

LIVSTEGN

En semiotisk analyse af CD4-celletal hos HIV-smittede

I begyndelsen af 1700-tallet fremstillede Gabriel Daniel Fahrenheit som den første et pålideligt termometer. Først brugte han *vinånd*, alkohol, til at vise temperaturudsving, men i 1715 fandt han frem til at anvende det mere pålidelige kviksølv. Han definerede også en enhed, som passede til opfindelsen, og som han lagde navn til. Enheden, som oprindeligt var baseret på en blanding af salmiak og is, blev defineret som 1/180 af forskellen mellem vandets frysepunkt (32°F) og dets kogepunkt (212°F).¹

Med Fahrenheits opfindelse blev temperaturen objektiveret. Tidligere havde den været en rent subjektiv erfaring. Hvis man hjemvendt fra en længere udflugt ville berette om vejret dér, hvor man havde været, måtte man henvise til et fælles erfaringsrum. Herodot (1970) måtte eksempelvis fortælle grækerne om Libyens klima ved at henvise til de hjemlige sletter om sommeren, når solen stod lige ned fra den skyfri himmel, og heden var værst.

Vejret ændrede sig ikke, fordi Fahrenheit begyndte at tage temperaturen på det. Men det gjorde temperaturens status som udløser af menneskelig handling. Allerede ved udformningen af temperaturenheden havde Fahrenheit medtænkt menneskets middeltemperatur, som er 96°F – 3 gange vands frysepunkt. Målinger af menneskets temperatur har som bekendt siden udviklet sig til et vigtigt klinisk redskab for diagnosticering af sygdomme, og også i almindelig folkelig bedømmelse af egen og andres eventuelle sygdomstilstand spiller temperaturmåling en objektiverende rolle, der giver substans til udsagnet om, at man føler sig skidt tilpas.

I denne artikel skal jeg beskrive målingen af CD4-celletal som udtryk for immunforsvarets styrke hos HIV-smittede. Det er min hensigt at vise, at CD4-tallet som tegn ændrer karakter for både læge og patient undervejs i HIV-infektionens forløb, og at det har vigtige konsekvenser for de beslutninger, der træffes, og de handlinger, der udføres. Jeg vil beskrive CD4-tallet som et tegn i semiotikeren Peirces forstand, og jeg vil beskrive dette tegns variationer ved hjælp af Peirces tegnklassifikation.

Det empiriske grundlag for artiklen bygger dels på min ansættelse som brugerkonulent for HIV-smittede brugere ved en medicinsk-epidemisk afdeling, dels på en pilotundersøgelse af lægesamtalen, som jeg udførte i AIDS-ambulatoriet samme sted (Seeberg 1994). Undersøgelsen omfattede 17 samtaler, og dens mål var at belyse hen-

holdsvis lægers og brugeres opfattelse af samtalen.² Alle citater nedenfor stammer, hvor andet ikke er angivet, fra denne pilotundersøgelse.

HIV-infektion og CD4-tal

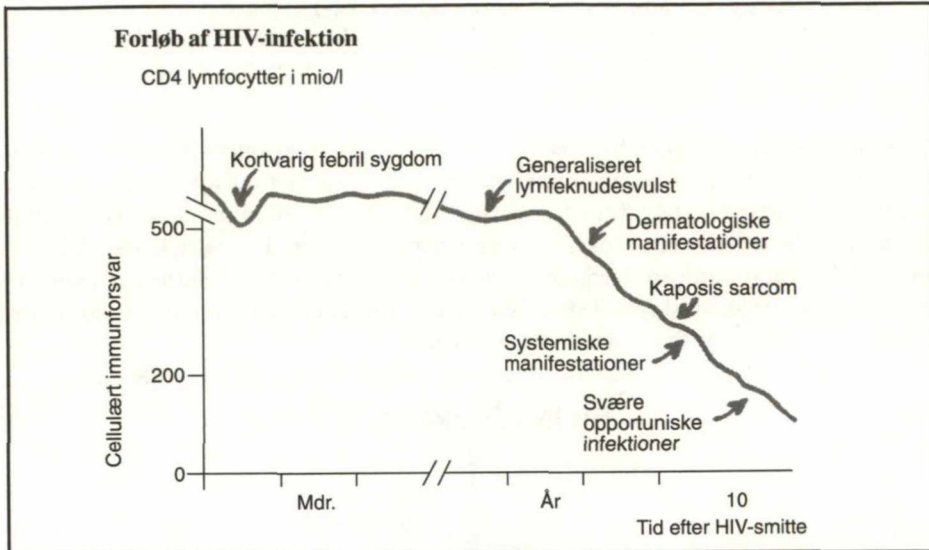
Smittes en person med HIV, kan der umiddelbart opstå akutte, influenzalignende symptomer. Men herefter er der en symptomfri³ periode, den såkaldte latensperiode. Denne periode kan variere fra 2 til måske 20 år eller mere, men oftest er den 8-12 år. I denne periode er HIV-infektionen udelukkende påviselig for biomedicinen i kraft af HIV-testen og diverse andre tekniske prøver, men skjult for den HIV-smittede. Den latente HIV-infektion er, hvad de rent fysiologiske processer angår, overvejende „sygdom uden lidelse“ – en sygdom, der kun har synlig, fysisk realitet for lægen, mens den for patienten er usynlig og symptomfri.

Det betyder imidlertid ikke, at HIV-virus ikke er aktiv. HIV nedbryder immunsystemet hovedsageligt ved at inficere T-hjælper lymfocytter, også kaldet CD4-celler, og makrofager (Lundgren et al. 1991). Her skal jeg kun beskæftige mig med de første. CD4 er navnet på et proteinmolekyle, som sidder på T-hjælper lymfocytens overflade, og som har givet navn til hele cellen. Latensperioden hos den HIV-smittede modsvarer omtrentligt den tid, det tager HIV-virus at nedbryde så stort et antal CD4-celler, at personens immunforsvar svækkes, og der begynder at opstå følgeinfektioner. Hvorledes HIV-infektionen forløber for den enkelte, er imidlertid genstand for stor variation, og det understreges i blandt andet Sundhedsstyrelsens publikationer, at „der ikke findes nogle ‘typiske forløb’. HIV-infektionen forløber meget individuelt, hvilket bl.a. kan ses af den kendsgerning, at nogle HIV-smittede bliver syge efter få år, mens andre lever mange år uden symptomer overhovedet“ (Sundhedsstyrelsen 1992a:6).

CD4-tallet kan måles. En sund og rask voksen gennemsnitsdansker vil have et CD4-tal på omkring 800-1200.⁴ Bliver man forkølet, eller belastes immunsystemet på anden vis, vil CD4-tallet falde. Når man atter er rask, stiger antallet af CD4-celler igen. CD4-tallet svinger altså hos alle mennesker ganske meget over tid. Måling af CD4-tal foretages rutinemæssigt ved de kontroller, som HIV-smittede tilbydes ved kontakt med danske hospitaler.

Medicin er en kvantitativt orienteret videnskab. Den skaber, så at sige, typiske forløb for sygdomsudvikling. Det typiske forløb for HIV-infektionens udvikling, forstået som nedbrydningen af antallet af CD4-celler i blodet, vil kunne aflæses i en normalkurve, som udtrykker et gennemsnit af et stort antal enkelttilfælde (Figur 1).

Denne normalkurve er ikke udelukkende medicinsk specialviden. Den indgår som en fast bestanddel af kurser om HIV og AIDS,⁵ og den reproduceres i Sundhedsstyrelsens udgivelser om emnet (Sundhedsstyrelsen 1992b og 1993), som ikke mindst HIV-smittede må formodes i stort omfang at anskaffe sig. Kurven fungerer som en kode til forståelse af CD4-tallet for læger og for mange HIV-smittede. Men det er ikke en entydig kode, som skaber grundlag for en klar fortolkning af CD4-tallet. Som det vil blive klart i det følgende, er der tale om en lang række mulige tolkninger, som foruden medicinsk behandling udløser vidt forskellige handlinger og reaktioner hos læger og HIV-smittede.



Figur 1. Den statistiske kode til fortolkning af CD4-tallet. (Kilde: Sundhedstyrelsen 1992b).

For bedre at afgrænse de forskellige tolkninger fra hinanden – det er jo i alle tilfælde fortolkninger af CD4-tal – inddrager jeg Peirces tegnteori. Jeg har forsøgt at råde bod på teoriens vanskeligheder i en kortfattet præsentation uden at eliminere Peirces subtile tegnklassifikation, som jeg skal gøre brug af. Selvom Peirce stiller store krav til sine læsere, hvilket måske også vil belaste denne artikel lidt, håber jeg, at diskussionen af CD4-tallet og dets betydning for HIV-smittede forbliver det centrale igennem hele artiklen. Lad mig dog først præsentere Peirces tegnbegreb.

Tegnet hos Peirce

Semiotikeren Charles Sanders Peirce skabte i forrige århundrede en meget omfattende og dynamisk tegnteori. Peirce definerede tegnet som en triadisk relation mellem et primært tegn, et objekt og en fortolker:

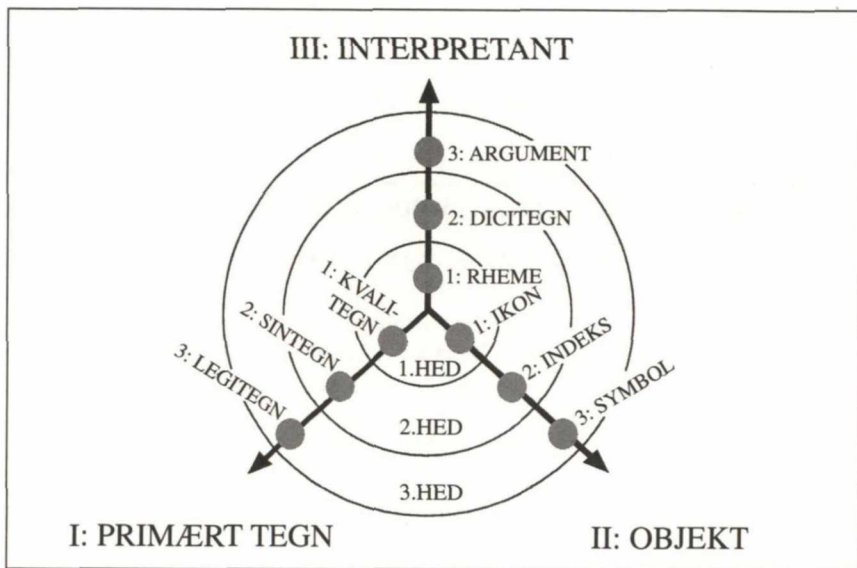
Et tegn, eller *representamen*, er noget, der repræsenterer noget for nogen i visse henseender eller egenskaber. Det henvender sig til nogen, dvs. det skaber i den persons tanker et tilsvarende tegn, eller måske et mere udviklet tegn. Det tegn, som det skaber, kalder jeg *interpretanten* af det første tegn. Tegnet repræsenterer noget, dets *objekt* (Peirce 1936:2228).

Peirces tegn er relationen mellem et objekt, det primære tegn (*representamen*, tegnets „form“) og en beskuende (lyttende, etc.) fortolker eller *interpretant*, som forbinder et primært tegn med et objekt. På alle tre positioner i tegn-triaden kan der imidlertid være forskellige grader af udviklethed:

Tegn kan opdeles i tre trikotomier; for det første, hvad angår tegnet i sig selv [primært tegn] kan det være ren kvalitet [kvalitegn], en faktisk fremtræden [sintegn] eller en lovmæssighed [legitegn]; for det andet, hvad angår tegnets relation til objektet, kan den bestå i en ka-

rakter i sig selv [ikon], eller i en eksistentiel relation til objektet [indeks], eller i dets relation til interpretanten [symbol]; for det tredje, hvad angår dets interpretant [kan den] repræsentere det som et muligheds tegn [rheme], et kendsgerningens tegn [dicitegn] eller et argumentets tegn [argument] (Peirce, ibid.:2243).

Disse tredelinger udtrykker, hvad der i Peirces fænomenologi kaldes Førstehed, Andethed og Tredjehed. Førsteheden er ren kvalitet eller væren, det vil sige noget, som ikke (endnu) er genstand for bevidstheden. Førsteheden hører til muligheden, til det absolutte nu. Andetheden er en reaktion på noget første, noget, der allerede er sket, hvilket indebærer, at den hører til fortiden. Tredjeheden er lovmæssighed, dvs. den indebærer muligheden for at forudsige, hvad der vil ske i fremtiden. Figur 2 illustrerer tegnets variabler, idet cirklernerne afgrænser de fænomenologiske niveauer.

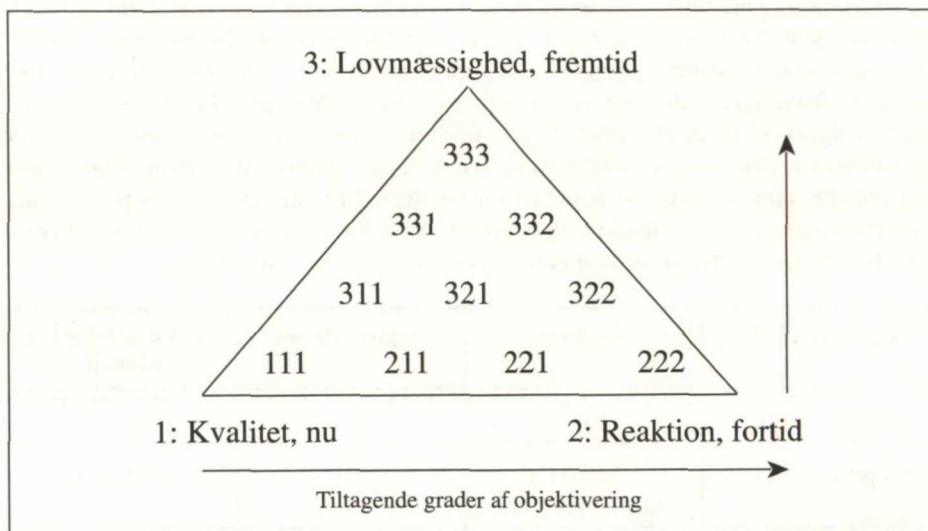


Figur 2.

Det er vigtigt at bruge et øjeblikks opmærksomhed på denne figur. Ethvert tegn er en kombination af en af de tre variabler på det primære tegns plads, en af de tre variabler på objektets plads og en af de tre variabler på interpretantens plads. Et tegn kan således have forskellige fænomenologiske implikationer, idet det kan rumme forskellige grader af Førstehed, Andethed og Tredjehed.

I overensstemmelse hermed definerer Peirce ti tegntyper,⁶ som jeg har opstillet i figur 3, idet et givet fænomenologisk niveau (eksempelvis Andethed) på en variabel logisk kun kan efterfølges af tilsvarende eller lavere niveauer på de(n) næste variabler (-bel). Peirces fænomenologi indebærer, så vidt jeg kan se, at der er forskellige grader af objektivering forbundet med det enkelte tegn. Det er en radikal påstand. Et tegn, hvor det primære tegns variabel er et legitegn, objektrelationen er et indeks, og interpretantens relation til tegnet er et dicitegn (det vil sige tegntype 322 på figur 3), vil ifølge denne idé have et større objektiveringspotentiale end et tegn, hvor de tilsvarende variabler er et sintegn, et indeks og et dicitegn (tegntype 222 på figur 3). Som Fahrenheit eksemplificer-

rede, spiller objektiviseringsgraden en rolle for hvilke handlemuligheder, der åbnes for de involverede fortolkere.



Figur 3: Tegntyper

Til tider ser man Peirces tegnklassifikation reduceret til de tre parametre for tegnets relation til objektet – ikon, indeks og symbol. Jeg har brugt plads på denne lidt tekniske og fortættede gennemgang af Peirces tegnbegreb, fordi også de øvrige variable er vigtige for at adskille de forskellige tolkninger af CD4-tallet som tegn.⁷

Lægens tre tolkninger

Ud fra et lægeligt synspunkt har CD4-tallet (mindst) tre betydninger, hvor tallet tolkes enten som udtryk for øget infektionsrisiko, som udtryk for potentiel smitteperiode eller som en tilfældig variation i immunforsvarets styrke.

Når CD4-tallet falder stabilt til et vist niveau, stiger den statistiske sandsynlighed for en række følgeinfektioner (jvf. figur 1, ovenfor). Ved et stabilt CD4-tal på 200 eller derunder vil HIV-smittede eksempelvis få tilbudt forebyggende behandling mod lungeinfektionen PCP,⁸ fordi den statistiske sandsynlighed for at få denne infektion da er relativt stor. Udsagnet om, at intet HIV-forløb er typisk, modsiges således i praktisk gerning, fordi den forebyggende behandling baserer sig på statistiske sandsynligheder. Når den enkelte skal behandles, sker det på grundlag af det statistisk konstruerede typiske forløb. Pointen er ikke her at kritisere denne statistiske logik, men at pege på den betydning, CD4-målingen tillægges i springet fra statistikken til individet. Selvom de konkrete lægelige overvejelser angående hvilken type af behandling, man skal iværksætte hvornår i forløbet, og hvilken rolle CD4-tallet konkret spiller, udvikles og ændres løbende, så etableres CD4-tallets særegne betydning her, i overføringen fra statistik til individ. Denne overføring farver i forskelligt omfang de øvrige tolkninger af CD4-tallet, som vi skal se nedenfor.

Tabel 1 viser tegnets struktur, hvad angår tolkningen af CD4-tallet som øget infektionsrisiko. Jeg skal gennemgå tabellen lidt grundigere, da den i sin udformning vil optræde nogle gange i det følgende. Det primære tegn er CD4-tallet, som er et *legitegn* i kraft af statistikens lovmæssighed. Tallet er et legitegn for nogen, nemlig for interpretanten, for lægen, som præsenterer tegnet som et *argument* for, at et givet tal betyder (eller ikke betyder, afhængigt af tallets størrelse) øget risiko for nogle specifikke følgesygdomme, tegnets objekt. På objektets variabel er der tale om et *symbol*, fordi infektionsrisikoen er konventionel i den forstand, at tallets størrelse ikke påviser en konkret infektionsfare hos den enkelte, men en statistisk beregnet sandsynlighed for, at der på et tidspunkt i nær fremtid kunne opstå en infektion. Handlingen, der udløses, er også i overensstemmelse med fremtidsperspektivet, nemlig et tilbud om profylaktisk behandling.

Tegntype: 333	Element	Tegnvariabel	Fænomenologisk niveau
Primært tegn	CD4-tal	Legitegn	Tredjehed
Objekt	Risiko for følgesygdomme	Symbol	Tredjehed
Interpretant	Læge	Argument	Tredjehed
Tidsaspekt	Fremtid		
Konsekvens	Tilbud om profylaktisk behandling		

Tabel 1

Spørgsmålet om profylaktisk behandling aktualiseres relativt sent i HIV-infektionens forløb. Ofte vil tidspunktet for HIV-testen ligge langt tidligere.⁹

I forbindelse med HIV-testen kan CD4-tallet sammenholdes med den statistiske kode for – i det omfang, vedkommende ikke selv er klar over det – at få et fingerpeg om, hvornår personen, der testes, kan være smittet. Det er imidlertid kun muligt, hvis CD4-tallet er relativt lavt, da tallet jo holder sig forholdsvis stabilt i latensperioden. I dén sammenhæng kan tallet altså bruges som et indeks for, i hvor lang en periode den smittede potentielt har haft risiko for at smitte andre.

Der er hverken tale om et faktum eller en lovmæssighed, men om en mulighed (rhe-me, tabel 2), som under lægesamtalen sammenholdes med den HIV-smittedes egne oplysninger om seksualvaner og antal partnere i perioden, hvorefter det beslutes, om eventuelle tidligere partnere skal kontaktes med henblik på en HIV-test, og i givet fald, hvem der skal kontakte dem. Det er en samtale, som kan være overordentligt ubehagelig ikke mindst for den HIV-smittede, fordi den ofte følger ganske kort tid efter eller i sammenhæng med, at svaret på HIV-testen gives. Her skal den HIV-smittede således ikke blot forholde sig til HIV-infektionens barske prognose, men også overveje, om han eller hun kan have været medvirkende til, at andre er blevet smittet.

Som nævnt ovenfor kan CD4-tallet svinge en del hos den enkelte som følge af de tilfældige, mere eller mindre umærkelige infektioner og andre belastninger af immunsy-

Tegntype: 321	Element	Tegnvariabel	Fænomenologisk niveau
Primært tegn	CD4-tal	Legitegn	Tredjehed
Objekt	Potentiel smitteperiode	Indeks	Andethed
Interpretant	Læge	Rheme	Førstehed
Tidsaspekt	Fortid		
Konsekvens	Smitteopsporing		

Tablet 2

stemet, som alle mennesker trækkes med. Det er et forhold, som komplicerer tolkningen af CD4-tallet betydeligt. Som følge heraf tillægger lægen principielt ikke et enkelt afvigende måleresultat nogen betydning ud over, at det giver anledning til øget opmærksomhed om den næste måling. Hvis CD4-tallet over mindst to målinger med et passende mellemrum viser et stabilt fald, vil det imidlertid kunne udløse en profylaktisk behandling.

Det er ikke blot CD4-tallet, der svinger individuelt og fra uge til uge. HIV-infektionen er også karakteriseret ved uforudsigelighed. Læger og myndigheder understreger over for de HIV-smittede, at der ikke findes „typiske forløb“ (eksempelvis i Sundhedsstyrelsen 1992a). Som Fahrenheits termometer ikke fortæller, hvor varmt det enkelte molekyle er, men kun angiver molekylernes gennemsnitlige hastighed udtrykt som temperatur, således udsiger den gennemsnitlige CD4-krve heller ikke, hvornår den enkelte faktisk er blevet smittet med HIV eller vil pådrage sig specifikke følgeinfektioner.

Kløften mellem statistisk sandsynlighed og individuel variation stiller lægen den opgave at kommunikere et paradoksalt budskab til patienten.

Læge 1:

Jeg prøver at undersøge betydningen af det over for patienterne, fordi der er nogle patienter, som psykisk nærmest kunne gå i spåner, hvis CD4-tallet var faldet fra eksempelvis 70 til 60, hvor jeg så prøver at forklare, at det betyder ikke noget, den variation, for der er så stor variation på CD4-tal. Og jeg gør meget ud af at sige, at vi i lægegruppen bruger det til at vurdere, hvornår det vil være mest hensigtsmæssigt at sætte ind med nogle profylakser ud fra det kendskab, ud fra den viden vi har på nuværende tidspunkt om, at hos nogle, ikke alle, er der tendens til de og de infektioner, når CD4-tallet kommer derned. Og derfor tilbyder vi profylakse for eventuelt at forebygge, at man får det. Og så gør jeg meget ud af at sige, at vi har nogle herude, der har gået med umådeligt lave CD4-tal i flere år og ikke har haft nogen af de sygdomme [...] Men det er svært at få patienten til at forstå, at vi på den ene side måler det og bruger det, og at man på den anden side ikke skal tillægge det så voldsomt stor en betydning.

Den lægelige bekymring for, hvordan en patient reagerer på et alvorligt budskab – in casu et lavt CD4-tal – er ikke ny. Men monopollet på denne overvejelse blev principielt frataget den enkelte læge med loven om journalindsigt, som gør fuld information om egen helbredstilstand til en borgerret, medmindre ganske særlige, individuelle forhold

taler imod det (Lov om aktindsigt i helbredsoplysninger). Selvom en enkelt læge er blevet citeret for, at „patientinformationen ville få det bedre, hvis vi i stedet talte om tendenser uden at sætte konkrete [CD4]tal på“ (AIDS-NYT 62, 1993:8), omfatter denne ret naturligvis også CD4-tallet. Patientens ret til information om CD4-tallet blev ikke anfægtet af de læger, der deltog i undersøgelsen, men de udtrykte en generel bekymring over, at patienterne set ud fra lægens perspektiv kunne overfortolke et enkelt måleresultat – at tallet i sig selv bevirkede om ikke et dårligere helbred så en voldsom, „unødvendig“ bekymring hos den HIV-smittede.

Tegntype: 221	Element	Tegnvariabel	Fænomenologisk niveau
Primært tegn	CD4-tal	Sintegn	Andethed
Objekt	Ubetydelig variation	Indeks	Andethed
Interpretant	Læge	Rheme	Førstehed
Tidsaspekt	Fortid		
Konsekvens	Ingen (gentagelse af blodprøve)		

Tabel 3

CD4-tallet som en tilfældig variation er den tredje tolkning med lægen på interpretantens plads (Tabel 3). I forhold til den forrige fortolkning er den eneste tekniske forskel, at der ikke er tale om et legitegn, fordi tegnet ikke henføres til den statistiske lovmæssighed. Der er tale om en faktisk fremtræden (sintegn), som står i et muligt forhold til en tilfældig og ukendt belastning i fortiden – en reaktion. Kun den efterfølgende blodprøve vil afgøre, hvorvidt denne tolkning opretholdes (hvis CD4-tallet igen er steget), eller om den ændres til den tolkning, der udløser profylaksen.

Jeg skal i det følgende beskrive, hvordan HIV-smittede forholder sig til, hvad de oplever som lægens selvmodsigende tolkninger af CD4-tallets betydning.

Patientens tolkninger

At få HIV-diagnosen indebærer blandt andet, at man fra det ene øjeblik til det andet må acceptere et stærkt forkortet livsperspektiv. Men latensperiodens relative symptomfrihed skaber usikkerhed om, hvor langt man er i forløbet. I en situation, hvor frygten for sygdom ofte medfører en højnet opmærksomhed om en krop, der bliver den upålidelige beholder for et fremmed og usynligt virus, gennemlever de HIV-smittede en venten, hvor tiden deles op i kvartalsvise, halv- eller helårlige kontrolkonsultationer, hvor lægen spørger til og undersøger for symptomer, og hvor CD4-tallet måles. CD4-tallet bliver denne nye tidsregnings måleenhed.

Patient 1:

Ud fra de sidste tal, jeg har fået, er de halveret. Det spurgte jeg selvfølgelig om. Det er det eneste, jeg har at holde mig til. Selvom det ud fra lægernes synspunkt ikke er så vigtigt, men hvad har du ellers. Jeg opfatter det som målestok for, hvor langt jeg er.

Patient 2:

Jeg har også kunnet bruge tallet til at blive tvunget til at forholde mig til, nogenlunde hvor jeg er. Jeg er via tallet blevet tvunget til at forholde mig til sygdommen. Når livsperspektivet bliver lidt kortere, så skal man være meget opmærksom på de beslutninger, man tager. Og min tidshorisont er også på grund af tallet lidt kortere, fordi jeg må kigge på tallet og sige „hvad er sandsynligheden for, at det vil falde med den og den hastighed“. Det er med til at give mig mit perspektiv.

Mens lægen så fremtidsperspektivet i tolkningen af CD4-tallet som et spørgsmål om, hvorvidt der var grundlag for medicinsk behandling, forholder det sig anderledes for den HIV-smittede. Opmærksomheden om CD4-tallet stiger ikke som hos lægen proportionalt med faldet i CD4-cellerne antal. Den er stor fra starten. HIV-infektionen repræsenterer en kuldkastning af den forventede levetid, som forstærkes af, at HIV hovedsageligt rammer yngre og midaldrende mennesker, for hvem tanken om døden ikke er en naturlig konsekvens af deres alder. Alderen gjort op i år bliver så at sige irrelevant i forhold til forventet levetid. Der indføres en ny tidsregning for HIV-smittede baseret på CD4-kurven. Det er en tidsregning, som er ude af trit med omgivelsernes, og som den HIV-smittede vil kunne opleve som en konfrontation med andres forventninger til, hvad man kan planlægge og opnå i fremtiden, hvis omgivelserne ikke ved, man er HIV-smittet. Tabel 4 viser den peircianske skematiskering af denne tolkning.

Tegntype: 332	Element	Tegnvariabel	Fænomenologisk niveau
Primært tegn	CD4-tal	Legitegn	Tredjehed
Objekt	Forventet levetid	Symbol	Tredjehed
Interpretant	Patient	Dicitegn	Andethed
Tidsaspekt	Fremtid		
Konsekvens	Intensiveret prioritering af levetid		

Tabel 4

Det primære tegn, CD4-tallet, er også her et legitegn med henvisning til CD4-kurven. Som interpretant må patienten, indtil en behandling måtte findes, forholde sig til CD4-tallets betydning for livsperspektivet som et uafviseligt faktum (dicitegn), som sætter objektet i relation til interpretanten selv i form af en ny tidsenhed, der viser, hvor „man er i forløbet“. Det fører for mange HIV-smittede til en stærk erkendelse af livets tidsmæssige begrænsning og en insisteren på at bruge livet bedre. Men det er langt fra den eneste, ensidige den umiddelbare konsekvens. Tolkningen af CD4-tallet som en umiddelbar afgrænsning af livet skal ikke romantiseres, og prioriteringen af tid og kræfter er for HIV-

smittede ledsaget af perioder af afmagt, isolation og angst. For en del HIV-smittede forstærkes disse følelser af kendskabet til CD4-tallet. I overensstemmelse med den lægelige bekymring vælger de at undgå informationen af frygt for, at viden om tallet for dem kun vil føre til en u håndterbar angst:

Patient 3:

Jeg spørger ikke. Det gør mig bare forvirret og ked af det. Jeg ved, de er lave, så jeg vil hellere ikke høre om det [...] Jeg synes, det er bedre at lade være. Hvis de fortalte mig, mit CD-tal gik ned, ville jeg blive så ked af det. Det ville påvirke mig. Det er bedre at holde sig fra at spørge.

Både, når CD4-tallet bevidst anvendes som en tidsregning i forhold til HIV-infektionens forløb, og når information om CD4-tallet af samme grund fravælges, udtrykkes en relativt klar bearbejdning af lægens paradoksale information. I begge tilfælde anerkendes CD4-kurvens ontologiske status som et udsagn, der kan relateres til individet. CD4-tallet bliver for den HIV-smittede et signal fra lægens perspektiv, der ikke blot bevidner HIV-infektionens realitet, men også dens aktuelle alvor. CD4-tallet bliver symbol for de følgesygdomme, som vil komme i takt med, at tallet bliver mindre, og for døden, som samtidig rykker nærmere. Men der er også HIV-smittede, som CD4-tallets paradoks efterlader i usikkerhed:

Patient 4:

Men når du spørger, hvilken betydning jeg tillægger det [CD4-tallet], må jeg sige, at der er man i en lidt mærkelig situation, fordi før Concorde-undersøgelsen¹⁰ da tillagde man det voldsom betydning. Så får man at vide, at det skal man ikke se så meget på. Men da det alligevel er normgivende for, om man tager pentamidin,¹¹ og sygehuset kører den taktik, så har man svært ved at fralægge det en betydning. Så patienten er altså ikke helt, patienten er bestemt ikke i stand til at have sin egen holdning til det, for det ville gå på tværs af, hvad man gør her på stedet. Du kender den historie, næsten alle læger hiver den historie op af ærmet, jeg ved ikke, om de plejer at sige, der er én eller flere, der har haft et CD4-tal på nul, der har levet i flere år. Og det kan man jo ikke rigtig bruge til noget. Hvis det er en enkelt, så må man sige, at undtagelserne kan vi andre ikke eksistere på. Men ... det er sikkert sandt.

Det er en forståelig frustration, den HIV-smittede i ovenstående citat udtrykker. Som patient er det selvfølgelig vanskeligt at acceptere, at et tegn, som for det første repræsenterer ens eget livsperspektiv, og for det andet anvendes som argument for at iværksætte en forebyggende behandling, der kan være livsforlængende, men som også kan give anledning til en række alvorlige bivirkninger, og som derudover kan medføre særdeles store udgifter til medicin, ikke er vigtigt.

Lægens bekymring for patientens reaktion afspejles ofte i, at lægen ikke tager initiativ til at gennemgå tallene ved konsultationen, men afventer patientens spørgsmål. Det opleves af mange som dårlig service eller lægelig ligegyldighed, og det tolkes som en udfordring af patientens ret til at kende „sine“ tal.

Patient 5:

Jeg synes godt, lægen måtte forklare og kommentere de blodprøver, der er lavet siden sidst. Hvis jeg ikke spørger, så får jeg ikke spor at vide. Gad vide, om de overhovedet ser på de blodprøvetal? Man kan jo ikke få besked den samme dag, vel, så får lægen dem, og så ligger de i journalen den næste gang, man kommer. Men ligesom at holde MIG informeret om

det også ... Jeg spørger så om det og får det så at vide. Hvis jeg har lyst til at vide det, det er da rimeligt, det er da min krop. Men de skulle sige det af sig selv. Hvis man ikke spørger, får man det ikke at vide, på en måde får man ikke at vide, hvordan det står til og sådan nogle ting. Jeg spurgte til CD4-tallet i dag, for det siger de jo aldrig.

Blodprøvesvar gennemgås af læger, umiddelbart når svar foreligger fra laboratoriet. Hvis tallene giver anledning til det, afventer man ikke den næste kontrolkonsultation men indkalder umiddelbart patienten til „videre udredning“. Ikke alle patienter er klar over denne praksis. Endvidere er det en vurdering af tallene, som patienten ikke er involveret i. Typisk stammer de CD4-tal, man som patient meddeles ved konsultationen, fra de blodprøver, der blev foretaget ved den foregående konsultation. Intervallet mellem disse konsultationer er i størstedelen af forløbet 3 til 12 måneder. Eftersom latensperioden ud fra et lægeligt synspunkt er af lang varighed, ser lægerne normalt ingen problemer i at udtale sig om sygdommens udvikling på grundlag af „gamle“ prøver, og som nævnt kan lægerne jo gribe ind umiddelbart, hvis prøvesvarene giver grund til det.

Patienten kan fortolke lægens – bevidste eller ubevidste – modvilje mod på eget initiativ at give besked om CD4-tallet som et indgreb i retten til indsigt i egen situation. Det bliver en ret, patienten hele tiden skal slås for. Omvendt opleves det særdeles positivt, når lægen faktisk tager initiativet:

Patient 6:

Han [lægen] gennemgik de blodprøver fra sidst og mit CD4-tal, det synes jeg faktisk var godt. Over middel, vil jeg sige i dag. Fordi det er tit, jeg selv glemmer det. Det er kun hver 3. måned, jeg får taget CD4-tal, så de der blodprøver ind imellem ... Men dem synes jeg også, det er rart at høre lidt om. Det var lægens initiativ.

Patient 7:

Hun [lægen] havde kigget mine prøvetal fra blodprøverne meget godt igennem, og hun er faktisk den første, der har givet mig virkeligt detaljerede oplysninger om de forskellige ting. Det plejer mest at være CD4-tallene, man får at vide, hvis man spørger. Men der er også læger, der slet ikke nævner resultater af blodprøver. Men her tog lægen selv initiativet.

At lægen tager initiativet til at give information om CD4-tallet – og om prøvesvar i almindelighed – kolliderer ikke med hensynet til de patienter, som ikke ønsker denne information. Det er enkelt og tilstrækkeligt for lægen at indlede med at spørge, om patienten ønsker at kende svarene. I det omfang, der er kontinuitet i læge/patient-relationen, vil lægen i forvejen kende patientens holdning til at modtage den type af information.¹²

CD4-tegnets udvikling i HIV-forløbet

For den HIV-smittede i latensperioden rummer det stabile og høje CD4-tal et varsel om de infektioner og den lidelse, der vil komme, når tallet begynder at falde. Det er et skræmmende perspektiv, som giver den lægelige underspilning af CD4-tallet et skær af forstillelse. Det er indlysende, at denne underspilning ikke kan tømme CD4-tallet for sit truende indhold af lidelse og død. Alligevel sker der en tømning af symbolet i takt med HIV-infektionens udvikling. Som det vil blive klart, har den blot intet med lægen at gøre.

I takt med, at den HIV-smittede begynder at få symptomer som træthed og feber,

ændrer CD4-tallet karakter. Det bliver nu muligt umiddelbart at forbinde CD4-tal og tilstand for den enkelte:

Patient 8:

Det er meget lavt. Men det er nok en af de væsentligste ting, det kan man ikke komme udenom. For ens tilstand, for ens træthed, så har det i hvert fald en stor betydning. Sidste gang, og det ligger noget tilbage, da var det 27. Men det svinger.

Patient 9:

Når de falder og falder, så bliver jeg selvfølgelig nervøs. Det er nok en af de ting herude ... der er nogle læger, der siger, at det betyder ikke noget, og så er der nogle læger, der siger „de er vel nok lave, de her CD4-tal“. De er ikke helt enige. Tallene betyder jo, at mit immunforsvar er enten svækket eller lidt forbedret, hvis de stiger. Jeg kan mest mærke min træthed i forhold til det. Jeg føler mig mere træt, hvis de går nedad. Jeg har været mere træt her i efteråret.

Her er CD4-tallet ikke længere et symbol, som tolkes i forhold til CD4-kurvens kode. CD4-tallet er en faktisk fremtræden (sintegn), hvor den fysiske tilstand tolkes som en reaktion på det faldende CD4-tal. For patienten er der tale om et kendsgernings tegn (dicitegn, tabel 5).

Tegntype: 222	Element	Tegnvariabel	Fænomenologisk niveau
Primært tegn	CD4-tal	Sintegn	Andethed
Objekt	Fysisk tilstand	Indeks	Andethed
Interpretant	Patient	Dicitegn	Andethed
Tidsaspekt	Fortid		
Konsekvens	Ingen (forklaring af fysisk tilstand)		

Tabel 5

Men jo mere CD4-tallet falder, desto mindre væsentligt bliver det. CD4-tallets store symbolske ladning ligger i dets udsagn om fremtiden. Som udsagn om fortiden er det mindre væsentligt, fordi den fysiske tilstand bliver det primære, mens tallet er en sekundær forklaring, som ikke udløser handling i forhold til tilstanden.

Patient 10:

Nul og niks. For min skyld kunne de kalde det [CD4-tallet] en grøn ost. Det fortæller jo ikke noget om, hvordan jeg har det. Det fortæller jo kun noget til kunstig medicinsk statistisk brug, alt sådan noget. Det er ikke noget, jeg kan bruge til noget. Men man tillægger det jo nok større betydning, end det egentlig har. Det er altid det, der bliver snakket om, det med CD4-tal. Nu er mit på nul, så er der ikke så meget at snakke om mere. Men jeg bruger min blodprocent meget, for nu dør jeg med [...] men ellers gør jeg ikke. Men i starten var det næsten et og alt, hvad dit CD4-tal var. Men det fortæller jo ikke noget om, hvordan man egentlig har det. Det finder man først ud af, når man får det bearbejdet. Jeg har et på nul, og

jeg har det egentlig ganske udmærket. Og nogen, der ligger på 500, de har det ad Pommern til. Det er ikke det, det handler om, det er helt sikkert.

Patient 11:

Der er ikke noget at spørge om, det er der sgu ikke. Det er nul – HIV'en skal bruge mine CD4-celler for at komme videre. Det binder den sig til, og er der ikke nogen, så er det vel godt nok. Jeg ved ikke, hvordan man skal tage det, det generer mig ikke så meget. Der har været et par infektioner, der har gjort indhug i tallet, og jeg er lidt bekymret for at få endnu en infektion.

Patient 12:

Det spørger jeg aldrig om. Jeg har fået at vide, at det ligger nede ved ti til nul, og det er lang, lang tid siden, det er kommet derned, og så interesserer jeg mig slet ikke for det, fordi det er flintrende ligegyldigt. Da mit tal var på 300 eller deromkring, da interesserede det mig mere. Men det er vel sygdommen, der er udviklet. Og når der ikke er noget forsvar i immunsystemet, så er der det bare ikke, og det må man erkende. Det kan man lige så godt. Det har man det bedst med. Man må selvfølgelig igennem de forskellige faser med den sygdom her, efterhånden som den skrider frem.

Når det når nul, bryder CD4-tallet sammen som tegn betragtet. Det lukker sig om sig selv i Førstehed som et muligheds tegn (rheme), som kunne realiseres, hvis tallet skulle stige igen som følge af en ny, i øjeblikket ukendt behandling. CD4-tallet bliver en ren kvalitet (kvalitegn), et billede på virus' styrke. CD4-tallet som et tegn for HIV-infektionens udvikling afløses af en umiddelbar opmærksomhed om kroppens tilstand, i takt med at HIV-infektionen begynder at give sig umiddelbart til kende i form af fysiske symptomer. Sygdommen ændrer status fra at være en skjult sygdom uden (fysisk) lidelse til at manifestere sig uafhængigt af lægens tekniske ekspertise.

Tegntype: 111	Element	Tegnvariabel	Fænomenologisk niveau
Primært tegn	CD4-tal	Kvalitegn	Førstehed
Objekt	(tomt)	Ikon	Førstehed
Interpretant	Patient	Rheme	Førstehed
Tidsaspekt	Nutid		
Konsekvens	Ingen		

Tabel 6

Den angst, som CD4-tallet tidligere i forløbet udløste, forsvinder imidlertid ikke med tallet selv. Men den ændrer sig fra at være bundet til en forventning om en lidelse til at være bundet til den faktiske og nuværende tilstand. Bindingen mellem tolkning og CD4-kurve brydes, i det omfang et lavt CD4-tal ikke nødvendigvis ledsages af bestemte, forudsagte symptomer og infektioner.¹³ Hvis den HIV-smittedes pårørende og omgivelser har fulgt CD4-tallets fald tidligere i forløbet, kan der, i takt med at den HIV-smittede

ændrer tolkning af tallet, opstå et misforhold mellem omgivers og egen opfattelse af helbredstilstanden:

Patient 13:

Min kliniske tilstand er langt, langt, langt bedre end mit CD4-tal. Jeg har et CD4-tal på 46, men jeg har det forbavsende godt og har forbavsende få infektioner i forhold til så lavt et CD4-tal. Så selvfølgelig tillægger jeg det tal en betydning, men jeg bruger det kun som et fingerpeg. Det er mindst lige så vigtigt at vurdere, hvordan jeg har det. Og jeg skal ikke lyve og påstå, at det ikke påvirker mig, når det falder, og det gør det så faktisk hver gang. Så betydning har det også i forhold til venner, familie, kæreste, som spørger til tallet, og hvor jeg somme tider må sige „ja, ja, men kig nu på den kliniske tilstand“.

Til gengæld sker der en meget stor tilnærmelse mellem den HIV-smittedes opfattelse af tallets betydning og den „underspilning“ heraf, som lægen tidligere i forløbet prøvede at videregive til den HIV-smittede. Mens lægen på et tidspunkt i forløbet, hvor mange HIV-smittede tillægger CD4-tallet stor betydning som målestok for deres sandsynlige livslængde, fokuserer på nuet og afskriver tallets udsving som tilfældige, ender den HIV-smittede med at se CD4-tallet som mindre vigtigt eller ligeegyldigt i forhold til den fysiske tilstand, mens det for lægen på det tidspunkt er et vigtigt diagnostisk redskab. Udviklingen i CD4-tallets tolkning er for patienten knyttet uløseligt til den afmagt, som udløses af HIV-infektionens uafvendelighed. Hos lægen er CD4-tallets betydning tæt knyttet til, hvorvidt det giver anledning til at foretage bestemte handlinger, hvad enten det er smitteopsporing eller profylaktisk behandling.

Objektiveringer

Når et fænomen objektiveres, skabes et nyt vidensfelt, som giver nye handlingsmuligheder. Da Fahrenheit definerede temperaturen, objektiverede han varme og kulde. Måling af temperatur giver anledning til handling. Hvis en feberkurve hos et lille barn stiger ret meget over 104°F (40°C), bør det eksempelvis give anledning til at afkøle barnet for at undgå feberkrampe.

Som nævnt indledningsvis ændrer temperaturen sig imidlertid ikke, blot fordi den måles. Anderledes er det, når mennesker objektiveres. Som filosofen Ian Hacking (1982) bemærker, må man skelne mellem klassifikation af mennesker og klassifikation af alt muligt andet, fordi mennesker i princippet kan levere feedback til klassifikationssystemet. I det omfang, de klassificerede personer kender til den kategori, de udfylder, kan klassifikationer og klasser opstå i en dynamisk proces, hvor de to hjælper hinanden på vej.

AIDS-diagnosen er et eksempel på dette fænomen. AIDS er ikke en sygdom, men en diagnose, som udløses, hvis en HIV-smittet opfylder ét af en lang række kriterier, hvoraf de fleste er specifikke følgeinfektioner. AIDS-diagnosen er ikke ens verden over. Eksempelvis udløser et CD4-tal på 200 AIDS-diagnosen i USA, men ikke i Danmark.¹⁴ At få AIDS-diagnosen udgør formentligt den største ændring i den HIV-smittedes selvforståelse i løbet af HIV-infektionen. Ligesom der ved iværksættelse af profylaktisk behandling ikke for patienten blot er tale om at begynde at spise nogle piller, men om at der nu er afgørende tegn på, hvor langt man er i forløbet og hvor lang tid, man kan regne med at have igen, så har AIDS-diagnosen også stor betydning for patienten, selvom den fysi-

ske tilstand er den samme i tiden umiddelbart før og efter, diagnosen er blevet givet:

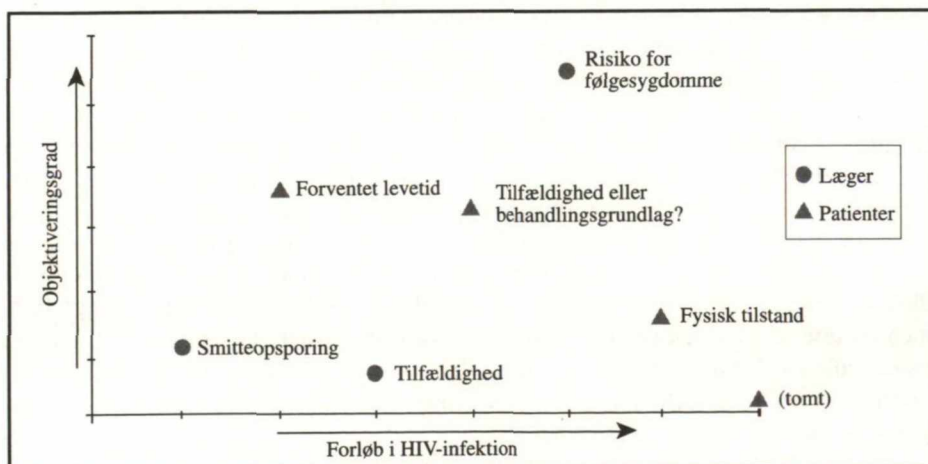
Patient 14:

Jeg synes bestemt, at når man får stillet diagnosen AIDS, så burde man tages til side, og så at man har en pårørende, der er der, og så får det at vide. Og ikke, som jeg fik det, hvor der stod 7 mennesker omkring mig, da jeg fik stillet diagnosen. Det var under indlæggelse. Det var sygeplejersker og lægen og studerende, og hvad det nu var for noget. Og det synes jeg, det kan man ikke byde en patient. Og så synes jeg også, at i det tilfælde der, så er der jo også en læge, man er mere tilknyttet end andre, og det burde være den læge, man egentlig snakke med det omkring. Jeg var rasende [...] Og min kone, jeg forsøgte at få fat i hende. Der gik jo et stykke tid, inden hun kunne komme. Derfor mener jeg, det er meget vigtigt, at der er en pårørende eller en bekendt eller en eller anden til stede i sådan et tilfælde. Og der synes jeg i hvert fald, den læge fra dengang har haft meget lidt psykologisk forståelse [...] Hans [lægens] kommentar var jo, at det ikke betød noget. Og så blev jeg gal, for gu' betyder det da noget at få en diagnose. Men han mente, der jo ikke var nogen forskel i min lemlige tilstand.

For mange patienter giver det at få AIDS-diagnosen anledning til en voldsom psykisk reaktion, som ikke eller kun i begrænset omfang opfattes af lægen eller – hvis den opfattes – anerkendes som berettiget, fordi diagnosen ikke indebærer nogen forskel hverken i behandling eller fysisk tilstand. Lægens objektivisering af AIDS-diagnosen („den kliniske tilstand er den samme“) kolliderer med patientens subjektive tolkning („skal jeg dø nu?“).

Klassifikationen af CD4-tegnets forskellige typer ved hjælp af Peirces semiotik er ikke kun et middel til at afgrænse tolkningerne fra hinanden. Den åbner også mulighed for en metaobjektivisering: en beskrivelse af det objektiviseringspotentiale og de handlemuligheder, som er forbundet med hver tolkning af tallet. I figur 4 blev de forskellige tegntyper opstillet i overensstemmelse med deres fænomenologiske ladning af Førstehed, Andethed og Tredjehed, som igen udtrykker deres objektiviseringspotentiale.¹⁵

Selvom man skal være forsigtig med at overfortolke sådanne formaliseringer, al den stund det er tænkende mennesker og ikke tegn, der udfører handlingerne, kan man alligevel få et nyttigt billede af, i hvor høj grad lægens og patientens tolkninger af CD4-tallet er ude af trit undervejs i HIV-infektionens forløb (figur 4).



Figur 4

Det er næppe for meget at sige, at CD4-tallet er et komplekst tegn, hvis tolkning ændrer sig over tid i forhold til tallens faktiske størrelse og i forhold til, om interpretanten er læge, patient eller pårørende. Det er naturligvis ikke overraskende, at den stund CD4-tallet er et mål for patientens liv, ikke for lægens. De forskellige tolkninger mdpdsvarer forskellige grader af objektivisering svarende til forskellige niveauer for handlingspotentiale. For den HIV-smittede er CD4-tallet i den første fase udtryk for en stor grad af objektivisering, som flider i takt med, at CD4-kurvens kode afløses af kroppens egne udtryk for HIV-infektionens forløb. Undervejs opstår der en tolkningsmæssig krise som følge af lægens modstridende meldinger. For lægen udtrykker CD4-tallet først et objektiviseringspotentiale (smiteopsporing), hvis realisering dog er afhængig af andre oplysninger om seksuelle vaner og antal partnere. Denne objektivisering modsiges dernæst af udsagnet om CD4-tallets tilfældighed, men reetableres i endnu stærkere form i forbindelse med den profylaktiske behandling.

Symbolets nødvendighed

Jeg har i det foregående analyseret CD4-tallet som et tegn, der rummer forskellige mulige tolkninger, som implicerer forskellige tidsaspekter, som rummer forskellige grader af objektivisering i forhold til den patient, hvis CD4-tal er på tale, og som peger på forskellige handlinger. I denne analyse har jeg selv i høj grad objektiviseret „lægen“ og „den HIV-smittede“ med Peirces semiotik som den kode, der har hjulpet mig til at identificere CD4-tegnets varianter og implikationer. I dette forløb er CD4-tallet blevet isoleret fra andre faktorer, hvilket måske kunne give det indtryk, at jeg tillægger CD4-tallet større betydning, end HIV-smittede og læger selv gør. Eksempelvis ville enhver læge med rette kunne sige, at CD4-tallet oftest eller altid er sekundært i forhold til den kliniske undersøgelse, og at det blot er én af utallige undersøgelser. Men næppe nogen ville anfægte, at CD4-tallet har en specielt stor betydning for såvel lægens som den HIV-smittedes vurdering af HIV-infektionens forløb.

Min objektivisering i det foregående åbner også mulighed for handling. Først og fremmest peger den på nødvendigheden af, at lægen til fulde accepterer, at CD4-tallets symbolske kvalitet for den HIV-smittede i latensperioden kan udnyttes konstruktivt af den HIV-smittede som et redskab til at prioritere livsforløbet. Det er muligt at gøre dette ved at afklare, om den enkelte HIV-smittede ønsker eller ikke ønsker denne viden stillet til rådighed, hvorefter information om CD4-tallet bør være en standardinformation, som patienten ikke behøver at „fiske efter“ eller huske at få, men som automatisk bliver givet. Derved skabes også rum for at afmystificere CD4-tallets betydningspotentiale og for at integrere den eksisterende viden om tallets tilfældige udsving i patientens og lægens fælles vidensfelt. Selvom lægen måske synes, at en HIV-smittet overreagerer på tilfældige udsving, så er denne „overreaktion“ ikke blot et resultat af tallets pludselige fald, men snarere af en viden om HIV-infektionens barske udsigt. Til trods for, at angsten måske udløses af et for lægen at se tilfældigt fald, så forsvinder den ikke, blot fordi lægen iværksætter en underspilning, som senere typisk modsiges af en anden læge, når den profylaktiske behandling iværksættes.

Som det er nu, svinger lægens holdning til tallets „vigtighed“ i takt med hans eller hendes mulighed for handling, en takt, som både er ude af trit med patientens tolkninger,

og som skaber unødigt usikkerhed hos den HIV-smittede om CD4-tallets betydning.

Jeg har i denne artikel beskæftiget mig specifikt med et tegn, som spiller en stor rolle i fortolkningen af HIV-infektionen hos den enkelte smittede. Men det skulle undre, om der ikke til enhver alvorlig sygdom er knyttet lignende komplekse tegn, som er med til at skabe handlingsrum eller handlingslammelse hos de implicerede, og hvor lægelig forståelse og accept af de kliniske termers brede betydningsmæssige spektrum ville være en stor hjælp for de patienter, hvis liv objektiviseres.

Noter

1. Alle faktuelle oplysninger om Fahrenheit stammer fra Gyldendals Tibinds Leksikon (1983).
2. Der var tale om en pilotundersøgelse, hvor kvantitative og kvalitative metoder blev anvendt. Dataindsamlingen fandt sted i perioderne 20.-22./12-93 og 19./1.-10./2.-94. I perioden blev 17 lægesamtaler undersøgt ved, at jeg gennemførte et interview med hver HIV-smittede bruger og gav et spørgeskema til hver læge umiddelbart efter samtalen. Hverken læge eller bruger vidste på forhånd, om deres specifikke samtale ville blive udvalgt til at kunne deltage i undersøgelsen. Denne udvælgelse var tilfældig. Mens jeg interviewede én bruger, så jeg ikke, hvem der var gået ind til hvilke læger i mellemtiden. Når jeg var færdig med et interview, ventede jeg uden for døren og spurgte den første, der dukkede op, om vedkommende ville deltage i undersøgelsen.
3. Hos en del HIV-smittede er perioden dog ikke mere symptomfri, end at de må døje med hævede lymfekirtler (generaliseret lymfeknudesvulst).
4. Antal CD4-celler per ml blod, svarende til antal millioner celler per liter blod.
5. For eksempel i SUKAs kursusprogram, som blandt andet retter sig mod videreuddannelse af sygeplejersker.
6. Senere udviklede han detaljeringsgraden til 66 tegntyper, men han nåede aldrig at blive færdig med analysen af dem (Peirce 1936:2243, note).
7. For en dansk introduktion til Peirce se forord til henholdsvis Peirce 1988 (ved Peder Voetmann Christian-sen) og 1994 (ved Anne Marie Dinesen og Frederik Stjernfelt).
8. PCP, *Pneumocystis Carinii*, pneumocyste-lungebetændelse. Lungebetændelse forårsaget af en alment forekommende parasit, en pneumocyste, som hos mange er indkapslet i lungen, men som bliver aktiv ved et svækket immunforsvar. Behandles med sulfametoxazole-trimethoprim.
9. Spørgsmålet om, hvornår en HIV-smittede bliver klar over sin sygdom, varierer selvfølgelig voldsomt. I denne artikel går jeg ud fra den almindelige situation, at HIV-testen ligger relativt tidligt i HIV-infektionsforløbet. Der er imidlertid intet til hindring for, at en person, som kan have en mistanke om at være HIV-smittede, undlader at lade sig teste, dyrker sikker sex i samme omfang, som man ville gøre, hvis man ikke var smittede, og først bliver HIV-testet i forbindelse med fremkomsten af sygdomssymptomer. En sådan praksis må formodes at blive almindelig, hvis viden om HIV-smitte kriminaliseres, især når støtten til de HIV-positive ikke udbygges.
10. En stor undersøgelse af Retrovirs virkning i.f.t. CD4-celletal og HIV-infektionens kliniske forløb. Undersøgelsens hovedkonklusion kan sammenfattes som en afkræftelse af, at Retrovir givet relativt tidligt i HIV-infektionens forløb (defineret ved CD4-tallets størrelse) har betydning for levetiden hos den HIV-smittede.
11. Gives til forebyggelse af PCP.
12. Spørgsmålet om læge/patient-kontinuitet indgik i undersøgelsen. Kun en af de 17 patienter havde talt med den samme læge ved sidste konsultation, og kun 9 (53%) havde set lægen før – et lille tal, når man tager i betragtning, at der generelt er tale om en patientgruppe med meget stor erfaring med den samme hospitaletdeling. Det skyldes dels den relativt store udskiftning af læger, dels fraværet af kontaktlægefunktion ved afdelingen.

13. Som en læge ganske rigtigt bemærkede, kunne dette måske skyldes effekten af den forebyggende behandling.
14. AIDS-diagnosen udløses af en lang række såkaldt AIDS-definerende sygdomme, bl.a. PCP, som er den hyppigst forekommende AIDS-definerende følgeinfektion hos HIV-positive i Danmark (opgjort per 1989 i Lundgren et al. 1991).
15. Mens objektiveringer åbner nye handlemuligheder, er det omvendt ikke således, at (alle) handlinger forudsætter objektiveringer. En instinktiv handling er et eksempel på en handling blotlet for objektivering.

Litteratur

AIDS-Nyt

1993 Er CD4-tallet egentlig nyttigt for andre end lægerne? AIDS-NYT 62(8).

Gyldendals Tibinds Leksikon

1983 Gyldendals Tibinds Leksikon. København: Gyldendal.

Hacking, Ian

1982 Language, Truth and Reason. I: Marvin Hollis & Steven Lukes (red.): Rationality and Relativism. Oxford.

Herodot

1970 Herodot i udvalg ved T. Hastrup og L. Hjortshøj. København: Gyldendal.

Lov om aktindsigt i helbredsoplysninger

1993 Lov nr. 504 af 30 juni 1993. København: Schultz Information.

Lundgren, J. D., C. Pedersen, L. R. Mathiesen & J. O. Nielsen

1991 HIV og AIDS. Diagnostik og behandling. København: Munksgaard.

Peirce, Charles Sanders

1932 Collected Papers 1-6. Redigeret af C. Hartstone og P. Weiss. Cambridge: Harvard University.

1988 Mursten og mørtel til en metafysik. Fem artikler fra tidsskriftet „The Monist“, 1891-93. Introduktion og oversættelse: Peder Voetmann Christiansen. Roskilde: RUC.

1994 Semiotik og pragmatisme. Oversættelse: Lars Andersen. Udvalg og forord: Anne Marie Dinesen og Frederik Stjernfelt. København: Gyldendal/Nordisk Forlag.

Seeberg, Jens

1994 Tid til at lytte. En undersøgelse af lægers og brugeres opfattelser af lægesamtalen ved ambulante kontroller for HIV-positive brugere af ambulatoriet ved en medicinsk-epidemiisk afdeling. Århus.

Sundhedsstyrelsen

1992a HIV og AIDS. HIV-infektionen, følgesygdomme og behandling. København.

1992b Vejledning om human immundefekt virus HIV og forebyggelse af blodbåren smitte. København.

1993 Værd at vide om HIV og AIDS. 4. reviderede udgave. København.