

START

ANTI**RETRO**VIRALE THERAPIE

POCKET - GUIDE

für Betreuerinnen und Betreuer
zur Unterstützung HIV-Infizierter
bei Therapieentscheidungen

Dunja Nicca^{1,2}, Jan Fehr³, Harry Witzthum⁴, Manuel Battegay³, Wolf Langewitz⁵, Rebecca Spirig¹

¹ Klinische Pflegewissenschaft, Universitätsspital Basel

² Infektiologie und Spitalhygiene, Kantonsspital St. Gallen

³ Infektiologie und Spitalhygiene, Universitätsspital Basel

⁴ Aids-Hilfe Schweiz, Zürich

⁵ Psychosomatik, Universitätsspital Basel

November 2006

Mit freundlicher Unterstützung von



Bristol-Myers Squibb SA

Zu diesem Pocket-Guide

Die Entwicklung der antiretroviralen Kombinationstherapien (ART) zur Behandlung der HIV-Infektion führte zu einem sehr wesentlichen Rückgang der HIV-assoziierten Morbidität und Mortalität. Im klinischen Alltag muss der Beginn einer ART sorgfältig geplant werden: Bei einem späten Therapiebeginn, bei bereits fortgeschrittener Immunsuppression besteht ein erhöhtes Risiko für opportunistische Infektionen^{2,3}. Demgegenüber setzt ein früher Therapiebeginn die PatientenInnen länger einer möglichen Medikamententoxizität aus und die Therapietreue (Adhärenz) muss über eine noch grössere Zeitspanne aufrechterhalten werden⁴.

Internationale Behandlungsrichtlinien bieten Klinikern in dieser Situation Orientierung. Sie definieren aufgrund von hoher Evidenz Kriterien zur Einschätzung des Therapiebedarfs. Wichtigster Surrogatmarker ist die CD4-Zellzahl⁴.

Zum erfolgreichen Start einer ART gehört auch die Therapiebereitschaft von HIV-Infizierten. Sie müssen eine Therapie wollen und sich fähig fühlen, diese in ihren Alltag zu integrieren. Der Bereitschaft, eine ART zu beginnen, geht ein Entscheidungsprozess voraus, welcher je nach Person unterschiedlich lange dauern kann und sich in verschiedene Phasen unterteilt⁶. Obwohl die Kommunikation zwischen PatientenInnen und HIV-Klinikern (Pflegerinnen und ÄrztInnen) in allen Phasen des Entscheidungsprozesses von Bedeutung ist, bestehen bisher kaum strukturierte und überprüfte Instrumente, welche Klinikern eine Hilfestellung geben, um ihre PatientInnen während dieser Zeit optimal zu begleiten.

Ziel dieses Pocket-Guides ist es deshalb, HIV-Klinikern aufgrund der bestehenden Datengrundlage eine Unterstützung zu geben, die Therapiebereitschaft ihrer PatientInnen einzuschätzen und diesen eine individualisierte Unterstützung im Entscheidungsprozess anzubieten. Dabei wird einerseits der Therapiebedarf auf internationale

Richtlinien abgestützt und andererseits die Therapiebereitschaft der PatientInnen in Bezug auf Phasen im Entscheidungsprozess eingeschätzt. Phasenspezifische Interventionsvorschläge zur Unterstützung dieses Prozesses sind enthalten.

1) Einschätzung des Therapiebedarfs

Der Therapiebedarf orientiert sich an internationalen Richtlinien. Die unten aufgeführte Tabelle aus den Empfehlungen der «International AIDS Society-USA Panel» erlaubt eine grobe Übersicht. Bei der Einschätzung des Therapiebedarfs sollten jedoch die kompletten Empfehlungen berücksichtigt werden.

Empfehlungen zum Therapiestart bei therapienaiven PatientInnen

(aus: 2006 Recommendations of the International AIDS Society-USA Panel⁵⁾)

CD4	Asymptotisch	Symptomatisch
>350 CD4-Zellen/μL	ART meist nein	ART Ja
200 -350 CD4-Zellen/μL	ART muss in Betracht gezogen werden	ART Ja
<200 CD4-Zellen/μL	ART Ja	ART Ja

Neben der Einschätzung des Therapiebedarfs eines/einer Patienten/in ist die Therapiebereitschaft ein zentraler Faktor für den erfolgreichen Start einer ART. Die Grafik 2 auf Seite 13 gibt eine Übersicht darüber, welche Readiness-Unterstützung bei welchem Therapiebedarf angeboten werden kann. Im Folgenden wird die Einschätzung der Therapiebereitschaft beschrieben.

2) Einschätzung der Therapiebereitschaft (READINESS)

Grundlage für eine Unterstützung von PatientInnen im Entscheidungsprozess bezüglich ART bildet die patientenorientierte Gesprächsführung. Diese richtet sich auf die gegenwärtige Situation oder Probleme des/der Patienten/in und erweist sich als unterstützend in Bezug auf Einstellungs- und Verhaltensänderungen⁷.

Im Weiteren wird der Einschätzung der Therapiebereitschaft ein Phasenmodell zugrunde gelegt, welches HIV-Klinikern erlaubt, ihre PatientInnen dort zu erreichen, wo sie sich gerade befinden: in verschiedenen Stadien des Entscheidungsprozesses^{8,9}. Es hat sich gezeigt, dass Interventionsprogramme, welche stadienspezifische Interventionen anbieten, erfolgreicher waren als solche, welche die gleiche Intervention für alle anbieten¹⁰. Um die stadienspezifische Bereitschaft vor Therapiebeginn zu ermitteln, sollen einige Fragen zur Einstellung und zum Verhalten gestellt werden. Aufgrund der Antworten wird das Stadium der Therapiebereitschaft ermittelt und Interventionen darauf abgestimmt.

Patientenorientierte Gesprächsführung

Diese Art der Gesprächsführung beinhaltet erlernbare Techniken, die sich auch im engen zeitlichen Rahmen des Klinikalltages umsetzen lassen. Im Rahmen dieses Pocket-Guides werden einige zentrale Elemente der Gesprächstechnik für die Stadieneinschätzung und Interventionen zur Therapiebereitschaft vorgeschlagen.

Setting darlegen/Agenda aufstellen:

Zeitliche und organisatorische Grenzen zu Beginn benennen und das Thema ankündigen.

HIV-Kliniker: «Wir haben heute 30 Minuten Zeit für unser Gespräch. Falls wir nicht durchkommen, machen wir einen weiteren Termin

ab. Heute würde ich gerne mit Ihnen über die Medikamente zur Behandlung einer HIV-Infektion sprechen. Gibt es von Ihnen aus etwas anderes, was wir heute noch besprechen sollten?»

PatientIn: «Nein.»

Wenn ja (HIV-Kliniker): «Gut, dann haben wir zwei Themen für heute.» Oder: «Wären Sie einverstanden, wenn wir das zweite Thema nächstes Mal besprechen? Ich komme sonst heute nicht durch!»

Diese Ankündigung kann auch bereits mit den offenen Fragen zur Erörterung der Therapiebereitschaft verknüpft werden (siehe auch Fragen zur Einschätzung der Therapiebereitschaft).

Ansprechen des Themas «Therapiebeginn» mit einer offenen Frage

Zum Beispiel: «Ich möchte mit Ihnen über das Thema HIV-Medikamente sprechen.» PAUSE, damit der/die Patient/in sagen kann, was ihm/ihr dazu einfällt/welche Assoziationen er/sie hat. Mit den Antworten lässt sich häufig abschätzen, ob er/sie sich bereits mit dem Thema auseinandergesetzt hat oder nicht. Wenn ja, ist er/sie womöglich bereits im Stadium CONTEMPLATION oder womöglich PREPARATION. Wenn nein, gilt es herauszufinden, ob er/sie Gründe hat, für sich eine medikamentöse Behandlung abzulehnen (PRE-CONTEMPLATION, siehe dazu Stadien der Therapiebereitschaft).

Im Verlauf des Gesprächs

Um die Argumente des/der Patienten/in kennenzulernen, ist es sinnvoll, ihn/sie ins Erzählen zu bringen (ins Narrativ). Hilfreich sind Gesprächstechniken, die die Gesprächsinitiative bei dem/der Patienten/in lassen oder sie ihm/ihr zurückgeben. Sie werden mit dem Akronym **WWSZ** zusammengefasst:

Warten (> 3 sec) nach einer Äusserung des/der Patienten/in;
Augenkontakt halten

Wiederholen: PatientIn: «... ausserdem werden die Tabletten bei mir sowieso nichts nützen!» Kliniker: «Nichts nützen...?»

PatientIn: «Nein, weil ich...»

Spiegeln: «Sie wirken auf mich sehr überrascht...?»

Zusammenfassen: «Ich fasse einmal zusammen, was ich bisher von Ihnen verstanden habe: Sie haben mit Medikamenten keine guten Erfahrungen gemacht, ...»

Fragen zur Einschätzung des Stadiums

In Anschluss an die Antworten des/der Patienten/in auf das Ansprechen des Themas zu Beginn lassen sich mit fokussierten offenen Fragen weitere Einzelheiten klären, zum Beispiel:

- «Was haben Sie schon über die Medikamente zur Behandlung der HIV-Infektion gehört oder gelesen?»
- «Was denken Sie darüber?»
- «Wie wäre es für Sie selbst, einmal solche (HIV-)Medikamente einzunehmen?»
- «Wir haben vor einiger Zeit schon einmal über (HIV-)Medikamente gesprochen, wie stehen Sie heute dazu?»

Stadien der Therapiebereitschaft (READINESS)

1. SORGLOSIGKEIT (PRECONTEMPLATION)

Der/die Patient/in macht sich keine Gedanken über eine antiretrovirale Therapie; die eigene Gesundheitsgefährdung wird nicht wahrgenommen.

oder

Der/die Patient/in denkt von Zeit zu Zeit darüber nach, möchte sich aber möglichst wenig damit befassen und die Auseinandersetzung möglichst lange hinausschieben.

Beispiel einer Patientenaussage:

«Ich habe mich gar nicht so damit befasst, aber ich hatte so ein Bild, wo jemand eine ganze Batterie von Tabletten einnehmen sollte und deshalb hatte ich das Gefühl, so weit rausschieben wie möglich und krank werden und sterben.»

2. BEWUSSTWERDEN (CONTEMPLATION)

Der/die Patient/in denkt, dass eine Therapieentscheidung in den nächsten Monaten gefällt werden sollte, ist gefühlsmässig jedoch hin- und hergerissen.

Beispiel von Patientenaussagen:

«Irgendwann war mir dann klar, es wird in den nächsten Jahren nötig sein. So, wie der Blutuntersuch war vor den Sommerferien und letztes Jahr, habe ich damit gerechnet.»

«Man ist dann immer am Abwägen, ja man ist innerlich so zerrissen. Was ist jetzt persönlich wichtiger. Und das ist noch schwierig, das überhaupt dem Arzt rüberzubringen. Und dann die Nebenwirkungen, aber man hofft auch auf eine Verbesserung.»

3. ENTSCHEIDUNG UND VORBEREITUNG (PREPARATION)

Der/die Patient/in beabsichtigt, eine antiretrovirale Therapie einzunehmen oder der/die Patient/in hat sich informiert und sich dann gegen eine antiretrovirale Therapie entschieden.

Beispiel einer Patientenaussage:

«Das genaue Bild der Medikamente kam erst in dem Moment, als ich mich entschieden hatte. Da kamen die Fragen, was das jetzt konkret heisst. Also jetzt muss ich am Morgen um 7 Uhr diese Tabletten nehmen und am Abend um 7 Uhr. Vorher wollte ich mir das irgendwie nicht vorstellen.»

4. UMSETZUNG (ACTION)

Der/die Patient/in startet mit einer antiretroviralen Therapie.

Beispiel einer Patientenaussage:

«Ich habe die Erfahrung gemacht, dass man Medikamente findet, welche für mich stimmen. Irgendwie habe ich etwas Sicherheit bekommen, dass es Medikamente gibt, mit denen ich normal weiterleben kann.»

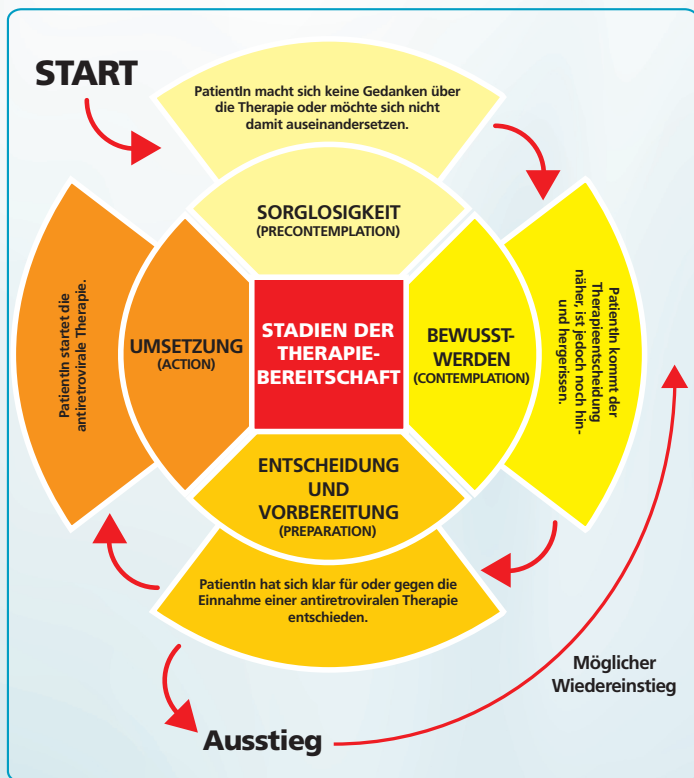
3) Stadiengerechte Interventionsmöglichkeiten

Die Einstellungs- oder Verhaltensänderung wird gemäss dem Stadienmodell als ein spiralförmiges Geschehen verstanden. Bei diesem durchlaufen die PatientInnen die verschiedenen Stadien, können aber bei einem Rückfall bis ins erste Stadium zurückfallen (siehe Grafik 1). Stadienspezifische Interventionen können PatientInnen darin unterstützen, das nächsthöhere Stadium zu erreichen⁹.

Aus den im Folgenden aufgelisteten Interventionsmöglichkeiten können einzelne in Bezug auf das Stadium und den individuellen Patienten ausgewählt werden.

1. SORGLOSIGKEIT (PRECONTEMPLATION)

- Vorstellungen des/der Patienten/in zur HIV-Infektion eruieren
- Vorstellungen des/der Patienten/in zur ART eruieren
- Darauf aufbauend kurze, individualisierte Informationen, was eine HIV-Infektion bedeutet oder warum eine ART hilfreich sein kann (ermutigend, nicht drohend)
- Eine vertrauensvolle Beziehung zum/zur Patienten/in aufbauen, um später auf das Thema zurückkommen zu können



Stadiengerechtes Interventionsmodell (Grafik 1)

2. BEWUSSTWERDEN (CONTEMPLATION)

- Den/die Patienten/in nach den Überlegungen zu Vor- und Nachteilen einer ART fragen. Dabei auch individuelle Lebensumstände und Emotionen integrieren
- Ambivalenzen (einerseits – andererseits) als normale Reaktion anerkennen
- Informationen zu den Vor- und Nachteilen einer Therapie anbieten (z.B. mit Broschüren) oder PatientIn unterstützen, selber Informationen zu sammeln
- Den/die Patienten/in danach fragen, was die Einnahme der ART in Bezug auf die eigene Person verändern würde (Szenarien durchspielen)
- Den/die Patienten/in bestärken, dass eine ART ins Leben integriert werden kann und viele Patienten dies erfolgreich tun

3. ENTSCHEIDUNG UND VORBEREITUNG (PREPARATION)

Der/die Patient/in, der/die sich für eine antiretrovirale Therapie entschieden hat:

- Konkrete individualisierte Therapievorschlüsse besprechen (möglichst einfaches Regime)
- Wirkung und Nebenwirkung der ART besprechen
- Bedeutung der regelmässigen Einnahme (Adhärenz) für die Entwicklung von Resistenzen besprechen
- Konkrete Integration der ART in den Alltag gemeinsam planen
- Soziale Ressourcen besprechen und Bezugspersonen einbeziehen
- Barrieren und Ressourcen bezüglich Adhärenz erfassen und gegebenenfalls Interventionen einleiten (siehe auch weiterführende Literatur)
- Training der Medikamenteneinnahme mit elektronischen Dispensern, Erfolg bestärken

Der/die Patient/in, der/die sich gegen eine antiretrovirale Therapie entschieden hat:

- Entscheidung anerkennen
- Darauf hinweisen, dass bei veränderten Umständen (seien diese persönlicher oder klinischer Natur) Entscheidungen neu gefällt werden müssen und man deshalb das Thema wieder ansprechen wird

4. UMSETZUNG (ACTION)

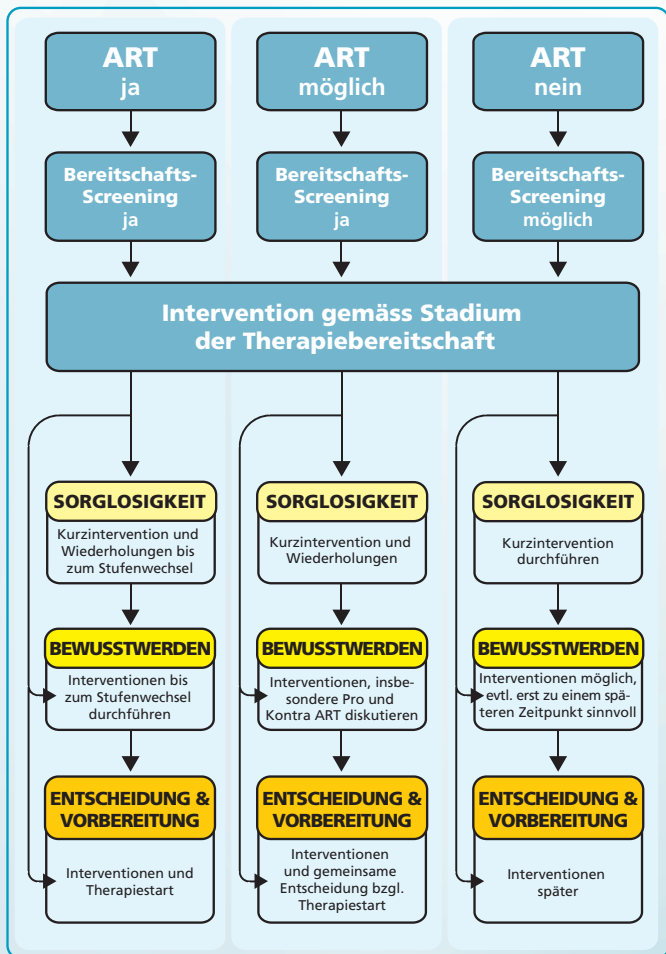
- Regelmässige Termine, um festzuhalten, ob Ziele erreicht wurden. Neue Zielvorgaben festlegen
- Verhalten bei der Medikamenteneinnahme unter schwierigeren Umständen besprechen (Ferien, Angst vor dem Offenlegen der Diagnose, Vergessen, Nebenwirkungen usw.)
- Für gewisse PatientInnen kann eine strukturierte Medikamentenabgabe (mDOT = modified daily observed therapy) hilfreich sein
- Positive, ermutigende Rückmeldungen geben

Generelle Interventionsmöglichkeiten

Der Prozess der Therapieentscheidung und auch die spätere Adhärenz kann durch verschiedene Faktoren beeinflusst werden. Insbesondere eine Depression zeigt einen konstanten Zusammenhang mit der niedrigeren Therapiebereitschaft und Adhärenz. Sie sollte deshalb frühzeitig erfasst und behandelt werden^{11 4}.

Für weitere adhärenzbeeinflussende Faktoren siehe weiterführende Literatur.

Erkenne und behandle die Depression!



Algorithmus Therapiebedarf/Therapiebereitschaft (Grafik 2)

Referenzen

- ¹ Sterne, J.A., Hernan, M.A., Ledergerber, B., Tilling, K., Weber, R., Sendi, P., Rickenbach, M., Robins, J.M., Egger, M. and the Swiss HIV Cohort Study (2005). Long-term effectiveness of potent antiretroviral therapy in preventing AIDS and death: a prospective cohort study. *Lancet*, 366 (9483), 378–384.
- ² Hogg, R.S., Yip, B., Chan, K.J., Wood, E., Craib, K.J., O'Shaughnessy, M.V., Montaner, J.S. (2001). Rates of disease progression by baseline CD4 cell count and viral load after initiating triple-drug therapy. *JAMA*, 286, 2568–2577.
- ³ Kaplan, J., Hanson, D., Karon, J. et al. (2001). Late initiation of antiretroviral therapy (at CD4 lymphocyte count <200 cells/ μ L) is associated with increased risk of death. From: 8th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; February 4–8; 2001, Chicago, Ill. Abstract 520.
- ⁴ Deschamps, A.E., Graeve, V.D., van Wijngaerden, E., De Saar, V., Vandamme, A.M., van Vaerenbergh, K. et al. (2004). Prevalence and correlates of nonadherence to antiretroviral therapy in a population of HIV patients using Medication Event Monitoring System. *AIDS Patient Care STDS*, 18(11), 644–657.
- ⁵ Hammer, S.M., Saag, M.S., Schechter, M., Montaner, J.S., Schooley, R.T., Jacobson, D.M., Thompson, M.A., Carpenter, C.C., Fischl, M.A., Gazzard, B.G., Gatell, J.M., Hirsch, M.S., Katzenstein, D.A., Richman, D.D., Vella, S., Yeni, P.G., Volberding, P.A. (2006). Treatment for adult HIV infection 2006, Recommendations of the International AIDS Society-USA Panel. *JAMA*, 296 (7), 827–843.
- ⁶ Ficke, D.L., Farris, K.B. (2005). Use of the Transtheoretical Model in the Medication Use Process. *The Annals of Pharmacotherapy*, 39, 1325–1330.
- ⁷ Langewitz, W. (2005). Arzt-Patient-Kommunikation und die Verbesserung der Selbst-Effizienz der Patienten. In Köllner V. et al. (Hrsg.) *Praktische Verhaltenstherapie*. Stuttgart: Thieme, 44–52.
- ⁸ Highstein, G.R., Willey, C., Mundy, L.M. (2006). Development of Stage of Readiness and Decisional Balance Instruments: Tools to Enhance Clinical Decision-Making for Adherence to Antiretroviral Therapy. *AIDS and Behavior*, 10(5), 563–573.
- ⁹ Prochaska, J.O., Velicer, W.F., Rossi, J.S., Goldstein, M.G., Marcus, B.H., Rakowski, W., Fiore, C., Harlow, L.L., Redding, C.A., Rosenbloom, D. (1994). Stages of change and decisional balance for twelve problem behaviors. *Health Psychology*, 13, 39–46.
- ¹⁰ Spencer, L., Pagell, F., Hallion, M.E., Adams, T.B. (2002). Applying the transtheoretical model to tobacco cessation and prevention: a review of literature. *American Journal of Health Promotion*, 17, 7–71.
- ¹¹ Fehr, J., Nicca, D., Sendi, P., Wolf, E., Wagels, T., Kiss, A., Bregenzer, T., Vernazza, P., Jäger, H., Spirig, R., Battegay, M. and the Swiss HIV Cohort Study (2005). Starting or changing therapy – a prospective study exploring antiretroviral decision-making. *Infection*, 33 (4), 249–256.

Weiterführende Literatur

Im Folgenden wird eine Auswahl von weiterführender Literatur aufgelistet:

Richtlinien

Hammer, S.M., Saag, M.S., Schechter, M., Montaner, J.S.G., Schooley, R.T., Jacobsen, D.M.; Thompson, M.A., Carpenter, C.C., Fischl, M.A., Gazzard, B.G., Gatell, J.M., Hirsch, M.S., Katzenstein, D.A., Richmann, D.D., Vella, S. Yeni, P.G., Volberding, P.A. (2006). Treatment for adult HIV infection 2006, Recommendations of the International AIDS Society-USA

Panel. JAMA, 296 (7), 827–843.

U.S. Department of Health and Human Services Guidelines for the use of Antiretroviral Agents in HIV-1-Infected Adults and Adolescents. Updated October 10th, 2006 <http://aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/AdultandAdolescentGL.pdf>

Rathbun, R.C., Lockhart, S.M., Stephens, J.R. (2006). Current HIV treatment guidelines – an overview. Curr Pharm Des, 12 (9), 1045–1063.

Therapiebereitschaft

Enriquez, M., Gore, P.A., O'Connor, M.C., McKinsey, D.S. (2004). Assessment of Readiness for Adherence by HIV-Positive Males Who Had Previously Failed Treatment. Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 15 (1), 42–49.

Gebrekristos, H.T., Mlisana, K.L., Karim, Q.A. (2005). Patients' readiness to start highly active antiretroviral treatment for HIV. BMJ, 331, 772–775.

Loh, A., Jost, R., Deutschmann, R., Lüthy, N.E. (2004). Medizinische Entscheidungsfindung bei HIV-Infektionen im Spannungsfeld zwischen evidenzbasierter Medizin und den Bedürfnissen HIV-positiver Menschen. Schweizerische Ärztezeitung, 85 (14), 737–743.

Fehr, J., Nicca, D., Sendi, P., Wolf, E., Wägel, T., Kiss, A., Bregenzler, T., Vernazza, P., Jäger, H., Spirig, R., Battegay, M. and the Swiss HIV Cohort Study (2005). Starting or changing therapy – a prospective study exploring antiretroviral decision-making. Infection, 33 (4), 249–256.

Kremer, H., Bader, A., O'Cleirigh, C., Bierhoff, H.W., Brockmeyer, N.H. (2004). The Decision to Forgo Antiretroviral Therapy in People Living with HIV – Compliance as Paternalism or Partnership? European Journal of Medical Research, 9, 61–70.

Morgenstern, T.T., Grimes, D.E., Grimes, R.M. (2002). Assessment of Readiness to Initiate Antiretroviral Therapy. HIV Clinical Trials, 3 (2), 168–172.

Nicca, D., Fehr, J., Battegay, M., Spirig, R. (2005). Ready for antiretroviral therapy? Therapy decision making experiences of persons living with HIV. Pflege, 18, 289–298.

Nordquist, O., Södergard, B., Tully, M.P., Sönnernborg, A., Lindblad, A.K. (2006). Assessing and achieving readiness to initiate HIV medication. Patient Education and Counseling, 62, 21–30.

TTM und Medikamentengebrauch

Ficke, D.L., Farris, K.B. (2005). Use of the Transtheoretical Model in the Medication Use Process. The Annals of Pharmacotherapy, 39, 1325–1330.

Highstein, G.R., Wiley, C., Mundy, L.M. (2006). Development of Stage of Readiness and Decisional Balance Instruments: Tools to Enhance Clinical Decision-Making for Adherence to Antiretroviral Therapy. AIDS and Behavior, 10(5), 563–573.

Berger, B., Suchanek-Hudmon, K., Liang, H. (2004). Predicting Treatment Discontinuation Among Patients with Multiple Sclerosis: Application of the Transtheoretical Model of Change. Journal of the American Pharmacists Association, 44 (4), 445–454.

Adhärenz

Deschamps, A.E., Graeve, V.D., van Wijngaerden, E., De Saer, V., Vandamme, A.M., van Vaerenbergh, K. et al. (2004). Prevalence and correlates of nonadherence to antiretroviral therapy in a population of HIV patients using Medication Event Monitoring System. AIDS Patient Care STDS, 18(11), 644–657.

Fogarty, L., Roter, D., Larson, S., Burke, J., Gillepsie, J., Levy, R. (2002). Patient ad-

herence to HIV-medication regimens: a review of published and abstract reports. Patient Education Counseling, 46(2), 93-108.

Simoni, J.M., Frick, P.A., Pantalone, D.W., Turner, B.J. (2003). Antiretroviral adherence interventions: a review of current literature and ongoing studies. Top HIV Med, 11(6), 185-198.

Simoni, J. M., Pantalone, D.W., Turner, B.J. (2005). Best Practices in behavioral management of chronic diseases: Enhancing antiretroviral adherence: a review of published reports of RCTs and ongoing NIH-funded research. Los Altos CA: Institute for Disease Management, Volume II, Chapter 4.

Reynolds, N.R. (2004). Adherence to Antiretroviral Therapies: State of the Science. Current HIV Research, 2, 207-214.

World Health Organisation (2003). Adherence to long-term therapies: Evidence for Action. Geneva, World Health Organisation.

Informationen für PatientInnen

Bereit für die Therapie? Aids-Hilfe Schweiz. www.shop.aids.ch

Leben mit HIV und AIDS: Ein Nachschlagewerk zu Grundlagen Gesundheitsvorsorge und Therapiealltag. Aids-Hilfe Schweiz. www.shop.aids.ch

Kombinationstherapie:

Info für Menschen mit HIV/Aids und Berater/innen.

Deutsche Aidshilfe. www.aidshilfe.de