigheder alligevel.

Hvordan ser fremtiden ud for hiv-behandlingen?

– Det er interessant at observere, at patentet for en række af de 'gamle' stoffer, vi bruger, udløber inden for de næste 5 år. Medicinalfirmaerne vil forsøge at genlancere disse gamle stoffer i nye kombinationer. Men det betyder selvfølgelig også, at det kommer til at stå frit for andre virksomheder at producere disse stoffer, som ikke længere er patentbeskyttet. Det betyder så, at prisen for hiv-behandling vil falde, også i vesten. Adgangen til behandling i den 3. verden vil forbedres på sigt som en konsekvens af dette – omend det vil tage lang tid.

Ændrer det den nuværende hiv-behandling?

– De næste fire år vil også vise os resultaterne af de mere end 20 stoffer, som lige nu er i forskellige fase 1-3 forsøg.

Nogle af dem vil komme ud på den anden side og blive til nye lægemidler, og andre af dem vil ikke. Men det vil ikke betyde så meget for den eksisterende behandling, mere for hvordan vi sætter nye patienter i behandling. Her ser jeg nogle nye spændende kombinationsmuligheder, igen med færre piller, og forhåbentlig færre bivirkninger.

Men igen skal man jo som læge tænke på, hvad er bedst for min patient her og nu. Man kan ikke vente og se, hvilke produkter der kommer næste år, hvis patienten har brug for behandling her og nu. Vi må jo også konstatere, at monobehandling (med et enkelt stof, red.) ikke virker. Derfor er vi nødt til at vente til, vi har nye stoffer fra i hvert fald tre medicinklasser.



Foto: Michael Nord



Language and Communication

By Beauty Chanda Petersen

Many ethnic minorities have difficulties in learning Danish, and it's not all ethnic minorities, who has English as their first or second language. As a result it is often assumed that they will have problems in understanding spoken or written information.

The reality, however, is that they tend only to have difficulties with particular regional phrases and idioms, which would be obviously unfamiliar. They are usually capable of understanding the language as a whole.

Due to this misunderstanding many HIV workers tend to speak extremely slow or with raised voices in an attempt to make themselves understood. This can in turn be quite intimidating for clients,

who already may be feeling intimidated by new surroundings, newly diagnosed, familiarising themselves with new systems a.s.o. As a result clients may choose not to look stupid. The reality is that in many cases, it is the HIV worker, who has difficulties in understanding the client.

It should be noted that in many African cultures, it is considered impolite to look someone directly in the eyes.

In Denmark on the other hand, looking someone in the eyes is considered an important part of non-verbal communication. Failing to do so can often be misinterpreted as rudeness, inattentiveness or general lack of understanding of what is being said.

One possible way of avoiding this difficulty is to offer services or at least literature in the clients own language.

On the 25th of April Center for Prevention, National Board of Health, held a seminar on ethnic minorities and sexual transmitting infections. The question about language and communication was raised and Beauty Chanda Petersen comments it in this column.

Hiv-Danmark

Formand Henrik Arildsen
træffes via Hiv-Danmark på
T 33 32 58 68

Sekretariatet

Bent Hansen, Morten Eiersted,
Carsten Fohlmann, Gunnar
Sørensen & Jørgen Lund. Mie
Carstensen & Anders Dahl
Skinderg. 44, 2., 1159 Kbh K
T 33 32 58 68 (hverdag
10-15)
F 33 91 50 04
info@hiv-danmark.dk
www.hiv-danmark.dk

Rådgivning Øst: Sjælland/ Øerne

Sekretær Marianne Ambus
Solveig Røt & Allan Sørensen
Skinderg. 44, 1., 1159 Kbh K
T 33 32 58 60 (hverdag
10-14,
F 33 91 50 04 undt. fredag)
raaodest@hiv-danmark.dk
www.hiv-danmark.dk

Rådgivning Vest: Jylland/Fyn

Sekretær Kirsten Sattrup
Charlotte Kehlet, Preben
Rehr & Anders Røge,
Kannikeg. 18, 8000 Århus C
T 70 22 58 68 (hverdag 9.30-
F 86 19 11 56 14.30)
raadvest@hiv-danmark.dk
www.hiv-danmark.dk

Nordjyllands og Viborg Amter

Aalborg Sygehus Syd
T 21 29 13 12

Århus og Ringkøbing Amter

Kannikeg. 18, 8000 Århus C
T 70 22 58 68

Vejle og Ribe Amter

Blegbanken 3, 7100 Vejle
T 40 41 43 50

Fyns og Sønderjyllands Amter

Jernbaneg. 16, 5000 Odense
T 70 22 58 68

Kafe Knud

Ane Lillegaard
Skinderg. 21, kld., 1159 K
T 33 32 58 61
kafeknud@hiv-danmark.dk
www.hiv-danmark.dk

AktHIVhuset

Kirsten Sattrup
Kannikeg. 18, 8000 Århus C
T 86 18 16 46, F 86 19 11 56
mail@akthivhuset.dk
www.akthivhuset.dk

Medlemsforening

Brugergruppen i AktHIVhuset
Kontakt Aktivhuset

Brugergruppen på Skejby

Afd. Q, Brendstrupgårdsvej
100, 8200 Århus N, T 89 49
83 34, bet@sks.aaa.dk

Bøssegruppen

Kontakt Rådgivning Vest

Danmarks Bløderforening

Frederiksholms Kanal 2, 3.
1220 Kbh K
T 33 14 55 05, F 33 14 55 09
dbf@bloderforeningen.dk
www.bloderforeningen.dk

Foreningen af 1. dec. 1995

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

Positivgruppen

Tesdorpsvej 23, 2000 Frb C
T 38 86 32 33, F 38 86 11 66
positivgruppen@email.dk
www.positivgruppen.dk

Solstrålerne

c/o Positivgruppen, Tesdorpf-
svej 23, 2000 Frb C,
M 20 73 07 37
solstraalerne@yahoo.dk
www.solstraalerne.dk

Andre Adresser

Abantulife

v/Beauty Chanda Pedersen
T 86 37 29 79

AHASG (African HIV/AIDS

Support Group) v/Ali Talib
T 26 81 50 90,
atas@get2net.dk

AIDS-Fondet

Carl Nielsens Alle 15 A,
2100 Kbh Ø
T 39 27 14 40, F 39 27 13 40
Giro: 000 12 60
info@aidsfondet.dk,
www.aidsfondet.dk

AIDS-Linien

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

AidsNet

se Sex & Samfund

Brugergruppen på Hvidovre

Afd. 144 v/Gitte Agner, Kette-
gårds Allé 30, 2650 Hvidovre,
T 36 32 28 55
brugergruppen@email.dk
Brugergruppen på OUH
Nederg. 36,5000 Odense,
T 63 14 28 14

Brugergruppen på Rigsho- spitalet

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

Cross-Over

Ll. Kirkestr. 3, 2, 1072 Kbh K
T 36 31 04 04, F 36 31 04 03
info@cross-over.dk

Den Folkekirkelige Aidstje- neste

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

HivInfo

postboks 1132, 1009 Kbh K
hivinfo@hivinfo.dk,
www.hivinfo.dk

Hiv-Pensionatet

Antoinettevej 1, 2500 Valby
T 36 30 51 50,
info@hiv-pensionatet.dk
www.hiv-pensionatet.dk
InitHIV-Gruppen
Skoleg. 6, 3770 Allinge,
T 56 48 28 58

Kvinde- og Mandegruppen

(for heteroseksuelle) Odense
Universitetshospital
Kirsten Misser, T 65 41 35 90

Navneprojektet

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

Sex & Samfund

Rosenørns Allé 12, 1.,
1634 Kbh V
T 33 93 10 10, F 33 93 10 09
info@sexogsamfund.dk
www.sexogsamfund.dk

Center for Sex og Sundhed

Jernbaneg. 16, 5000 Odense
T 63 14 28 14, F 65 91 17 55
info@sexog sundhed.dk
www.sexog sundhed.dk

Specialinstitutionen Forch-

hammersvej
Forchhammersvej 18,
1920 Frb C
T 35 36 22 85

STOP AIDS

Postboks 190, 1006 Kbh K
T 33 11 29 11, F 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
T 36 31 08 08, M 26 47 11 49
F 36 31 04 03, info@ticc.dk

Café TrHIVsel – For folk berørt af hiv på Fyn

Mandag 14-21 Jernbaneg. 16, 2. – 5000
Onsdag 13-17 Odense C – T 63 14 28 20

Gratis spising hver mandag fra kl. 18, husk
tilmelding senest onsdagen før. Fem til seks
gange om året afholdes en debataften.
Besøgsvennetjenesten Hiv-nettet. Hør nær-
mere på T 63 14 28 20.

Center for Sex og Sundhed
hiv • rusmidler • risikoadfærd
www.sexogsundhed.dk

Noaks Ark Malmö

Mandag til torsdag kl. 10.00-17.00
Fredag kl. 10.00-16.00

Frokost tirsdag til fredag: 30 SEK. Tilmelding
dagen før.
Södergatan 13, Malmö. T +46 40 611 52 15

Hiv-Pensionatet

I smukke og rolige omgivelser tilbyder vi
samvær, fællesskab, sund og rigtig kost til
hiv-smittede, der har behov for at genvinde
manglende kræfter eller blot have en pause.
Vi har ti års erfaring i at yde professionel
omsorg og psykosocial støtte, når livet »gør
ondt«, er kaotisk og svært.

Hiv-Pensionatet er et bo- og værested for
både kvinder og mænd, der er ny-smittede
eller har været hiv-smittede i længere tid.
Med udgangspunkt i den enkeltes ønsker og
behov yder vi hjælp til selvhjælp.

Kontakt pensionatets leder, Marianne Linér,
på tlf. 36 30 51 50 og få mere information
eller send en e-mail til info@hiv-pensionatet.
dk. Se mere på www.hiv-pensionatet.dk

Bestyrelse 2005-2006

Henrik Arildsen, formand
Niels Pedersen, næstformand
René Laursen, kasserer
Peer Aagaard
Helle Andersen
Allan Aagaard
Frank Bentin, suppleant
Pia Vilhelmsen, suppleant

Bestyrelsesmøder

17.09.2005 Århus
15.10.2005 København
04.-06.11.2005 København
10.12.2005 København
04.02.2006 København
11.03.2006 København
22.04.2006 Årsmøde, Århus

KAFE KNUD

Skinderg. 21, kld – 1159 Kbh K
T 33 32 58 61

Onsdag-fredag kl. 14.00-22.00
Køkken åbent kl. 18.00-20.30

– Et sted for folk berørt af hiv

Tirsdag, d. 13.9.

Gl.dags oksesteg m/varm waldorfsalat
V:Ovnstegte montebellosvampe m/ost

Onsdag d. 14.9.

Kalvefrikasse m/bagte kartofler
V:Kartoffelomelet

Torsdag d. 15.9.

Cæsarsalat. V:Pasta gorgonzola
Gitte holder afskedsreception fra kl. 17.00

Tirsdag d. 20.9.

Frikadeller m/ovnbagte rødbeder
V:Langtidsbagte bøftomater

Onsdag d. 21.9.

Svinekoteletter m/græskinspireret kartoffelpure. V:Pasta pesto

Torsdag d. 22.9.

Fiskefrikadeller m/pickles

Tirsdag d. 27.9.

Lasagne m/u kød

Onsdag d. 28.9.

Lammefrikadeller. V:Fyldte peberfrugter

Torsdag d. 29.9.

Hvidvinsdampet laks

Tirsdag d. 4.10.

Hamburgryg m/årstidens rodfrugter
Krydderurteomelet m/rejer

Onsdag d. 5.10.

Ovnstegt kylling m/toscansk brødsalat
V:Svampepizza

Torsdag d. 6.10.

Mørbrad m/couscoussalat
Ristet makrel m/bønnesalat

Til alle retter serveres hjemmebagt brød & salat. Priser: forret & dessert 30 kr., hovedret 60 kr. 'V'=Vegetar. Der kan bestilles bord på T 33 32 58 61.

Kafe Knud kan lejes/lånes til forskellige formål: Brug cafeen til pressemøde, kursussted, møde, foredrag, fester, middagselskaber eller receptioner. Vi formidler gerne kokke og tjenere.

Udstiller i september og oktober er Maj Skadegaard.

Gitte Kristiansen

har efter 3 år valgt at stoppe i Kafe Knud.

Hun ønsker at koncentrere sig om at gøre sit teologistudium færdigt.

Hiv-Danmark vil gerne takke Gitte for hendes store indsats i cafeen.

Henrik Arildsen afløser Gitte Kristiansen i Kafe Knud. Torsdag den 15. september fra kl. 17.00 holder vi afskedsreception for Gitte. Du er velkommen!



AktHIVhuset

Tirsdag 11.00-16.00

Onsdag 11.00-16.00

Torsdag 11.00-16.00

Kannikegade 18 – 8000 Århus C
T 86 18 16 46

Café

Hiv-Café hver tirsdag 19.00-22.00.
Åben Café hver torsdag 14.00-17.00.

Grupper

AktHIVisterne og Kvindegruppen mødes jævnligt.

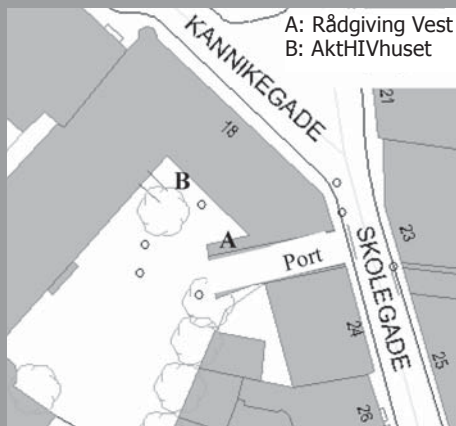
Tirsdagsmenu

Hiv-gruppen mødes til fællesspisning hver tirsdag, kl. 18.00. To retter for 40 kr. Tilmeld dig senest søndagen før på T 86 93 68 00 eller på e-mail: primitivo@webspeed.dk

Det er muligt at invitere en pårørende med om tirsdagen til spisning og café.

Ny adresse

Rådgivning Vest og AktHIVhuset er flyttet til nye lokaler i Kannikegade 18 (gården) den 1. september 2005. Du finder Rådgivning Vest og AktHIVhuset ved at gå gennem porten i Skolegade (se ill.)



A: Rådgivning Vest
B: AktHIVhuset

**Rådgivning Vest
Fyn og Jylland**
Kannikegade 18, 8000 Århus C
Henvendelse på T 70 22 58 60
mandag-torsdag (9.30-14.30)

**Rådgivning Øst
Sjælland og Øerne**
Skindergade 44, 1., 1159 Kbh. K
Henvendelse på T 33 32 58 60
mandag-torsdag (10.00-14.00)

Hiv t Hiv-chat

Anonym chat mellem
hiv-smittede på
www.hivinfo.dk
hver tirsdag ml. kl.
20.00 og kl. 22.00.

Husk dit spørgeskema til Levekårsundersøgelsen

I Magazinet i maj 2005 blev undersøgelsen 'Levekår og livskvalitet blandt hiv-smittede i Danmark', som Hiv-Danmark påbegyndte 1. april 2005, omtalt.

Undersøgelsens spørgeskema er nu færdigt og vil i starten af september måned blive distribueret til de otte hiv-behandlende ambulatorier i Danmark. Spørgeskemaet findes i en dansk og en engelsk udgave og vil blive uddelt til alle hiv-smittede, som i løbet af de næste syv måneder kommer til kontrol på ambulatorierne.

Undersøgelsen foregår i et samarbejde med Den Danske Hiv-kohorte, hvilket bl.a. har gjort det muligt, at få den distribueret via ambulatorierne.

Næste gang I kommer til kontrol på ambulatoriet, vil I derfor få udleveret et spørgeskema, som vi håber, I vil hjælpe os ved at udfylde. Ved at besvare spørgeskemaet for I en unik mulighed for at gøre opmærksom på områder, hvor I synes det er vanskeligt at være hiv-smittet, og hvor I mener, der er behov for ekstra fokus.

I kan enten vælge at udfylde det med det samme på afdelingen og aflevere det i en postkasse der. Eller I kan tage det med hjem og returnere det i den frankerede svarkuvert, der bliver udleveret sammen med spørgeskemaet. Undersøgelsen foregår selvfølgelig anonymt.

Spørgeskemaundersøgelsen skal bruges til at skitsere nogle aktuelle problemstillinger – altså hvordan livet i dag ser ud som hiv-smittet. Det kunne også være interessant, at undersøge de mere historiske aspekter af, hvordan det har været at leve som hiv-smittet i 1980'erne og 1990'erne. Men da undersøgelsens formål er, at kunne pege på problemer og vanskeligheder i dag – med det formål at kunne foreslå forbedringer eller ændringer i indsatsen – er mange af spørgsmålene begrænset til at handle om nutiden og ikke om 'gamle dage'.

I skal forvente, at det tager mellem 30-40 min. at udfylde spørgeskemaet. Vi håber, at så mange som muligt deltager i undersøgelsen, så de efterfølgende resultater kan være med til at give et klart billede af hvilke områder, der er behov for en yderligere indsats for at forbedre hiv-smittedes levekår og livskvalitet.

Hvis I ønsker mere information om undersøgelsen og spørgeskemaet eller har behov for hjælp til at udfylde spørgeskemaet, er I meget velkomne til at kontakte Anders Dahl og Mie Carstensen i Hiv-Danmarks sekretariat på tlf. 33 32 58 68 eller email: anders@hiv-danmark.dk og mie@hiv-danmark.dk

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