

SENTESTERE

– En undersøgelse blandt hiv-smittede i Danmark





SENTESTERE

– En undersøgelse blandt hiv-smittede i Danmark

Anders Dahl og Morten Rye Eiersted
November 2010, Hiv-Danmark
ISBN 978-87-985567-6-3

Hiv-Danmark
Skindergade 44, 2.
1159 København K

T 33 32 58 68
info@hiv-danmark.dk
www.hiv-danmark.dk

Om rapporten

Alle procent-tal i tabeller er rundet op eller ned til hele tal, hvorfor nogle af total-tallene kan være over eller under 100.

Der er seks respondenter, der har svaret at de er blevet konstateret hiv-smittede før 2003 og seks andre respondenter, der har svaret, at de er blevet konstateret smittede med et CD4-tal over 200. På listen fra DHK over personer, der skulle have spørgeskema udleveret, har kun figureret personer, der er begyndt i kontrol eller behandling efter 1. januar 2003 med et CD4-tal, der er mindre end 200. Disse 12 personer kan altså enten have udfyldt skemaet forkert, skemaet kan have været udleveret til sentestere, der ikke skulle have haft det udleveret, eller de pågældende kan have været testet positive uden at begynde med kontrol eller behandling¹. Da vi ikke har haft mulighed for at afgøre, hvorfor spørgeskemaerne er udfyldt, som de er, da disse besvarelser i øvrigt ikke adskiller sig fra de øvrige besvarelser, og da dette er en eksplorativ undersøgelse, der ikke skal give endelige svar men pege på mulige forklaringer på sen testning, har vi valgt at medtage disse 12 spørgeskemaer i analyserne.

Anvendte forkortelser

DHK	Den Danske Hiv-Kohorte
MSM	Mænd, der har sex med mænd
SSI	Statens Serum Institut

1. Der er dog fire af de seks, der har svaret et tidligere tidspunkt for konstatering af hiv end 2003, der samtidig har angivet et CD-4 tal, hvilket ikke gør det sandsynligt, at denne sidste mulighed er forklaringen.

FORORD

Ideen til denne undersøgelse blev undfanget en sen eftermiddag i efteråret 2008 i Hiv-Danmarks sekretariat. Det havde på det tidspunkt været tydeligt i flere år, at mange mennesker konstateres hiv-smittede med et lavt CD-4 tal, så lavt at de pågældende straks sættes i behandling. Og hvis de havde fået foretaget en hiv-test tidligere, ville de også have fået tilbudt behandling tidligere.

En række initiativer var på det tidspunkt ved at blive sat i gang, både for at nedbringe 'mørketallet' og for at reducere antallet af personer, der konstateres smittede med et lavt CD-4 tal. Som så mange gange før diskuterede vi, hvorfor ingen nogensinde havde spurgt de mennesker, der blev konstateret med et lavt CD-4 tal, hvorfor de ikke havde valgt at blive testet tidligere. Og så var det, vi satte os ned og begyndte at lave en konkret projektskrivelse – som altså i den anden ende nu munder ud i denne rapport.

Der er mange, der skal takkes for deres hjælp undervejs i dette projekt, for det havde ikke kunnet gennemføres uden hjælp 'udefra'. Først og fremmest er det læger og sygeplejersker på de otte hiv-behandlende centre. Vi ved, hvor besværligt det kan være, særligt på de store afdelinger, at skulle organisere logistikken med udlevering af spørgeskemaer, men på alle otte centre var man straks med på ideen om at udlevere spørgeskemaer, der handlede om 'forklaringer på sen hiv-testning'. Alle fandt, at dette var et vigtigt emne at få belyst.

Arbejdet med at finde de journaler, der tilhørte de personer, der skulle have spørgeskemaet udleveret, ville have været arbejdskrævende og omkostningsfuldt, hvis ikke Den Danske Hiv-Kohorte (DHK) ved overlæge Niels Obel velvilligt havde påtaget sig arbejdet med at finde DHK's løbenumre på relevante personer i DHK's database og sende disse løbenumre direkte til afdelin-

gerne. Så behøvede man ikke at gennemgå alle journaler, men kunne blot ud fra listen finde frem til de journaler, hvori der skulle lægges spørgeskemaer.

Vi skylder også en tak til de fagpersoner, som delte deres viden med os i den indledende fase af projektet og til Hiv-Danmarks rådgivere i Rådgivning Øst, som var behjælpelige med at finde relevante interviewpersoner til de indledende kvalitative interview.

Vi har i forløbet også haft stor hjælp af to antropologer, Katrine Villadsen og Nina Finch, som har hjulpet os med at søge litteratur og med at gennemgå og diskutere tabeller og statistik og udfordret os på den måde, som vi tolkede vores tal og historier.

Også Astrid Kiil, cand.oecon og ph.d.-studerende ved IST, Forskningsenheden for Sundhedsøkonomi på Syddansk Universitet, skal have stor tak for hendes hjælp med at vejlede os gennem P-værdier, minimumscount, og hvad der ellers hører den statistiske verden til!

Afdelingslæge Susan Cowan fra Statens Serum Institut skal heller ikke glemmes. Hun har både stillet Hiv-meldesystemets data til vores rådighed, så vi havde en relevant baggrundspopulation at sammenligne med, og hun har diskuteret mange små og store detaljer med os undervejs i forløbet.

Og endelig skal Trygfonden, AIDS-Fondet og medicinalfirmaerne Bristol-Myers Squibb og Gilead have en stor tak for deres økonomiske støtte til projektets gennemførelse.

Men mest af alt vil vi takke de mennesker, som tog sig tid til at tale med os i den indledende fase af projektet, og de mennesker der senere udfyldte spørgeskemaet og sendte det tilbage til os – uden deres hjælp havde der slet ikke været nogen rapport.

*Anders Dahl & Morten Rye Eiersted
November 2010*

INDHOLD

Kapitel 1	Beskrivelse af undersøgelsen	5
Kapitel 2	Beskrivelse af respondenterne	9
Kapitel 3	Mødet med sundhedsvæsenet	17
Kapitel 4	Personlige barrierer	23
Kapitel 5	Anbefalinger	31
Litteratur		35



1. BESKRIVELSE AF UNDERSØGELSE

Formål

De senere års væsentlige forbedring i behandlingen af hiv-infektionen og den gode prognose for personer i behandling øger fokus på at tilbyde behandling til hiv-smittede inden deres CD-4 tal bliver for lavt. Det karakteriserer sent testede hiv-smittede, at de kommer i behandling sent i deres sygdomsforløb med den deraf øgede risiko for sygdom eller død.

Sundhedsstyrelsen har i 2009 iværksat en række initiativer med det formål at nedbringe det såkaldte 'mørke-tal' (hiv-smittede der ikke har fået foretaget en hiv-test). I november 2009 udsendte styrelsen nye retningslinjer for, hvem sundhedspersonalet fremover aktivt skal tilbyde en hiv-test. De er karakteriseret som personer i særlig risiko for smitte, se boks 1.1. 'Mørke-tallet' skønnes i Danmark at være mellem 500 og 1.000 personer.

Nytten af en tidligere testning er dels en helbredseffekt for den enkelte ved at kunne sætte ind med relevant behandling

og dels en forebyggelseffekt ved at kunne tilbyde rådgivning, der kan understøtte en adfærdssændring hos den enkelte hen mod mere konsekvent sikker sex adfærd. En tidlig testning vil også kunne bidrage til opsporing af relevante kontakter (kontaktopsporing), der kan tilbydes rådgivning og testning. Og endelig har hiv-smittede i behandling mindre risiko for at overføre smitte til andre pga. lavere virus-mængde. Samlet set er tidlig hiv-testning af personer med risikoadfærd således både en fordel for den enkelte (mindre risiko for sygdom og død) og for samfundet (antallet af nysmittede nedbringes).

Der kan herudover være en samfundsøkonomiske fordel ved at hiv-smittede får konstateret deres hiv-status før CD-4 tallet er for lavt. Et canadisk studie (Krentz et al., 2004) har vist at folk, der konstateres smittet med et CD4-tal på under 200, det første år koster sundhedssystemet mere end dobbelt så meget, som folk, der findes smittet med et højere CD4-tal.

Der eksisterer ikke i Danmark nogen viden om baggrunden for og bevæggrundene for, at nogle mennesker vælger at undlade at lade sig hiv-teste; skyldes det mangel på viden om de gode behandlingstilbud, skyldes det angst for kendskab til sin hiv-status, skyldes det, at man vælger at 'leve i lykkelig uvidenhed', skyldes det, at man ikke mener, at man har haft risiko, skyldes det fornægtelse af risiko? – eller skyldes det noget helt femte?

Det er projektets formål at undersøge baggrunden for at ca. en tredjedel af alle hiv-smittede først konstateres smittede på et tidspunkt, hvor de straks tilbydes behandling, for dermed bedre at kunne målrette en indsats der handler om at blive testet tidligere. Undersøgelsen er derfor anlagt som en eksplorativ undersøgelse, dvs. at den søger at udforske mindre kendte forhold, og at den i højere grad sigter

BOKS 1.1. PERSONER SOM AKTIVT SKAL TILBYDES HIV-TEST

1. Mænd, der har sex med mænd, og som ikke konsekvent dyrker sikker sex, bør testes mindst én gang årligt.
2. Patienter, der testes for gonore og syfilis (og andre seksuelt overførte sygdomme, hvor det findes relevant) bør samtidig hiv-testes.
3. Personer fra Afrika, Asien, Sydamerika og Østeuropa bør hiv-testes ved første kontakt med sundhedsvæsenet, uanset årsag til kontakten.
4. Partnere til hiv-smittede.
5. Tidligere og nuværende stofmisbrugere.
6. Alle patienter med Tuberkulose.
7. Alle, der har haft sex med personer fra højrisikoområder eller har været udstationeret her.
8. Patienter med symptomer, som ikke umiddelbart er diagnosticerbare, bør hiv-testes, også når der ikke foreligger kendt hiv-eksposition.

mod at udvikle ideer og forestillinger end at afprøve hypoteser.

Undersøgelsespopulation

Undersøgelsen sætter fokus på personer, der diagnosticeres med hiv med et lavt CD4-tal, og som ikke har en akut hiv-infektion.

I Danmark konstateres knap en tredjedel af alle hiv-smittede (30 %) med et CD4-tal på under 350 (som er indikation på behandlingsstart) og knap hver femte (17 %) konstateres med et CD4-tal på under 200. Dette er dog ikke et isoleret dansk fænomen – i det øvrige Europa ses den samme tendens til, at mange hiv-smittede bliver fundet sent i deres sygdomsforløb.

Det er valgt at foretage undersøgelsen blandt hiv-smittede, der er konstateret med et CD4-tal under 200 for at undgå at få for mange personer med akut hiv-infektion (og deraf følgende lavt CD4-tal) med i undersøgelsen. Og det er valgt at foretage undersøgelsen blandt personer fundet hiv-smittede i perioden fra 1. januar 2003 til ca. 30. juni 2009². Den 1. januar 2003 er valgt som skæringsdato af to grunde: dels har ønsket været, at undersøgelsens respondenter burde have kendskab til de gode behandlingsmuligheder, som har været tilbudt siden 1996, (og som kan være et afgørende argument for at lade sig teste), og dels foretages der på Århus Universitetshospital Skejby en journal-undersøgelse af sentestere med samme skæringsdato, se boks 1.2.

Undersøgelsen omfatter endvidere kun personer, der er fyldt 18 år.

Litteratur

Følgende databaser er blevet gennemgået med henblik på at finde relevant litteratur om sentesterproblematikken:

Statsbiblioteket (søgeord: late testing HIV; life situation, HIV test; late testing, cancer; late presenter HIV)

PubMed (søgeord: HIV test; HIV testing; HIV screening)

Google (søgeord: late testers; late testers HIV; late testers AIDS).

Siden 1996 er der gennemført en række studier af såkaldt psykosociale begrundelser for at lade sig teste eller ikke teste for hiv. Det er disse begrundelser, der i denne undersøgelse kaldes respondenternes 'personlige barrierer' for, at de først meget sent er blevet testet.

Disse undersøgelser har dog generelt det fælles træk, at deres data er svært sammenlignelige og beskæftiger sig hovedsageligt med minoritetsgrupper og særligt udsatte risikogrupper i befolkningen – og det har ikke gjort overblikket lettere, at der først i slutningen af 2009 er opnået europæisk enighed om, hvad definitionen på en sentester er³.

Hovedparten af studierne har fundet sted i USA eller andre engelsktalende lande og har socio-demografisk karakter eller tager afsæt i afkrydsningsskemaer ud fra et fore-

BOKS 1.2. SENTESTERPROJEKTET PÅ CESOIRS

Ved Forskningscenter for Seksuelt Overførte Infektioner og Reproduktiv Sundhed (CESOIRS) på Århus Universitetshospital Skejby er der i 2010 udført en undersøgelse, der i nogen grad lægger sig op ad dette projekt. I undersøgelsen ved CESOIRS har man gennemgået journaler for patienter, som er blevet konstateret hiv-smittede i perioden 2003-2009, for at se nærmere på forskelle mellem sentestere (CD4-tal under 200) og ikke sentestere. Tilsvarende har man undersøgt sentesternes sygehistorier for at klarlægge, om disse smittede personer eventuelt kunne have været identificeret på et tidligere tidspunkt, hvis der f.eks. havde været kontakt med sundhedsvæsenet pga. symptomer relateret til hiv-infektion, men uden at hiv-test nødvendigvis er blevet tilbudt.

Forskellen mellem de to undersøgelser er, at nærværende undersøgelse benytter sig af selvrapporterede data og ser på perioden til og med den første kontakt med sundhedsvæsenet. Derimod har CESOIRS undersøgelsen fokus på de optegnelser, der er gjort ved kontakten med hospitalet og efterfølgende. De to undersøgelser belyser således samme problemstilling på forskellige måder.

I forbindelse med udarbejdelse af spørgeskemaet til denne undersøgelse blev det sikret, at de spørgsmål, som nærværende undersøgelse stiller i spørgeskemaet, kan sammenlignes med de data, som CESOIRS indsamler fra journalerne.

stillet rationale om, hvorfor man undlader at lade sig teste. Nærværende undersøgelse forsøger at kombinere begge disse tilgange.

Der er inden for de seneste år publiceret fire centrale review, hvor en række artikler gennemgås og sammenfattes. Det drejer sig om :

- *Enrico Girardi, C. A. Sabin, A. d. Monforte's "Late Diagnosis of HIV Infection: Epidemiological Features, Consequences and Strategies to Encourage Earlier Testing": Journal of Acquired Deficiency Syndrome, 2007, Vol. 46, (Suppl. 1):3-8,*
- *John B. F. de Wit & P.C.G. Adam's "To test or not to test: Psychosocial barriers to HIV testing in high-income countries": HIV Medicine (2008) 9 (Suppl.2):20-22,*
- *Yasdan Yasdanpanah, J. Lange, J. Gerstoft & G. Cairns' "Earlier testing for HIV – how do we prevent late presentation?: Antiviral Therapy 2010, 15 (Suppl 1):17-24,*
- *Jessika P. D. K. Deblonde, , F. F. Hamers, J. Fontaine, S. Luchters & M. Temmerman's "Barriers to HIV testing in Europe: a systematic review": The European Journal of Public Health 2010, 20 (4):422-432.*

Interview

Efter den indledende litteraturgennemgang blev en række fagpersoner interviewet. Fagpersoner skal i denne sammenhæng forstås som personer, som professionelt arbejder med hiv-smittede og som via deres arbejde kunne have et særligt kendskab til baggrunden for, at nogle personer først bliver testet sent. Der blev interviewet i alt 16 fagpersoner.

På baggrund af litteraturgennemgangen og interviewene med fagpersonerne blev

der udarbejdet en interviewguide og gennemført semi-strukturerede kvalitative interview med syv personer, som er fundet smittet med et lavt CD4-tal.

Interviewpersonerne er blevet udvalgt i samarbejde med Hiv-Danmarks rådgivning i København. Formålet med disse interview var at få indsigt i så mange forskellige typer af forklaringer som muligt, og de skulle derfor – ideelt set – være så forskellige som muligt, dvs. være personer fra provinsen og fra storbyen, der dækkede hetero-, bi- og homoseksuelle, mænd og kvinder, stofbrugere, unge og ældre, personer født i og uden for Danmark, etc.

Der blev endvidere gennemført et gruppeinterview med ca. 13 personer med ikke-dansk baggrund ('cirka' fordi der både kom og gik folk under interviewet!). Dette blev etableret i samarbejde med 'Cross-Over'.

På baggrund af disse interview blev der udarbejdet et spørgeskema til distribution blandt de personer over 18 år, der siden 1. januar 2003 er påbegyndt kontrol eller behandling med et CD-4 tal under 200.

Spørgeskemaer

Alle spørgeskemaerne er blevet uddelt sammen en med frankeret svarkuvert (til en anonym postboksadresse) i forbindelse med kontrolbesøg på de hiv-behandelende centre fra medio september 2009 til udgangen af marts 2010, og de modtagne spørgeskemaer er løbende blevet indtastet i et SPSS databaseprogram⁴.

Ifølge Statens Serum Institut (SSI)⁵ er der i periode fra 1. januar 2003 til 30. juni 2009 konstateret i alt 335 personer, som er blevet fundet smittet med et CD4-tal på mindre end 200. Det er dog kun i 60 % af indbe-

2. Kørslen i DHK er lavet i august 2009, men der kan være en vis forsinkelse i indberetningerne til DHK.

3. Mere end 20 forskellige definitioner har tidligere været anvendt om sentestere. I oktober - november 2009 blev der dog på to møder initieret af 'HIV in Europe' opnået enighed om at anbefale følgende to definitioner på en sentester (late presentation) (Antinori et al, 2010):

• Late presentation: Persons presenting for care with a CD4 count below 350 cells/ μ L or presenting with an AIDS-defining event, regardless of the CD4 cell count.

• Presentation with advanced HIV disease: Persons presenting for care with a CD4 count below 200 cells/ μ L or presenting with an AIDS-defining event, regardless of the CD4 cell count.

retningerne til SSI (Hiv-meldesystemet), at CD4-tallet er angivet.

Den Danske Hiv Kohorte (DHK) har velvilligt været behjælpelig med at bruge deres database til at finde frem til de personer, som har påbegyndt kontrol / behandling i undersøgelsesperioden med et CD4-tal på under 200. DHK har sendt de anonymiserede kohorte-numre direkte til de hiv-behandlende centre, og Hiv-Danmark har ikke været blandet ind i denne procedure, men har tilsendt de hiv-behandlende centre spørgeskemaer til udlevering. DHK har fundet frem til i alt 392 personer, der har skullet have et spørgeskema udleveret.

Ved opfølgende samtaler med de hiv-behandlende centre i efteråret 2009 blev det dog konstateret, at nogle af disse personer enten var døde eller flyttet til et andet center, så spørgeskemaet har reelt kun kunne udleveres til maksimalt 375 personer.

I foråret 2010 har der igen været kontakt med alle de hiv-behandlende centre i et forsøg på at skabe et overblik over, hvor mange spørgeskemaer der reelt er blevet udleveret. Det var dog ikke på alle afdelinger, at man havde dette overblik, men et forsigtigt skøn – på baggrund af de tilgængelige oplysninger – antyder at mellem 50 og 60 % af spørgeskemaerne er blevet udleveret.

Der blev i denne sammenhæng nævnt to typiske vanskeligheder i forbindelse med udlevering af spørgeskemaerne; sprogvan-skeligheder (altså at respondenter ikke forstod tilstrækkelig dansk eller engelsk til at

kunne udfylde spørgeskemaet) og spørgsmålet om anonymitet (hvordan kunne undersøgelsen være anonym, når man fik et spørgeskema i hånden og man var udvalgt efter et kriterium om lavt CD4-tal). Men det er dog også fornemmelsen, at de fleste efter en forklaring forstod dette.

Der er modtaget 97 gyldige og 3 blanke spørgeskemaer, hvilket betyder, at vi har modtaget svar fra godt en fjerdedel af alle sent-testede i perioden fra januar 2003 til juni 2009.

En svarprocent på 25,5 (100/397) må siges at være tilfredsstillende. Alle erfaringer viser, at det er svært at opnå høje svarprocenter, når der laves undersøgelser blandt hiv-smittede. Det kan her nævnes, at den første norske levekårsundersøgelse 'Levekår og livskvalitet blandt hivpositive' (2002) havde en svarprocent på ca. 20, at den seneste norske levekårsundersøgelse blandt hiv-smittede 'Fra Holdninger til Levekår' (2009) faktisk havde en lidt mindre svarprocent, at en tilsvarende survey-undersøgelse i New Zealand opnåede en svarprocent på ca. 21 (Grierson et al., 2008), at en australsk undersøgelse opnåede en svarprocent på 6,4 (Grierson et al., 2006). Kun Hiv-Danmarks Levekårsundersøgelse⁶ (Carstensen et al., 2007) opnåede en markant højere svarprocent på 38.

Datatilsynets tilladelse er indhentet. Projektet har ikke skullet anmeldes til Videnskabsetisk Komite.

4. I krydstabellerne er der angivet P-værdier. P-værdierne fortæller, om de observerede sammenhænge er statistisk signifikante eller blot skyldes tilfældigheder. Signifikansniveauet er sat til 5 %, hvilket er normalt i denne type undersøgelser. I tabellerne angives det som $P = 0,05$ eller mindre. For krydstabeller med lavere P-værdi er der større sandsynlighed for, at den observerede sammenhæng faktisk findes.

5. Oplysninger fra afdelingslæge Susan Cowan, SSI.

6. Hiv-Danmarks Levekårsundersøgelse vil herefter blot blive omtalt som Levekårsundersøgelsen.

2. BESKRIVELSE AF RESPONDENTERNE

I dette kapitel gives der indledningsvis en beskrivelse af respondenterne og dens generaliserbarhed. Endvidere ses der 'tilbage i tiden': om respondenterne tidligere er blevet testet, og oplysninger om, hvornår respondenterne blev smittet. Dette gøres i et forsøg på at klarlægge de omstændigheder under hvilket smitten er sket, og for at undersøge om der er noget i denne situation, der enten adskiller dem fra andre hiv-smittede eller som kan give inspiration til en indsats, der enten kan være generelt forebyggende eller som kan motivere til tidligere test. Kapitlet tager udgangspunkt i en række spørgsmål fra spørgeskemaet, se boks 2.1.

Hvem er respondenterne

Der er 71 mænd, der har besvaret spørgeskemaet, hvoraf 34 identificerer sig som homoseksuelle, 10 som biseksuelle, 24 som heteroseksuelle og tre kan ikke placere sig i en seksuel identitet.

25 kvinder har besvaret spørgeskemaet, hvoraf 19 er heteroseksuelle, fire kan ikke placere sig i en seksuel identitet og to har ikke oplyst seksuel identitet.

BOKS 2.1. SPØRGSMÅL FRA SPØRGESKEMAET

Sp. 1	Er du mand eller kvinde?
Sp. 3	Hvilket år er du født?
Sp. 4	Hvor er du født?
Sp. 7	Hvilket udsagn om seksuel identitet passer bedst på dig?
Sp. 11	Havde du en fast partner, da du blev konstateret hiv-smittet?
Sp. 12	Ved du i hvilken konkret situation, du er blevet smittet?
Sp. 13	Vidste du, at der var tale om en situation, der indebar en særlig risiko for smitte?
Sp. 14	Hvor er det mest sandsynligt, du er blevet smittet (i Danmark eller udlandet)?
Sp. 15.5	Er det mest sandsynligt, at du er blevet smittet ved køb eller salg af seksuelle ydelser?
Sp. 17	Har du tidligere fået foretaget en hiv-test – og hvis ja, hvornår?

En enkelt har ikke oplyst sit køn.

Gennemsnitsalderen på respondenterne på tidspunktet for konstatering af hiv er mellem 42 og 43 år og medianalderen er 40 år.

72 af respondenterne er danskfødte og 25 og er ikke-danskfødte. Disse sidste har i gennemsnit boet i Danmark i lidt mere end otte år på tidspunktet for konstatering af hiv⁷. Ni af de ikke-danskfødte kommer fra Asien, otte Afrika, tre fra Europa, tre fra Amerika og to fra Mellemøsten.

50 af respondenterne har oplyst, at de var i fast parforhold på det tidspunkt, de blev konstateret smittede, 26 af disse er heteroseksuelle (15 kvinder og 11 mænd), 16 er homoseksuelle mænd, fem er biseksuelle mænd, to har ikke udfyldt spørgsmålet om deres seksuelle identitet og en enkelt har ikke kunnet placere sig med seksuel identitet.

Generaliserbarhed

Denne undersøgelse er ikke repræsentativ, da den ikke baserer sig på en stikprøve. Den kan således ikke udsige noget om den samlede gruppe af sent testede i Danmark i den undersøgte periode, men kan alene sige noget om de 97 personer, som har valgt at svare på spørgeskemaet.

Selvom nærværende undersøgelse ikke er repræsentativ, kan det alligevel være brugbart at sammenligne respondenterne med data fra Hiv-meldesystemet for samme periode. Der kan ved en sådan sammenligning opnås en fornemmelse af, hvor meget respondenterne 'ligner' eller 'afviger' fra baggrundspopulationen (altså hiv-smittede fundet smittet med et CD4-tal under 200 og indberettet til SSI), se tabel 2.1.

Opgørelsen fra SSI er en tilnærmet be-

7. Der er stor spredning i tallene; fra én der er konstateret smittet et år før ankomst til Danmark til én der har boet i landet i 30 år.

skrivelse af baggrundsbefolkningen af hiv-smittede, der konstateres med et CD4-tal under 200, men sammenligningen giver dog alligevel en god fornemmelse af, i hvor høj grad respondenterne ligner baggrundsbefolkningen⁸.

I forhold til køn og alder ses der en meget stor overensstemmelse mellem denne undersøgelses data og Hiv-meldesystemets, og kun de 35-44 årige synes at være underrepræsenteret i nærværende undersøgelse.

Til gengæld er det tydeligt, at hiv-smittede fra 'det øvrige Europa' og Afrika er underrepræsenteret, ligesom blot en enkelt har markeret at være smittet ved stofbrug⁹. Denne underrepræsentation er dog ikke overraskende.

For stofbrugernes vedkommende er der for en stor dels vedkommende formentlig tale om mennesker med få ressourcer og for mange af de ikke-danskfødte kan der både have været tale om sproglige vanske-

ligheder og om mangel på ressourcer. Både de afrikansk-fødte og stofbrugerne var således også underrepræsenteret i Hiv-Danmarks Levekårsundersøgelse. Til gengæld er det bemærkelsesværdigt, at både hiv-smittede med asiatisk og amerikansk baggrund ser ud til at være pænt repræsenteret (om end tallene er små).

Som det fremgår af tabellen, er 45 % af respondenterne i denne undersøgelse smittet homoseksuelt (MSM), men det kun er 35 % der angiver denne smittevej i Hiv-meldesystemet. Mænd, der er smittet homoseksuelt er således overrepræsenteret i undersøgelsen – og gruppen af heteroseksuelle er underrepræsenteret.

Det skal bemærkes, at man i spørgeskemaet har kunnet sætte flere krydser ved 'sandsynlig smitemåde', hvorimod Hiv-meldesystemet kun registrer én sandsynlig smitemåde, ligesom spørgeskemaet havde medtaget kategorierne 'Køb og salg af seksuelle ydelser' og 'Andet/ved ikke', som heller ikke registreres i Hiv-meldesystemet.

Det kan også konstateres, at forholdsvis flere respondenter (fem personer; fire danskfødte og en ikke-danskfødt) end i baggrundspopulationen angiver blodtransfusion som sandsynlig smitemåde. To af disse har dog samtidig markeret at heteroseksuel kontakt også kan være en smitemulighed og to andre har, udover muligheden for at være smittet ved blodtransfusion, markeret ved "andet / ved ikke". Med det relativt begrænsede antal folk, der smittes ved blodtransfusioner, forekommer det mest sandsynligt, at de personer, der samtidig har angivet en anden sandsynlig smittevej, er smittet på anden vis end ved blodtransfusion.

I forhold til køn og alder synes denne undersøgelses data at ligne data fra Hiv-meldesystemet ganske godt. Der er dog en underrepræsentation af heteroseksuelle sentestere. Denne underrepræsentation af heteroseksuelle gjorde sig også gældende i Levekårsundersøgelsen.

TABEL 2.1. KONSTATET MED CD4-TAL MINDRE END 200. DATA FRA HIV-MELDESYSTEMET FRA 2005 TIL 2009 SAMMENLIGNET MED SENTESTER-UNDERSØGELSEN, JANUAR 2003 TIL JUNI 2009

	HIV-MELDESYSTEMET (N=330)	SENTESTER-UNDER- SØGELSEN (N=97)
KØN		
Mænd	242 (71 %)	71 (73 %)
Kvinder	88 (29 %)	25 (27 %)
Ikke anført	0 (0 %)	1 (1 %)
ALDER		
	Ved konstatering	Ved konstatering
Op til 34 år	86 (26 %)	24 (25 %)
35-44 år	113 (34 %)	25 (26 %)
45-54 år	74 (22 %)	22 (23 %)
55 år og opefter	56 (17 %)	14 (14 %)
Ikke anført	1 (<1 %)	12 (12 %)
FØDESTED		
Dansk	196 (59 %)	72 (74 %)
Fra øvrige Europa	30 (9 %)	3 (3 %)
Afrika, syd for Sahara	63 (19 %)	Afrika 8 (8 %)
Mellemøsten, Nordafrika	8 (2 %)	Mellemøsten 2 (2 %)
Asien	27 (8 %)	Asien, Australien 9 (9 %)
Amerika	6 (2 %)	3 (3 %)
SANDSYNLIG SMITTEVEJ		
MSM	114 (35 %)	44 (45 %)
Heteroseksuelt	180 (55 %)	34 (35 %)
Injicerende stofbrug	14 (4 %)	1 (1 %)
Blodtransfusion	2 (<1 %)	5 (5 %)
Mor til barn	3 (<1 %)	-
Køb eller salg af seksuel ydelse	-	8 (8 %)
Andet	-	17 (18 %)
Ikke anført	17 (5 %)	1 (1 %)

Der er også en underrepræsentation af sentestere fra Europa og Afrika, ligesom stofbrugere stort set er fraværende i undersøgelsen. Underrepræsentationen af respondenter fra Afrika og stofbrugere gjorde sig også gældende i Levekårsundersøgelsen og skyldes formentlig en kombination af sprog vanskeligheder (for de afrikanskfødtes vedkommende) og mangel på ressourcer.

På grund af underrepræsentationen af heteroseksuelle, stofbrugere og personer født i Europa og Afrika skal man være varsom med at generalisere data fra undersøgelsen til at gælde for hele gruppen af sentestere.

Har tidligere fået foretaget en hiv-test

Godt en tredjedel af respondenterne (37 %) har på et tidligere tidspunkt ladet sig teste for hiv – og fundet negative. Det er altså personer, om hvem man må tro, at de – i hvert fald tidligere – har haft en mistanke om en risiko for at være smittet med hiv. Der er ikke overraskende flere blandt de homoseksuelle, der tidligere har fået foretaget en hiv-test, se tabel 2.2. Hiv-prævalensen blandt mænd, der har sex med mænd, er langt højere end blandt heteroseksuelle – hvad de fleste af disse mænd formentlig er klar over, og der gennemføres også løbende hiv-forebyggelseskampagner med mænd, der har sex med mænd, som målgruppe.

8. Sentesterdataene sammenlignes i tabel 2.1. med SSIs anmeldelser (hiv-meldesystemet) fra perioden 2005 og frem til 2009. Fra 2005 anvendes en ny kodning ved anmeldelser (SOUNDEX), som sorterer eventuelle dobbeltanmeldelser fra. Herudover rummer SSIs tal fra 2005 og frem en mere fuldstændig opgørelse på CD4-tal ved anmeldelserne, end hvis anmeldelser til SSI fra 2003 anvendes.

9. Den pågældende kvinde har dog tilsyneladende været usikker på smittemåden og har markeret sandsynlig smittevej ved både heteroseksuel kontakt, homoseksuel kontakt og ved injicerende stofbrug.

10. Sexlivsundersøgelsen 2009 vil herefter blot blive omtalt som Sexlivsundersøgelsen.

TABEL 2.2. HAR DU TIDLIGERE FÅET TAGET EN HIV-TEST, DER VAR NEGATIV? (N=94) P=0,029

	HETEROSEK- SUELLE MÆND OG KVINDER	HOMOSEK- SUELLE MÆND	ANDEN IDENTITET	TOTAL
Ja	13 (31 %)	18 (55 %)	4 (21 %)	35 (37 %)
Nej	29 (69 %)	15 (45 %)	15 (19 %)	59 (63 %)

Lidt over halvdelen af de homoseksuelle respondenter er tidligere testet for hiv, mens det er mindre end en tredjedel blandt de heteroseksuelle, der tidligere har fået foretaget en test.

Der ses ikke den store forskel mellem danskfødte (38 %) og ikke-danskfødte (32 %) i forhold til, om de tidligere har fået foretaget en hiv-test. Der er dog stor forskel på, om man tidligere er blevet testet, når der ses på oprindelsessted. Af de seks personer, der er født på det amerikanske kontinent eller i Europa, er fire tidligere blevet testet, mens det blot er fire personer blandt de 19, der kommer fra Afrika, Asien og Mellemøsten, der tidligere er blevet testet. De tre, der kommer fra Europa, er alle heteroseksuelle mænd, mens de tre, der kommer fra Amerika, er homoseksuelle mænd.

I Sexlivsundersøgelsen 2009 (Haff et al., 2009)¹⁰ er der også set på, hvor mange af respondenterne der tidligere er blevet testet for hiv. Her har 79 % svaret, at de tidligere er blevet testet (og 55 % er testet indenfor de seneste 16 måneder). Når biseksuelle mænd medtages i gruppen af homoseksuelle mænd (=MSM) i nærværende undersøgelse (for det korrekte tal til sammenligning med Sexlivsundersøgelsens data), er det 51 %, der tidligere har fået foretaget en hiv-test.

Det mere end antyder, at der netop blandt de mænd, der har sex med mænd og som findes smittede som sentestere, har været en mindre testaktivitet, hvilket adskiller dem fra respondenterne i Sexlivsundersøgelsen.

I en artikel om den danske befolknings hiv-testadfærd (Lemcke et al., 2007) baseret på Institut for Folkesundheds Sundheds- og Sygelighedsundersøgelse fra 2000 (de såkaldte SUSY-undersøgelser) angives det, at 44 % af mænd, der har sex med mænd, på et eller andet tidspunkt har fået fore-

taget en hiv-test. Blandt heteroseksuelle mænd og kvinder angiver SUSY-tallene, at henholdsvis 28 % og 32 % er blevet testet for hiv på et eller andet tidspunkt.

SUSY-tallene – de repræsentative tal for den danske befolkning – ligner således ganske godt denne undersøgelses tal. Sen-testere er altså ikke folk, der testes mere eller mindre end den normale danske befolkning.

Der blev i spørgeskemaet også spurgt til, hvornår den seneste negative hiv-test blev foretaget, og ca. en tredjedel (37 %) svarer, at den seneste negative test er foretaget inden for de seneste 5 år, se tabel 2.3. Det er måske lidt overraskende, fordi man ved brug af termen 'sentestere' ofte tænker, at det drejer sig om personer, der har været smittet i mange år, før de bliver fundet positive.

Det er muligt at enkelte af disse personer faktisk har en akut hiv-infektion (og altså ikke er 'rigtige' sentestere, men blot har et CD4-tal, der per definition gør, at de kaldes for sentestere). Det er dog næppe mange. Der er netop valgt et CD4-tal på under 200 for at undgå personer med akut hiv-infektion blandt respondenterne.

Det er også muligt, at nogle af respondenterne husker forkert – og altså har angivet et forkert årstal for seneste negative hiv-test.

Og endeligt er det muligt, at det drejer sig om personer, som hurtigere end gennemsnittet har fået svækket immunforsvaret og altså derfor er blevet fundet smittet med et lavt CD4-tal.

Der er ikke forskel på grupperne af heteroseksuelle og homoseksuelle i forhold til, hvor lang tid der er gået siden sidste negative hiv-test.¹¹

Kendskab til situationen hvor man blev smittet

20 af undersøgelsens respondenter (21 %) har svaret, at de ved, i hvilken konkret situation, at de er blevet smittet. I Levekårsundersøgelsen var det næsten dobbelt så mange (39 %), der svarede 'ja' til dette spørgsmål.

Forskellen er bemærkelsesværdig – hvorfor er der så mange flere blandt gruppen af alle hiv-smittede, der ved hvornår og hvordan de er blevet smittet? Er det fordi de generelt har været smittet i kortere tid og derfor enten kan huske eller har haft mulighed for at finde ud af i hvilken situation, de er blevet smitte? Undersøgelsen kan ikke give svar herpå.

Lige så bemærkelsesværdigt er, at ud af disse 20 har 12 (60 %) endvidere angivet, at de vidste at der var tale om en situation, der indebar en særlig risiko for smitte. I Levekårsundersøgelsen var det kun 33 %, der angav, at de vidste, at der havde været tale om en særlig risiko.

På den ene side er der altså færre, der har kendskab til situationen, hvor de blev smittet, men flere (af dem der faktisk har kendskab til situationen) som vidste, at det indebar en særlig risiko. Tallene er små, så man skal være varsom med at fortolke dem – men de peger i retning af, at nogle sentestere har afholdt sig fra at lade sig teste, selvom de har vidst, at de har udsat sig for en risiko.

Man kunne forestille sig, at folk, der ved, at de har haft risikofyldt adfærd, i højere grad vælger at blive testet, end folk der ikke mener, de har haft risikofyldt adfærd. Denne antagelse gælder dog ikke for mænd, der har sex med mænd. I Sexlivsundersøgelsen konstateres det nemlig, at:

"Særlig interessant er det måske, om der er sammenhæng mellem testning og usikker sex. Det er der ikke. De, som har haft usikker sex, er altså ikke hyppigere testet end de, som ikke har haft usikker sex. Samme resultat fandtes i 2006."

Hvordan sammenhængen mellem usikker sex og testning er blandt heteroseksuelle mænd og kvinder, vides ikke.

11. Der er blot otte ikke-danskfødte, der tidligere er blevet testet.

12. Disse data vedrører perioden fra 2005 og frem. Oplysninger fra afdelingslæge Susan Cowan, SSI.

13. Det forudsættes her, at det antal år respondenterne har svaret, at de har boet i Danmark ligger sammenhængende i perioden inden de konstateret smittede.

TABEL 2.3. ANTAL ÅR MELLEM TIDLIGERE NEGATIV HIV-TEST OG ÅRSTAL FOR KONSTATERING HIV (N=35)

5 år og mindre	13 (37 %)
Mellem 6 og 10 år	8 (23 %)
Mellem 11 og 15 år	8 (23 %)
Over 15 år	3 (9 %)
Ikke anført	3 (9 %)

TABEL 2.4. HVOR ER DET MEST SANDSYNLIGT, AT DU ER BLEVET SMITTET? N=96 P=0,008

	DANSK -FØDTE	IKKE- DANSK- FØDTE	I ALT
Danmark	52 (73 %)	10 (40 %)	62 (65 %)
Udlandet	10 (14 %)	6 (24 %)	16 (17 %)
Ved ikke	9 (13 %)	9 (36 %)	18 (19 %)

TABEL 2.5. HVOR LANG TIDS OPHOLD I DANMARK FOR IKKE-DANSKFØDTE FØR KONSTATERING AF HIV. N=25

Konstateret hiv-smittet før ophold i DK	1 (4 %)
<1 år	3 (12 %)
1-5 år	5 (20 %)
6-10 år	6 (24 %)
11-15 år	3 (12 %)
16-20 år	0 (0 %)
>21 år	3 (12 %)
Ikke oplyst	4 (16 %)

Hvor er sentestere mest sandsynligt smittet

Spørgeskemaet indeholdt også spørgsmål om, hvor den enkelte mente sig smittet, i Danmark eller i udlandet. Hiv-meldesystemets data viser, at ca. en tredjedel af danskfødte heteroseksuelle er smittet i udlandet, mens det for mænd, der har sex med mænd er ca. 12 %¹². Det store antal af heteroseksuelle, der smittes i udlandet, hænger sandsynligvis både sammen med, at risikoen for at møde en hiv-smittet (som man har sex med!) er større de fleste steder i udlandet, fordi hiv-prævalensen er højere, og fordi mange har lettere ved at 'bøje' sikker-sex reglerne, når de er udenfor vante omgivelser:

"Another example of an 'acceptable' situation [hvor sikker-sex reglerne 'bøjes'] is when a person is outside of their normal surroundings and with strangers, such as [...] on vacation" (Sandin et al., 2008).

Udlandsophold øger altså risikoen for usikker sex-adfærd – måske også uden at den pågældende betragter det som usikker sex ... eller fortrænger den højere risiko, der er i den forbindelse. Og hvis man ikke vurderer sin adfærd som risikofyldt, vil man heller ikke nødvendigvis føle anledning til at blive testet.

Spørgsmålet om hvor den enkelte mener sig smittet, blev bl.a. medtaget i spørgeskemaet for at undersøge, om der blandt danskfødte sentestere var en øget andel set i forhold til hele gruppen af hiv-smittede, som mener sig smittet i udlandet og som måske ikke har betragtet deres adfærd som risikofyldt eller har fortrængt, at den

var det. Der er dog ikke noget der peger på, at danskfødte sentestere i højere grad end alle danskfødte hiv-smittede er blevet smittet i udlandet.

Som nævnt er det ca. en tredjedel af alle danskfødte heteroseksuelle, som mener sig smittet i udlandet. I nærværende undersøgelse mener 20 danskfødte heteroseksuelle (77 %) sig smittet i Danmark, og fem personer (19 %) mener sig smittet i udlandet. En enkelt ved ikke, hvor han er smittet. Selvom tallene er små, synes de i høj grad at antyde, at sentestere – i hvert fald blandt heteroseksuelt smittede danskfødte mænd og kvinder – i højere grad end hele gruppen af hiv-smittede er smittet i Danmark.

Blandt alle danskfødte MSM er det mindre en 10 %, der mener sig smittet i udlandet. I nærværende undersøgelse har 28 personer (70 %) svaret, at de er smittet i Danmark, fem personer (13 %) at de er smittet i udlandet, og syv personer (18 %) ved ikke, hvor de er smittet. Antallet af MSM'er, der ikke ved, hvor de er smittet er altså ganske stort, og det er derfor vanskeligt at konkludere noget fra disse tal.

Som det fremgår af tabel 2.4., er det 40 % af de ikke-danskfødte, der mener sig smittet i Danmark.

Det forekommer umiddelbart overraskende, men når man ser nærmere på svarene, er det ikke så overraskende. De 10 ikke-danskfødte personer, der mener sig smittet i Danmark, har boet i Danmark i gennemsnitlig mere end 11 år på det tidspunkt, hvor de konstateres smittede. Hvor lang tid alle ikke-danskfødte sentestere har boet i Danmark, da de konstateres smittede, vises i tabel 2.5.¹³

Det fremgår af denne tabel, at blot en enkelt ikke-danskfødt person er konstateret hiv-smittet, før den pågældende kommer til Danmark, og at tre er konstateret smittede indenfor det første år i Danmark. Herudover er fem personer fundet smittede indenfor de første fem år i Danmark.

Halvdelen (12 ud af 25) af de ikke-danskfødte respondenter har opholdt sig i Danmark i seks år eller mere før de konstateres smittede.

Man må formode, at de respondenter, der er konstateret smittede indenfor de første år efter ankomst til Danmark, er smittet i udlandet, og derfor ikke kan være et potentiale for en forebyggelsesindsats. Men selvfølgelig et potentiale for en indsats for at de pågældende bliver tilbudt hiv-test så tidligt som muligt med de helbredsmæssige fordele, der er herved.

Af de seks ikke-danskfødte, der mener sig smittet i udlandet, har de fire boet i Danmark i to år eller mindre, før de pågældende blev konstateret smittede, en enkelt har boet i landet i 35 år, og den sidste har altid boet i Danmark¹⁴.

Det betyder enten at der ikke er mange 'nyankomne' udlændinge, der findes smittede som sentestere, eller at disse personer ikke har udfyldt spørgeskemaet. Det sidste synes nok mest sandsynligt, eftersom man kan forestille sig, at sprogsvækkigheder kan have forhindret dem i at udfylde spørgeskemaet.

Det er også bemærkelsesværdigt, at hovedparten af afrikanere og asiater, der er sentestere, er kvinder – ud af de otte personer fra Afrika er der blot en enkelt mand, og ud af de ni personer fra Asien er der blot to mænd.

Usikkerhed på hvordan man er blevet smittet

18 % har på spørgsmålet om smittemåde markeret ved rubrikken 'andet / ved ikke', og dette tal afviger ikke væsentligt fra Levekårsundersøgelsen, hvor 14 % har markeret ved 'andet' eller 'er ikke sikker'. Der er flere blandt de ikke-danskfødte som angiver 'an-

det / ved ikke' i smittemåde, og også denne tendens sås i Levekårsundersøgelsen. Der synes således ikke blandt sentesternerne at være flere, som ikke ved hvordan de er smittet med hiv, end der er i hele gruppen af hiv-smittede¹⁵.

Køb eller salg af seksuelle ydelser

Der blev i spørgeskemaet spurgt, om den enkelte mente sig smittet i forbindelse med salg eller køb af seksuelle ydelser, og dette spørgsmål blev medtaget for at undersøge, om der eventuelt kunne være en større andel blandt sentesternerne, som mente sig smittet på denne måde – fordi køb og salg af sex ofte er forbundet med tabuiseret adfærd og måske derfor en risiko, der kunne blive fortrængt.

Otte personer har angivet at være smittet ved køb eller salg af seksuelle ydelser, heraf fem danskfødte og tre ikke-danskfødte. Alle danskfødte er mænd, de fire er heteroseksuelle, og en er biseksuel. Tre af disse mener sig smittet i Danmark, en i udlandet, og den sidste ved det ikke.

Blandt de ikke-danskfødte smittede ved køb eller salg af seksuelle ydelser er den ene en kvinde, som er smittet i udlandet, mens de to sidste er mænd; en ved ikke hvor han er smittet, og en er smittet i udlandet.

Der kan ikke konkluderes noget på baggrund af disse tal – dertil er de for små.

Sammenfatning

I forhold til køn og alder synes denne undersøgelses data at ligne data fra Hiv-meldesystemet ganske godt. Heteroseksuelle, stofbrugere og personer født i Europa og Afrika er dog underrepræsenteret. Man skal derfor være varsom med at generalisere data fra denne undersøgelse til at gælde for hele gruppen af sentestere.

Der er ca. en tredjedel af alle sentesternerne, som tidligere er blevet testet for hiv, mens det for gruppen af MSM er halvdelen, der tidligere er blevet testet. Der er langt

færre blandt denne undersøgelses MSM-responderter, der tidligere er testet, end blandt responderterne i Sexlivsundersøgelsen, hvilket antyder en manglende teststrategi blandt de sent testede MSM.

Sentestere testes ikke mere eller mindre end den normale danske befolkning.

Godt en tredjedel af de, der tidligere har været testet for hiv, angiver, at deres seneste negative test er lavet indenfor de seneste fem år. Dette skyldes formentlig enten en erindringsforskydning hos nogle af responderterne om, hvornår sidste test er foretaget, eller at en del sentestere kun har været smittet i en kortere årrække, før de konstateres hiv-smittede som sentestere. 41 % angiver, at den negative test er mindst 11 år gammel.

Sammenlignet med Levekårsundersøgelsen er der færre af sentesterne, der har kendskab til den situation, hvor de blev smittet, men flere – af de der faktisk har kendskab til situationen – som vidste, at der var tale om en situation med særlig risiko.

En tredjedel af alle danskfødte, heteroseksuelle hiv-smittede mænd og kvinder er smittet i udlandet, men der er ikke noget, der tyder på, at sentestere i denne gruppe i højere grad er smittet i udlandet – tværtimod. For gruppen af danskfødte MSM'er er det vanskeligt at konkludere noget ud fra undersøgelsens data med hensyn til smittested, da mere end en tredjedel har markeret, at de ikke ved, hvor de er smittet

14. Den pågældende er formentlig kommet til landet som spæd, men er for gammel til at være smittet ved mor-til-barn smitte.

15. I Hiv-meldesystemet er der kun 3 % som er angivet med 'ukendt smitemåde'. Der ses altså en noget større usikkerhed på smitemåde ved selvrapporterede data end ved lægeindberettede data.



TABEL 3.1. STED FOR KONSTATERING (N=95)

Egen læge	28 (30%)
Hospital under indlæggelse	44 (46%)
Klinik eller ambulatorium	16 (17%)
Andet	7 (7%)

3. MØDET MED SUNDHEDSVÆSENET

I dette kapitel ses der på sentesternes møde med sundhedsvæsenet på det tidspunkt, hvor de findes hiv-smittede og på tiden op til dette møde – har der været symptomer på hiv, hvor findes den enkelte smittet, hvem har taget initiativ til hiv-testen, var den lange ventetid på et testsvar medvirkende til at den enkelte ikke blev testet, etc.

Formålet er at undersøge, om der kan være problemer eller vanskeligheder eller særlige udfordringer i respondenternes møde med sundhedsvæsenet, som kan have været medvirkende til det sene tidspunkt for hiv-test.

Kapitlet tager udgangspunkt i en række spørgsmål, se boks 3.1., hvor respondenterne bliver bedt om at forholde sig til mødet med sundhedsvæsenet og tiden forud for tidspunktet for konstatering af hiv.

Hvor er respondenterne konstateret smittede

Indledningsvis ses der på hvor den enkelte sentester konstateres hiv-smittet. 30 % findes smittede hos egen læge, og som det fremgår af tabel 3.1., er knap halvdelen af

respondenterne indlagt på hospital i forbindelse med, at de konstateres hiv-smittede. Der er ikke nogen signifikant forskel på køn, seksuel identitet eller fødested.

Disse tal mere end antyder, at ganske mange sentestere må være ret syge af deres hiv-infektion på det tidspunkt, hvor de konstateres hiv-positive. Det overrasker måske ikke, eftersom risikoen for øget sygelighed er større, jo dårligere immunforsvaret er.

I Hiv-meldesystemet er det for perioden 2005 – 2009 registeret, at 30 % af nykonstaterede hiv-smittede er fundet hos praktiserende læge, 37 % på infektionsmedicinsk klinik, 16 % på "anden hospitalsafdeling" og 13 % på venereaklinik.¹⁶

Det registreres ikke i Hiv-meldesystemet, hvorvidt den enkelte findes smittet under indlæggelse, og det er derfor ikke muligt at sammenligne denne undersøgelses data med Hiv-meldesystemets data. De 37 %, der er konstateret smittede på en infektionsmedicinsk klinik, dækker således både over mennesker, der har været indlagt og mennesker, der selv har henvendt sig for at få foretaget en hiv-test.

Men det er alligevel værd at overveje, om nogle af de 46 %, der i denne undersøgelse først er konstateret smittede i forbindelse med en indlæggelse, kunne have været fundet, inden de blev så syge, at hospitalsindlæggelse var nødvendig. Denne undersøgelse kan dog ikke umiddelbart give svar på, om gruppen af sentestere, der konstateres i forbindelse med hospitalsindlæggelse, tidligere har været i kontakt med sundhedssystemet pga. symptomer.

Til gengæld kan undersøgelsen give svar på, hvor lang tid der gik fra første konsultation pga. symptomer (for dem der faktisk havde symptomer), indtil hiv-diagnosen blev stillet. Som det senere fremgår af tabel 3.6. bliver tre ud af fire konstateret smit-

BOKS 3.1. SPØRGSMÅL DER OMHANDLER MØDET MED SUNDHEDSVÆSENET

- Sp. 9 Hvor blev du testet, da du blev konstateret hiv-smittet?
- Sp. 16 Hvorfor blev du testet?
- Sp. 22 Fik disse symptomer dig til at overveje en hiv-test?
- Sp. 23 Fik disse symptomer en sygeplejerske/læge til at foreslå, at du fik taget en hiv-test?
- Sp. 24 Hvor lang tid gik der fra din første konsultation pga. symptomer, til du blev konstateret hiv-smittet?
- Sp. 27.10 Jeg vidste ikke, at man kunne blive testet anonymt
- Sp. 27.11 Jeg syntes, at det var for besværligt, fordi ventetiden på testsvar var for lang
- Sp. 27.12 Jeg syntes, det var for besværligt, fordi muligheden for at blive testet anonymt lå for langt væk

16. Oplysning fra afdelingslæge Susan Cowan, SSI.

**TABEL 3.2. STED FOR KONSTATERING OPDELT EFTER SEKSUEL IDENTITET
(N=97) P=0,043**

	HETEROSEKSUELLE MÆND OG KVINDER	HOMOSEKSUELLE MÆND	ANDEN SEKSUEL IDENTITET ¹⁷	TOTAL
På hospital under indlæggelse	22 (50 %)	10 (29 %)	12 (63 %)	44 (45 %)
Andet end på hospital under indlæggelse	22 (50 %)	24 (71 %)	7 (37 %)	53 (55 %)
Total	44 (100 %)	34 (100 %)	19 (100 %)	97 (100%)

tede inden for det første år efter henvendelse.

Hvis man ser på, hvor den enkelte konstateres smittet fordelt på seksuel identitet, viser der sig et interessant billede.

Som det fremgår af tabel 3.2., er der signifikant færre homoseksuelle mænd, der konstateres hiv-smittet på et hospital end andre steder (egen læge; klinik/ambulatorium; et andet sted)¹⁸. Denne forskel skyldes sandsynligvis, at homoseksuelle mænd i højere grad end andre opfordres til hiv-test i forbindelse med besøg hos egen læge eller ved henvendelse til klinik / ambulatorium til test for andre seksuelt overførbare sygdomme. Der er ikke forskel på, hvor man konstateres smittet, hvis respondenterne opdeles i danskfødte og ikke-danskfødte.

Hvis blikket vendes mod, hvorfor respondenterne er blevet testet, fremgår det af tabel 3.3., at det i de fleste tilfælde (næsten to ud af tre) er en læge, der har opfordret til en hiv-test – og der er ikke her signifikante forskelle mellem køn, seksuel identitet eller fødested. Det betyder, at homoseksuelle mænd i lige så høj grad som andre opfordres til test – men altså også bliver det, inden de bliver indlagt på hospital pga. symptomer på et svækket immunforsvar.

Hver fjerde har selv taget initiativ til at blive testet, mens smitteopsporing og det at partneren blev fundet smittet blot udgør 7 %, se tabel 3.3.

**TABEL 3.3. HVORFOR BLEV RESPONDENTERNE
TESTET (N=89)**

Blev opfordret af en læge	54 (61 %)
Blev opfordret af en ven eller bekendt	8 (9 %)
Partner blev fundet hiv-smittet	4 (5 %)
Smitteopsporing	2 (2 %)
På eget initiativ	21 (24 %)

I forlængelse af, at så mange sentestere konstateres smittede i forbindelse med en indlæggelse, er det måske ikke overraskende, at det er sket på opfordring af en læge. Faktisk forholder det sig sådan, at for 78 %, af dem, der findes smittede i forbindelse med en hospitalsindlæggelse, er testen taget på opfordring af en læge (ej vist i tabel).

En stor del af sentestere har efter deres egen opfattelse ikke haft risikoadfærd (for to ud af tre har dette haft nogen eller stor betydning for ikke at blive testet tidligere), og de har derfor måske ikke selv overvejet risikoen for at være smittet med hiv. Eller hvis de faktisk har overvejet det, så har de, af den ene eller anden grund, ikke selv nævnt det overfor lægen (mere herom i kapitel 4).

Tallene for sentestere, der er konstateret hiv-smittede på en klinik eller et ambulatorium, er små. Men det er dog bemærkelsesværdig, at ud af 16 personer testet her, er det seks personer (40 %), der er blevet opfordret til en hiv-test af lægen. Det antyder, at disse personer er mødt op med et ønske om test for andre seksuelt overførbare sygdomme, og at lægen så har opfordret til også at få foretaget en hiv-test. Det drejer sig om tre heteroseksuelle, to homoseksuelle mænd og en biseksuel mand.

Hvorvidt disse personer kunne have været opfordret til en test på et tidligere tidspunkt i forbindelse med en kontakt med sundhedsvæsenet, kan ikke aflæses af undersøgelsens data, men en forstærket opmærksomhed fra sundhedspersonalets

17. 'Anden seksuel identitet' omfatter bi-seksuelle samt de, der har svaret, at de ikke kunne placere sig i nogen af de angivne seksuelle identiteter.

18. Ved afkrydsning af 'et andet sted' på spørgeskemaet var der mulighed for at notere, hvor det var. Af de otte, der har sat kryds ved 'et andet sted', ser det ud til, at seks personer er konstateret smittet på et ambulatorium. En enkelt besvarelse kan tolkes som en hjemmetest, og en

side på risikoen for hiv, vil formentlig kunne 'opfange' nogle af sentesterne. I de indledende interview forud for udformningen af spørgeskemaet var der flere beretninger, der afslørede, at de pågældende faktisk kunne have været tilbudt en test på et tidligere tidspunkt. I et interview med en homoseksuel mand i trediveerne, der findes hiv-smittet i 2008 med et CD4-tal på 0, fortæller han:

"Jeg kan huske, at for mange år siden var jeg begyndt at få sådan nogle forstørrede lymfeknuder på halsen ... hvor jeg opsøgte min egen læge og sagde: 'det kan jeg ikke forstå ... mærkeligt'. Jeg var deroppe med en brækket næse, og så bad jeg ham i øvrigt om at kigge på de der lymfekirtler på halsen ... og han sagde, at de var jo da meget normale, de var bare lidt forstørrede. I bakspejlet er der selvfølgelig mange ting, der giver mening."

Denne mand er ret sikker på, at lægen ved, at han er homoseksuel, eftersom hans mandlige kæreste har samme læge.

En anden interviewperson, også en homoseksuel mand, der konstateres hiv-smittet i 2004, da han er i slutningen af trediveerne, beretter om sin kontakt med den praktiserende læge op til hiv-diagnosen.

Han fortæller, at han havde en række forskellige symptomer, bl.a. helvedesild og svamp, og at han selv tænkte på at blive testet for hiv, da han konstant var på penicillin. Lægen behandlede disse symptomer, men foreslog aldrig en hiv-test, selvom denne udmærket vidste, at patienten var homoseksuel. Patienten havde tidligere talt med lægen om sin 'skjulte' homoseksualitet i forbindelse med en depression.

Han bliver først konstateret hiv-smittet i forbindelse med en hospitalsindlæggelse, hvor en ven – der har mistanke om hiv – opfordrer personalet til at spørge den pågældende, om de må lave en hiv-test på ham. Og det siger han 'ja' til, for han er så syg, at han ville have sagt 'ja' til hvad som helst, siger han.

Begge respondenter er homoseksuelle, den første er ret sikker på, at hans læge ved dette og den anden er ikke i tvivl. Og begge har haft symptomer, der kunne tyde på en

hiv-infektion (forstørrede lymfekirtler, helvedesild og svamp) uden at deres læge har foreslået en hiv-test. Set i bagklogskabens lys kunne de have været opfordret til en hiv-test på et tidligere tidspunkt.

Når de ikke selv har taget initiativ til at få lavet en hiv-test, skyldes det for den førstnævnte persons vedkommende, at han ikke mener, at han har haft risikoadfærd siden sin sidste negative test engang i 90'erne. Og så har han "haft for travlt til at få det gjort". Han fortæller også, at han ville have været glad, hvis han var blevet opfordret til en hiv-test på et tidligere tidspunkt.

Den anden interviewperson siger, at han næppe havde ladet sig teste, hvis han ikke havde været syg. Han fortæller, at han faktisk overvejede at spørge sin læge i løbet af de 3-4 år, der gik fra hans første symptomer, til han faktisk blev testet. Men, som han siger, det havde ligesom også en konsekvens. Hvis han var negativ, så var det jo noget andet han fejlede og var svaret positivt, så skulle han forholde sig til det. Den tanke skræmte ham – fordi ingen i familien vidste, at han var homoseksuel, og han var bange for, at de ville slå hånden af ham.

De fleste interview, der blev foretaget forud for udfærdigelsen af spørgeskemaet, efterlod dog et indtryk af, at de pågældende ikke selv havde tænkt over, at de kunne have en risiko for at være smittet med hiv.

Symptom- og testforløb

I spørgeskemaet er respondenterne blevet spurgt, om de kan huske, at de har haft symptomer på hiv forud for den positive test. Ved at kigge på disse svar og sammenholde dem med, hvordan respondenterne har reageret på symptomerne (overvejede de en test og blev de testet), kan der ses nærmere på, hvor mange der blev testet, og hvor lang tid, der gik før dette skete.

Blandt respondenterne i denne undersøgelse er det over halvdelen der, når de tænker tilbage, har haft symptomer på hiv (tabel 3.4.). Det er et interessant nedslagspunkt, fordi sygdomssymptomer kan give anledning til at opsøge læge.

I tabel 3.4. ses det, at flere homoseksuelle mænd kan erindre, at de har haft hiv-re-

TABEL 3.4. RETROSPEKTIV OPFATTELSE AF SYMPTOMER (N=95) P=0,045

	HETEROSEKSUELLE MÆND OG KVINDER	HOMOSEKSUELLE MÆND	BISEKSUELLE MÆND OG ANDEN IDENTITET	TOTAL
JA	19 (44 %)	24 (73 %)	11 (58 %)	54 (57 %)
NEJ	24 (56 %)	9 (27 %)	7 (42 %)	41 (43 %)

laterede symptomer sammenlignet med heteroseksuelle mænd og kvinder, biseksuelle mænd og personer, der ikke kan placere sig i forhold til seksuel identitet.

Denne forskel skyldes formentlig både, at homoseksuelle mænd som følge af oplysningskampagner generelt er mere oplyste om hiv, og at de måske også er mere opmærksomme på hiv-relaterede symptomer, fordi risikoen for at blive smittet for mænd, der har sex med mænd, er langt større end for 'den almindelige' heteroseksuelle mand eller kvinde – hvis der dyrkes usikker sex. Men det kan også konstateres, at homoseksuelle mænd tilsyneladende ikke selv tager mere initiativ til hiv-testning end andre – på trods af en (med stor sandsynlighed) større viden og opmærksomhed skal de i lige så høj grad som andre opfordres til en hiv-test.

Ser man nærmere på de symptomer (tabel 3.5.), som respondenterne husker, er det alene akut hiv-infektion, som indikerer et tidligt symptom på hiv. Det er dog mindre en 10 % af respondenterne, der har en erindring om at have haft en akut hiv-infektion.

Til gengæld er der ganske mange, der erindrer, at de har haft vægttab (lidt over halvdelen) eller, at de har lidt af træthed og svamp (lidt under halvdelen).

Træthed kan for mange være et diffust symptom, men (uforklarligt) vægttab og svamp burde give anledning til at overveje at opsøge en læge.

Under 'andet' er der i spørgeskemaerne bl.a. noteret hveldesild tre gange, tuberkulose, mærker på kroppen, hyppig forkølelse, sår i munden, stærk akne, belægninger på tungen, tandkødsproblemer, kuldefornemmelser ['frøs'] og kysesyge.

Spørgeskemaet indeholdt også spørgs-

TABEL 3.5. SYMPTOMBILLEDET (N=54)

Akut hiv-infektion	5 (9 %)
Træthed	23 (43 %)
Vægttab	29 (54 %)
Feber	20 (37 %)
Luftvejsinfektioner	15 (28 %)
Mave- eller tarminfektion	10 (19 %)
Diarré	14 (26 %)
Svamp	23 (43 %)
Andet	15 (29 %)

NB: Ikke gensidigt udelukkende

mål, der skulle afklare, hvordan den enkelte og/eller sundhedspersonalet har reageret på disse symptomer. For at afklare den enkelte respondents reaktion blev der spurgt "Fik disse symptomer dig til at overveje en hiv-test?"

Som det fremgår af tabel 3.5. er der langt færre blandt homoseksuelle mænd (8/24), der ikke overvejede en hiv-

test end blandt de øvrige respondenter – og samtidig er der langt flere (igen i forhold til de øvrige grupper), der overvejede en hiv-test, men samtidig svarer, at de ikke blev testet (8/24).

At så mange flere homoseksuelle mænd overvejer en hiv-test skyldes – som nævnt tidligere – formentlig, at disse mænd i højere grad er opmærksomme på risikoen for hiv end de øvrige respondenter. Denne forøgede opmærksomhed på symptomer må kunne udnyttes til at gøre disse mænd opmærksom på de helbreds-mæssige fordele ved at få taget en hiv-test så tidligt som muligt.

Der er dog fire af disse 16 homoseksuelle mænd (der altså enten ikke overvejede en hiv-test eller overvejede en hiv-test, men ikke blev testet), der i et andet spørgsmål svarer, at de faktisk er blevet testet på forslag af en sygeplejerske eller læge.¹⁹

Blandt de ikke-homoseksuelle respondenter er det 71 %, der ikke overvejede en hiv-test, selvom de efterfølgende kan huske, at de faktisk havde haft symptomer på hiv. Det vil formentlig være langt vanskeligere at nå denne gruppe af overvejende heteroseksuelle mænd og kvinder med information om fordelene ved en hiv-test, da hovedparten af dem ikke vurderer, at de har haft risikoadfærd, og derfor ikke tænker på hiv i forbindelse med symptomer. For disse personer må det være sundhedspersonalet, der i højere grad skal overveje en

TABEL 3.6. FIK DISSE SYMPTOMER DIG TIL AT OVERVEJE EN HIV-TEST? (N=52) P=0,006

	HOMO- SEKSUELLE MÆND	ANDEN SEKSUEL IDENTITET ELLER UOPLYST	TOTAL
Nej	8 (33 %)	20 (71 %)	28 (54 %)
Jeg overvejede en hiv-test, men blev ikke testet	8 (33 %)	1 (4 %)	9 (17 %)
Ja, derfor blev jeg testet	8 (33 %)	7 (25 %)	15 (29 %)

hiv-test – hvis disse personer altså henven-der sig pga. symptomerne.

Det skal dog bemærkes, at 11 af de 20 ikke-homoseksuelle respondenter, der ikke overvejede en hiv-test, samt den ene person der overvejede, men ikke blev testet, samtidig svarer, at de faktisk er blevet testet på forslag af en læge (se note 19 for en forklaring på dette forhold).

For at afklare sundhedspersonalets reaktion på symptomerne blev der endvidere spurgt "Fik disse symptomer en sygeplejerske / læge til at foreslå, at du fik taget en hiv-test?"

Der har tilsyneladende været nogen usikkerhed blandt respondenterne på, hvordan dette spørgsmål skulle besvares. Der er f.eks. respondenter der både har svaret, at de afslog en test og samtidig svarer, at de er blevet testet pga. symptomer.²⁰

Det kan dog konstateres, at 52 personer har besvaret de to spørgsmål "Fik disse symptomer dig til at overveje en hiv-test?" og "Fik disse symptomer en sygeplejerske / læge til at foreslå, at du fik taget en hiv-test?" og at i alt 31 af disse (60 %) har svaret, enten i det ene eller andet spørgsmål, at 'Ja, derfor blev jeg testet'. For gruppen af homoseksuelle mænd er det 10 ud af 24 (42

TABEL 3.7. FRA KONSULTATION TIL KONSTATERING (N=35)

Mindre end 1 år	26 (74%)
Mellem 1 og 5 år	5 (14%)
Mere end 5 år	4 (11%)

%), der på det et af disse spørgsmål svarer, at 'Ja, derfor blev jeg testet'.

På grund af den usikkerhed der tilsyneladende har været i besvarelsen af spørgsmålet, vil der ikke blive tolket yderligere på svarene.

Respondenterne er også blevet bedt om at angive, hvor lang tid der gik fra første konsultation med symptomer til det tidspunkt, hvor vedkommende konstateres med hiv, se tabel 3.7.

Det er interessant at få svar på, hvor lang tid der går med at udrede hiv for respondenter som husker, at de har haft hiv-symptomer og som har opstået i den forbindelse. Det er en anden måde at spørge til, hvornår test blev foreslået (enten af læge eller respondenter selv). 35 ud af de 54 respondenter, som har angivet at huske symptomer, har svaret på dette spørgsmål. Næsten tre ud af fire er under et år om at blive diagnosticeret med hiv.

Ni ud af 35, som har besvaret dette spørgsmål, fortæller, at de har været mere end et år undervejs med at blive udredt, og for fire (11 %), har det taget mere end fem år at få stillet en hiv-diagnose. Hvorvidt disse personer kunne have fået konstateret hiv tidligere, kan der ikke gives svar på, når det konkrete sygdomsforløb ikke kendes.

19. Hvornår testen er foretaget i forhold til de symptomer respondenterne erindrer, vides ikke. Der synes at være to muligheder for at tolke disse svar fra respondenter, der svarer, at de ikke overvejede en hiv-test (to personer); enten gik de umiddelbart til læge pga. symptomer, som de ikke selv forbandt med hiv, og denne foreslog så en hiv-test, eller også er der en tidsmæssig 'forskydning' i svarene – at der altså er gået en periode, mellem symptomerne opstår, og den pågældende henvender sig til lægen. For de to respondenter der har svaret, at de overvejede en hiv-test, men ikke blev testet og samtidig svarer, at de blev testet på forslag fra en læge, må der formentlig være en tidsmæssig 'forskydning' mellem symp-

tomter og test – ellers giver svarene ikke mening!

20. Ved en gennemgang af svarene på disse to spørgsmål, viser der sig en inkonsistens i svarene. Der er f.eks. 12 har svaret, at de ikke overvejede en test, men samtidig markerer, at en sygeplejerske / læge havde foreslået en test, og at de derfor var blevet testet. Og der er tre, der markerer, at de er blevet opfordret til en test, men afslog – samtidig med at de har svaret, at de blev testet pga. symptomer. Disse uoverensstemmelser i besvareelserne skyldes sandsynligvis, at der for den enkelte kan være en tidsmæssig 'forskydning' i svarene (at man ikke selv i første omgang havde overvejet en test og først senere er blevet opfordret til en test).

Ventetid og afstand til anonym test

'STOP AIDS – Bøssernes hiv-organisation' har siden 2006 haft tilbud til mænd, der har sex med mænd om en kvik-test (Check-Point), hvor man kan komme direkte ind fra gaden, få taget en hiv-test og få svar efter 20 minutter. Også 'Cross-Over' har haft det samme tilbud siden marts 2009 til gruppen af ikke-danskfødte borgere. Dette tilbud er bl.a. etableret i et forsøg på at gøre det let tilgængeligt for disse grupper (hvor risikoen for at være hiv-smittet er større end i almenbefolkningen) at få foretaget en hiv-test og på denne måde være med til at nedbringe mørketallet. Også for den 'almindelige befolkning' i Københavnsområdet (der ikke tilhører gruppen af MSM eller ikke-danskfødte) vil der i indværende år blive indført et lignende tilbud på Bispebjerg Hospitals Venereaklinik.

Det blev derfor fundet relevant at spørge sentesterne, hvad ventetiden på et test-svar har betydet for dem. Som det fremgår af tabel 3.8. ser ventetiden på testsvar dog ikke ud til at have nogen afgørende betydning for hovedparten af sentesterne; blot 5 % angiver, at den lange ventetid på testsvar havde stor betydning. Sammenlagt er det dog mere end hver femte, der har angivet, at det har haft en eller anden form for betydning.

Betydningen af 'den besværlige ventetid' adskiller sig ikke fra ovennævnte tal for danskfødte MSM og ikke-danskfødte sentestere. Denne undersøgelse kan således ikke bekræfte, at etablering af flere "Check-Points" (med anvendelse af kvik-test) i væsentlig grad skulle få sentesterne til at blive testet tidligere.

Respondenterne blev også spurgt om dét, at muligheden for at blive testet anonymt lå for langt væk, havde betydning for den sene test, men heller ikke dette ser ud til at have den store betydning,

TABEL 3.8. JEG SYNTES, DET VAR FOR BESVÆRLIGT, FORDI VENTETIDEN PÅ TESTSVAR VAR FOR LANG (N=77)

Have ingen betydning	60 (78 %)
Have nogen betydning	13 (17 %)
Have stor betydning	4 (5 %)

om end lidt flere her (9 %) mener, at det har haft stor betydning for den sene hiv-test, se tabel 3.9.

Sammenfatning

Næsten halvdelen af respondenterne findes hiv-smittede i forbindelse med hospitalsindlæggelse, hvilket antyder at disse personer er blevet ret syge af deres hiv-infektion, før de konstateres smittede. Der er dog langt færre homoseksuelle mænd end andre, der konstateres smittede i forbindelse med en hospitalsindlæggelse, hvilket tyder på at mange af disse mænd – inden de bliver syge – opfordres til test af en læge.

I alt er det knap to ud af tre sentestere, der bliver hiv-testet på opfordring af en læge.

Over halvdelen af respondenterne husker at have haft symptomer på hiv, og godt 60 % af disse er blevet testet på opfordring af en læge. Det er dog uklart, hvor lang tid der er gået mellem symptomer og test.

Tre ud af fire hiv-testes indenfor det første år efter den første konsultation pga. symptomer på hiv.

Sammenfattende kan det derfor siges, at det tyder på, at sundhedspersonalet har opmærksomhed på risikoen for hiv-infektion hos disse patienter.

Og at netop færre homoseksuelle mænd konstateres smittede i forbindelse med indlæggelse, men samtidig – i lige så høj grad som de øvrige grupper – opfordres til test af en læge, bekræfter videre, at sundhedspersonalet i forhold til denne gruppe er særlig opmærksom på risikoen for at være hiv-smittet.

Hverken ventetiden på testsvar eller afstanden til et sted, hvor man kan blive testet anonymt, synes at have haft den store betydning, og denne undersøgelse kan ikke bekræfte, at etablering af flere CheckPoints i væsentlig grad skulle få sentestere til at blive testet tidligere.

TABEL 3.9. JEG SYNTES, DET VAR FOR BESVÆRLIGT, FORDI MULIGHEDEN FOR AT BLIVE TESTET ANONYMT LÅ FOR LANGT VÆK (N=77)

Have ingen betydning	61 (79 %)
Have nogen betydning	9 (12 %)
Have stor betydning	7 (9 %)

4. PERSONLIGE BARRIERER

I dette kapitel vil der blive set på de mere 'personlige' barrierer²¹ eller 'forklaringer', som den enkelte har givet udtryk for, har forsinket dét at få taget en hiv-test – eller sagt på en anden måde, hvad er det for overvejelser som den enkelte, der er testet sent, har gjort sig om fordele og ulemper ved at få foretaget en test. Kapitlet tager udgangspunkt i en række spørgsmål fra spørgeskemaet, se boks 4.1.

Der er siden introduktionen af kombinationsbehandlingen i 1996 gennemført en række studier af mulige 'personlige barrierer for ikke at blive testet for hiv', som allerede omtalt i kapitel 1. Det noteres i de Wit og Adams artikel fra 2008, der gennemgår 50 artikler om dét, de kalder for 'psykosociale barrierer' for hiv-test i høj-indkomstlande, at: *"Studies that actually address barriers and facilitators of HIV testing in relatively well-adjusted individuals and communities in high-income countries are sparse"*.

Selvom undersøgelserne er svært sammenlignelige, er der dog en række begrundelser eller barrierer, der går igen som betydningsfulde i langt de fleste undersøgelser om 'personlige forklaringer' eller 'psykosociale barrierer' for ikke at få foretaget en hiv-test:

- Man anser ikke sig selv for at være i risiko
- Frygten for diskrimination og stigmatisering
- Frygten for at være hiv-smittet²¹

Der blev i denne undersøgelses spørgeskema stillet en række spørgsmål om forhold / barrierer, der kunne have haft betydning for, at den enkelte ikke tidligere havde ladet sig teste. Inspirationen til disse spørgsmål er hentet fra den udenlandske litteratur, fra

BOKS 4.1. SPØRGSMÅL DER OMHANDLER PERSONLIGE BARRIERER FOR AT BLIVE TESTET

- | | |
|-----------|--|
| Sp. 27.1 | Jeg var bange for at finde ud af, at jeg var hiv-smittet |
| Sp. 27.2 | Jeg mente ikke, jeg var i risiko for at være smittet med hiv |
| Sp. 27.4 | Jeg ønskede ikke, at min familie eller mine venner skulle vide, at jeg var hiv-smittet |
| Sp. 27.5 | Jeg var i fast parforhold og troede derfor ikke, jeg var i risiko for at blive smittet |
| Sp. 27.6 | Jeg ønskede at undgå negative reaktioner, hvis folk fik at vide, at jeg var hiv-positiv |
| Sp. 27.8 | Jeg kendte ikke de fysiske symptomer på at være hiv-smittet |
| Sp. 27.9 | Jeg vidste ikke, at der var en god behandling (kombinationsbehandling) til hiv-smittede |
| Sp. 27.10 | Jeg vidste ikke, at man kunne blive testet anonymt |
| Sp. 27.14 | Jeg vidste ikke, at behandlingen var gratis |
| Sp. 27.15 | Jeg var bange for, at jeg kunne blive udvist af Danmark, hvis jeg blev konstateret hiv-smittet (til ikke-danskfødte) |
| Sp. 27.16 | Jeg var ikke åben om min seksualitet (til MSM) |

de kvalitative interviews, der blev gennemført før spørgeskemaet blev udfærdiget og fra Sexlivsundersøgelsen.

Det fremgår med tydelighed af det følgende, at de udenlandske erfaringer med barrierer for en hiv-test også slår igen i denne undersøgelse. For 66 % havde det nogen eller stor betydning, at de ikke mente sig i risiko for at være smittet, 58 % ønskede at undgå negative reaktioner, hvis folk fik at vide, at de var hiv-smittede, og 50 % svarer, at de var bange for at finde ud af, at de var hiv-smittede.

Der er kun to af de stillede spørgsmål om barrierer, som har haft samme eller større betydning end ovennævnte; at man kun søger læge, når man er syg (83 %) og manglende kendskab til de fysiske symptomer på at være hiv-smittet (59 %).

Mente sig ikke i risiko for at være hiv-smittet

Som nævnt har en stor del af respondenterne angivet, at de ikke mente sig i risiko for at være smittet, og at dette var medvirkende til, at de ikke blev testet. For en ud af

21. Der anvendes termer som f.eks: Fear of being diagnosed; fear of the disease itself; fear of learning ones HIV infection; fear of being HIV-positive.

tre (36 %) har dette haft stor betydning for ikke at blive testet tidligere.

Der er ikke signifikant forskel på danske heteroseksuelle mænd og kvinder, danske MSM og ikke-danskfødte respondenter.

Det bliver en udfordring at få mennesker, der slet ikke mener, at de har haft risiko for hiv, til at overveje en test. Man vil ikke kunne nå denne gruppe gennem traditionelle kampagner, da at en stor del af befolkningen således skulle opfordres til at blive hiv-testet.

I forhold til at opfordre til test må det også konstateres, at antallet af sentestere blandt danskfødte heteroseksuelle mænd og kvinder er lille set i forhold til alle heteroseksuelle mænd og kvinder. Hvis Sundhedsstyrelsens retningslinjer fra 2009 (om hvem der aktivt skal tilbydes en test) følges, må man dog formode, at en del af denne gruppe af sentestere vil blive fundet tidligere. Her tænkes særligt på, at alle der har haft sex med personer fra højrisikoområder (eller har været udstationeret her) og alle med symptomer, som ikke umiddelbart er diagnosticerbare, bør tilbydes en hiv-test.

For så vidt angår gruppen af MSM anbefaler Sundhedsstyrelsen, at disse – såfremt de ikke konsekvent dyrker sikker sex – bør tilbydes test mindst en gang årligt.

I forhold til gruppen af ikke-danskfødte anbefaler Sundhedsstyrelsen, at personer fra Afrika, Asien, Sydamerika og Østeuropa tilbydes en hiv-test ved første kontakt med sundhedsvæsenet, uanset årsagen til kontakten. Denne anbefaling vil dog ikke nødvendigvis nå den gruppe af ikke-danskfødte, som har boet i Danmark i mange år, før de smittes med hiv (se kapitel 2) og som i denne undersøgelse udgjorde 40 % af alle ikke-danskfødte²².

I forbindelse med de indledende interviews blev der identificeret to typer af personer, som ikke mener at have haft risiko-adfærd: De der ikke har haft en 'defineret'

risiko-adfærd (og altså er blevet smittet ved sex med en person, der ikke vurderes at have en særlig risiko for at være hiv-smittet), og de der har undervurderet eller fortrængt deres risiko-adfærd.

I den første gruppe var en 49-årig kvinde blev fundet smittet 2008 i forbindelse med at hendes egen læge havde sendt hende videre til udredning, fordi hun havde en lang række uforklarlige maveinfektioner.

Hun havde på det tidspunkt ikke nogen fast partner og i forbindelse med kontaktopsporingen havde hun været i stand til at lave en liste med 18-20 seksualpartnere helt tilbage til 1988, fortæller hun. Hun har altså i gennemsnit haft ca. en seksualpartner om året, de sidste 20 år.

Og hun har altid, fortæller hun, brugt kondom. Kun én gang var hun gået med til at have sex uden kondom, og det var med en kæreste hun havde tilbage i 2006. De brugte kondom det første halve år, de var sammen, og så havde kæresten foreslået, at de droppede kondomet. Det næste halve år de var sammen, havde de så haft sex uden kondom – indtil forholdet sluttede. Kæresten var en 'helt almindelig dansk mand' og den pågældende kvinde mener stadig, at det er usandsynligt, at det skulle være ham der har smittet hende.

Det er svært – ud fra en objektiv vurdering af historien – at påstå, at den pågældende kvinde har haft en adfærd, der ud-satte hende for en særlig risiko.

Tilhørende den anden gruppe var en heteroseksuel mand sidst i 50'erne, der blev konstateret hiv-smittet i starten af 2009 i forbindelse med en indlæggelse på et hospital. Den pågældende mente ikke selv, at han havde haft risikoadfærd, men han fortæller dog, at han har haft ubeskyttet sex med tre udenlandske kvinder i et land, hvor prævalensen blandt kvinder, der har sex med udenlandske mænd, er relativ høj. Men hans egen vurdering var, at de ikke var 'betændte', at de altså ikke kom fra et 'sek-suelt miljø' (prostitutionsmiljø), for han havde mødt dem i helt andre sammenhænge. I denne historie er det lettere – ud fra en objektiv vurdering af historien – at påstå, at den pågældende mand har haft en adfærd,

22. Dette tal er dog næppe repræsentativt for alle ikke-danskfødte sentestere. Respondenterne i denne undersøgelse har boet i Danmark i ganske mange år, og der er formentlig et bortfald af personer, som har boet i Danmark i kortere tid.

der udsatte ham for en særlig risiko.

Fælles for disse to personer er, at de begge er fundet smittet i forbindelse med sygdom, og at de begge mener ikke at have haft risikoadfærd – hvorfor de ikke har følt sig foranlediget til at få foretaget en hiv-test, og begge testes for hiv på en læges opfordring.

Forskellen mellem dem er, at kvinden ikke har haft en seksualadfærd, der kan karakteriseres som risikofyldt, mens manden ud fra en objektiv vurdering må siges at have haft risikoadfærd. Han ville, efter Sundhedsstyrelsens retningslinjer, i dag være blevet opfordret til en hiv-test, hvis han vel at mærke havde fortalt en læge om sin seksualadfærd.

Blandt danske mænd, der har sex med mænd, angiver 22 %, at det har været af 'stor betydning' for at de ikke blev testet tidligere, at de ikke mente sig i risiko for at være smittet.

I Sexlivsundersøgelsen har man både spurgt de respondenter, der aldrig er blevet testet og de, der ikke er blevet testet for nylig (indenfor de seneste 16 måneder) om årsagen til, at de ikke er blevet testet. Blandt de, der aldrig er blevet testet, er det 48 %, der svarer 'Jeg har ikke været i risiko' og blandt de, der ikke er blevet testet for nylig, er der 63 %, der svarer på samme måde.

Selvom data fra Sexlivsundersøgelsen og nærværende undersøgelse ikke direkte kan sammenlignes²³, så ser det alligevel ud som om, at der er flere blandt sentesterne, som vurderer, at de har haft risikoadfærd – og at andre grunde har afholdt dem fra at lade sig teste. Men, som det allerede er beskrevet i kapitel 2, så er der ikke blandt gruppen af MSM nogen sammenhæng mellem usikker-sex adfærd og hiv-test – de, der har haft usikker sex, bliver ikke hyppigere testet end de, som ikke har haft usikker sex.

Respondenterne er også blevet spurgt, om de var i et fast parforhold og derfor ikke troede, at de var i risiko for at være smittet med hiv. Af 50 personer, der var i fast par-

TABEL 4.1. JEG MENTE IKKE, JEG VAR I RISIKO FOR AT VÆRE SMITTET MED HIV (N=83)

Ingen betydning	28 (34 %)
Nogen betydning	25 (30 %)
Stor betydning	30 (36 %)

TABEL 4.2. JEG VAR I ET FAST PARFORHOLD OG TROEDE DERFOR IKKE, JEG VAR I RISIKO FOR AT BLIVE SMITTET MED HIV (N=38)

Ingen betydning	15 (40 %)
Nogen betydning	11 (29 %)
Stor betydning	12 (32 %)

forhold, da de blev konstateret hiv-smittede, har 38 svaret på spørgsmålet. Disse 38 personer adskiller sig ikke fra den gruppe, som ikke var i parforhold. Det er ikke muligt på baggrund af oplysningerne i spørgeskemaerne at fastslå blandt de 38, om det er respondenterne, der har smittet den faste partner eller om var den faste partner, der smittede respondenterne, hvilket må siges at kunne have betydning for risikoopfattelsen.

Frygten for at møde negative reaktioner

Frygten for andre menneskers reaktioner, hvis man bliver konstateret hiv-smittet, har været en gennemgående og betydningsfuld årsag for ikke at blive testet i de udenlandske undersøgelser, og der er derfor også spurgt til dette emne i denne undersøgelse.

Som det fremgår af tabel 4.3., er det næsten 60 %, der angiver, at det har haft nogen eller stor betydning for den sene test, at de har ønsket at undgå negative reaktioner, hvis andre skulle finde ud af, at de var smittet med hiv. Og samme høje andel har svaret, at de ikke ønskede, at deres familie eller venner skulle vide, at de var smittet med hiv.

23. Både spørgsmål og svarmuligheder er forskellige. I Sexlivsundersøgelsen har man 'blot' kunne sætte et kryds, hvis man ikke mente man havde haft risiko – i denne undersøgelse har man kunnet graduere sit svar efter, om det har haft 'nogen' eller 'stor' betydning. Endvidere er præmissen for at svare forskellig for de to grupper. Svarene fra Sexlivsundersøgelsen 2009 er givet af mænd, der ikke anser sig for at være smittet (og som måske ikke har haft risikoadfærd), mens tallene fra nærværende undersøgelse er givet af mænd, som ved at de er smittet. Men på trods af disse forbehold er forskellen imellem besvarelsenerne så stor, at det må give anledning til at overveje, om netop denne frygt for at finde ud af, at man er hiv-smittet har langt større betydning for sentesterne end for MSM i almindelighed.

TABEL 4.3.

JEG ØNSKEDE IKKE, AT MIN FAMILIE ELLER MINE
VENNER SKULLE VIDE, AT JEG VAR HIV-SMITTET (N=83)

Ingen betydning	34 (41 %)
Nogen betydning	10 (12 %)
Stor betydning	39 (47 %)

JEG ØNSKEDE AT UNDGÅ NEGATIVE REAKTIONER, HVIS
FOLK FIK AT VIDE, AT JEG VAR HIV-POSITIV (N=82)

Ingen betydning	34 (41 %)
Nogen betydning	14 (17 %)
Stor betydning	34 (41 %)

Der er ikke signifikant forskel på svarene fra danskfødte heteroseksuelle mænd og kvinder, danskfødte MSM'er og ikke-danskfødte personer.

På trods af mange års oplysning om hiv/aids, på trods af den fraværende risiko for smitte ved almindelig social omgang og på trods af, at hiv ikke længere betegnes som en fatal sygdom, knytter der sig stadig et stort tabu på dét at være hiv-smittet. I AIDS-Fondets undersøgelse (AIDS-Fondet, 2009) om danskernes forhold til hiv-smittede skrives der i konklusionen:

"På trods af at alle adspurgte vil håbe på, at blive mødt med tolerance og åbenhed, hvis de selv blev smittet med hiv, frygter langt størstedelen social isolation og omverdens fordomme. Og de fleste vil kun fortælle ganske få om deres sygdom."

De fleste er altså godt klar over, at hiv er 'en særlig sygdom'.

Stigmatiseringen af hiv-smittede har siden midten af 1980'erne (se f.eks. Jonathan Mann, 1987) været beskrevet som en af de største forhindringer i forebyggelsen af hiv. Stigmatiseringen forhindrer hiv-smittede i at være åbne om deres hiv-status, den forhindrer folk i at blive testet, den har gjort, at hiv-smittede er blevet diskrimineret, og endelig har den gjort det til en psykisk belastning at være hiv-smittet.

Denne undersøgelse bekræfter, at stigmatiseringen af hiv-smittede fortsat har stor betydning for den enkeltes fravalg af hiv-test.

Mest bemærkelsesværdigt er det måske, at der blandt danskfødte mænd, der har sex med mænd, er hele 67 %, der angiver, at det har haft nogen eller stor betydning, at de ønskede at undgå negative reaktioner, hvis folk fik at vide, at de var hiv-smittede

– og kun 33 % angiver, at det ikke har haft nogen betydning (er ikke vist i tabel).

I Sexlivsundersøgelsen er der stillet næsten samme spørgsmål om begrundelsen for ikke at blive testet: 'Jeg ønsker at undgå negative reaktioner hvis folk får at vide, at jeg er hiv-positiv'. 8 % af de, der aldrig har fået lavet en test, har markeret ved denne svarmulighed, og blandt de, der ikke er blevet testet inden for de sidste 16 måneder, er det blot 5 %, der har krydset af i denne rubrik.

Forskellen i svarene i de to undersøgelser er bemærkelsesværdig og peger stærkt i retning af, at netop frygten for andre menneskers reaktioner har stor betydning for de MSM, der testes sent.

At nedbryde stigmatiseringen af hiv-smittede kræver en mangesidet og langvarig indsats. Stigmatiseringen af hiv-smittede hænger bl.a. sammen med at hiv er 'en særlig sygdom' forbundet med tabuiseret seksual-adfærd, at hiv er smitsom, og kun ganske få hiv-smittede er åbne om deres hiv-status. Flere åbne hiv-smittede afskaffer ikke i sig selv stigmatiseringen, men have betyde at stigmatiseringen formindskes. Som det er skrevet i Levekårsundersøgelse, så:

"... skabes [der] ikke af sig selv en situation, hvor flere tør være åbne om deres hiv-status uden at skulle frygte omgivelsernes reaktioner. Omgivelsernes reaktioner hænger formentlig sammen med den overdrevne frygt for risikoen for at blive smittet i andre sammenhænge end sex, men også med at hiv stadig betragtes som "en særlig sygdom" – forbundet med tabuiseret seksual-adfærd, død og smitsomhed – som får mange, selv professionelt sundhedspersonale, som ikke er vant til at arbejde med hiv-smittede, til at reagere uhensigtsmæssigt. Det anbefales derfor, at der gennemføres brede kampagner, der fokuserer på disse to elementer – den overdrevne frygt for smitte og stigmatiseringen af hiv-smittede."

Sundhedsstyrelsen gennemførte, foranlediget af Levekårsundersøgelsen, en anti-stigma-kampagne 'Bliv fri for fordomme' i efteråret 2008.

Bange for at finde ud af at være hiv-smittet

‘Jeg var bange for at finde ud af, at jeg var hiv-smittet’ dækker formentlig over mange forskellige følelser og overvejelser; angsten for at se virkeligheden i øjnene (man lever bedre i ‘lykkelig uvidenhed’); hvem skal man fortælle eller ikke fortælle det til; hvordan skal man leve livet videre; hvordan skal man få en kæreste (hvis man ikke har en), eller vil kæresten forlade mig (hvis man har en); kan man beholde sit arbejde; frygten for hvordan andre vil se på en; etc. Men dét at være bange for at finde ud af at man er hiv-smittet, fortæller også, at der må have været en bevidsthed om risikoen for at være smittet.

Det er slående, at denne type af spørgsmål slår så kraftigt ud i alle de udenlandske undersøgelser og altså også i nærværende, hvor halvdelen har svaret, at det har haft nogen eller stor betydning for, at de ikke er blevet testet tidligere (se tabel 4.4.).

Blandt MSM er det 63 % der har svaret, at netop denne frygt havde nogen eller stor betydning for ikke at blive testet tidligere (men forskellen mellem grupperne er ikke signifikant) og det er også her interessant at sammenligne dette tal med Sexlivsundersøgelsen, hvor der er stillet et tilsvarende spørgsmål. Her spørges der om, hvorvidt ‘jeg frygter at svaret er hiv-positiv’ har betydning for, at man ikke er testet.

Blandt de MSM i Sexlivsundersøgelsen, der aldrig er blevet testet, er det 13 % der angiver, at de frygter at svaret er positivt. Og selvom man ikke, som tidligere nævnt, kan sammenligne undersøgelserne direkte, så er der igen en bemærkelsesværdig forskel i denne undersøgelses svar og Sexlivsundersøgelsens. Det tyder på, at netop frygten for at finde ud af at man er hiv-smittet, kan være en stærkt medvirkende årsag til, at mange MSM først bliver testet sent.

TABEL 4.4. JEG VAR BANGE FOR AT FINDE UD AF, AT JEG VAR HIV-SMITTET (N=83)

Ingen betydning	42 (51 %)
Nogen betydning	17 (21 %)
Stor betydning	24 (29 %)

TABEL 4.5. JEG KENDTE IKKE DE FYSISKE SYMPTOMER PÅ AT VÆRE HIV-SMITTET (N=80)

Ingen betydning	33 (41 %)
Nogen betydning	18 (23 %)
Stor betydning	29 (36 %)

Kendte ikke de fysiske symptomer

Der er i spørgeskemaet spurgt til, hvorvidt det ikke at kende symptomerne på hiv har

haft betydning for ikke at blive testet tidligere (se tabel 4.5.) 59 % har angivet at dette har haft nogen eller stor betydning (der er ikke signifikante forskelle, når respondenterne opdeles efter seksuel identitet og fødested).

Det er måske ikke så overraskende, at der blandt heteroseksuelle mænd og kvinder ikke er et særligt kendskab til symptomer på hiv – det forekommer mere overraskende, at dette også gælder for en stor gruppe af danskfødte MSM. Over halvdelen af disse har angivet, at manglende kendskab til symptomerne har haft nogen eller stor betydning for, at de ikke er testet tidligere. Man kunne ellers forestille sig, at der i gruppen af MSM – hvor hiv forekommer hyppigere end blandt heteroseksuelle mænd og kvinder, og hvor der løbende gennemføres målrettede kampanjer – ville være et større kendskab til symptomerne på hiv.

Der er ingen signifikant forskel, hvis man undersøger, om kendskab til symptomer har indflydelse på, om man erindrer eller ikke erindrer at have haft symptomer.

Hvorvidt et bedre kendskab til symptomerne på hiv faktisk havde fået dem, der angiver, at dette har haft betydning for, at de ikke blev testet tidligere, til at få foretaget en test kan der ikke gives svar på. Men som beskrevet i kapitel 3, så blev godt 60 %

af dem, der erindrede at have haft symptomer på hiv, faktisk testet på opfordring af en sygeplejerske eller læge – om end det er uklart, hvor længe der er gået mellem symptomer og test.

Vidste ikke der er gode behandlingsmuligheder

Indtil 1996 var hiv per definition en fatal (dødelig) sygdom, men med fremkomsten af kombinationsbehandlingerne samme år har den medicinske behandling af hiv været succesfuld. Hiv betragtes således ikke længere som en fatal sygdom, hvis man kommer i behandling før ens immunsvær er for svækket.

Der er i spørgeskemaet spurgt om manglende kendskab til, at der findes gode behandlingsmuligheder (kombinationsbehandlingen), har haft betydning for at man ikke er blevet testet tidligere. Det er overraskende – i betragtning af den megen omtale der har været af de vellykkede behandlingsmuligheder – at næsten halvdelen angiver, at netop manglen på kendskab til behandlingerne har haft betydning for, at de ikke lod sig teste tidligere, og at en tredjedel angiver, at det har haft stor betydning.

Der er ikke signifikante forskelle, når man sammenligner grupperne af danskfødte heteroseksuelle mænd og kvinder, danskfødte MSM og ikke-danskfødte.

Det er bemærkelsesværdigt, at kendskabet til den gode behandling ikke er mere udbredt blandt MSM, hvor prævalensen er høj, og hvor man ville formode at kendskabet til hiv og behandlingen af hiv var langt større end hos 'den almindelige' danske heteroseksuelle mand og kvinde. Spørgeskemaet indeholdt også et spørgsmål, der lød 'jeg synes ikke jeg kunne bruge kendskabet til min hiv-status til noget'. Der

TABEL 4.6. JEG VIDSTE IKKE, AT DER ER EN GOD BEHANDLING (KOMBINATIONSBEHANDLING) TIL HIV-SMITTEDE (N=78)

Ingen betydning	42 (54 %)
Nogen betydning	12 (15 %)
Stor betydning	24 (31 %)

TABEL 4.7. JEG VIDSTE IKKE, AT BEHANDLINGEN VAR GRATIS (N=75)

Ingen betydning	55 (73 %)
Nogen betydning	4 (5 %)
Stor betydning	16 (21 %)

har respondenterne markeret 'nogen' eller 'stor' betydning ved begge spørgsmål. Måske ville disse – hvis de havde vidst, at der var gode behandlingsmuligheder – kunne se fordelene ved at kende til deres hiv-status.

Vidste ikke behandlingen er gratis

For hovedparten af de danskfødte har spørgsmålet om en eventuel betaling for behandling ikke haft nogen betydning – om end man ikke kan undgå at bemærke, at 21 % blandt de danskfødte heteroseksuelle mænd og kvinder har svaret, at dette har haft betydning (og alle fem i denne svarkategori har svaret 'stor betydning'), se tabel 4.8.

Men det mest bemærkelsesværdige er den store andel i gruppen af ikke-danskfødte, der angiver, at den manglende viden om at behandlingen er gratis, har haft betydning for ikke at blive testet tidligere. Næsten 60 % har svaret, at dette har haft betydning (og langt hovedparten har markeret, at det havde stor betydning). Tallene er små, men det var tydeligt i fokusgruppinterviewet hos 'Cross-Over', inden spørgeskemaet blev udfærdiget, at mange her også havde en opfattelse af, at ikke-danskfødte ikke er klar over at behandling i Danmark er gratis. Også en af de fagpersoner, der indledningsvis blev interviewet, og som arbejder med etniske minoriteter i Danmark, var af samme opfattelse.

Vidste ikke man kan blive testet anonymt

Det har, siden det blev muligt at teste for hiv (1985), været en del af den danske aids-politik, at enhver kunne blive testet anonymt. Årsagen til denne politik var ønsket om, at så mange som muligt (i risiko for at være smittet) ville vælge at blive testet på trods af den stigmatisering den enkelte udsatte sig for i tilfælde af en positiv test.

Som det fremgår af tabel 4.9., er det lidt

TABEL 4.8. JEG VIDSTE IKKE, AT BEHANDLINGEN VAR GRATIS (N=75) P=0,003

	DANSKFØDTE HETEROSEKSUELLE MÆND OG KVINDER	DANSKFØDTE MSM	IKKE- DANSKFØDTE
Ingen betydning	19 (79 %)	29 (85 %)	7 (41 %)
Nogen eller stor betydning	5 (21 %)	5 (15 %)	10 (59 %)

TABEL 4.10. JEG VIDSTE IKKE, AT MAN KUNNE BLIVE TESTET ANONYMT (N=77) P=0,004

	DANSKFØDTE HETEROSEKSUELLE MÆND OG KVINDER	DANSKFØDTE MSM	IKKE- DANSKFØDTE
Ingen betydning	19 (79 %)	30 (83 %)	7 (41 %)
Nogen eller stor betydning	5 (21 %)	6 (17 %)	10 (59 %)

over en fjerdel af alle, der angiver, at manglende kendskab til den anonyme testmulighed har haft betydning for, at de ikke blev testet tidligere. Men som det ses i tabel 4.10., er der signifikante forskelle mellem danskfødte og ikke-danskfødte testetere. Det er næsten seks ud af 10 af disse sidstnævnte som angiver, at det manglende kendskab til den anonyme testmulighed har haft betydning for, at de ikke er blevet testet tidligere – og hovedparten har svaret, at det havde stor betydning. Også denne problemstilling blev nævnt som væsentlig under fokusgruppeinterviewet i 'Cross-Over'.

Selvom tallene er små, giver dette anledning til at overveje en indsats i forhold til gruppen af etniske minoriteter i Danmark.

Bange for at blive udvist af Danmark

Der er ikke i Danmark nogen restriktioner i forhold til opholdstilladelse, selvom ansøgeren skulle være hiv-smittet. Det blev dog nævnt af både deltagerne i fokusgruppeinterviewet hos 'Cross-Over' og af den interviewede fagperson, der arbejder med etniske minoriteter i Danmark, at dette er et centralt tema for mange ikke-danskfødte, når en hiv-test skal overvejes. Spørgeskemaet indeholdt derfor et spørgsmål til testetere, der ikke er født i Danmark, om bekymringen for at blive udvist har haft betydning for ikke at blive testet.

Kun halvdelen (12 ud af 25) af de ikke-danskfødte har besvaret spørgsmålet. Der

TABEL 4.9. JEG VIDSTE IKKE, AT MAN KUNNE BLIVE TESTET ANONYMT (N=77)

Ingen betydning	56 (73 %)
Nogen betydning	8 (10 %)
Stor betydning	13 (17 %)

ses ikke at være nogen sammenhæng mellem, hvor lang tid man har været i Danmark, og om man har svaret på spørgsmålet. Af de 13, der ikke har besvaret spørgsmålet, har fem været i Danmark syv år eller mindre, og otte har været i landet i 10 år eller mere.

Af de 12, der har besvaret spørgsmålet, har otte markeret, at frykten for udvisning ikke havde nogen betydning for at de ikke blev testet, og blot fire har markeret, at det havde betydning (én at det havde nogen betydning, og tre at det havde stor betydning). De fire, der har besvaret spørgsmålet, har været i Danmark mellem syv og 16 år. Spørgeskemaundersøgelsen kan således ikke bekræfte den bekymring for udvisning, som der blev udtrykt i de indledende interview.

Ikke åben om homo- eller biseksualitet

Når man tilhører en seksuel minoritetsgruppe, der har været omgærdet af tabu og fortielse, spiller spørgsmål om åbenhed en væsentlig rolle, og gruppen af MSM er derfor blevet spurgt, om mangel på åbenhed omkring seksualitet har haft indflydelse på, at de ikke er blevet testet tidligere.

Landsforeningen for Bøsser og Lesbiske²⁴ (LBL) udgav i 2009 en levevilkårsundersøgelse (Gransell & Hansen, 2009), som blandt andet undersøger spørgsmålet om åbenhed blandt homo- og biseksuelle mænd. Det fremgår af undersøgelsen, at 7 % af homoseksuelle mænd aldrig har talt med nogen om deres seksuelle orientering,

24. LBL hedder i dag Landsforeningen for bøsser, lesbiske, biseksuelle og transpersoner (LGBT-Danmark).

og at det samme gør sig gældende for 21 % af de biseksuelle mænd. Spørgsmålet om åbenhed overfor familien er også undersøgt, og mellem 57 og 86 % af homoseksuelle mænd svarer, at de er åbne overfor familien, mens det kun er mellem 43 og 51 % af de biseksuelle mænd, der er åbne i denne sammenhæng. Homo- og biseksualitet er altså fortsat omgærdet af en del tavshed.

31 mænd, der identificerer sig homoseksuelt, har svaret på spørgsmålet om, hvorvidt mangel på åbenhed havde betydning for den sene test, og de 27 (87 %) har svaret, at dette ingen betydning havde.

Ni mænd, der identificerer sig biseksuelt, har svaret på spørgsmålet, og kun en har svaret, at åbenhed om seksualitet ingen betydning havde for den sene hiv-test. De otte resterende biseksuelle mænd fordeler sig ligeligt på svarene 'nogen betydning' og 'stor betydning'.

Denne fordeling er næppe overraskende. Som det fremgår af LBL's undersøgelse, er der tre gange så mange biseksuelle som homoseksuelle mænd, der lever 'skjult' – og mange biseksuelle mænd frygter formentlig, at en positiv test vil kunne afsløre deres 'skjulte liv'.

Sammenfatning

Der er fire årsager, som træder tydeligt frem, når der ses på hvilke 'personlige barrierer', som betyder mest for, at respondenterne ikke er blevet testet tidligere:

- At man ikke mente sig i risiko for at være smittet
- At man frygtede negative reaktioner fra omgivelserne
- At man var bange for at finde ud af at man var hiv-smittet
- At man ikke kendte de fysiske symptomer på at være hiv-smittet

Disse temaer har betydning for alle grupper af respondenter - der er ikke signifikant for-

TABEL 4.11. JEG VAR IKKE ÅBEN OM MIN SEKSUALITET (N=40) P=<0,000

	HOMOSEKSUELLE	BISEKSUELLE	TOTAL
	MÆND	MÆND	
Have ingen betydning			
Have nogen betydning	27 (87 %)	1 (11 %)	28 (70 %)
Have stor betydning	0 (0 %)	4 (44 %)	4 (10 %)
	4 (12 %)	4 (44 %)	8 (20 %)

skel mellem danske heteroseksuelle mænd og kvinder, danske MSM og ikke-danskfødte respondenter.

Ved at sammenligne de sentestede MSM med data fra Sexlivsundersøgelsen (ikke-smittede MSM) er der tre forhold, der træder tydeligt frem: Det ser ud til at flere blandt sentesterne selv vurderer, at de har haft risikoadfærd (og at andre grunde har afholdt dem fra at blive testet), at frygten for at møde negative reaktioner er større blandt sentesterne, og at også flere blandt sentesterne er bange for at finde ud af, at de er hiv-smittede.

For de ikke-danskfødte sentestere er der to temaer, hvor de signifikant adskiller sig fra danskfødte respondenter: At man ikke vidste, at behandlingen var gratis, og at man ikke vidste, at man kunne blive testet anonymt – og dette havde indflydelse på det sene tidspunkt for testning. Man skal her erindre sig, at de ikke-danskfødte respondenter i denne undersøgelse i gennemsnit har boet i Danmark i mere end 11 år, og at der må være en underrepræsentation af ikke-danskfødte sentestere, der har boet i Danmark i kortere tid – hvor formentlig endnu færre har kendskab til muligheden for en anonym test og gratis behandling. Det blev i de indledende interview også påpeget, at frygten for at blive udvist af Danmark havde stor betydning for mange – det kunne spørgeskemaundersøgelsen dog ikke bekræfte.

Det er også bemærkelsesværdigt, at 46 % svarer at dét, at de ikke vidste, der var en god behandling for hiv, havde nogen eller stor betydning for ikke at blive testet tidligere. Heller ikke her var der signifikante forskelle mellem danske heteroseksuelle mænd og kvinder, danske MSM og ikke-danskfødte respondenter.

5. ANBEFALINGER

Denne undersøgelse om baggrunden for det relativt store antal sentestere i Danmark er den første af sin art her i landet. Undersøgelsen har derfor haft et eksplorativt (undersøgende) tilsnit, og de spørgsmål, der er stillet, er dels inspireret af udenlandske undersøgelser, dels af de interview, der blev gennemført, inden spørgeskemaet blev udformet.

Ideelt set har der skullet udleveres et spørgeskema til alle, der siden 1. januar 2003 er påbegyndt kontrol eller behandling på et hiv-behandlende center med et CD4-tal under 200. Der er accepteret 97 spørgeskemaer til analyse og opnået en svarprocent på 25,5.

Da undersøgelsen ikke er repræsentativ kan den ikke påstå at præsentere den 'fulde sandhed' om årsagen til at så mange testes sent, men den kan forhåbentlig give et værdifuldt indblik i nogle af de mekanismer, der spiller ind som forklaring på det sene tidspunkt for testning.

Problemstillingen kan anskues fra to vinkler: A) Kunne sundhedsvæsenet have reageret tidligere og tilbudt eller opfordret til test og kunne den enkelte have besluttet sig for en test på et tidligere tidspunkt.

Set ud fra den personlige vinkel: B) Kunne den enkelte have handlet anderledes, er der flere temaer i spil, som ganske mange af sentesterne har peget på, som havende betydning for, at de ikke er blevet testet for hiv tidligere:

- At man ikke mente sig i risiko for at være smittet
- At man frygtede negative reaktioner fra omgivelserne
- At man var bange for at finde ud af at man var hiv-smittet
- At man ikke kendte de fysiske symptomer på at være hiv-smittet

Mindst halvdelen af respondenter har markeret, at ovennævnte grunde har haft no-

gen eller stor betydning for ikke at blive testet tidligere.

Mente sig ikke i risiko

En ganske stor del af sentesterne mente sig ikke i risiko for at være smittet med hiv og for to ud af tre af sentesterne har det haft nogen eller stor betydning for, at de ikke lod sig teste tidligere. Omvendt må man jo også konstatere, at disse mennesker rent faktisk har haft en risiko, eftersom de er blevet smittet.

I forhold til at opfordre til hiv-test må det dog konstateres, at der er så få sentestere blandt danskfødte heteroseksuelle mænd og kvinder – set i forhold til alle heteroseksuelle mænd og kvinder – at en kampegneindsats målrettet denne gruppe vil være formålsløs ... og risikere at skabe mere angst end oplysning.

Hvis Sundhedsstyrelsens retningslinjer fra 2009, om hvem der fremover aktivt skal tilbydes en hiv-test, følges, må man dog forme, at en del af denne gruppe af sentestere vil blive fundet tidligere. Her tænkes særligt på, at alle der har haft sex med personer fra højriskoområder, og at alle med symptomer som ikke umiddelbart er diagnosticerbare, bør tilbydes en hiv-test.

For gruppen af mænd, der har sex med mænd (MSM), anbefaler Sundhedsstyrelsen, at disse – ved henvendelse til sundhedsvæsenet – testes mindst en gang om året, medmindre de konsekvent dyrker sikker sex. En ud af fire MSM findes i dag smittet med et CD4-tal under 350 (indikation for behandlingsstart), men det er næppe alle i denne gruppe, som henvender sig til sundhedsvæsenet en gang om året. Der vil derfor være en række personer fra denne gruppe, som ikke bliver tilbudt en test. Da der i forvejen laves en særlig indsats af 'STOP AIDS – Bøssernes hiv-organisation' for denne gruppe, anbefales det, som en del af et kampagnetiltag, at gøre MSM op-

mærksom på de helbredsmæssige fordele ved en tidlig hiv-test.

Blandt ikke-danskfødte respondenter i denne undersøgelse er det 40 %, som mener sig smittet med hiv i Danmark. Det er dog næppe repræsentativt for hele gruppen af ikke-danskfødte, at så stor en andel er smittet i Danmark, men for respondenterne forekommer en sådan forklaring sandsynlig – de, der mener sig smittet her i landet, har i gennemsnit boet i Danmark mere end 11 år.

Sundhedsstyrelsens retningslinjer anbefaler, at hiv-test aktivt tilbydes til alle personer fra Afrika, Asien, Sydamerika og Østeuropa ved første kontakt med sundhedsvæsenet, men dette aktive tilbud omfatter altså ikke personer, der har boet i Danmark i mange år.

Da denne gruppe – i hvert fald i denne undersøgelse – udgør en relativ stor andel af de ikke-danskfødte, bør det overvejes, hvordan man kan komme i kontakt med denne gruppe og gøre opmærksom på de risici, der er ved ikke at blive testet i tide. Det gøres formentlig nemmest af 'Cross-over', der i forvejen er i kontakt med denne målgruppe, gennem kampagnetiltag og kontakt til de mange etniske foreninger, der har disse personer som medlemmer.

Det kan også overvejes at ændre Sundhedsstyrelsens anbefalinger, så det ikke kun er ved førstegangskontakt med sundhedsvæsenet, at denne gruppe skal tilbydes test.

Frygten for negative reaktioner

Det er næsten 60 % af respondenterne, der angiver, at frygten for at møde negative reaktioner har haft nogen eller stor betydning for ikke at blive testet tidligere. Samme høje andel har svaret, at ønsket om at familie og venner ikke skal vide, at man er hiv-smittet, også har haft betydning for ikke at blive testet tidligere.

I Sexlivsundersøgelsen har blot 8 % af de ikke-testede MSM'er markeret, at de ikke er blevet testet, fordi de ønskede at undgå negative reaktioner i tilfælde af en positiv hiv-test. Det ser altså ud til, at frygten for nega-

tive reaktioner har en helt særlig betydning for nogle af de MSM'ere, der undlader at blive testet på et tidligere tidspunkt.

Det vides ikke, om samme forskel i bekymringen for negative reaktioner gør sig gældende blandt danskfødte heteroseksuelle mænd og kvinder og blandt gruppen af ikke-danskfødte. Der eksisterer ikke undersøgelser, hvor ikke-testede i disse grupper er blevet spurgt til baggrunden for ikke at blive testet.

Negative reaktioner fra omgivelserne hænger sammen med den stigmatisering, som hiv-smittede udsættes for, og det anbefales, at der fortsat gennemføres kampagnetiltag til reduktion af denne stigmatisering.

Man kan også overveje, om ikke der er brug for en mere omfattende indsats i forhold til stigmatiseringen end blot et kampagnetiltag – stigmatisering fjernes ikke alene gennem kampagner. Der er nemlig ikke noget, der tyder på, at stigmatiseringen af hiv-smittede er mindre i dag end tidligere – måske tværtimod – og det bør grundigt overvejes, hvordan denne problemstilling angribes. Er der behov for at sætte fokus på, "at det er helt almindelige mennesker med et helt almindeligt liv, der bliver smittet med hiv" (Levekårsundersøgelsen), eller er der behov for, at flere hiv-smittede er åbne om deres hiv-status, eller er der behov for at fortælle historierne om hiv-smittede, som lever et godt liv, eller er der behov for noget helt fjerde? Denne undersøgelse kan ikke give svaret på dette – blot, ligesom Levekårsundersøgelsen, pege på behovet for at gøre noget ved problemet.

Bange for at finde ud af, at man var hiv-smittet

Halvdelen af respondenterne har angivet, at det havde nogen eller stor betydning for den sene test, at de var bange for at finde ud af, at de var hiv-smittede. Dette udsagn dækker formentlig over en række af følelser, overvejelser og bekymringer, om hvad der vil ske, hvis man findes smittet. Noget handler formentlig om de negative reaktioner, man kan frygte at møde (og som bl.a.

kan modarbejdes via kampagnetiltag), men det handler også om at skulle se i øjnene, at man måske lider af en alvorlig sygdom.

Frygten for at finde ud af, at man fejler noget alvorligt, kendes også fra kræft. Mange reagerer irrationelt, når de får symptomer på alvorlig sygdom og går måske netop ikke til lægen, fordi de frygter, at det er alvorligt. Alvorlig sygdom kan nemlig også have den 'bivirkning', at det totalt kan ændre ens selvbillede.

Inden for kræft har man i januar 2010 netop etableret verdens første center for hurtigere udredning af kræftsygdomme på Århus Universitets Sundhedsvidenskabelige Fakultet.²⁵ Det anbefales, at man følger og afventer de resultater, som man her kommer frem til. Mange af de grunde (barrierer), der afholder folk med symptomer på kræft fra at gå til læge, vil formentlig også gælde for hiv.

Kendte ikke de fysiske symptomer

60 % af respondenterne har angivet, at dét, at de ikke kendte de fysiske symptomer på at være hiv-smittet, har haft betydning for, at de ikke blev testet tidligere. Det er måske ikke overraskende, at der blandt heteroseksuelle mænd og kvinder ikke er et særligt kendskab til symptomer på hiv, men det forekommer mere overraskende, at dette også gælder for gruppen af MSM.

Selvom der ikke er nogen nødvendig sammenhæng mellem dét at opleve symptomer og søge læge (se ovenfor), så er det en forudsætning for at kunne reagere adækvat, at man faktisk har kendskab til hvilke symptomer, hiv kan give. Omkring halvdelen af respondenterne erindrer at have haft symptomer som træthed, vægttab og svamp.

Man kan overveje, om man skal informere de særligt udsatte grupper om disse typiske symptomer på hiv. I forhold til gruppen af MSM vil det være oplagt at forestille sig at 'STOP AIDS – Bøssernes hiv-organisation' påtager sig denne opgave, og i forhold til

ikke-danskfødte vil det være 'Cross-Over', som eventuelt skal forestå denne informationsopgave.

Det er også vigtigt, at praktiserende læger er opmærksomme på disse symptomer. Hvis den enkelte, der oplever disse symptomer ikke selv overvejer en hiv-test, bør lægen foreslå det – træthed, vægttab og svamp er ikke nødvendigvis hiv-relateret, men kan være det.

Vidste ikke der var gode behandlingsmuligheder

En tredjedel af respondenterne har angivet, at det havde stor betydning for, at de ikke blev testet tidligere, at de ikke vidste, at der var gode behandlingsmuligheder, hvis man blev konstateret smittet med hiv – og sammenlagt med dem der angiver, at det har haft nogen betydning, er det næsten halvdelen for hvem denne mangel på viden har haft betydning for den sene test.

Netop de gode behandlingsmuligheder er et afgørende argument for at blive testet – og blive testet før ens immunforsvar er alt for svækket. Det anbefales derfor, at man sikrer, at denne viden bliver mere udbredt – i hvert fald blandt grupper med forøget risiko for at blive smittet. Også her må det være 'STOP AIDS – Bøssernes hiv-organisation' og 'Cross-Over' som i særlig grad bør overveje, hvordan man sikrer, at deres respektive målgrupper har denne viden om de gode behandlingsmuligheder.

Særligt for gruppen af ikke-danskfødte

Der er nogle særlige forhold, der gør sig gældende for gruppen af ikke-danskfødte respondenter. Der er således signifikant flere i denne gruppe, som ikke er klar over, at man kan blive testet anonymt, og at behandlingen for hiv er gratis – og for hvem denne mangel på viden har haft betydning for, at de ikke er blevet testet tidligere.

I undersøgelsens indledende interview blev der gjort opmærksom på, at frygten for at kunne blive udvist af Danmark, hvis

25. Center for Forskning i Cancerdiagnostik i Praxis (CaP), www.cap.au.dk.

man blev fundet hiv-smittet, også havde betydning for, at mange var bange for at blive testet. Spørgeskemaundersøgelsen har dog ikke kunnet bekræfte dette, idet der er for få respondenter, der har svaret på spørgsmålet, men det er værd at være opmærksom på, om dette er en bekymring, der er udbredt blandt ikke-danskfødte personer, der bor i Danmark.

I denne undersøgelse mener 40 % af de ikke-danskfødte sentestere sig smittet i Danmark. De fleste af disse har boet i Danmark i mange år og vil derfor ikke være omfattet af Sundhedsstyrelsens retningslinjer, der opfordrer til tilbud om hiv-test ved første møde med sundhedsvæsenet for visse grupper af ikke-danskfødte.

Det anbefales, at information om muligheden for anonym test, gratis behandling, og at man ikke bliver udvist af Danmark i tilfælde af en positiv hiv-test, formidles til gruppen af ikke-danskfødte, der bor i Danmark.

Det bør også overvejes, hvordan man får formidlet risikoen for at være smittet med hiv til den (i hvert fald i denne undersøgelse) relativt store gruppe af ikke-danskfødte, der har boet i Danmark i mange år, og som findes smittede som sentestere.

Disse tiltag bør forstås af 'Cross-Over', og man kan formentligt med fordel inddrage de etniske foreninger i dette arbejde.

Det fremgår af Integrationsministeriets hjemmeside, www.nyidanmark.dk, at "af meget alvorlige fysiske sygdomme, der har ført til humanitær opholdstilladelse, kan nævnes fremskreden cancer eller AIDS (dvs. HIV i udbrud)". Men det fremgår ikke eksplicit, at man ikke risikerer udvisning, alene fordi man findes hiv-smittet. Man kan overveje at gå i dialog med Integrationsministeriet om at formidle denne information mere direkte.

Sundhedspersonalets rolle

Meget tyder på, at Sundhedspersonalet faktisk har opmærksomhed på patienters risiko for at være smittet med hiv. Blandt denne undersøgelses respondenter er to

ud af tre sentestere således blevet testet på opfordring af en læge, to ud af fem, der har henvendt sig på en klinik eller et ambulatorium (for andet end hiv-test), er blevet opfordret til en hiv-test, og tre ud af fire, der henvender sig til sundhedsvæsenet pga. symptomer, bliver testet inden for det første år efter henvendelsen.

Det springende punkt er, om patienterne kunne være tilbudt en hiv-test på et tidligere tidspunkt, så de ikke – som respondenterne i denne undersøgelse – først konstateres smittede med et meget lavt CD-4 tal og den deraf forøgede risiko for sygdom eller død. Det har denne undersøgelse dog ikke kunnet afdække.

Men måske man blandt sundhedspersonalet kan drage lære af de patienter, der går i længere tid fra første konsultation pga. symptomer på hiv til konstatering af hiv. I denne undersøgelse gik der således mere end et år til denne udredning og konstatering af hiv for 25 % af de, der henvendte sig med symptomer.

Da mange af sentesterne ikke selv tager initiativ til en hiv-test, spiller sundhedspersonalet en central og vigtig rolle i at afklare, hvem der bør tilbydes en hiv-test. Sundhedsstyrelsen har i november 2009 udsendt nye retningslinjer for, hvem der aktivt skal tilbydes en test (se kapitel 1), og hvis disse retningslinjer følges, vil en del af sentesterne med stor sandsynlighed blive tilbudt hiv-test på et tidspunkt, hvor deres immunforsvar endnu ikke er svækket.

Retningslinjerne peger bl.a. på, at patienter med symptomer, der ikke umiddelbart er diagnosticerbare, bør hiv-testes. Denne undersøgelse har vist, at træthed, vægttab og svamp er de symptomer, som hyppigst nævnes af de sentestere, der erindrer at have haft symptomer på hiv. Også dette bør sundhedspersonalet være opmærksom på.

En tredjedel af sentesterne har tidligere fået foretaget en hiv-test og altså – på et tidligere tidspunkt – haft en bevidsthed om en risiko for hiv. Det bør overvejes at diskutere en egentlig hiv-test strategi med alle, der henvender sig for en hiv-test – og opfordre personer med risikoadfærd til at beslutte sig for en sådan.

Litteratur

- AIDS-Fondet
... Men jeg er ikke sikker på, at det jeg ved er rigtigt – danskerne viden, holdninger og adfærd i forhold til hiv og hiv-smittede.
AIDS-Fondet, 2009
- Antinori, A, T. Coenen, D. Costagliola, N. Dedes, M. Ellefson, J. Gatell, E. Girardi, M. Johnson, O. Kirk, J. Lundgren, A. Mocroft, A. d'Arminio Monforte, A. Phillips, D. Raben, J. K. Rockstroh, C. Sabin, A. Sönnernborg & F. de Wolf
Late presentation of HIV infection: a consensus definition. HIV Medicine, 2010, DOI: 10.1111/j.1468-1293.2010.00857.x
- Bruun, Tina & Anders Dahl
Min største frygt er, at jeg en dag vågner op og er død ... – om mødet mellem hiv-smittede patienter fra etniske minoritetsgrupper og det danske sundhedssystem.
Hiv-Danmark, 2004
- Carstensen, Mie & Anders Dahl
Hiv og levekår – en undersøgelse af hiv-smittedes levekår og livskvalitet i Danmark.
Hiv-Danmark, 2007
- de Wit, John B. F. & P.C.G. Adam
To test or not to test: Psychosocial barriers to HIV testing in high-income countries.
HIV Medicine (2008) 9 (Suppl.2):20-22
- Deblonde, Jessika P. D. K., F. F. Hamers, J. Fontaine, S. Luchters & M. Temmerman
Barriers to HIV testing in Europe: a systematic review.
The European Journal of Public Health 2010, 20 (4):422-432
- Fangen, Katrine, Arne Grønningsæter, Thomas Lorentzen & Siv Øverås
Levekår og livskvalitet blant hivpositive.
Fafo-rapport 402, 2002
- Girardi, Enrico, C. A. Sabin & A. d. Monforte
Late Diagnosis of HIV Infection: Epidemiological Features, Consequences and Strategies to Encourage Earlier Testing.
Journal of Acquired Deficiency Syndrome, 2007, Vol. 46, (Suppl. 1):3-8
- Gransell, Leyla & Henning Hansen
Lige og ulige? – Homoseksuelle, biseksuelle og transkønnedes levevilkår.
CASA, juni 2009
- Grierson, Jeffrey, Rachel Thorpe & Marian Pitts
HIV Futures Five. Life as we know it.
Sydney: The Australian Research Centre in Sex, Health and Society, LaTrobe University, 2006
- Grierson, Jeffrey, Rachel Thorpe, Marian Pitts, Tony Hughes, Peter Saxton, Jonathan Smith, Eamonn Smythe & Mark Thomas
HIV Futures NZ2.
Sydney: The Australian Research Centre in Sex, Health and Society, LaTrobe University, 2008
- Grønningsæter, Arne, Roland Mandal, Bjørn Richard Nuland & Hilde Haug
Fra Holdninger til Levekår – Liv med hiv i Norge i 2009.
Fafo rapport 2009:13
- Haff, Jakob & Susan Cowan
Sexlivsundersøgelsen 2009 - hiv og sex blandt mænd, der har sex med mænd.
STOP AIDS – Bøsseernes hiv-organisation & Epidemiologisk afdeling, Statens Serum Institut, 2009
- Krentz, Hartmut B., M. C. Auld & M. J. Gill
The high cost of medical care for patients who present late with HIV infection.
HIV Medicine (2004), 5, 93-98
- Lemcke, Asja, Mette Kjølner, Ola Ekholm & Else Smith
HIV testing in the Danish population: A national representative survey, 2000.
Scandinavian Journal of Public Health, 2007; 35: 631-639
- Mann, Jonathan
Statement at an informal briefing on AIDS to the 42. Session of the United Nations General Assembly, 20. October 1987, New York
- Sandin, Niclas, Mikael Jonsson & Mikael B. Blomqvist
In Sex We Trust – underlying factors contributing to unsafe sex among men who have sex with men.
RFSL, 2008
- Yasdanpanah, Yasdan, J. Lange, J. Gerstoft & G. Cairns
Earlier testing for HIV – how do we prevent late presentation?
Antiviral Therapy 2010, 15 (Suppl 1):17-24

