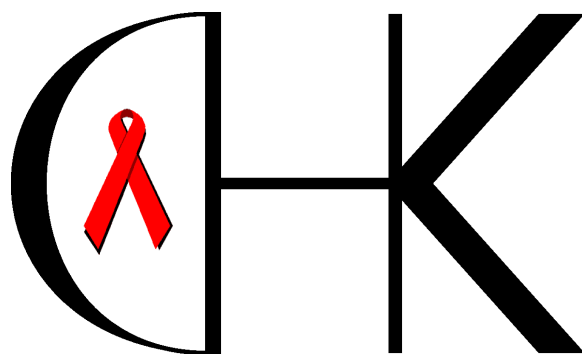


DEN DANSKE HIV KOHORTE



**Overlæge, dr. med. Niels Obel
Epidemiklinikken M
Rigshospitalet**

Oktober 2009

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Den danske HIV Kohortes opbygning	4
Arbejder fra DHK	6
Demografi	12
Behandlingsdata	17
Kvalitetskontrol	24
De enkelte antiretrovirale præparater	30
Zidovudin	31
Lamivudin	34
Stavudin	37
Didanosin	40
Abacavir	43
Trizivir	46
Tenofovir	49
Emtricitabin	51
Nevirapin	54
Efavirenz	57
Non-boosted Saquinavir	60
Boosted Saquinavir	63
Non-boosted Indinavir	66
Boosted Indinavir	69
Nelfinavir	72
Kaletra	75
Amprenavir	78
Tipranavir	81
Atazanavir	84
Truvada	87
Kivexa	90
Etravirin	91
Maraviroc	91
Raltegravir	92
Darunavir	92
Supplerende materiale	
Kolesterol	93

Forord

Nærværende rapport er en status over Den Danske HIV Kohortes arbejde frem til sommeren 2009.

Rapporten fokuser på overordnede resultater. Af hensyn til ønsker fra industrien er der dog til slut i den udvidede rapport medtaget mere specifikke beregninger over de enkelte præparaters anvendelsesmønstre i Danmark. Visse præparater og forhold, som stort set ikke har ændret sig det sidste år, er ikke medtaget, og der henvises i stedet til rapporter for 2004, 2005, 2006, 2007 og 2008.

Data er baseret på de tilgængelige opdateringer i august 2009. Epidemiologiske opgørelser er ikke virkeligheden, men et spejlbillede heraf. Resultaterne i nærværende rapport er derfor heller ikke bedre end de indgåede data.

Jeg vil endnu engang benytte lejligheden til at takke DHKs styregruppe, de trofast arbejdende forskningssygeplejersker og de enkelte centre og deres afdelingsledelser for et gnidningsfrit samarbejde.

Den Danske HIV Kohorte er helt afhængig af ekstern støtte. I den forbindelse vil jeg specielt takke Rigshospitalet, Københavns Universitet, AIDS Fondet, Odense Universitets Hospital, Klinisk Institut – Syddansk Universitet, Apotekerfonden, Fyns Amts Forskningspulje og Preben and Anna Simonsens Fond. Følgende firmaer har gjort aktuelle årsrapport mulig: Abbott, GlaxoSmithKline, Bristol Myers Squibb, Merck-Sharp-Dohme, Boeringer Ingelheim, Tibotec/Janssen-Cilag, Gilead og Pfizer.

Tallene i rapporten er ikke kvalitetssikrede i samme grad som for de videnskabelige publikationer, som udgår fra projektet. Der tages derfor forbehold for eventuelle regnefejl i rapporten.

Rapporten foreligger i to udgaver. En koncentreret form og en udvidet rapport, som inkluderer data om de enkelte antivirale præparater. Der er i visse tabeller anført et tal med nummer (f. eks. B7), det er henvisninger til tabeller i Den Danske HIV Kohortes database og er kun til internt brug for personalet ved kohorten.

Niels Obel

Den Danske HIV Kohortes opbygning.

Tilknyttede PhD studerende

Læge, PhD studerende Lars H. Omland, Epidemiklinikken, Rigshospitalet

Læge, PhD studerende Frederik Neess Engsig, Epidemiklinikken, Rigshospitalet

Læge, PhD studerende Line Dahlerup Rasmussen, Infektionsmedicinsk afdeling Q, Odense Universitetshospital

Læge, PhD studerende, Mette Vang Larsen, Infektionsmedicinsk afdeling, Hvidovre Hospital

Øvrigt personale ved DHK

Sygeplejerske Anne Kathrine Colstrup Hvass

Studentermødjhjælper Pia Andersen

Ansvarlig for de enkelte centre

Professor, overlæge, dr. med Jan Gerstoft, Rigshospitalet

Overlæge, dr. med Gitte Kronborg, Hvidovre Hospital

1. reservelæge Birgit Røge, Odense Universitetshospital

Overlæge, dr. med. Carsten Schade Larsen, Skejby Sygehus

Overlæge, ph.d. Gitte Pedersen, Ålborg Sygehus

Overlæge, Lars Nielsen, Helsingør Sygehus

Overlæge, dr. med. Alex Lund Laursen, Herning Sygehus

Overlæge, Janne Jensen, Kolding Sygehus

Tilknyttede forskningssygeplejersker/sygeplejersker:

Sygeplejerskerne Bente Baadegaard, Lene Pors Jensen og Winnie Bergsted, Rigshospitalet

Sygeplejerskerne Philippa Collins og Dorthe Petersen, Hvidovre Hospital

Sygeplejerskerne Nete Bülow, Lene Hergens og Trine Bager, Odense Universitetshospital

Sygeplejerskerne Iben Rose Loftheim, Inge Bossen og Lotte Rodkjær, Skejby Sygehus

Sygeplejerske Elna Vinter Sørensen, lægesekretær Anne Christine Bjørn, Aalborg Sygehus

Sygeplejerske Lene Kræmer, Fredericia & Kolding Sygehus

Sygeplejerske Jaqueline Hjertstedt, Helsingør Sygehus

Sygeplejerske Ellen Christensen og sekretær Ulla Overgaard, Herning Regionshospital

Arbejder udgået fra Den Danske HIV Kohorte

1. Jensen-Fangel S, Kirk O, Larsen L, Blaxhult A, Gerstoft J, Pedersen C, Black FT, Lundgren JD, Obel N. Saquinavir hard gel suppresses viral load insufficiently in hiv-infected patients naive to anti-retroviral therapy: a retrospective cohort study. *Scand J Infect Dis* 1999; 31: 489-493.
2. Jensen-Fangel S, Kirk O, Blaxhult A, Gerstoft J, Pedersen C, Black F, Lundgren JD, Obel N. The insufficient suppression of viral load by saquinavir hard gel is reversible: a retrospective cohort study. *HIV Clin Trials* 2001; 2: 122-127.
3. Jensen-Fangel S, Pedersen C, Larsen CS, Tauris P, Møller A, Obel N. Changing demographics in an HIV-infected population: Results from an observational cohort study in Western Denmark. *Scand J Infect Dis* 2001; 33: 765-770.
4. Jensen-Fangel S, Pedersen C, Larsen CS, Tauris P, Møller A, Obel N. HIV i Vestdanmark. *Ugeskrift for Læger* 2002; 164: 3964-3967.
5. Jensen-Fangel S, Pedersen C, Larsen CS, Tauris P, Møller A, Obel N. Trends in the use of HAART in Western Denmark 1995-2000. *Scand J Infect Dis* 2002; 34: 460-465.
6. Jensen-Fangel S, Pedersen L, Pedersen C, Larsen CS, Tauris P, Møller A, Sørensen HT & Obel N. The Effect of Race/ethnicity on the outcome of Highly Active Antiretroviral Therapy in HIV-1 Infected Patients in West Denmark. *Clin Infect Dis* 2002; 35: 1541-1548.
7. Jensen-Fangel S, Pedersen C, Nielsen H, Tauris P, Møller A, Sørensen HT, Obel N. The use of saquinavir hard gel as protease inhibitor in HIV-infected patients in the early HAART-period: does it affect long-term treatment outcome? *Scand J Infect Dis* 2003; 35: 743-749.
8. Jensen-Fangel S, Pedersen L, Pedersen C, Larsen CS, Tauris P, Møller A, Sørensen HT, Obel N. Low Mortality in HIV-Infected Patients Starting HAART in Advance of Immunological Deterioration: A Comparison with the General Population. *AIDS* 2004; 18: 89-97.
9. Lohse N, Ladefoged K, Pedersen L, Jensen-Fangel S, Sørensen HT, Obel N. Low effectiveness of highly active antiretroviral therapy and high mortality in the Greenlandic HIV-infected population. *Scand J Infect Dis* 2004; 36: 738-42.
10. Jensen-Fangel S. The effectiveness of highly active antiretroviral therapy in HIV infected patients. *Disputats. Lægeforeningens Forlag*. 2004.
11. Barfod T, Gerstoft J, Rodkjær L, Pedersen C, Nielsen H, Møller A, Kristensen LH, Sørensen HT, Obel N. Patients answers to simple questions about treatment satisfaction and adherence and depression are associated with failure of HAART; A cross-sectional survey. *AIDS patient care and STD's* 2005; 19: 317-25.

12. Lohse N, Hansen ABE, Jensen-Fangel Søren, Kronborg G, Kvinesdal B, Pedersen C, Larsen CS, Møller A, Willumsen L and Obel N. Demographics of HIV-1 infection in Denmark: Results from The Danish HIV Cohort Study. *Scand J Infect Dis* 2005; 37: 338-343.
13. Schmid J, Jensen-Fangel S, Valerius NH, Nielsen VR, Obel N, Herlin T, Christensen HO, Nielsen H, Obel N. Demographics in HIV-infected children in Denmark: Results from the Danish Paediatric HIV Cohort Study. *Scand J Infect Dis* 2005; 37: 344-349.
14. Lohse N, Obel N, Kronborg G, Laursen A, Pedersen C, Larsen CS, Kvinesdal B, Sørensen HT, Gerstoft J. Declining risk of triple-class antiretroviral drug failure in Danish HIV-infected. *AIDS* 2005; 20: 815-22.
15. Masquelier B, Bhaskaran K, Pillay D, Gifford R, Balestre E, Jørgensen LB, Pedersen C, Hoek L, Prins M, Balotta C, Longo B, Kücherer C, Poggensee G, Ortiz M, Romero J, Gill J, Fleury H, Porter K on behalf of the CASCADE Collaboration. Prevalence and factors associated with transmitted HIV drug resistance: the role of patient characteristics and different interpretation algorithms. *JAIDS* 2005;40:505-11.
16. Rhee SY, Kantor R, Katzenstein DA, Camacho R, Morris L, Sirivichayakul S, Jorgensen L, Brigido LF, Schapiro JM, Shafer RW; International Non Subtype B HIV-1 Working Group. HIV-1 pol mutation frequency by subtype and treatment experience: extension of the HIVseq program to seven non-B subtypes. *AIDS*. 2006 ; 20:643-51.
17. Pillay D, Bhaskaran K, Jurriaans S, Prins M, Masquelier B, Dabis F, Gifford R, Nielsen C, Pedersen C, Balotta C, Rezza G, Ortiz M, de Mendoza C, Kucherer C, Poggensee G, Gill J, Porter K; CASCADE Virology Collaboration. The impact of transmitted drug resistance on the natural history of HIV infection and response to first-line therapy. *AIDS* 2006;20:21-8.
18. Hansen ABE, Lindegaard B, Obel N, Andersen O, Nielsen H, Gerstoft J. Pronounced lipodystrophy in HIV-infected men on more than six years of HAART compared with background population. *HIV Med* 2006; 7: 38-45.
19. Lohse N, Kronborg G, Gerstoft J, Larsen CS, Pedersen G, Pedersen C, Sørensen HT, Obel N. Virological control during the first 6-18 months after initiating highly active antiretroviral therapy as a predictor for outcome in HIV-infected patients: A Danish population-based 6 years follow-up study. *Clin Infect Dis* 2006; 42: 136-144.
20. Barfod T, Sørensen TS, Nielsen H, Rodkjær L, Obel N. "Simply forgot" is HT the most frequently stated reason for missed doses of HAART irrespective of degree of adherence. *HIV Med* 2006; 7: 285-290.
21. Nicolai Lohse. HIV in Denmark and Greenland, 1995-2004. The effect of highly antiretroviral therapy and characteristics of the HIV-infected population: An observational study. PhD afhandling.

22. Weis N, Lindhardt BØ, Kronborg G, Hansen ABE, Laursen AL, Christensen PB, Nielsen H, Møller A, Sørensen HT, Obel N. Impact of HCV Co-infection on Response to HAART and Outcome in HIV-Infected Individuals: A nation-wide cohort study. *Clin Infect Dis* 2006, 42: 1481-87.
23. Lohse N, Obel N, Kronborg G, Jørgensen LB, Pedersen C, Larsen CS, Kvinesdal B, Sørensen HT, Gerstoft J. Declining prevalence of HIV infected individuals at risk of transmitting resistant HIV in Denmark during the period 1995-2003. *Antiviral Ther* 2006; 11, 591-600.
24. Hansen ABE. Non-HIV determinants of outcome in Danish HIV infected patients: impact of study participation, body fat distribution and family related factors. PhD afhandling.
25. Hansen ABE, Gerstoft J, Kronborg G, Pedersen C, Sørensen HT, Obel N. Mortality in siblings of patients co-infected with HIV and hepatitis C virus. *J Infect Dis* 2007; 195: 230-235.
26. Lohse N, Hansen ABE, Pedersen G, Kronborg G, Gerstoft J, Sørensen HT, Væth M, Obel N. Median survival and age-specific mortality of HIV-infected individuals compared with the general population: A Danish population-based cohort study. *Ann of Intern Med* 2007; 146: 87-95.
27. Obel N, Thomsen HF, Kronborg G, Larsen CS, Hildebrandt PR, Sørensen HT, Gerstoft J. Highly active antiretroviral therapy and hospitalization for ischemic heart disease in HIV-infected Patients: A population-based cohort study. *Clin Infect Dis* 2007; 44: 1625-31.
28. Bracher L, Valerius NH, Rosenfeldt V, Herlin T, Fisker N, Nielsen H, Obel N. Long-term Effectiveness of Highly Active Antiretroviral Therapy in Perinatally HIV-Infected Children in Denmark. *Scand J Infect Dis* 2007; 39: 799-804.
29. Rasmussen LD, Gerstoft J, Kronborg G, Larsen CS, Pedersen G, Obel N. Mortality after myocardial infarction in HIV-infected patients who have initiated HAART. *AIDS* 2007, 21: 873-875.
30. Madsen TV, Leitner T, Lohse N, Obel N, Ladefoged K, Gerstoft J, Petersen AN, Nielsen C, Jørgensen LB. Introduction of HIV-1 into an isolated population: Molecular epidemiologic study from Greenland. *AIDS Res Human Retroviruses* 2007; 23: 675-81.
31. Hansen ABE, Gerstoft J, Kirk O, Mathiesen L, Pedersen C, Nielsen H, Jensen-Fangel S, Sørensen HT, Obel N. Unmeasured confounding caused slightly response to HAART within than outside a randomized controlled trial. *J Clin Epidemiol* 2008; 61:87-94.
32. Hansen ABE, Lohse N, Gerstoft J, Kronborg G, Laursen A, Pedersen C, Sørensen HT, Obel N. Cause-specific excess mortality in siblings of patients coinfecting with HIV and hepatitis C virus. *PLOS One* 2007; 2:e738.

33. Lohse N, Jørgensen LB, Kronborg G, Møller A, Kvinesdal B, Sørensen HT, Obel N, Gerstoft J and The Danish HIV Cohort Study. Genotypic drug resistance and long-term mortality in patients with triple-class antiretroviral drug failure. *Antiviral Ther* 2007; 12: 909-917 .
34. Lohse N, Hansen ABE, Pedersen G, Kronborg G, Gerstoft J, Sørensen HT, Væth M, Obel N. Forventet overlevelse blandt personer med og uden HIV-infektion i Danmark 1995-2005. *Ugeskrift for Læger* 2007; 169: 2529-2532.
35. Lohse N, Hansen ABE, Gerstoft J, Obel N. Improved survival in HIV-infected persons: consequences and perspectives. *J Antimicrob Chem* 2007; 60: 461-3.
36. Høgh S, Lohse N, Hansen ABE, Gerstoft J, Kronborg G, Larsen CS, Pedersen C, Pedersen G, Laursen AL, Kvinesdal B, Møller A, Obel N. Ændring i immunstatus blandt nydiagnosticerede HIV patienter 1995-2005. *Ugeskrift for Læger* 2008; 170: 740-44.
37. Fellay J, Shianna KV, Ge, D, Colombo S, Ledergerber B, Weale M, Zhang K, Gumbs C, Castagna A, Cossarizza A, Cozzi-Lepri A, De Luca A, Easterbrook P, Francioli P, Mallal S, Martinez-Picado J, Miro JM, Obel N, Smith JP, Wyniger J, Descombes P, Antonarakis SE, Letvin NL, McMichael AJ, Haynes BF, Telenti A, Goldstein DB. Identification of Major Determinants of the Host Control of HIV-1 through a Whole-Genome Association Study. *Science* 2007; 317: 944-947.
38. Lohse N, Ladefoged K, Obel N. Implementation and effectiveness of antiretroviral therapy in Greenland. *Emerg Infect Dis* 2008;14:56-9.
39. The Collaboration of Observational HIV Epidemiological Research Europe (COHERE) study group. Response to combination antiretroviral therapy: variation by age. *AIDS* 2008, 22:1463–1473.
40. Omland LH, Weis N, Skinhoj N, Laursen AL, Christensen PB, Nielsen H, Møller A, Engsig F, Sørensen HT, Obel N. Impact of HBV Coinfection on Response to HAART and Outcome in HIV-Infected Individuals: A nationwide cohort study. *HIV Med*, 2008; 9: 300–306.
41. Obel N, Reinholdt H, Omland LH, Engsig F, Sørensen HT, Hansen ABE. Completeness of HIV and Hepatitis B and C Co-infection in the Danish National Hospital Registry, 1995-2004. *BMC Medical Research Methodology*, 2008; 8: 25.
42. Madsen TV, Lohse N, Jensen ES, Obel N, Ladefoged K, Gerstoft J, Petersen AB, Nielsen C, Jørgensen LB. Short communication: high prevalence of drug-resistant human immunodeficiency virus type 1 in treatment-naïve patients in Greenland. *AIDS Res Hum Retroviruses* 2008; 24:1073-7.
43. Obel N, Engsig FN, Rasmussen LD, Larsen MV, Omland LH, Sørensen HT. Cohort profile: The Danish HIV Cohort Study. *Int J Epidemiol*: Epub ahead of print. PMID: 18799495.

44. Engsig FN, Hansen ABE, Omland LH, Kronborg G, Gerstoft J, Laursen AL, Pedersen C, Mogensen CB, Nielsen L, Obel N. Incidence, clinical presentation and outcome of progressive multifocal leucoencephalopathy in HIV-1 infected patients in the HAART era: a Danish, nationwide, population based cohort study. *J Infect Dis*, 2009; 199: 77-83.
45. Omland LH, Jepsen P, Skinhøj P, Jørgensen HL, Münster A-MB, Bangsborg JM, Fenger M, Sørensen HT, Obel N. The impact of HIV-1 coinfection on long-term mortality in patients with Hepatitis C: A population-based cohort study. *HIV Medicine*, 2009; 10: 65-71.
46. Søgaard OS, Lohse N, Gerstoft J, Kronborg G, Østergaard L, Pedersen C, Pedersen G, Sørensen HT, Obel N. Hospitalisation for pneumonia among individuals with and without HIV, 1995-2007: A Danish population-based nationwide cohort study. *Clin Infect Dis* 2008; 47; 1345-53.
47. Engsig F, Hansen ABE, Omland LH, Kronborg G, Gerstoft J, Laursen AL, Pedersen C, Mogensen CB, Nielsen L, Obel N. Incidence, clinical presentation and outcome of progressive multifocal leucoencephalopathy in HIV infected patients in the HAART era: a nationwide cohort study. *J Infect Dis* 2009; 199: 77-83.
48. Obel N, Engsig F, Rasmussen LD, Larsen MV, Omland LH, Sørensen HT. Cohort profile: The Danish HIV Cohort Study. *Int J Epidemiol* PMID Epub ahead of pub 18834317.
49. Hansen BR, Petersen J, Haugaard SB, Madsbad S, Obel N, Suzuki Y, Andersen O. The prevalence of metabolic syndrome in Danish patients with HIV: the effect of antiretroviral therapy. *HIV Medicine* 2009 (In press).
50. Omland LH, Jepsen P, Weis N, Christensen PB⁴, Laursen AL, Nielsen H, Krarup H, Sørensen HT, Obel N. Mortality in HIV-infected injection drug users with active versus cleared HCV-infection: A population-based cohort study . *J Viral Hep*. In press.
51. Banke S, Lillemark MR, Gerstoft J, Obel N, Jørgensen LB. Positive Selection Pressure Introduces Secondary Mutations at the *Gag* Cleavages Sites in HIV-1 Harboring Major Protease Resistance Mutations. *J Virol*. In press.
52. Obel N, Farkas D, Kronborg G, Larsen CS, Pedersen G, Riis A, Pedersen C, Gerstoft J, Sørensen HT. Abacavir and risk of myocardial infarction in HIV infected patients on HAART: A population-based nationwide cohort study. *HIV Medicine*. In press.
53. Audelin A, Lohse N, Obel N, Gerstoft J, Jørgensen LB. Changes over Time in the Population-based Incidence Rate of HIV Drug Resistance Mutations in Persons on Highly Active Antiretroviral Therapy: A Nationwide Population-Based Danish Cohort Study 1999-2005. *Antiviral Therapy*. In press.

54. Søgaard OS, Lohse N, Gerstoft J, Kronborg G, Østergaard L, Pedersen C, Pedersen G, Sørensen HT, Obel N. Mortality after Hospitalization for Pneumonia among Individuals with HIV, 1995-2008: A Danish Cohort Study. *PloS One*. In press.
55. Engsig F, Hansen ABE, Gerstoft J, Kronborg G, Larsen CS, Obel N. Inpatient admissions and outpatient visits in persons with and without HIV infection in Denmark, 1995–2007. *AIDS*. In press.
56. Larsen MV, Omland LH, Gerstoft J, Larsen CS, Jensen J, Obel N, Kronborg G. Impact of injecting drug use on mortality in Danish HIV infected patients: a nationwide population based cohort study. *Addiction*. In press.

Demografi

Antal patienter i Den Danske HIV Kohorte (G2)	5.481
Heraf indgår følgende i:	
Den grønlandske kohorte (G1a)	131
Den Danske Børne HIV Kohorte (positiv HIV test før 16 år) (B4)	106
Antal patienter, som er startet på HAART (G10)	4.065
Antal virologiske målinger i DHK (B2)	122.576
Antal CD4 målinger i DHK (B3)	133.642
Antal initieringer af antiretroviral behandling og behandlingsskift registreret i DHK (B1)	18.643

Tidspunkt for første HIV positiv (ikke grønlandske patienter)

Årstal	Antal patienter (B5)	Heraf sat i behandling indenfor et år (G12)
1994 eller tidligere	2078	0 (0,0%)
1995	274	18 (6,6%)
1996	235	95 (40,4%)
1997	250	129 (51,6%)
1998	212	113 (53,3%)
1999	253	143 (56,5%)
2000	233	137 (58,8%)
2001	289	177 (61,2%)
2002	236	136 (57,6%)
2003	208	122 (58,7%)
2004	266	130 (48,9%)
2005	216	106 (49,1%)
2006	222	113 (50,9%)
2007	271	*
2008	179	*
Ukendt	27	

*Danner først mening ved udgangen af 2009.

Dødsfald blandt HIV positive fordelt på år (G7)

Årstal	Antal patienter
1995	255
1996	168
1997	88
1998	62
1999	84
2000	52
2001	73
2002	61
2003	75
2004	80
2005	67
2006	57
2007	73
2008	43
I alt (før 31/12-2008)	1238

Samlede antal HIV positive patienter set ved centrene (G1)

Centre	Antal patienter	Procentvis fordeling
Uden center/andre centre	3	0,1 %
Herning	98	1,8 %
Helsingør	90	1,6 %
Hvidovre	1973	36,0%
Hvidovre børneafdelingen	40	0,7 %
Kolding	101	1,8 %
Odense	481	8,8 %
Odense-børneafd.	8	0,1 %
Rigshospitalet	1839	33,6 %
Skejby børneafdelingen	14	0,3 %
Skejby voksenafdelingen	605	11,0 %
Aalborg	229	4,2 %
I alt	5482	100 %

Antal HIV positive patienter set ved centrene med sidste ambulans kontrol efter 1. januar 2003 (G3)

Centre	Antal patienter	Procentvis fordeling
Andre centre	0	0 %
Herning	89	2,0 %
Helsingør	85	1,9 %
Hvidovre	1511	34,4 %
Hvidovre børneafdelingen	35	0,8 %
Kolding	95	2,2 %
Odense	387	8,8 %
Odense –børneafd.	6	0,1 %
Rigshospitalet	1470	33,4 %
Skejby børneafdelingen	14	0,3 %
Skejby voksenafdelingen	500	11,4 %
Aalborg	200	4,6 %
I alt	4395	100 %

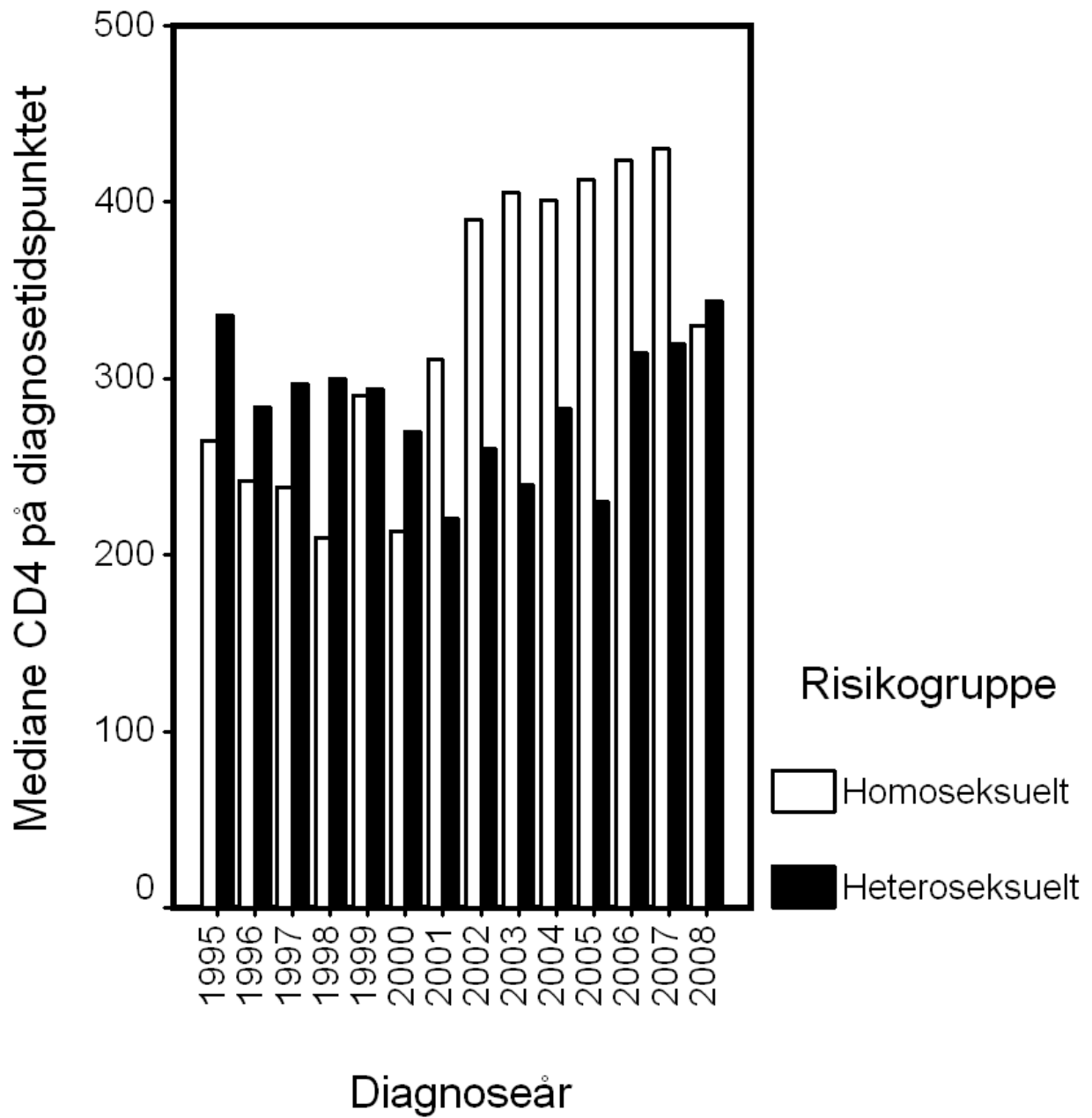
Første HIV positiv fordelt på køn og år for HIV positiv (B6)

År for HIV positiv	Mænd	%	Kvinder	%
1994 eller tidligere	1668	80,3	410	19,7
1995	204	74,5	70	25,5
1996	173	73,6	62	26,4
1997	186	74,4	64	25,6
1998	154	72,6	58	27,4
1999	160	63,2	93	36,8
2000	154	66,1	79	33,9
2001	190	65,7	81	34,3
2002	155	65,7	81	34,3
2003	155	74,5	53	25,5
2004	197	74,1	69	25,9
2005	165	76,7	50	23,3
2006	159	71,9	62	28,1
2007	205	76,8	62	23,2
2008	134	76,1	42	23,9

Smittemåde fordelt på år for HIV positiv (B7)

	Homoseksuel	Heteroseksuel	I.V stofmisbrug	Hæmofili og blodtransfusion	Perinatalt	Andet/ukendt
1994 eller tidligere	1091 (52,8%)	501 (24,2%)	320 (15,5%)	59 (2,8%)	28 (1,4%)	61 (3,0%)
1995	111 (40,7%)	114 (41,8%)	24 (8,8%)	3 (1,1%)	3 (1,1%)	14 (5,1%)
1996	90 (38,3%)	101 (43,90)	20 (8,5%)	4 (1,7%)	4 (1,7%)	14 (6,0%)
1997	92 (36,39)	115 (46,2%)	19 (7,6%)	2 (0,8%)	5 (2,0%)	9 (3,86)
1998	81 (38,2%)	94 (44,3%)	19 (9,0%)	2 (0,9%)	6 (2,8%)	60 (2,8%)
1999	82 (32,7%)	129 (51,4%)	18 (7,2%)	3 (1,2%)	1 (0,4%)	15 (6,0%)
2000	71 (30,5%)	127 (54,5%)	16 (6,9%)	3 (1,3%)	5 (2,1%)	9 (3,9%)
2001	87 (30,3%)	148 (51,6%)	27 (9,4%)	0 (0,0%)	9 (3,1%)	13 (4,5%)
2002	77 (32,6%)	119 (50,4%)	22 (9,3%)	3 (1,3%)	5 (2,1%)	9 (3,8%)
2003	82 (39,8%)	83 (40,3%)	22 (10,7%)	0 (0,0%)	2 (1,0%)	15 (7,3%)
2004	127 (48,1%)	109 (41,3%)	11 (4,2%)	2 (0,8%)	4 (1,5%)	9 (3,4%)
2005	105 (49,3%)	85 (39,9%)	13 (6,1%)	1 (0,5%)	3 (1,4%)	3 (1,4%)
2006	93 (42,7%)	102 (46,8%)	10 (4,6%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	8 (3,7%)
2007	132 (50,2%)	104 (39,5%)	12 (4,6%)	1 (0,4%)	2 (0,8%)	4 (1,5%)
2008	89 (51,7%)	67 (39,0%)	4 (2,3%)	3 (1,7%)	0 (0,0%)	2 (1,2%)

Mediane CD4 på diagnosetidspunktet, fordelt på risikogruppe.



Behandlingsdata

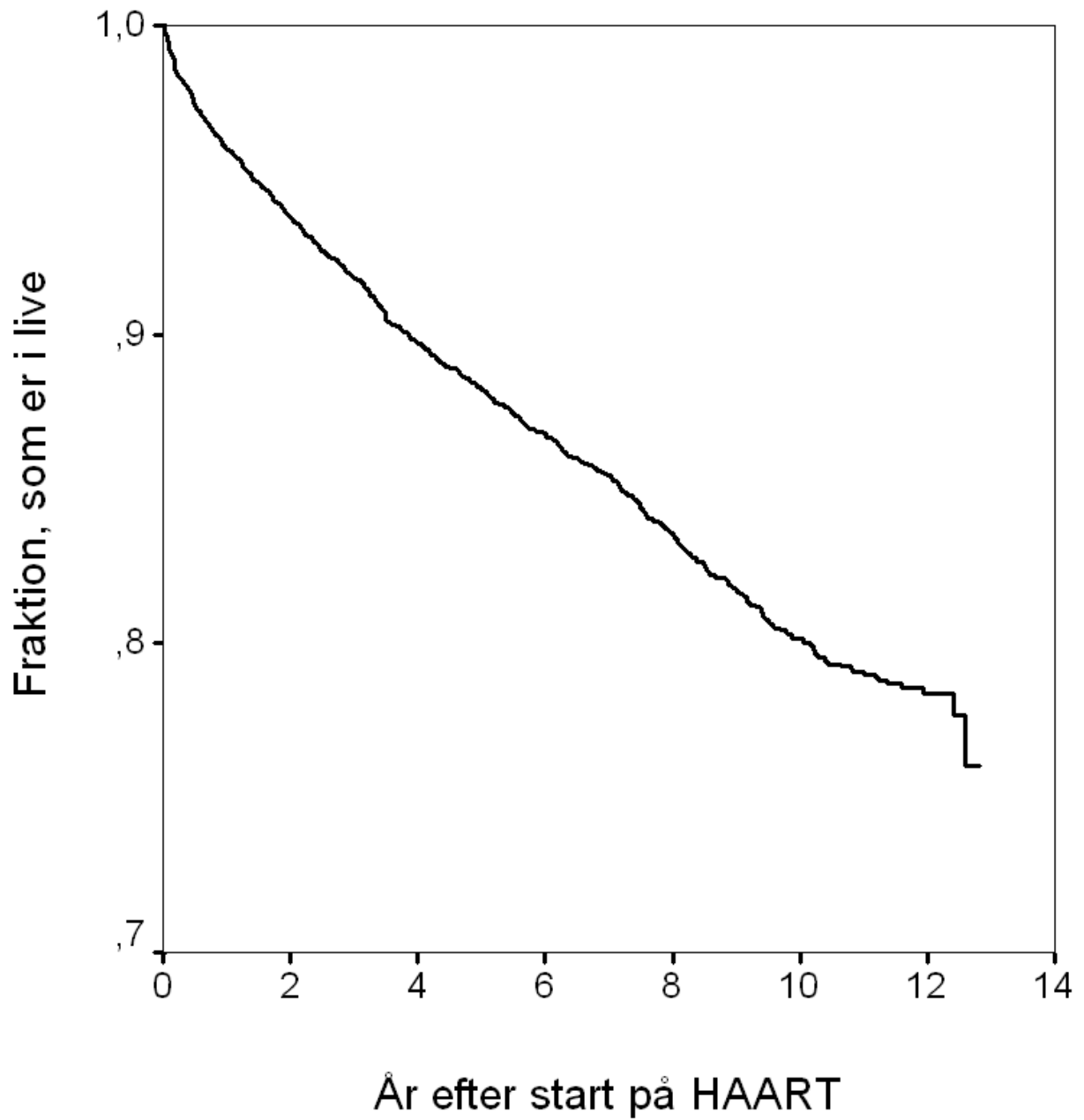
Antal patienter, som starter HAART fordelt på årstal (G8)

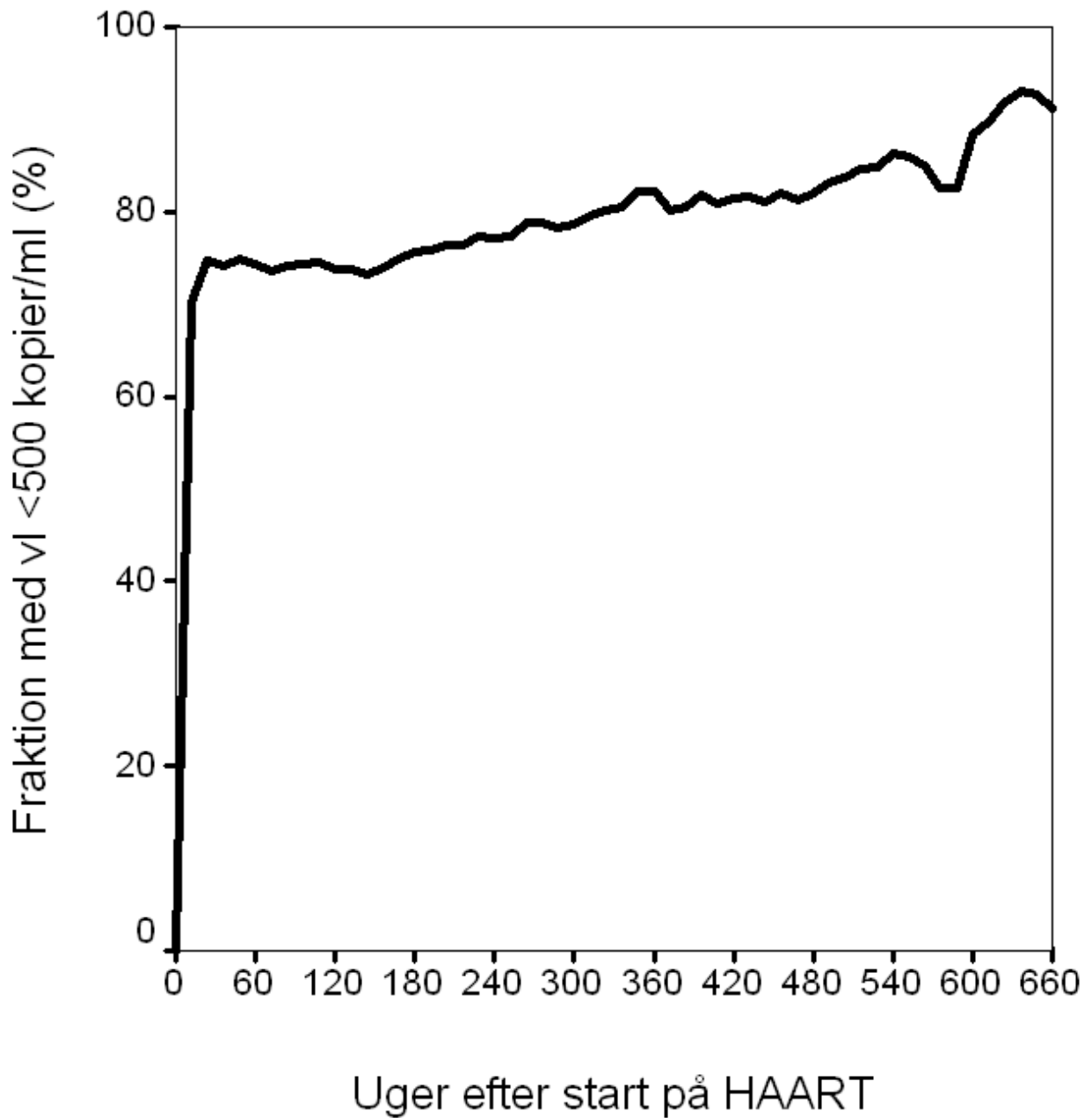
Årstal	Antal
1994	6
1995	34
1996	494
1997	752
1998	313
1999	303
2000	269
2001	301
2002	237
2003	219
2004	246
2005	195
2006	234
2007	238
2008	191

Antal patienter, som årligt skifter behandling (G14)

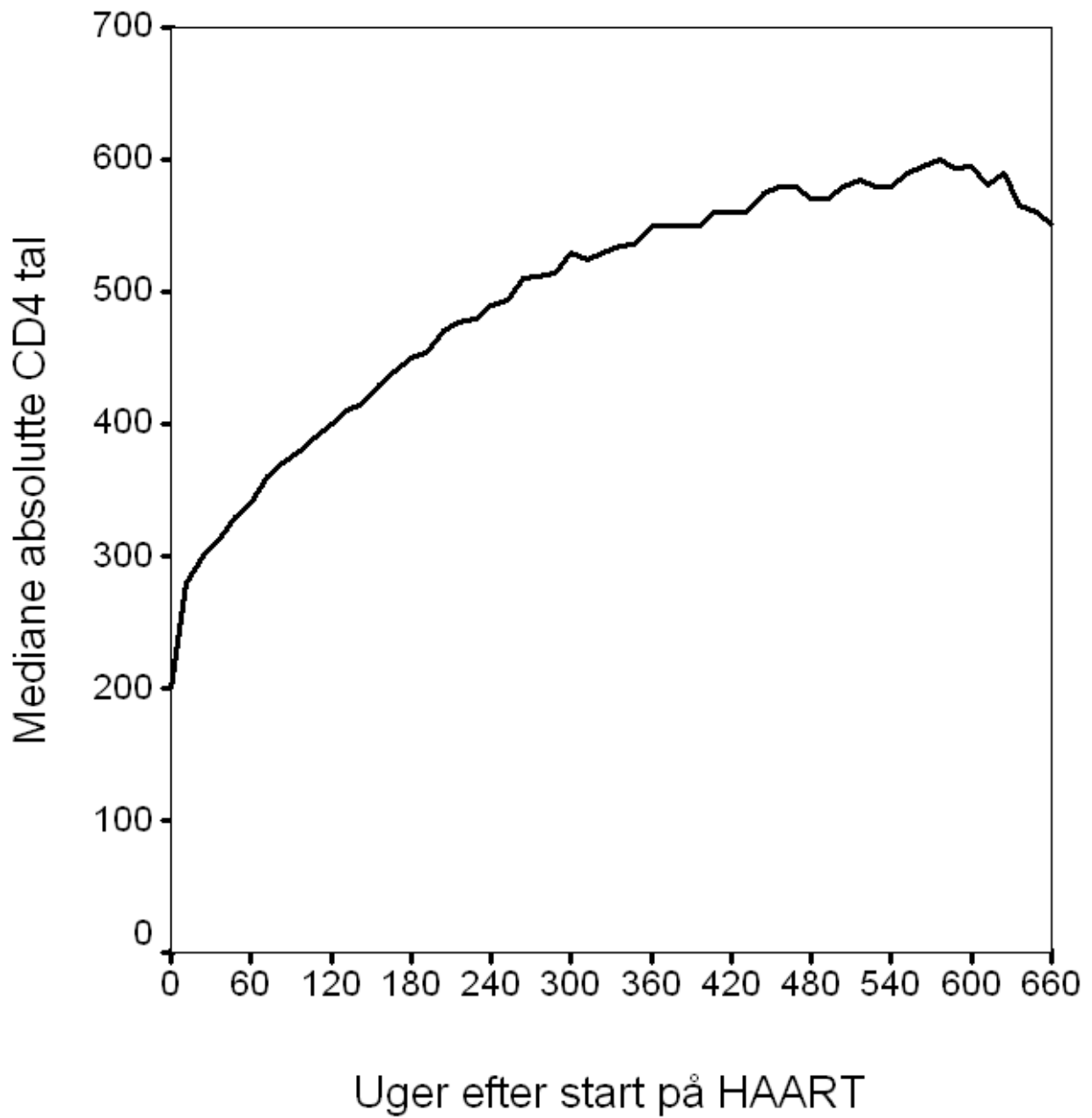
Årstal	Antal
1995	3
1996	171
1997	530
1998	628
1999	792
2000	730
2001	810
2002	771
2003	829
2004	797
2005	1139
2006	1054
2007	834
2008	615

Kaplan Meier kurve for tid fra start af HAART til død.



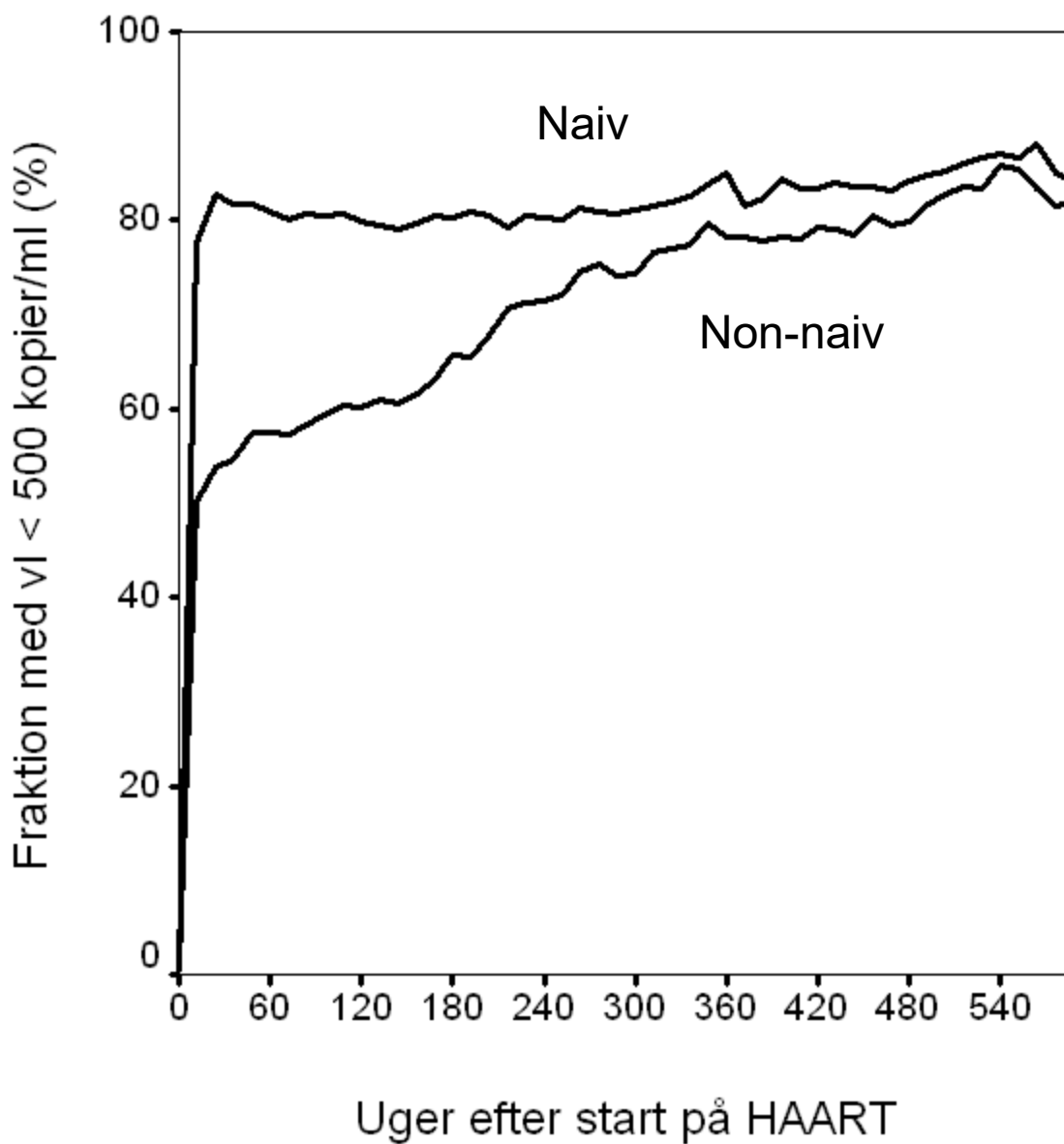


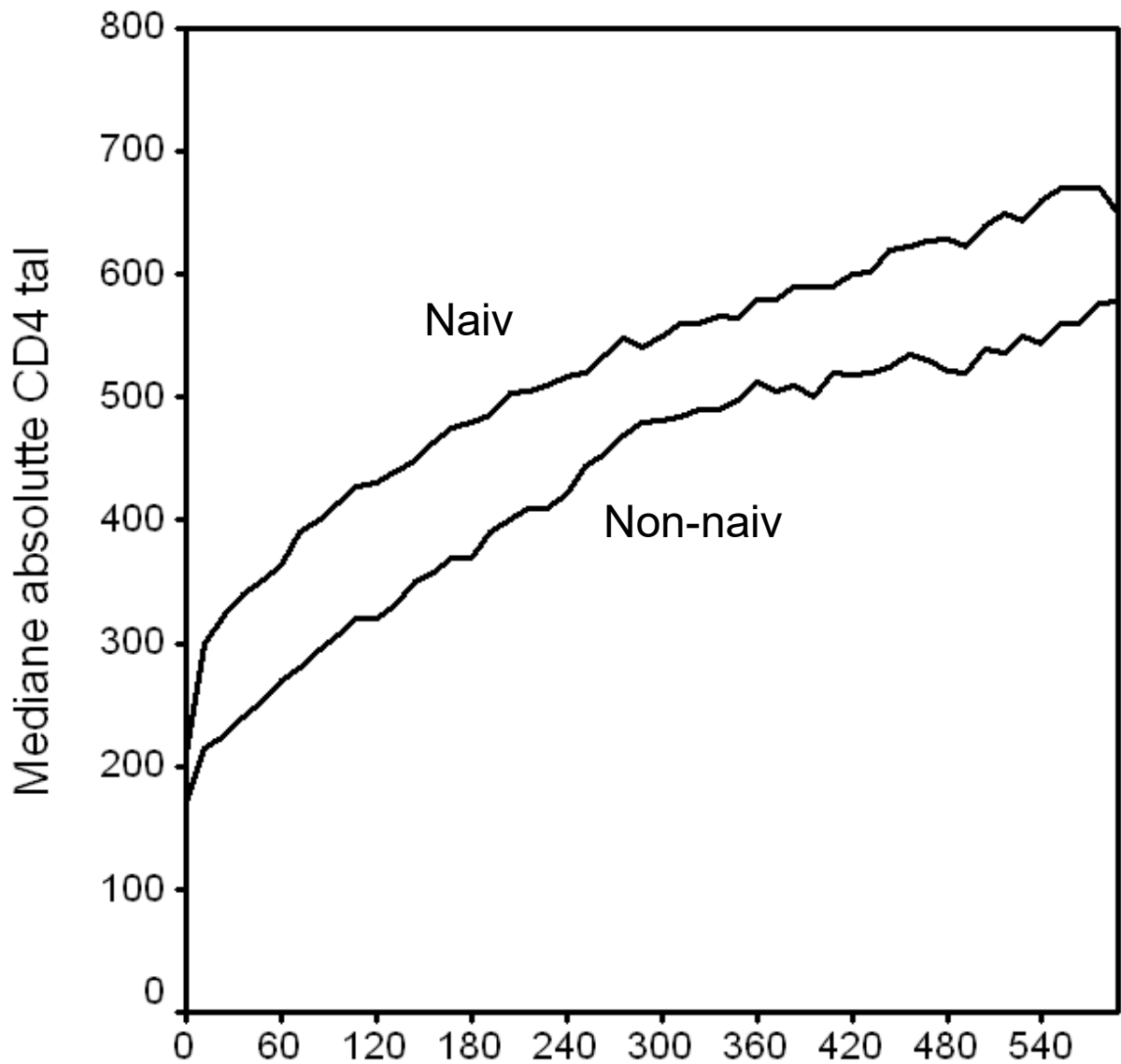
Viser fraktionen af patienter, som har et viral load < 500 fordelt på uger efter start af HAART.



Viser mediane CD4 tal fordelt på uger efter start af HAART.

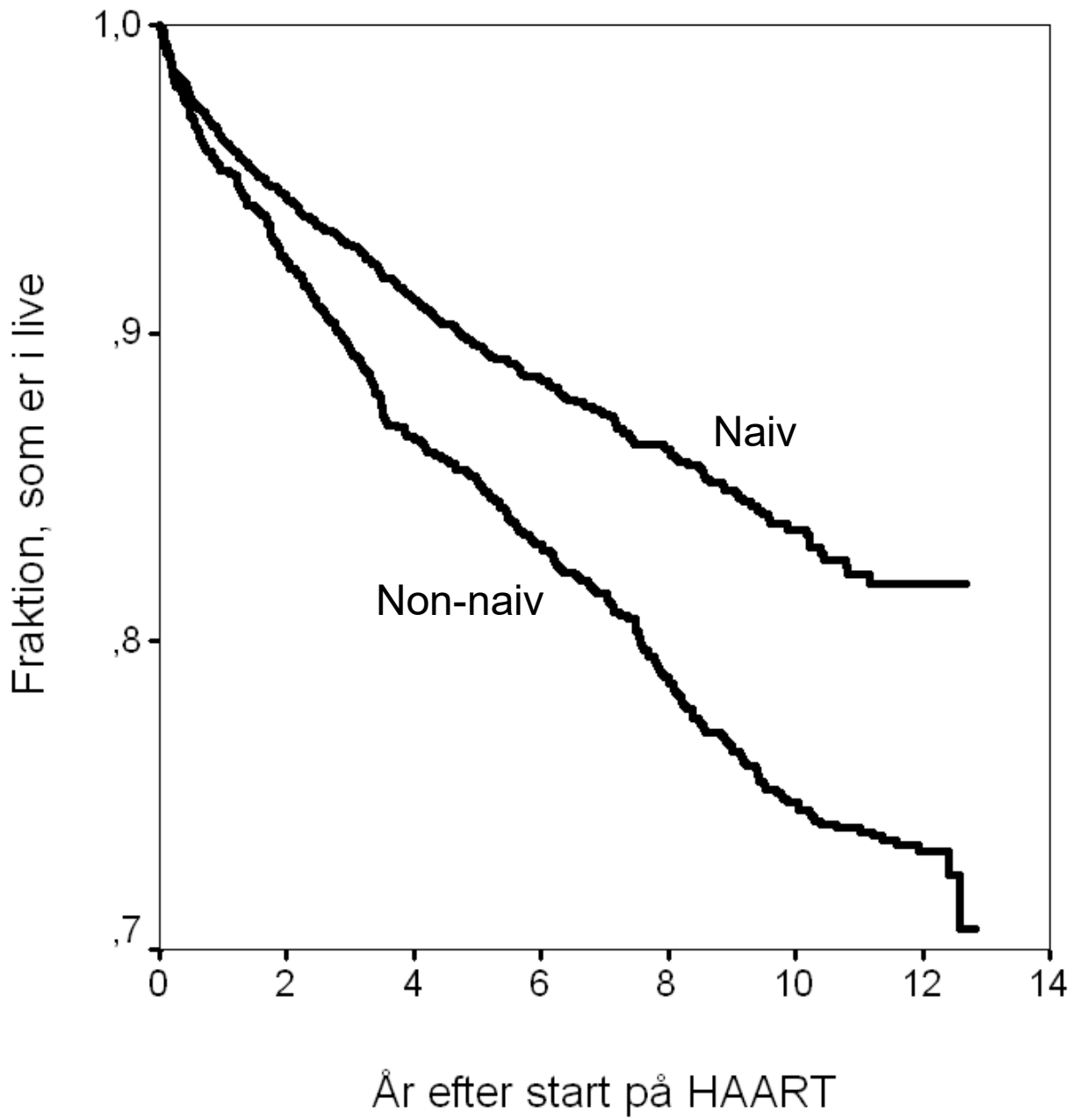
Fraktion med viral load < 500 fordelt på naive (ingen antiretroviral behandling før HAART) og non-naive (behandling med ét eller to stoffer før HAART).





Uger efter start på HAART

Viser mediane CD4 fordelt på behandlingsnaive og non-naive patienter.

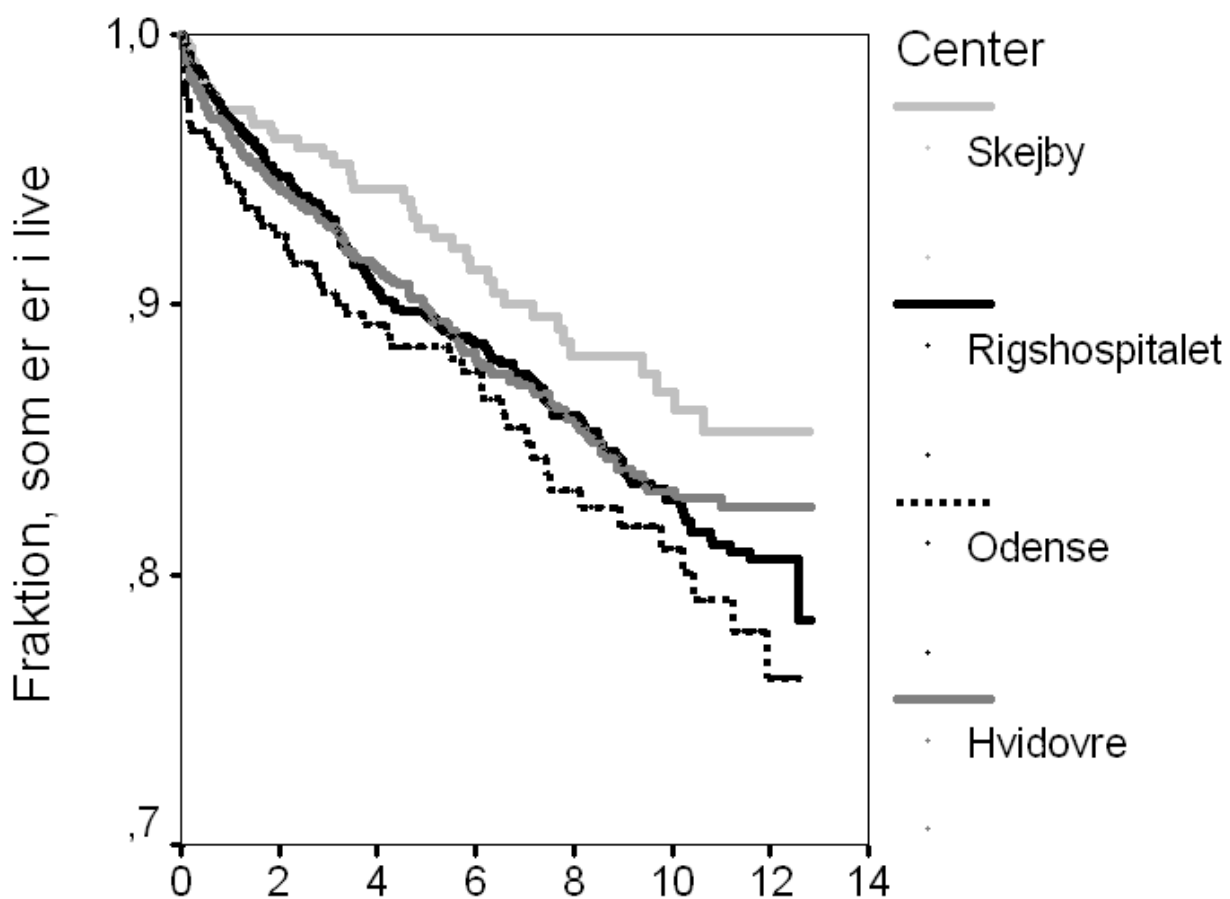


Kvalitetskontrol

Den Danske HIV Kohorte kan også anvendes til kvalitetskontrol. Data fordelt på centre er offentliggjort med tilladelse fra professor, overlæge, dr. med. Jens Ole Nielsen, professor, overlæge, dr. med. Peter Skinhøj, professor, overlæge, dr. med. Sven Stenvang Pedersen og professor, overlæge, dr. med. Lars Jørgen Østergaard, som er ansvarlige for de infektionsmedicinske afsnit i hhv. København (Hvidovre og Rigshospitalet), Odense og Århus (Skejby). Som det kan ses, er der ganske små forskelle på centrene, men disse er langt under, hvad der kan forventes ud fra tilfældig variation. De senere år har bl.a. STI (structured treatment interruptions) og studier som SMART medvirket til, at tidligere accepterede mål for behandlingssucces (undetectable viral load og CD4 tal) skal tolkes mere varsomt. Der er på ingen måde taget højde for den varians, der er mellem centrene i patientsammensætning. Der findes ikke i de center-relaterede data holdepunkter for reelle forskelle i behandlingsresultater, og de må ikke lede til overfortolkning af ”de små tals magi”.

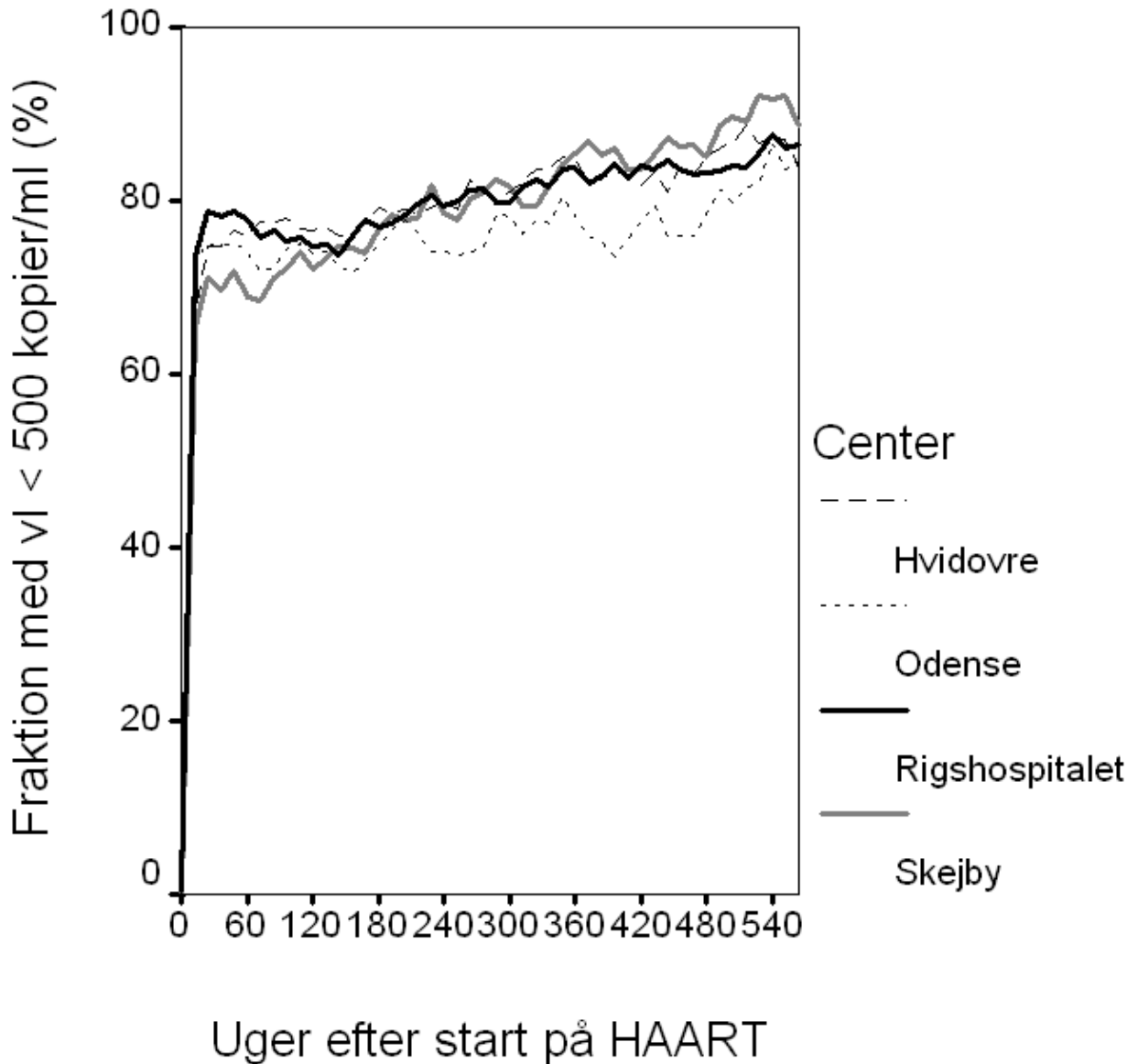
Tid fra HAART til død

fordelt på center



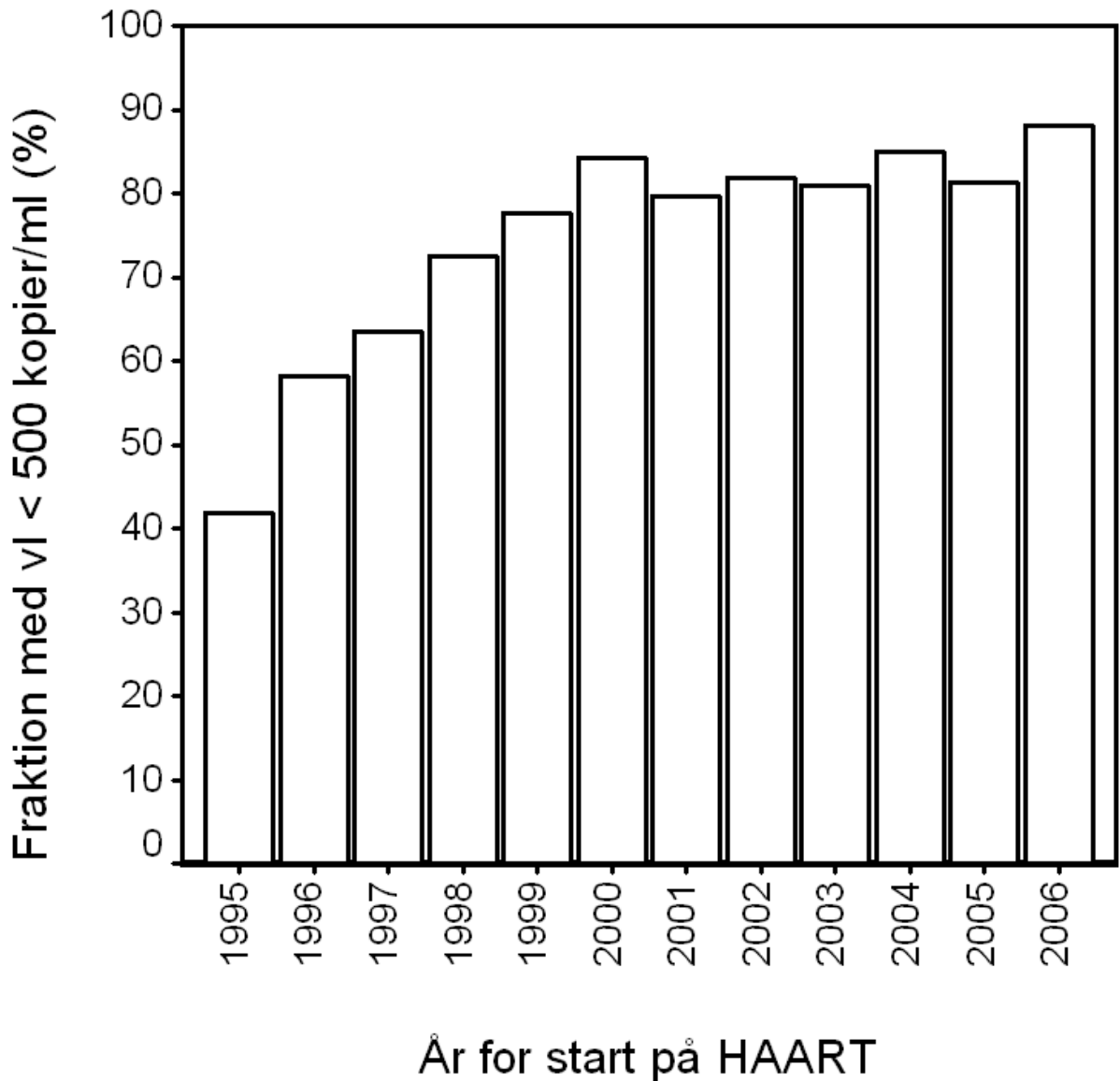
Viser Kaplan-Meier kurver for tid fra start af HAART til død for patienter ved de enkelte centre.

VL<500 fordelt på center

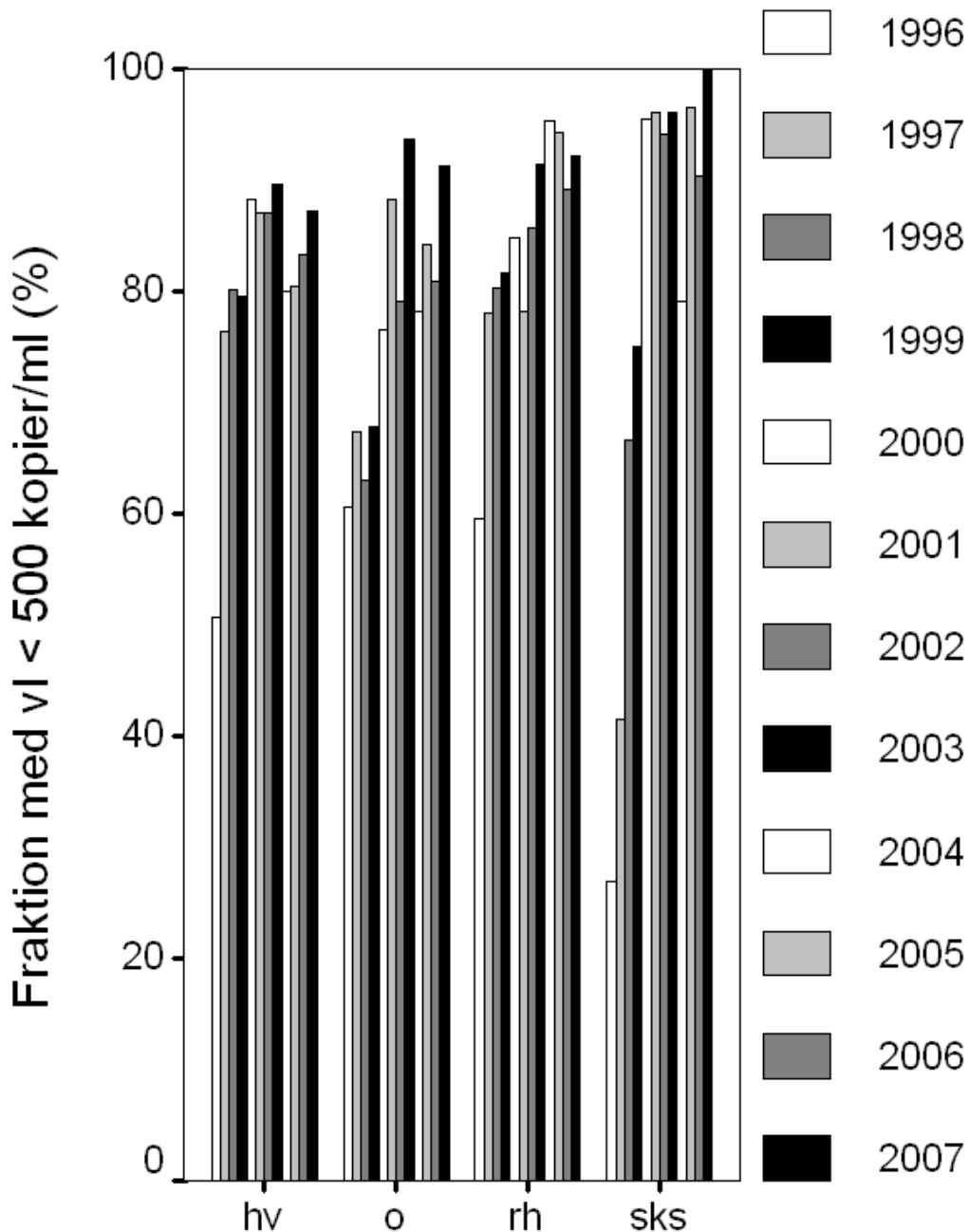


Viser fraktionen af patienter, som opnår et VL<500 fordelt på centre og uger efter start af HAART.

VL ved uge 120

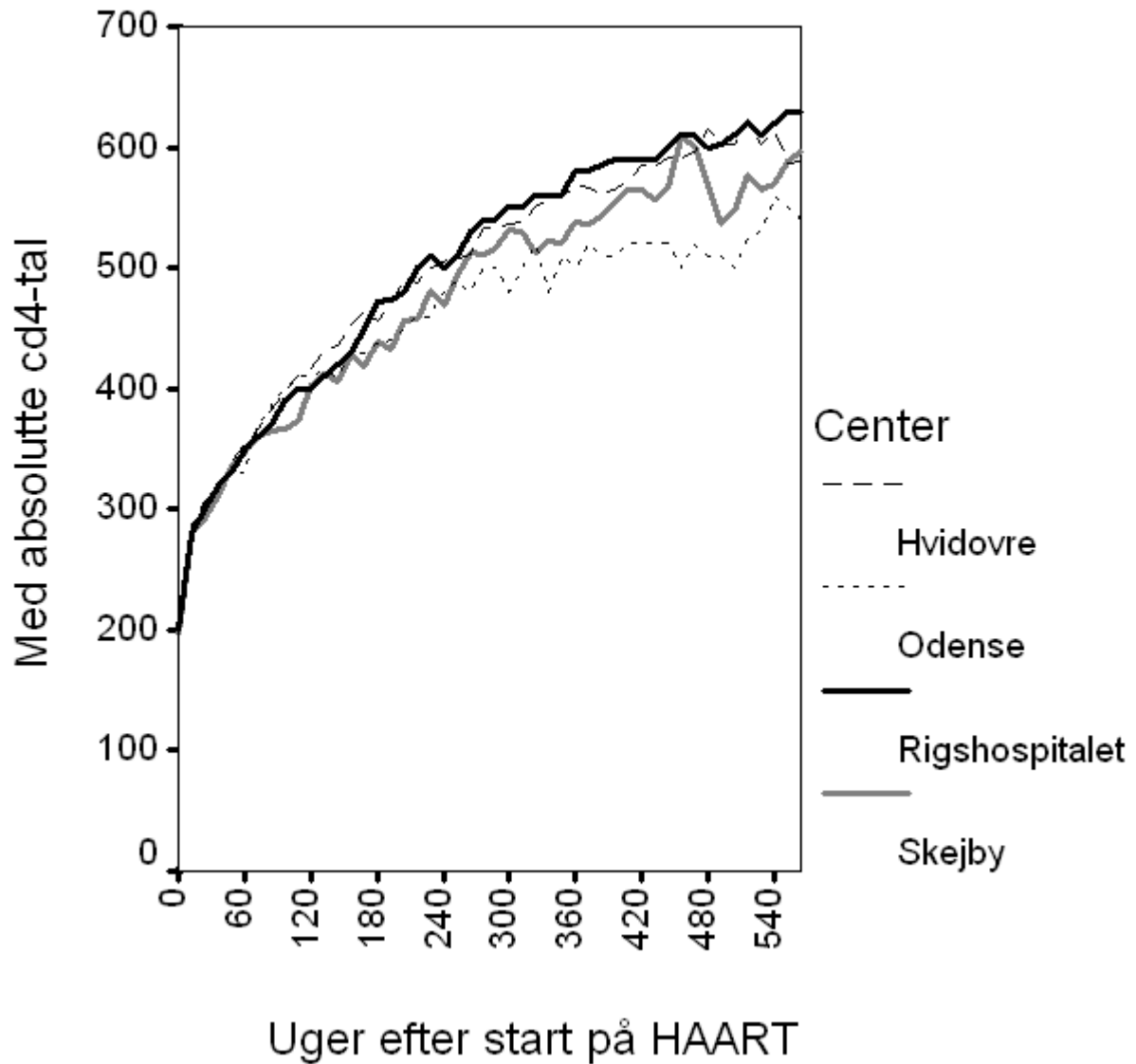


Viser hvor stor en del af patienterne der opnår et VL<500 til uge 120 (og som har overlevet til uge 120), fordelt på, hvilket år de starter HAART. De patienter, som er opført i søjlen ”2002”, er således startet HAART i 2002, mens værdien for VL til uge 120 er bestemt 120 uger senere, altså i 2004. Det danner derfor heller ikke mening at medtage 2006 patienterne, da de først får målt deres 120 ugers værdi i 2008.



Viser fraktionen af patienter, som til uge 48 opnår et VL<500. De sorte søjler angiver således de patienter, som startede HAART i 2003 og som fik målt et VL til uge 48 i 2004. Som det ses af figuren, er eventuelle tidligere forskelle mellem centrene i fraktionen af patienter, som opnår viral load < 500 udlignet over tid.

CD4 fordelt på center



Viser median for CD4-tal fordelt på centre og uger efter start af HAART.

De enkelte antiretrovirale præparater.

Den resterende del af rapporten omhandler data for anvendelse, skift og bivirkninger for de enkelte antiretrovirale præparater. Visse af tabellerne kan måske synes meget detaljerede, men flere af dem er fremkommet efter ønske fra medicinalindustrien. Såfremt en patient er ophørt med et præparat i mere end 3 måneder, betragtes det i de efterfølgende analyser, som endeligt seponeret. Derfor vil man se, at en patient undertiden kan genoptage behandlingen med det samme præparat. For de enkelte præparater er anvendt generiske navne, dog er der anvendt salgsnavne for kombinationspræparater.

For alle tabeller gælder, at et stof tælles med også såfremt det indgår i et kombinationspræparat. Det betyder, at en patient i behandling med trizivir tæller med i retrovir, epivir, abacavir og trizivir tabellerne.

Forklaring til tabellernes indhold:

I. Angiver antallet af patienter, som det år starter på præparatet første gang i et HAART regime. Det betyder, at såfremt en patient f.eks. er startet HAART i 1998 med stavudin og didanosin, men i 1999 starter på et regime med zidovudin og lamivudin, så tæller patienten med i 1998 for stavudin og didanosin, og i 1999 for zidovudin og lamivudin.

II. Angiver, hvor mange patienter, der det år er startet på et HAART regime for første gang og hvori præparatet indgår. I ovenstående eksempel ville patienten tælle med i 1998 for stavudin og didanosin, men ikke i 1999 for zidovudin og lamivudin.

III. Angiver, det totale antal patienter, der det år modtog behandling med præparatet som en del af et HAART regime. I ovenstående eksempel ville patienten for stavudin og didanosin tælle med i 1998 og 1999, og for zidovudin og lamivudin tælle med i 1999 og de følgende år frem til seponering.

IV. Angiver hvor mange patienter, der det år for første gang får seponeret præparatet. I ovenstående eksempel ville patienten tælle med for stavudin og didanosin i 1999.

V. Angiver, hvilke præparater, som patienten modtager, efter han har fået seponeret præparatet. En behandlingspause på under 3 måneder tælles ikke som en seponering. Derimod er en behandlingspause på mere en 3 måneder talt med som en seponering. Efterfølgende anvendelse af antivirale præparater er opdelt i NRTI og i NNRTI + PI. For NRTI er kun medtaget patienter, som skifter behandling efter 1. januar 2002, og for NNRTI og PI for perioden efter 1. januar 2003.

VI. Årsager til skift. For at vore data skal kunne bidrage til eventuelle større internationale kohortestudier, har vi initialt valgt at anvende den standard, som i 1990'erne blev anvendt i Eurosida. Denne standard er i dag delvist forældet. Dog vil man i tabellerne for mange præparaters vedkommende tydeligt kunne se, hvilke bivirkninger, der belaster præparates anvendelse og forårsager skift. Der er kun medtaget årsager til seponering efter 1. januar 2003.

Zidovudin

I. Antal patienter fordelt på årstal, som for første gang modtager behandling med Zidovudin (A16)

Årstal	Antal
1994	6
1995	34
1996	413
1997	604
1998	273
1999	241
2000	224
2001	314
2002	274
2003	221
2004	230
2005	147
2006	127
2007	86
2008	23

II. Antal patienter, som starter på HAART, hvori Zidovudin indgår (% af de patienter, som starter HAART det år) (G9)

Årstal	Antal
1994	6 (100%)
1995	34 (100%)
1996	409 (82,8%)
1997	588 (78,3%)
1998	251 (79,9%)
1999	210 (69,5%)
2000	190 (71,4%)
2001	256 (86,2%)
2002	215 (90,0%)
2003	193 (89,8%)
2004	202 (82,1%)
2005	138 (70,8%)
2006	115 (49,1%)
2007	76 (31,9%)
2008	19 (9,9%)

III. Antal patienter i behandling med Zidovudin (fordelt på år) (A1-15)

Årstal	Antal
1995	40
1996	451
1997	1008
1998	1066
1999	1153
2000	1225
2001	1456
2002	1655
2003	1791
2004	1883
2005	1833
2006	1423
2007	978
2008	570

IV. Første seponering af Zidovudin fordelt på årstal (A17)

Årstal	Antal
1995	1
1996	54
1997	228
1998	185
1999	193
2000	144
2001	119
2002	108
2003	116
2004	171
2005	472
2006	461
2007	310
2008	144

V. Antiretrovirale præparater, som indgår i det første regime anvendt umiddelbart efter seponering af Zidovudin (efter 1. januar 2002) (A18-25)

Præparat	Antal
Zidovudin*	144
Stavudin	56
Lamivudin	1295
Didanosin	62
Zalcitabine	2
Abacavir	1147
Tenofovir	485
Emtricitabin	374

*Såfremt, der er afholdt en pause på mere end 3 måneder anses Zidovudin for seponeret, hvorfor behandlingen senere kan initieres igen med Zidovudin.

VI. Årsager til skift af Zidovudin skiftet efter 2003 (G13)

Årsager	Antal
Virologisk svigt (1)	106
Abnorm fedtfordeling (2)	203
Dyslipidæmi (3)	13
Overfølsomhed (4)	17
Gastrointestinale bivirkninger (5)	75
Neurologiske bivirkninger (6)	25
Toxicitet, overvejende nefrologisk (7)	1
Toxicitet, overvejende endokrinologisk (8)	4
Anden toxicitet (9)	217
Patientens ønske (10)	181
Lægens beslutning (11)	568
Anden årsag (12)	207
Ukendt (13)	31
Som led i skift til anden antiretroviral medicin(14)	368
Problemer med compliance (15)	144

Lamivudin

I. Antal patienter fordelt på årstal, som for første gang modtager behandling med Lamivudin

Årstal	Antal
1995	4
1996	456
1997	769
1998	317
1999	279
2000	235
2001	321
2002	257
2003	214
2004	241
2005	188
2006	158
2007	137
2008	77

II. Antal patienter, som starter på HAART, hvori Lamivudin indgår (% af de patienter, som starter HAART det år)

Årstal	Antal
1995	4 (11,8%)
1996	386 (78,0%)
1997	704 (93,7%)
1998	301 (95,9%)
1999	257 (85,1%)
2000	210 (78,9%)
2001	289 (97,3%)
2002	235 (98,3%)
2003	198 (92,1%)
2004	223 (90,7%)
2005	171 (87,7%)
2006	148 (63,2%)
2007	120 (50,4%)
2008	69 (36,1%)

III. Antal patienter i behandling med Lamivudin (fordelt på år)

Årstal	Antal
1995	4
1996	459
1997	1207
1998	1419
1999	1589
2000	1682
2001	1916
2002	2078
2003	2203
2004	2311
2005	2381
2006	2328
2007	2127
2008	1772

IV. Første seponering af Lamivudin fordelt på årstal

Årstal	Antal
1995	0
1996	22
1997	130
1998	163
1999	176
2000	144
2001	120
2002	108
2003	102
2004	105
2005	168
2006	256
2007	209
2008	146

V. Antiretrovirale præparater, som indgår i det første regime anvendt umiddelbart efter seponering af Lamivudin (efter 1. januar 2002).

Præparat	Antal
Zidovudin	201 (17,0%)
Stavudin	39 (3,3%)
Lamivudin	228 (19,3%)
Didanosin	66 (5,6%)
Zalcitabine	1 (0,1%)
Abacavir	202 (17,1%)
Tenofovir	742 (62,7%)
Emtricitabin	628 (53,0%)

VI. Årsager til skift af Lamivudin efter 1. januar 2003

Årsager	Antal
Virologisk svigt (1)	160
Abnorm fedtfordeling (2)	50
Dyslipidæmi (3)	13
Overfølsomhed (4)	27
Gastrointestinale bivirkninger(5)	59
Neurologiske bivirkninger (6)	12
Nefrologiske bivirkninger (7)	4
Endokrinologiske bivirkninger (8)	4
Anden toxicitet (9)	104
Patientens ønske (10)	188
Lægens beslutning (11)	311
Anden årsag (12)	203
Ukendt (13)	22
Som led i skift til anden antiretroviral medicin(14)	202
Problemer med compliance (15)	171

Stavudin

I. Antal patienter fordelt på årstal, som for første gang modtager behandling med Stavudin

Årstal	Antal
1995	0
1996	102
1997	337
1998	174
1999	211
2000	164
2001	77
2002	48
2003	19
2004	14
2005	8
2006	2
2007	2
2008	1

II. Antal patienter, som starter på HAART, hvori Stavudin indgår (% af de patienter, som starter HAART det år)

Årstal	Antal
1995	0 (0,0%)
1996	71 (14,4%)
1997	156 (20,8%)
1998	59 (18,8%)
1999	75 (24,8%)
2000	65 (24,4%)
2001	14 (4,7%)
2002	10 (4,2%)
2003	3 (1,4%)
2004	6 (2,4%)
2005	6 (3,1%)
2006	2 (0,9%)
2007	2 (0,8%)
2008	0 (0,0%)

III. Antal patienter i behandling med Stavudin (fordelt på år)

Årstal	Antal
1995	0
1996	101
1997	431
1998	549
1999	675
2000	750
2001	712
2002	610
2003	436
2004	297
2005	180
2006	89
2007	50
2008	25

IV. Første seponering af Stavudin fordelt på årstal

Årstal	Antal
1995	0
1996	11
1997	70
1998	94
1999	103
2000	124
2001	148
2002	166
2003	127
2004	102
2005	71
2006	30
2007	17
2008	2

V. Antiretrovirale præparater, som indgår i det første regime anvendt umiddelbart efter seponering af Stavudin (efter 1. januar 2002).

Præparat	Antal
Zidovudin	163 (30,4%)
Stavudin	20 (3,7%)
Lamivudin	380 (70,9%)
Didanosin	78 (14,6%)
Zalcitabine	0 (0,0%)
Abacavir	304 (56,7%)
Tenofovir	124 (23,1%)
Emtricitabin	23 (4,3%)

VI. Årsager til skift af Stavudin efter 1. januar 2003

Årsager	Antal
Virologisk svigt (1)	51
Abnorm fedtfordeling (2)	102
Dyslipidæmi (3)	17
Overfølsomhed (4)	2
Gastrointestinale bivirkninger(5)	12
Neurologiske bivirkninger (6)	30
Nefrologisk bivirkning (7)	1
Endokrinologiske bivirkninger (8)	3
Anden toxicitet (9)	15
Patientens ønske (10)	34
Lægens beslutning (11)	85
Anden årsag (12)	23
Ukendt (13)	9
Som led i skift til anden antiretroviral medicin(14)	23
Problemer med compliance (15)	23

Didanosin

I. Antal patienter fordelt på årstal, som for første gang modtager behandling med Didanosin

Årstal	Antal
1995	7
1996	126
1997	53
1998	57
1999	110
2000	141
2001	75
2002	51
2003	33
2004	35
2005	20
2006	12
2007	5
2008	1

II. Antal patienter, som starter på HAART, hvori Didanosin indgår (% af de patienter, som starter HAART det år)

Årstal	Antal
1995	7 (20,6%)
1996	119 (24,1%)
1997	30 (4,0%)
1998	6 (1,9%)
1999	49 (16,2%)
2000	56 (21,1%)
2001	12 (4,0%)
2002	4 (1,7%)
2003	2 (0,9%)
2004	1 (0,4%)
2005	0 (0,0%)
2006	2 (0,9%)
2007	0 (0,0%)
2008	0 (0,0%)

III. Antal patienter i behandling med Didanosin (fordelt på år)

Årstal	Antal
1995	7
1996	131
1997	120
1998	125
1999	212
2000	316
2001	336
2002	318
2003	296
2004	278
2005	255
2006	204
2007	171
2008	121

IV. Første seponering af Didanosin fordelt på årstal

Årstal	Antal
1995	2
1996	64
1997	67
1998	29
1999	49
2000	57
2001	71
2002	65
2003	49
2004	32
2005	55
2006	27
2007	21
2008	11

V. Antiretrovirale præparater, som indgår i det første regime anvendt umiddelbart efter seponering af Didanosin (efter 1. januar 2002).

Præparat	Antal
Zidovudin	100 (36,9%)
Stavudin	19 (7,0%)
Lamivudin	143 (52,8%)
Didanosin	20 (7,4%)
Zalcitabine	1 (0,4%)
Abacavir	128 (47,2%)
Tenofovir	103 (38,0%)
Emtricitabin	31 (11,4)

VI. Årsager til skift af Didanosin efter 1. januar 2003

Årsager	Antal
Virologisk svigt (1)	43
Abnorm fedtfordeling (2)	19
Dyslipidæmi (3)	3
Overfølsomhed (4)	0
Gastrointestinale bivirkninger(5)	12
Neurologiske bivirkninger (6)	38
Toxicitet, overvejende nefrologisk (7)	3
Anden toxicitet (9)	29
Patientens ønske (10)	28
Lægens beslutning (11)	38
Anden årsag (12)	24
Ukendt (13)	5
Som led i skift til anden antiretroviral medicin(14)	12
Problemer med compliance (15)	32

Abacavir

I. Antal patienter fordelt på årstal, som første gang modtager behandling med Abacavir.

Årstal	Antal
1994	0
1995	0
1996	0
1997	9
1998	71
1999	177
2000	149
2001	245
2002	255
2003	155
2004	152
2005	445
2006	390
2007	231
2008	136

II. Antal patienter, som starter på HAART, hvori Abacavir indgår (% af de patienter, som starter HAART det år)

Årstal	Antal
1994	0 (0,0%)
1995	0 (0,0%)
1996	0 (0,0%)
1997	0 (0,0%)
1998	8 (2,5%)
1999	43 (14,2%)
2000	34 (12,8%)
2001	67 (22,6%)
2002	36 (15,1%)
2003	16 (7,4%)
2004	9 (3,7%)
2005	21 (10,8%)
2006	32 (13,7%)
2007	42 (17,6%)
2008	50 (26,2%)

III. Antal patienter i behandling med Abacavir (fordelt på år)

Årstal	Antal
1995	0
1996	0
1997	9
1998	80
1999	229
2000	341
2001	527
2002	716
2003	795
2004	858
2005	1255
2006	1560
2007	1666
2008	1542

IV. Første seponering af Abacavir fordelt på årstal

Årstal	Antal
1995	0
1996	0
1997	0
1998	29
1999	45
2000	66
2001	89
2002	91
2003	99
2004	66
2005	89
2006	100
2007	87
2008	88

V. Antiretrovirale præparater, som indgår i det første regime anvendt umiddelbart efter seponering af Abacavir (efter 1. januar 2002).

Præparat	Antal
Zidovudin	230 (34,5%)
Stavudin	34 (5,1%)
Lamivudin	310 (46,5%)
Didanosin	63 (11,4%)
Zalcitabine	1 (0,2%)
Abacavir	90 (16,3%)
Tenofovir	185 (33,5%)
Emtricitabin	98 (17,7%)

VI. Årsager til skift af Abacavir efter 1 januar 2003.

Årsager	Antal
Virologisk svigt (1)	64
Abnorm fedtfordeling (2)	11
Dyslipidæmi (3)	14
Overfølsomhed (4)	67
Gastrointestinale bivirkninger(5)	62
Neurologiske bivirkninger (6)	11
Nefrologiske bivirkninger (7)	1
Endokrinologisk bivirkning (8)	1
Anden toxicitet (9)	79
Patientens ønske (10)	112
Lægens beslutning (11)	106
Anden årsag (12)	82
Ukendt (13)	3
Som led i skift til anden antiretroviral medicin(14)	46
Problemer med compliance (15)	101

Trizivir

I. Antal patienter fordelt på årstal, som for første gang modtager behandling med Trizivir

Årstal	Antal
1994	0
1995	0
1996	0
1997	1
1998	19
1999	51
2000	54
2001	193
2002	185
2003	106
2004	30
2005	21
2006	12
2007	6
2008	2

II. Antal patienter, som starter på HAART, hvori Trizivir indgår (% af de patienter, som starter HAART det år)

Årstal	Antal
1994	0 (0,0%)
1995	0 (0,0%)
1996	0 (0,0%)
1997	0 (0,0%)
1998	7 (2,2%)
1999	7 (2,3%)
2000	9 (3,4%)
2001	43 (14,5%)
2002	23 (9,6%)
2003	14 (6,5%)
2004	1 (0,4%)
2005	2 (1,1%)
2006	0 (0,0%)
2007	0 (0,0%)
2008	0 (0,0%)

III. Antal patienter i behandling med Trizivir (fordelt på år)

Årstal	Antal
1995	0
1996	0
1997	1
1998	20
1999	70
2000	113
2001	295
2002	601
2003	648
2004	467
2005	380
2006	291
2007	208
2008	131

Tenofovir

I. Antal patienter fordelt på årstal, som for første gang modtager behandling med tenofovir

Årstal	Antal
1994	0
1995	0
1996	0
1997	0
1998	0
1999	1
2000	1
2001	1
2002	58
2003	141
2004	124
2005	172
2006	346
2007	360
2008	64

II. Antal patienter, som starter på HAART, hvori Tenofovir indgår (% af de patienter, som starter HAART det år)

Årstal	Antal
1994	0 (0,0%)
1995	0 (0,0%)
1996	0 (0,0%)
1997	0 (0,0%)
1998	0 (0,0%)
1999	0 (0,0%)
2000	1 (0,4%)
2001	0 (0,0%)
2002	1 (0,4%)
2003	6 (2,8%)
2004	11 (4,5%)
2005	17 (8,7%)
2006	85 (36,3%)
2007	118 (49,6%)
2008	122 (63,9%)

III. Antal patienter i behandling med Tenofovir (fordelt på år)

Årstal	Antal
1995	0
1996	0
1997	0
1998	0
1999	1
2000	1
2001	2
2002	60
2003	195
2004	294
2005	435
2006	731
2007	1036
2008	1185

IV. Første seponering af Tenofovir fordelt på årstal

Årstal	Antal
1995	0
1996	0
1997	0
1998	0
1999	1
2000	0
2001	0
2002	7
2003	32
2004	37
2005	53
2006	80
2007	69
2008	38

V. Antiretrovirale præparater, som indgår i det første regime anvendt umiddelbart efter seponering af Tenofovir (efter 1. januar 2002).

Præparat	Antal
Zidovudin	85 (26,7%)
Stavudin	11 (3,5%)
Lamivudin	166 (52,2%)
Didanosin	34 (10,7%)
Zalcitabine	0 (0,0%)
Abacavir	127 (39,9%)
Tenofovir	84 (26,4%)
Emtricitabin	84 (26,4%)

VI. Årsager til skift af Tenofovir efter 1 januar 2003.

Årsager	Antal
Virologisk svigt (1)	27
Abnorm fedtfordeling (2)	3
Dyslipidæmi (3)	1
Overfølsomhed (4)	5
Gastrointestinale bivirkninger(5)	32
Neurologiske bivirkninger (6)	5
Nefrologiske bivirkninger (7)	28
Endokrinologisk bivirkning (8)	0
Anden toxicitet (9)	47
Patientens ønske (10)	53
Lægens beslutning (11)	55
Anden årsag (12)	47
Ukendt (13)	7
Som led i skift til anden antiretroviral medicin(14)	12
Problemer med compliance (15)	57

Emtricitabin

I. Antal patienter fordelt på årstal, som første gang modtager behandling med Emtricitabin.

Årstal	Antal
1994	0
1995	0
1996	0
1997	0
1998	0
1999	0
2000	0
2001	0
2002	1
2003	0
2004	3
2005	103
2006	379
2007	367
2008	308

II. Antal patienter, som starter på HAART, hvori Emtricitabin indgår (% af de patienter, som starter HAART det år)

Årstal	Antal
1994	0 (0,0%)
1995	0 (0,0%)
1996	0 (0,0%)
1997	0 (0,0%)
1998	0 (0,0%)
1999	0 (0,0%)
2000	0 (0,0%)
2001	0 (0,0%)
2002	1 (0,4%)
2003	0 (0,0%)
2004	2 (0,8%)
2005	8 (4,1%)
2006	83 (35,5%)
2007	118 (49,6%)
2008	122 (63,9%)

III. Antal patienter i behandling med Emtricitabin (fordelt på år)

Årstal	Antal
1995	0
1996	0
1997	0
1998	0
1999	0
2000	0
2001	1
2002	1
2003	1
2004	4
2005	107
2006	485
2007	817
2008	1001

IV. Første seponering af Emtricitabin fordelt på årstal

Årstal	Antal
1995	0
1996	0
1997	0
1998	0
1999	0
2000	0
2001	0
2002	0
2003	0
2004	0
2005	4
2006	43
2007	51
2008	44

V. Antiretrovirale præparater, som indgår i det første regime anvendt umiddelbart efter seponering af Emtricitabin (efter 1. januar 2002).

Præparat	Antal
Zidovudin	53
Stavudin	2
Lamivudin	95
Didanosin	6
Zalcitabine	0
Abacavir	44
Tenofovir	38
Emtricitabin	21

VI. Årsager til skift af Emtricitabin efter 1 januar 2003.

Årsager	Antal
Virologisk svigt (1)	5
Abnorm fedtfordeling (2)	1
Dyslipidæmi (3)	0
Overfølsomhed (4)	4
Gastrointestinale bivirkninger(5)	12
Neurologiske bivirkninger (6)	4
Nefrologiske bivirkninger (7)	12
Endokrinologisk bivirkning (8)	0
Anden toxicitet (9)	17
Patientens ønske (10)	34
Lægens beslutning (11)	25
Anden årsag (12)	19
Ukendt (13)	3
Som led i skift til anden antiretroviral medicin(14)	4
Problemer med compliance (15)	24

Nevirapin

I. Antal patienter fordelt på årstal, som for første gang modtager behandling med Nevirapin (A16)

Årstal	Antal
1994	0
1995	0
1996	3
1997	53
1998	132
1999	113
2000	97
2001	57
2002	40
2003	119
2004	125
2005	103
2006	53
2007	67
2008	51

II. Antal patienter, som starter på HAART, hvori Nevirapin indgår (% af de patienter, som starter HAART det år) (G9)

Årstal	Antal
1995	0 (0,0%)
1996	3 (0,6%)
1997	6 (0,8%)
1998	48 (15,3%)
1999	57 (18,8%)
2000	41 (15,2%)
2001	15 (5,0%)
2002	7 (3,0%)
2003	12 (5,5%)
2004	15 (6,1%)
2005	13 (6,7%)
2006	13 (5,6%)
2007	19 (8,0%)
2008	6 (3,1%)

III. Antal patienter i behandling med Nevirapin (fordelt på år) (A1-15)

Årstal	Antal
1995	0
1996	3
1997	55
1998	181
1999	249
2000	282
2001	271
2002	279
2003	352
2004	434
2005	461
2006	442
2007	454
2008	421

IV. Første seponering af Nevirapin fordelt på årstal (A17)

Årstal	Antal
1995	0
1996	0
1997	7
1998	44
1999	67
2000	65
2001	64
2002	47
2003	47
2004	68
2005	66
2006	38
2007	24
2008	25

V. Antiretrovirale præparater, som indgår i det første regime anvendt umiddelbart efter seponering af Nevirapin (efter 1. januar 2003) (C).

	Intet
Non boosted Saquinavir	1
Boosted Saquinavir	7
Non boosted Indinavir	0
Boosted Indinavir	0
Nelfinavir	8
Kaletra	72
Tipranavir	2
Amprenavir	2
Atazanavir	88
Efavirenz	55
Nevirapin	19

VI. Årsager til skift af Nevirapin efter 1. januar 2003 (G13)

Årsager	Antal
Virologisk svigt (1)	51
Abnorm fedtfordeling (2)	3
Dyslipidæmi (3)	2
Overfølsomhed (4)	23
Gastrointestinale bivirkninger(5)	33
Neurologiske bivirkninger (6)	6
Endokrinologiske bivirkninger (8)	3
Anden toxicitet (9)	38
Patientens ønske (10)	45
Lægens beslutning (11)	31
Anden årsag (12)	30
Ukendt (13)	8
Som led i skift til anden antiretroviral medicin(14)	19
Problemer med compliance (15)	27

Efavirenz

I. Antal patienter fordelt på årstal, som for første gang modtager behandling med Efavirenz

Årstal	Antal
1994	0
1995	0
1996	0
1997	1
1998	29
1999	198
2000	261
2001	406
2002	376
2003	338
2004	302
2005	218
2006	247
2007	232
2008	184

II. Antal patienter, som starter på HAART, hvori Efavirenz indgår (% af de patienter, som starter HAART det år)

Årstal	Antal
1995	0 (0,0%)
1996	0 (0,0%)
1997	1 (0,1%)
1998	2 (0,6%)
1999	22 (7,3%)
2000	62 (22,9%)
2001	190 (64,0%)
2002	187 (78,2%)
2003	169 (78,6%)
2004	183 (75,6%)
2005	159 (70,4%)
2006	155 (74,2%)
2007	155 (71,2%)

III. Antal patienter i behandling med Efavirenz (fordelt på år)

Årstal	Antal
1995	0
1996	0
1997	1
1998	30
1999	221
2000	448
2001	763
2002	1003
2003	1174
2004	1317
2005	1343
2006	1401
2007	1491
2008	1415

IV. Første seponering af Efavirenz fordelt på årstal

Årstal	Antal
1995	0
1996	0
1997	0
1998	7
1999	40
2000	93
2001	144
2002	159
2003	144
2004	171
2005	168
2006	122
2007	116
2008	106

V. Antiretrovirale præparater, som indgår i det første regime anvendt umiddelbart efter seponering af Efavirenz (efter 1. januar 2003).

	Intet
Non boosted Saquinavir	0
Boosted Saquinavir	24
Non boosted Indinavir	4
Boosted Indinavir	8
Nelfinavir	15
Kaletra	185
Tipranavir	1
Amprenavir	5
Atazanavir	241
Nevirapin	270
Efavirenz	66

VI. Årsager til skift af Efavirenz efter 1. januar 2003

Årsager	Antal
Virologisk svigt (1)	91
Abnorm fedtfordeling (2)	4
Dyslipidæmi (3)	1
Overfølsomhed (4)	41
Gastrointestinale bivirkninger(5)	29
Neurologiske bivirkninger (6)	341
Endokrinologiske bivirkninger (8)	4
Anden toxicitet (9)	86
Patientens ønske (10)	106
Lægens beslutning (11)	83
Anden årsag (12)	124
Ukendt (13)	9
Som led i skift til anden antiretroviral medicin(14)	24
Problemer med compliance (15)	65

Non-boosted Saquinavir

I. Antal patienter fordelt på årstal, som for første gang modtager behandling med non-boosted Saquinavir

Årstal	Antal
1994	5
1995	28
1996	51
1997	189
1998	32
1999	6
2000	3
2001	3
2002	7
2003	4
2004	2
2005	2
2006	1
2007	0
2008	1

II. Antal patienter, som starter på HAART, hvori non-boosted Saquinavir indgår (% af de patienter, som starter HAART det år)

Årstal	Antal
1994	5 (83,3%)
1995	28 (82,4%)
1996	49 (9,9%)
1997	158 (21,0%)
1998	16 (5,1%)
1999	0 (0,0%)
2000	1 (0,4%)
2001	0 (0,0%)
2002	1 (0,4%)
2003	0 (0,0%)
2004	0 (0,0%)
2005	0 (0,0%)
2006	0 (0,0%)
2007	0 (0,0%)
2008	0 (0,0%)

III. Antal patienter i behandling med non-boosted Saquinavir (fordelt på år)

Årstal	Antal
1995	33
1996	84
1997	250
1998	193
1999	114
2000	39
2001	30
2002	23
2003	20
2004	17
2005	16
2006	9
2007	8
2008	6

IV. Første seponering af non-boosted Saquinavir fordelt på årstal

Årstal	Antal
1995	0
1996	23
1997	96
1998	88
1999	69
2000	11
2001	9
2002	7
2003	6
2004	3
2005	7
2006	1
2007	2
2008	3

V. Antiretrovirale præparater, som indgår i det første regime anvendt umiddelbart efter seponering af non-boosted Saquinavir (efter 1. januar 2003).

	Intet
Non boosted Saquinavir	0
Boosted Saquinavir	11
Non boosted Indinavir	0
Boosted Indinavir	0
Nelfinavir	0
Kaletra	4
Tipranavir	1
Amprenavir	4
Atazanavir	3
Nevirapin	2
Efavirenz	3

VI. Årsager til skift af Saquinavir efter 1. januar 2003

Årsager	Antal
Virologisk svigt (1)	3
Abnorm fedtfordeling (2)	0
Dyslipidæmi (3)	0
Overfølsomhed (4)	0
Gastrointestinale bivirkninger(5)	0
Neurologiske bivirkninger (6)	0
Nefrologiske bivirkninger (7)	0
Endokrinologiske bivirkninger (8)	0
Anden toxicitet (9)	1
Patientens ønske (10)	1
Lægens beslutning (11)	2
Anden årsag (12)	0
Ukendt (13)	2
Som led i skift til anden antiretroviral medicin(14)	1
Problemer med compliance (15)	0

Boosted Saquinavir

I. Antal patienter fordelt på årstal, som for første gang modtager behandling med boosted Saquinavir

Årstal	Antal
1994	1
1995	0
1996	37
1997	176
1998	144
1999	131
2000	135
2001	88
2002	56
2003	30
2004	12
2005	9
2006	5
2007	3
2008	4

II. Antal patienter, som starter på HAART, hvori boosted Saquinavir indgår (% af de patienter, som starter HAART det år)

Årstal	Antal
1994	1 (16,7%)
1995	0 (0,0%)
1996	28 (5,7%)
1997	78 (10,4%)
1998	58 (18,5%)
1999	84 (27,7%)
2000	62 (23,0%)
2001	15 (5,0%)
2002	3 (1,2%)
2003	5 (2,3%)
2004	3 (1,2%)
2005	1 (0,5%)
2006	1 (0,4%)
2007	0 (0,0%)
2008	1 (0,5%)

III. Antal patienter i behandling med boosted Saquinavir (fordelt på år)

Årstal	Antal
1995	1
1996	38
1997	210
1998	299
1999	345
2000	391
2001	399
2002	376
2003	350
2004	289
2005	224
2006	181
2007	141
2008	103

IV. Første seponering af boosted Saquinavir fordelt på årstal

Årstal	Antal
1995	0
1996	4
1997	58
1998	86
1999	98
2000	81
2001	74
2002	66
2003	64
2004	67
2005	36
2006	39
2007	30
2008	16

V. Antiretrovirale præparater, som indgår i det første regime anvendt umiddelbart efter seponering af boosted saquinavir (efter 1. januar 2003).

Præparat	Antal
Non boosted Saquinavir	2
Boosted Saquinavir	5
Non boosted Indinavir	0
Boosted Indinavir	2
Nelfinavir	2
Kaletra	42
Tipranavir	1
Amprenavir	2
Atazanavir	80
Nevirapin	94
Efavirenz	110

VI. Årsager til skift af boosted Saquinavir efter 1. januar 2003

Årsager	Antal
Virologisk svigt (1)	20
Abnorm fedtfordeling (2)	8
Dyslipidæmi (3)	15
Overfølsomhed (4)	3
Gastrointestinale bivirkninger(5)	38
Neurologiske bivirkninger (6)	0
Nefrologiske bivirkninger (7)	1
Endokrinologiske bivirkninger (8)	1
Anden toxicitet (9)	12
Patientens ønske (10)	38
Lægens beslutning (11)	26
Anden årsag (12)	32
Ukendt (13)	2
Som led i skift til anden antiretroviral medicin(14)	28
Problemer med compliance (15)	6

Non-boosted Indinavir

I. Antal patienter fordelt på årstal, som for første gang modtager behandling med non-boosted Indinavir

Årstal	Antal
1995	2
1996	307
1997	469
1998	124
1999	24
2000	15
2001	5
2002	7
2003	2
2004	1
2005	1
2006	0
2007	2
2008	0

II. Antal patienter, som starter på HAART, hvori non-boosted Indinavir indgår (% af de patienter, som starter HAART det år)

Årstal	Antal
1995	2 (5,9%)
1996	252 (51,0%)
1997	306 (40,7%)
1998	86 (27,5%)
1999	9 (3,0%)
2000	8 (3,0%)
2001	4 (1,3%)
2002	3 (1,3%)
2003	1 (0,5%)
2004	0 (0,0%)
2005	1 (0,7%)
2006	0 (0,0%)
2007	0 (0,0%)
2008	0 (0,0%)

III. Antal patienter i behandling med non-boosted Indinavir (fordelt på år)

Årstal	Antal
1995	2
1996	309
1997	748
1998	701
1999	572
2000	374
2001	225
2002	152
2003	100
2004	60
2005	42
2006	29
2007	22
2008	15

IV. Første seponering af non-boosted Indinavir fordelt på årstal

Årstal	Antal
1995	0
1996	32
1997	167
1998	165
1999	202
2000	146
2001	81
2002	42
2003	32
2004	17
2005	8
2006	8
2007	3
2008	3

V. Antiretrovirale præparater, som indgår i det første regime anvendt umiddelbart efter seponering af non-boosted Indinavir (efter 1. januar 2003).

Præparat	Antal
Non boosted Saquinavir	0
Boosted Saquinavir	5
Non boosted Indinavir	2
Boosted Indinavir	5
Nelfinavir	0
Kaletra	36
Tipranavir	0
Amprenavir	2
Atazanavir	51
Nevirapin	26
Efavirenz	92

VI. Årsager til skift af non-boosted Indinavir efter 1. januar 2003

Årsager	Antal
Virologisk svigt (1)	4
Abnorm fedtfordeling (2)	4
Dyslipidæmi (3)	4
Overfølsomhed (4)	0
Gastrointestinale bivirkninger(5)	0
Neurologiske bivirkninger (6)	0
Nefrologiske bivirkninger (7)	4
Endokrinologisk bivirkning (8)	1
Anden toxicitet (9)	2
Patientens ønske (10)	9
Lægens beslutning (11)	12
Anden årsag (12)	5
Ukendt (13)	2
Som led i skift til anden antiretroviral medicin(14)	6
Problemer med compliance (15)	4

Boosted Indinavir

I. Antal patienter fordelt på årstal, som for første gang modtager behandling med boosted Indinavir

Årstal	Antal
1995	0
1996	4
1997	3
1998	18
1999	175
2000	200
2001	93
2002	33
2003	20
2004	8
2005	2
2006	0
2007	0
2008	0

II. Antal patienter, som starter på HAART, hvori boosted Indinavir indgår (% af de patienter, som starter HAART det år)

Årstal	Antal
1995	0 (0,0%)
1996	2 (0,4%)
1997	0 (0,0%)
1998	0 (0,0%)
1999	7 (2,3%)
2000	20 (7,4%)
2001	12 (4,0%)
2002	4 (1,7%)
2003	5 (2,3%)
2004	5 (2,0%)
2005	1 (0,5%)
2006	0 (0,0%)
2007	0 (0,0%)
2008	0 (0,0%)

III. Antal patienter i behandling med boosted Indinavir (fordelt på år)

Årstal	Antal
1995	0
1996	4
1997	6
1998	19
1999	188
2000	359
2001	370
2002	280
2003	214
2004	152
2005	83
2006	41
2007	23
2008	13

IV. Første seponering af boosted Indinavir fordelt på årstal

Årstal	Antal
1995	0
1996	1
1997	5
1998	8
1999	36
2000	87
2001	114
2002	90
2003	63
2004	71
2005	38
2006	15
2007	6
2008	4

V. Antiretrovirale præparater, som indgår i det første regime anvendt umiddelbart efter seponering af boosted Indinavir (efter 1. januar 2003).

Præparat	Antal
Non boosted Saquinavir	0
Boosted Saquinavir	5
Non boosted Indinavir	2
Boosted Indinavir	5
Nelfinavir	0
Kaletra	36
Tipranavir	0
Amprenavir	2
Atazanavir	51
Nevirapin	26
Efavirenz	92

VI. Årsager til skift af boosted Indinavir efter 1. januar 2003

Årsager	Antal
Virologisk svigt (1)	11
Abnorm fedtfordeling (2)	15
Dyslipidæmi (3)	20
Overfølsomhed (4)	1
Gastrointestinale bivirkninger(5)	10
Neurologiske bivirkninger (6)	2
Nefrologiske bivirkninger (7)	21
Endokrinologiske bivirkninger (8)	3
Anden toxicitet (9)	18
Patientens ønske (10)	14
Lægens beslutning (11)	17
Anden årsag (12)	23
Ukendt (13)	3
Som led i skift til anden antiretroviral medicin(14)	12
Problemer med compliance (15)	14

Nelfinavir

I. Antal patienter fordelt på årstal, som for første gang modtager behandling med Nelfinavir

Årstal	Antal
1994	0
1995	0
1996	4
1997	65
1998	312
1999	313
2000	110
2001	32
2002	15
2003	8
2004	5
2005	0
2006	0
2007	2

II. Antal patienter, som starter på HAART, hvori Nelfinavir indgår (% af de patienter, som starter HAART det år)

Årstal	Antal
1995	0 (0,0%)
1996	4 (0,8%)
1997	7 (0,9%)
1998	94 (29,9%)
1999	125 (41,4%)
2000	76 (28,6%)
2001	21 (7,1%)
2002	8 (3,3%)
2003	3 (1,4%)
2004	1 (0,4%)
2005	0 (0,0%)
2006	0 (0,0%)
2007	0 (0,0%)

III. Antal patienter i behandling med Nelfinavir (fordelt på år)

Årstal	Antal
1995	0
1996	4
1997	68
1998	375
1999	634
2000	591
2001	460
2002	327
2003	232
2004	173
2005	121
2006	80
2007	55

IV. Første seponering af Nelfinavir fordelt på årstal

Årstal	Antal
1995	0
1996	0
1997	6
1998	64
1999	152
2000	160
2001	133
2002	101
2003	61
2004	48
2005	35
2006	20
2007	36
2008	1

V. Antiretrovirale præparater, som indgår i det første regime anvendt umiddelbart efter seponering af Nelfinavir (efter 1. januar 2003).

Præparat	Antal
Non boosted Saquinavir	0 (0,0%)
Boosted Saquinavir	4 (1,8%)
Non boosted Indinavir	0 (0,0%)
Boosted Indinavir	0 (0,0%)
Nelfinavir	5 (2,3%)
Kaletra	51 (23,4%)
Tipranavir	2 (0,9%)
Amprenavir	1 (0,5%)
Atazanavir	35 (16,1%)
Nevirapin	43 (19,7%)
Efavirenz	89 (40,8%)

VI. Årsager til skift af Nelfinavir efter 1. januar 2003

Årsager	Antal
Virologisk svigt (1)	60
Abnorm fedtfordeling (2)	8
Dyslipidæmi (3)	5
Overfølsomhed (4)	0
Gastrointestinale bivirkninger(5)	33
Neurologiske bivirkninger (6)	5
Nefrologiske bivirkninger (7)	0
Endokrinologiske bivirkninger (8)	0
Anden toxicitet (9)	4
Patientens ønske (10)	36
Lægens beslutning (11)	62
Anden årsag (12)	37
Ukendt (13)	5
Som led i skift til anden antiretroviral medicin(14)	26
Problemer med compliance (15)	10

Kaletra (Boosted Lopinavir)

I. Antal patienter fordelt på årstal, som for første gang modtager behandling med Kaletra

Årstal	Antal
1995	0
1996	0
1997	0
1998	0
1999	8
2000	75
2001	163
2002	81
2003	137
2004	183
2005	111
2006	110
2007	78
2008	35

II. Antal patienter, som starter på HAART, hvori Kaletra indgår (% af de patienter, som starter HAART det år)

Årstal	Antal
1995	0 (0,0%)
1996	0 (0,0%)
1997	0 (0,0%)
1998	0 (0,0%)
1999	7 (2,3%)
2000	4 (1,5%)
2001	12 (4,0%)
2002	4 (1,7%)
2003	23 (10,7%)
2004	49 (19,9%)
2005	47 (24,1%)
2006	31 (13,2%)
2007	26 (10,9%)
2008	13 (6,8%)

III. Antal patienter i behandling med Kaletra (fordelt på år)

Årstal	Antal
1995	0
1996	0
1997	0
1998	0
1999	8
2000	83
2001	237
2002	288
2003	388
2004	507
2005	503
2006	502
2007	499
2008	396

IV. Første seponering af Kaletra fordelt på årstal

Årstal	Antal
1995	0
1996	0
1997	0
1998	0
1999	0
2000	7
2001	35
2002	49
2003	64
2004	110
2005	118
2006	76
2007	84
2008	52

V. Antiretrovirale præparater, som indgår i det første regime anvendt umiddelbart efter seponering af Kaletra (efter 1. januar 2003).

Præparat	Antal
Non boosted Saquinavir	1 (0,2%)
Boosted Saquinavir	20 (3,9%)
Non boosted Indinavir	1 (0,2%)
Boosted Indinavir	5 (1,0%)
Nelfinavir	10 (1,9%)
Kaletra	37 (7,2%)
Tipranavir	9 (1,7%)
Amprenavir	11 (2,1%)
Atazanavir	199 (38,6%)
Nevirapin	44 (8,5%)
Efavirenz	152 (29,5%)

VI. Årsager til skift af Kaletra efter 1. januar 2003

Årsager	Antal
Virologisk svigt (1)	32
Abnorm fedtfordeling (2)	3
Dyslipidæmi (3)	20
Overfølsomhed (4)	2
Gastrointestinale bivirkninger(5)	133
Neurologiske bivirkninger (6)	5
Nefrologiske bivirkninger (7)	0
Endokrinologiske bivirkninger (8)	3
Anden toxicitet (9)	33
Patientens ønske (10)	62
Lægens beslutning (11)	57
Anden årsag (12)	61
Ukendt (13)	5
Som led i skift til anden antiretroviral medicin(14)	25
Problemer med compliance (15)	33

Amprenavir

I. Antal patienter fordelt på årstal, som for første gang modtager behandling med Amprenavir

Årstal	Antal
1995	0
1996	0
1997	0
1998	2
1999	3
2000	5
2001	20
2002	5
2003	20
2004	5
2005	8
2006	2
2007	1
2008	2

II. Antal patienter, som starter på HAART, hvori Amprenavir indgår (% af de patienter, som starter HAART det år)

Årstal	Antal
1994	0 (0,0%)
1995	0 (0,0%)
1996	0 (0,0%)
1997	0 (0,0%)
1998	0 (0,0%)
1999	2 (0,6%)
2000	2 (0,7%)
2001	0 (0,0%)
2002	0 (0,0%)
2003	0 (0,0%)
2004	0 (0,0%)
2005	0 (0,0%)
2006	0 (0,0%)
2007	0 (0,0%)
2008	0 (0,0%)

III. Antal patienter i behandling med Amprenavir (fordelt på år)

Årstal	Antal
1995	0
1996	0
1997	0
1998	2
1999	3
2000	6
2001	24
2002	24
2003	40
2004	36
2005	36
2006	28
2007	22
2008	17

IV. Første seponering af Amprenavir fordelt på årstal

Årstal	Antal
1995	0
1996	0
1997	0
1998	2
1999	2
2000	2
2001	5
2002	7
2003	7
2004	7
2005	7
2006	5
2007	3
2008	2

V. Antiretrovirale præparater, som indgår i det første regime anvendt umiddelbart efter seponering af Amprenavir (efter 1. januar 2003).

Præparat	Antal
Non boosted Saquinavir	0 (0,0%)
Boosted Saquinavir	4 (12,9%)
Non boosted Indinavir	0 (0,0%)
Boosted Indinavir	0 (0,0%)
Nelfinavir	0 (0,0%)
Kaletra	13 (27,1%)
Tipranavir	2 (6,5%)
Amprenavir	4 (12,9%)
Atazanavir	7 (22,6%)
Nevirapin	1 (3,2%)
Efavirenz	2 (6,5%)

VI. Årsager til skift af Amprenavir efter 1. januar 2003

Årsager	Antal
Virologisk svigt (1)	8
Abnorm fedtfordeling (2)	0
Dyslipidæmi (3)	0
Overfølsomhed (4)	1
Gastrointestinale bivirkninger(5)	3
Neurologiske bivirkninger (6)	0
Nefrologiske bivirkninger (7)	0
Endokrinologiske bivirkninger (8)	0
Anden toxicitet (9)	1
Patientens ønske (10)	2
Lægens beslutning (11)	3
Anden årsag (12)	5
Ukendt (13)	0
Som led i skift til anden antiretroviral medicin(14)	1
Problemer med compliance (15)	4

Tipranavir

I. Antal patienter fordelt på årstal, som for første gang modtager behandling med Tipranavir

Årstal	Antal
1994	0
1995	0
1996	0
1997	0
1998	0
1999	0
2000	0
2001	3
2002	0
2003	14
2004	5
2005	5
2006	4
2007	0
2008	1

II. Antal patienter, som starter på HAART, hvori Tipranavir indgår (% af de patienter, som starter HAART det år)

Årstal	Antal
1994	0 (0,0%)
1995	0 (0,0%)
1996	0 (0,0%)
1997	0 (0,0%)
1998	0 (0,0%)
1999	0 (0,0%)
2000	0 (0,0%)
2001	0 (0,0%)
2002	0 (0,0%)
2003	0 (0,0%)
2004	0 (0,0%)
2005	0 (0,0%)
2006	0 (0,0%)
2007	0 (0,0%)
2008	0 (0,0%)

III. Antal patienter i behandling med Tipranavir (fordelt på år)

Årstal	Antal
1995	0
1996	0
1997	0
1998	0
1999	0
2000	0
2001	3
2002	1
2003	14
2004	19
2005	19
2006	20
2007	11
2008	6

IV. Første seponering af Tipranavir fordelt på årstal

Årstal	Antal
1995	0
1996	0
1997	0
1998	0
1999	0
2000	0
2001	2
2002	0
2003	1
2004	5
2005	2
2006	8
2007	5
2008	4

V. Antiretrovirale præparater, som indgår i det første regime anvendt umiddelbart efter seponering af Tipranavir (efter 1. januar 2003).

	Intet
Non boosted Saquinavir	0 (0,0%)
Boosted Saquinavir	0 (0,0%)
Non boosted Indinavir	0 (0,0%)
Boosted Indinavir	0 (0,0%)
Nelfinavir	0 (0,0%)
Kaletra	5 (20,0%)
Tipranavir	0 (0,0%)
Amprenavir	0 (0,0%)
Atazanavir	1 (4,0%)
Nevirapin	1 (4,0%)
Efavirenz	6 (24,0%)

VI. Årsager til skift af Tipranavir efter 1. januar 2003

Årsager	Antal
Virologisk svigt (1)	9
Abnorm fedtfordeling (2)	0
Dyslipidæmi (3)	0
Overfølsomhed (4)	0
Gastrointestinale bivirkninger(5)	3
Neurologiske bivirkninger (6)	0
Nefrologiske bivirkninger (7)	0
Endokrinologiske bivirkninger (8)	0
Anden toxicitet (9)	0
Patientens ønske (10)	1
Lægens beslutning (11)	3
Anden årsag (12)	4
Ukendt (13)	0
Som led i skift til anden antiretroviral medicin(14)	4
Problemer med compliance (15)	1

Atazanavir

I. Antal patienter fordelt på årstal, som for første gang modtager behandling med Atazanavir

Årstal	Antal
1994	0
1995	0
1996	0
1997	0
1998	0
1999	0
2000	0
2001	0
2002	1
2003	6
2004	161
2005	264
2006	212
2007	179
2008	139

II. Antal patienter, som starter på HAART, hvori Atazanavir indgår (% af de patienter, som starter HAART det år)

Årstal	Antal
1994	0 (0,0%)
1995	0 (0,0%)
1996	0 (0,0%)
1997	0 (0,0%)
1998	0 (0,0%)
1999	0 (0,0%)
2000	0 (0,0%)
2001	0 (0,0%)
2002	0 (0,0%)
2003	0 (0,0%)
2004	7 (2,8%)
2005	13 (6,7%)
2006	18 (7,7%)
2007	19 (8,0%)
2008	24 (12,6%)

III. Antal patienter i behandling med Atazanavir (fordelt på år)

Årstal	Antal
1995	0
1996	0
1997	0
1998	0
1999	0
2000	0
2001	0
2002	1
2003	7
2004	167
2005	411
2006	569
2007	685
2008	708

IV. Første seponering af Atazanavir fordelt på årstal

Årstal	Antal
1995	0
1996	0
1997	0
1998	0
1999	0
2000	0
2001	0
2002	0
2003	0
2004	26
2005	59
2006	77
2007	62
2008	45

V. Antiretrovirale præparater, som indgår i det første regime anvendt umiddelbart efter seponering af Atazanavir (efter 1. januar 2003).

Præparat	Antal
Non boosted Saquinavir	2 (0,7%)
Boosted Saquinavir	11 (3,9%)
Non boosted Indinavir	4 (1,4%)
Boosted Indinavir	4 (1,4%)
Nelfinavir	5 (1,8%)
Kaletra	72(25,8%)
Tipranavir	0 (0,0%)
Amprenavir	2 (0,7%)
Atazanavir	34(12,2%)
Nevirapin	30 (10,8%)
Efavirenz	67 (24,0%)

VI. Årsager til skift af Atazanavir efter 1. januar 2003

Årsager	Antal
Virologisk svigt (1)	10
Abnorm fedtfordeling (2)	3
Dyslipidæmi (3)	2
Overfølsomhed (4)	5
Gastrointestinale bivirkninger(5)	46
Neurologiske bivirkninger (6)	2
Nefrologiske bivirkninger (7)	0
Endokrinologiske bivirkninger (8)	4
Anden toxicitet (9)	33
Patientens ønske (10)	36
Lægens beslutning (11)	26
Anden årsag (12)	30
Ukendt (13)	2
Som led i skift til anden antiretroviral medicin(14)	9
Problemer med compliance (15)	42

Tenofovir/Emtricitabine (Truvada).

Antal patienter i behandling med Truvada og Atazanavir (fordelt på år)

Årstal	Antal
1995	0
1996	0
1997	0
1998	0
1999	0
2000	0
2001	0
2002	0
2003	0
2004	0
2005	21
2006	141
2007	208
2008	237

Antal patienter i behandling med Truvada og Efavirens (fordelt på år)

Årstal	Antal
1995	0
1996	0
1997	0
1998	0
1999	0
2000	0
2001	0
2002	1
2003	1
2004	3
2005	62
2006	268
2007	431
2008	533

Antal patienter i behandling med Truvada og Kaletra (fordelt på år).

Årstal	Antal
1995	0
1996	0
1997	0
1998	0
1999	0
2000	0
2001	0
2002	0
2003	0
2004	0
2005	14
2006	93
2007	157
2008	192

Abacavir/Lamivudin (Kivexa).

Antal patienter i behandling med Kivexa og Atazanavir (fordelt på år).

Årstal	Antal
1995	0
1996	0
1997	0
1998	0
1999	0
2000	0
2001	0
2002	1
2003	4
2004	59
2005	221
2006	293
2007	339
2008	338

Antal patienter i behandling med Kivexa og Efavirens (fordelt på år).

Årstal	Antal
1995	0
1996	0
1997	0
1998	5
1999	24
2000	38
2001	94
2002	154
2003	178
2004	243
2005	481
2006	704
2007	768
2008	703

Antal patienter i behandling med Kivexa og Kaletra (fordelt på år).

Årstal	Antal
1995	0
1996	0
1997	0
1998	0
1999	0
2000	11
2001	28
2002	52
2003	92
2004	131
2005	147
2006	157
2007	163
2008	141

Antal patienter i behandling med Etravirin (fordelt på år).

Årstal	Antal
1995	0
1996	0
1997	0
1998	0
1999	0
2000	0
2001	0
2002	0
2003	0
2004	0
2005	0
2006	0
2007	18
2008	28

Antal patienter i behandling med Maraviroc (fordelt på år).

Årstal	Antal
1995	0
1996	0
1997	0
1998	0
1999	0
2000	0
2001	0
2002	0
2003	0
2004	0
2005	1
2006	1
2007	1
2008	4

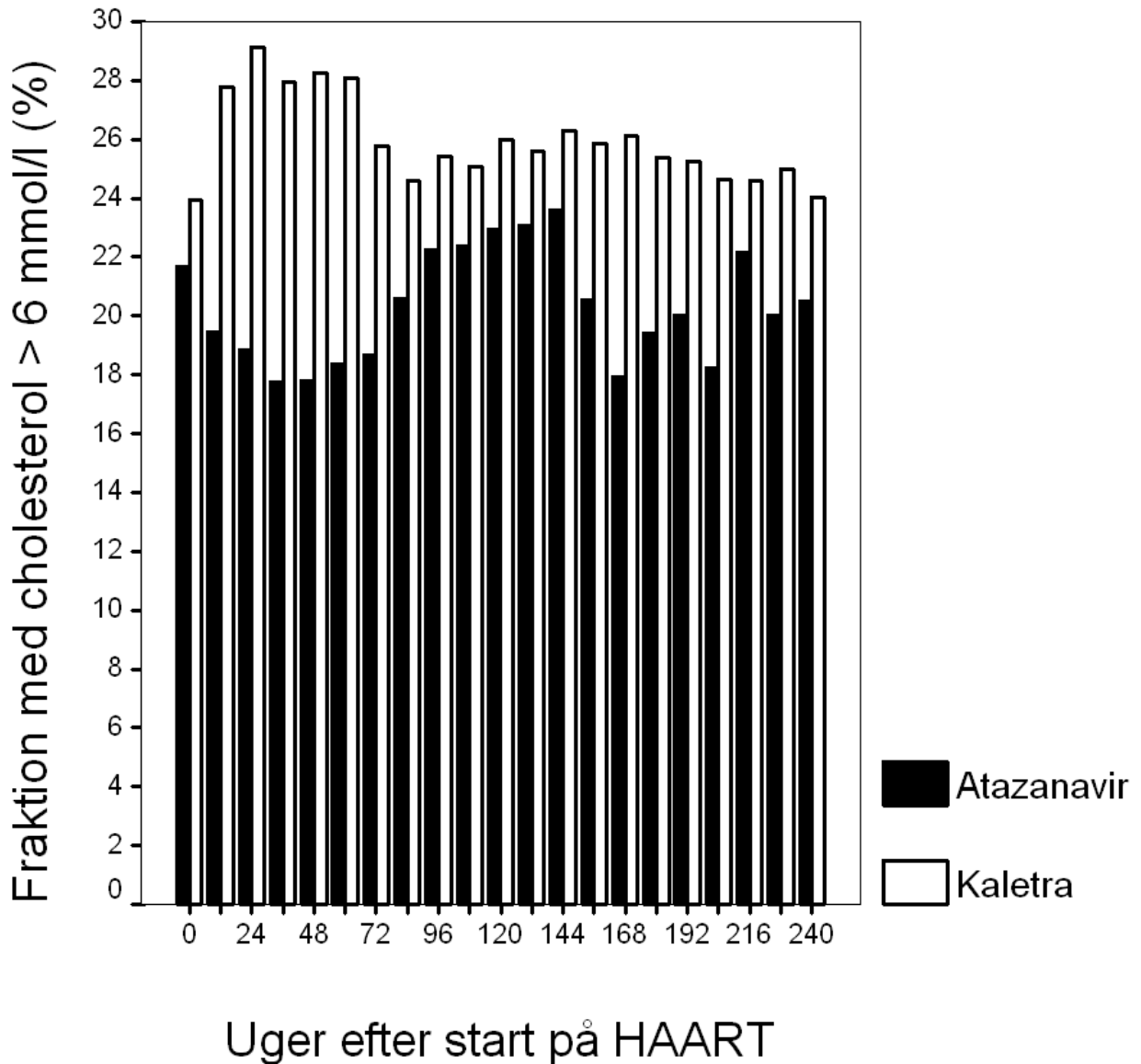
Antal patienter i behandling med Raltegravir (fordelt på år).

Årstal	Antal
1995	0
1996	0
1997	0
1998	0
1999	0
2000	0
2001	0
2002	0
2003	0
2004	0
2005	0
2006	1
2007	34
2008	75

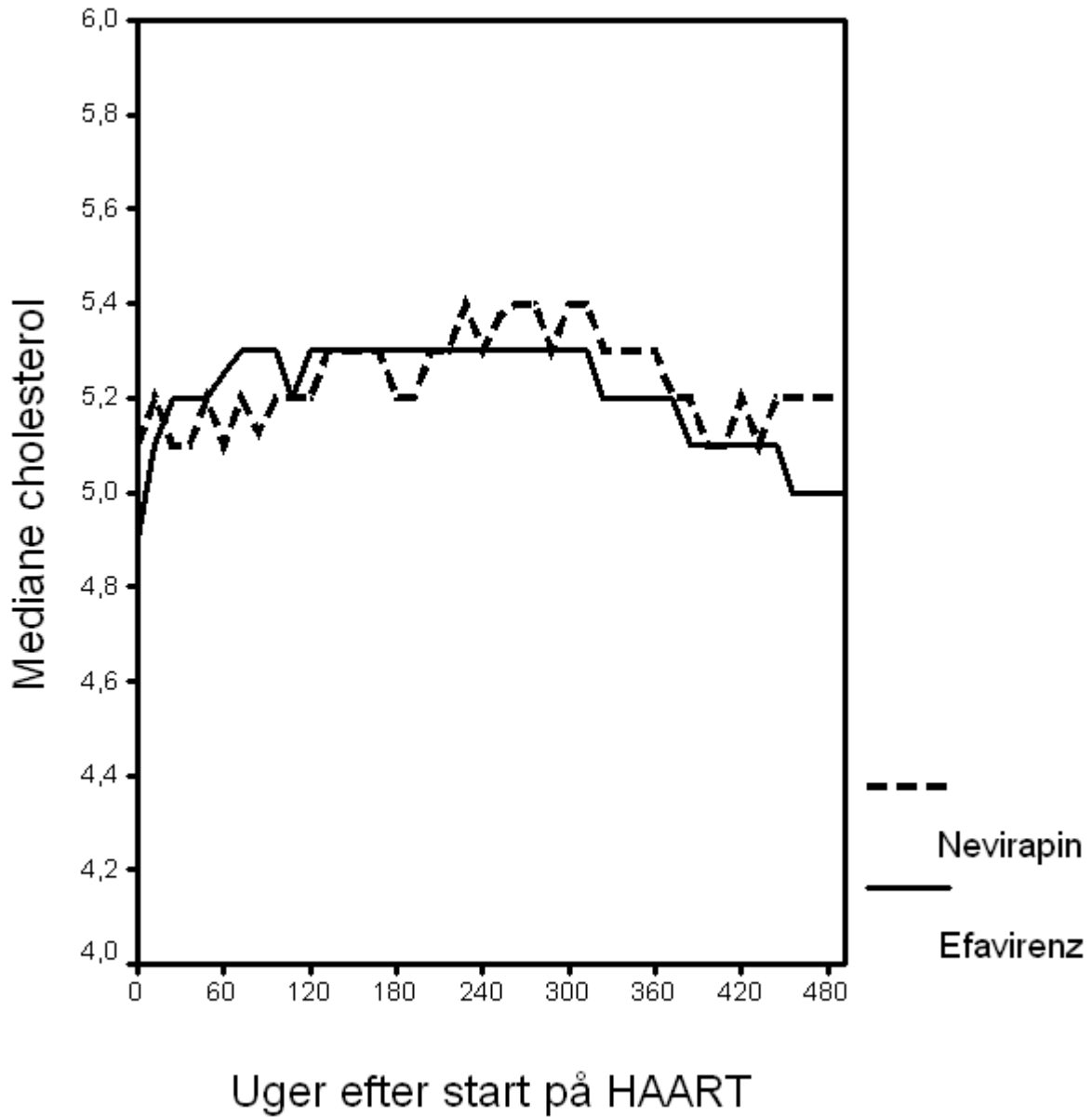
Antal patienter i behandling med Darunavir (fordelt på år).

Årstal	Antal
1995	0
1996	0
1997	0
1998	0
1999	0
2000	0
2001	0
2002	0
2003	1
2004	1
2005	3
2006	22
2007	77
2008	97

Kolesterol hos patienter behandlet med Atazanavir, Kaletra, Efavirenz og Nevirapin.



Figuren viser den fraktion af patienter, som har et kolesterol over 6, fordelt på uger efter start af Atazanavir eller Kaletra. Man skal være opmærksom på, at der på ingen måde i analysen er taget højde for, at der sandsynligvis er store forskelle i de grupper, der starter de to præparater. Bl. a. er der ikke taget højde for, at der kan være forskelle i køn, alder, forudgående antiretroviral behandling og anden medicinsk behandling.



Figuren viser kolesterolniveau hos patienter, som er startet nevirapin og efavirenz fordelt på uger efter start. Data er ikke korrigeret for forskelle i de to patientgruppers eventuelle forskelle i baseline karakteristika.