

PERSON, RELATION OCH SITUATION

# FoU Rapport 2008:1

© Copyright Ronny Tikkanen 2008

Foto: Stockbyte/Matton Images

ISBN 978-91-7104-211-8

ISSN 1650-2337

Holmbergs, Malmö 2008

**RONNY TIKKANEN**

**PERSON, RELATION OCH  
SITUATION**

---

Riskhandlingar, hivtest och preventiva behov bland män  
som har sex med män

Malmö högskola, 2008  
Hälsa och samhälle

**Tidigare utkomna titlar i serien**

2005:1 Carlsson, A. Olycksfallsrisker i barnets hemmiljö – fokus på skållskador.  
(Licentiatavhandling).

2006:1 Andersson, F. och Mellgren, C. Våldsbrottsligheten – ökande, minskande eller konstant?

2007:1 Andersson, F. och Mellgren, C. Brottsutvecklingen i Skåne, en introduktion.

2007: 2 Konferens: Socialpsykiatrisk forskning, programbok

2007:3 Eiman Johansson, M. Sjuksköterskors kliniska beslutsfattande med fokus på perifera venkatetrar (PVK). (Licentiatavhandling).

2007:4 Laanemets, L. Från policy till verksamhet, implementering av Malmös strategi mot prostitution.

Publikationen finns även elektroniskt,  
se [www.mah.se/muep](http://www.mah.se/muep)





# INNEHÅLL

1. INLEDNING .....	13
Rapportens innehåll och disposition .....	14
Hur undersöker man sexuella erfarenheter? .....	14
Enkätens genomförande .....	17
Dropout-frekvenser .....	19
Analys av enkätsvaren .....	20
Generaliserbarhet.....	22
2. MÄNNEN .....	25
Fyra åldersgrupper med olika erfarenheter av hiv och aids.....	25
Bakgrundsinformation om männen.....	33
Hur männen definierar sig sexuellt .....	37
Männen som lever i parrelation.....	43
Kontakter med homosamhället.....	47
Vilka män har inte nåtts av enkäten? .....	53
3. HIV OCH STI .....	57
Männens uppfattade hivstatus .....	57
Erfarenheter av att hivtesta sig.....	59
Tre grupper med olika testerfarenheter .....	61
Det senaste hivtestillfället.....	64
Hivtestillfället som en möjlighet att nå ut med hivpreventiva insatser.....	68
Test eller behandling av annan sexuellt överförd infektion .....	72
4. DET SENASTE SEXTILLFÄLLET .....	83
Partnern männen hade sex med .....	84
Kontaktvägar och mötesplatser.....	87
Sexuella handlingar.....	90

Männen som vid det senaste sextillfället hade ett oskyddat samlag .....	94
Kondomanvändning vid samlag .....	98
Glidmedelanvändning och kondomhaverier .....	102
5. SEXUELLT RISKTAGANDE .....	105
Män som haft oskyddade samlag under de senaste tolv månaderna .....	106
Oskyddade samlag med ett större antal partner .....	107
Kännedom om hivstatus och riskhandlingar .....	112
Alkohol och droger .....	119
Männens egna riskbedömningar .....	122
Barebacking – avsiktligt oskyddade samlag med en tillfällig partner .....	124
Risktagande inom och utom parrelationen .....	129
Äventyrliga män med bred sexuell repertoar .....	133
6. MÄNNENS PREVENTIVA BEHOV .....	141
Kunskap om hiv, STI och säkrare sex .....	143
Specifika hivkunskapsbehov .....	147
Kommunikation om hivstatus .....	148
Kunskapsbehov som berör relationer .....	149
Kunskapsbehov relaterade till heteronormativitet .....	151
Informationsinsatser samt MSM-anpassade hälsotjänster .....	152
Tillgång till kondomer och glidmedel .....	154
Tillgång till rådgivande och psykosociala insatser .....	156
Hur kan männen nås med hivpreventiva insatser? .....	158
7. RISKHANDLINGAR, HIVTEST OCH PREVENTIVA BEHOV – SUMMERING OCH DISKUSSION .....	165
Erfarenheter av hiv- och STI-testning .....	166
Sexuella handlingar och oskyddade samlag bland männen i studien .....	171
Vad är risk och vilka män är risktagare? .....	175
Preventiva behov .....	181
Kunskapsbaserad hivprevention – framtida utmaningar .....	186
REFERENSER .....	189



# FÖRORD

Jag vill inledningsvis rikta ett stort tack till de män som svarat på enkäten. Dessutom vill jag särskilt uppmärksamma dem som gjort undersökningen möjlig att genomföra: Socialstyrelsens enhet för hivprevention, Statens folkhälsoinstitut samt Qruiser.

I rapporten uttrycker jag mig i vi-form när jag beskriver resultaten från MSM-enkäten 2006. Konstruktionen av enkäten, genomförandet av undersökningen och analyserna har till stora delar varit ett arbete som jag delat med mina forskningskollegor vid Malmö Högskola: professor Sven-Axel Månsson, fil. dr Kristian Daneback och fil. mag Niklas Eriksson. MSM-enkäten är ett av flera projekt som ingår i forskningsprogrammet Kön, sexualitet och socialt arbete som leds av professor Sven-Axel Månsson vid Malmö Högskola.

I projektets inledningsfas, då projektet finansierades av Statens folkhälsoinstitut, ingick utredaren, med. dr Torsten Berglund och utredaren Staffan Hallin, båda vid Socialstyrelsen, i den ursprungliga projektgruppen som arbetade med att konstruera enkätfrågor. Torsten Berglund och Staffan Hallin har därefter bidragit med synpunkter som utvecklat och fördjupat analysen av datamaterialet.

Under arbetet med rapporten har forskarkollegorna vid Malmö högskola kontinuerligt bidragit med konstruktiva synpunkter och vägledning. Jag har dessutom fått värdefulla kommentarer från min kollega ek. dr Torun Österberg vid institutionen för socialt arbete vid Göteborgs universitet. I rapportskrivandets slutfas har min vän Gunnar Bern lämnat viktiga synpunkter som både förbättrat

och utvecklat texten. Jag vill även rikta ett tack till professor Anna Meeuwisse i skriftseriens redaktion för snabb och professionell behandling av manuskriptet.

Jag vill tacka de forskare som lämnat värdefulla synpunkter på enkätens innehåll och de analyser som gjorts: med. dr Lars E. Eriksson, fil. dr Margareta Forsberg, docent Mark Graham, professor Bo Lewin, docent Fredrik Liljeros, docent Jerker Liljestrand, docent Arne Nilsson, docent Lena Nilsson-Schönnesson, professor Michael W Ross, ek. dr Torun Österberg samt professor Per-Olof Östergren.

Det täta samarbetet med hivpreventionens professionella aktörer har varit mycket lärorikt och utvecklande. Här vill jag särskilt tacka hiv- och hälsohandläggare Mikael Björk Blomqvist, Mikael Jonsson och Walter Heidkamp vid RFSL, Lena Moberndt som tidigare arbetade med MSM-frågor vid LAFA samt Joakim Berlin vice förbundsordförande i Hiv-Sverige. Jag vill dessutom tacka personalen vid Venhälsan i Stockholm och Gayhälsan i Göteborg. Dessutom har medlemmar i Föreningen Homosexuella Läkare bidragit med viktiga synpunkter. Min ambition med rapporten är att den skall utgöra ett underlag för utformandet av en hivprevention som fäster avseende vid de behov som finns bland män som har sex med män i Sverige. För att en sådan uppdaterad prevention skall bli verklighet krävs att forskning och praktik samverkar och lär av varandra.

Malmö och Göteborg 23 januari 2008

Ronny Tikkanen

# 1. INLEDNING

I november 2006 publicerades en första övergripande rapport från MSM-enkäten 2006 (Tikkanen et al. 2006). Rapporten du nu håller i din hand innehåller en djuplodande och omfattande presentation av resultat från samma enkät. Syftet med MSM-enkäten är att kartlägga sexuella beteenden, hivtestningsvanor, kunskapsbehov samt behov av preventiva insatser bland svenska män som har sex med män (MSM). Ett andra syfte är att uppmärksamma förändringar av ovan nämnda aspekter över tid. MSM-enkäten är således uppbyggd som en återkommande enkät, vilket ger möjligheter att se förändringar i beteenden, kunskap och attityder. En ny enkät – MSM-enkäten 2008 – kommer att genomföras under våren 2008. Kunskapen från dessa enkäter skall utgöra ett underlag för utformandet av en uppdaterad hivprevention som fäster avseende vid de förändringar som sker inom målgruppen. På längre sikt finns en ambition att tillsammans med hivpreventionens aktörer dels utveckla och utvärdera hivpreventiva insatser mot MSM, dels göra fördjupande studier inom specifika områden.

De analyser som presenteras i rapporten behandlar följande fyra frågeställningar:

- I vilken omfattning praktiseras oskyddade anala samlag?
- Vilka riskfyllda sexuella handlingar går att urskilja i enkäten?
- Hur ser hiv- och STI-testerfarenheterna ut bland männen?<sup>1</sup>
- Vilka behov av kunskap eller hivpreventiva insatser finns bland olika undergrupper av MSM?

---

<sup>1</sup> STI= Sexuellt överförda infektioner.

Förutom dessa frågeställningar innehåller rapporten även beskrivningar av sexuella handlingar. Sådana beskrivningar är viktiga eftersom de bidrar med kunskap om en relativt osynliggjord grupp. Liknande studier har bland annat använts i gymnasieskolans sex- och samlevnadsundervisning eller som kunskapsunderlag på ungdomsmottagningar. Förhoppningen är att denna rapport även skall vara användbar utanför det direkta hivpreventiva arbetet.

### Rapportens innehåll och disposition

Rapporten består av sju kapitel. I detta inledande kapitel beskrivs genomförandet av enkäten samt hur materialet analyserats. I det andra kapitlet presenteras de män som svarat på enkäten. I kapitlet beskrivs även de män som lever i en parrelation med en annan man. I det tredje kapitlet presenteras resultaten från de frågor som handlar om hiv- och STI-test. I kapitlet ingår även en presentation av det senaste tillfället männen testade sig för hiv eller en annan STI. I det fjärde kapitlet beskrivs respondenternas senaste sextillfälle. Vi har i vår enkät valt att fokusera på det senaste tillfället man hade sex med en annan man eftersom det ger mer detaljerad och tillförlitlig information jämfört med det mer traditionella förfarandet, där man använder en längre retrospektiv period. I det femte kapitlet analyseras männen utifrån olika riskhandlingar när det gäller oskyddade anala samlag. I rapportens sjätte kapitel presenteras männens hivpreventiva behov i form av kunskapsluckor och behov av insatser. I kapitlet fokuseras olika undergrupper av män, bland annat de män som utsatt sig för risk. Det avslutande sjunde kapitlet i rapporten innehåller en sammanfattning av de viktigaste resultaten samt en diskussion utifrån rapportens frågeställningar. Avslutningskapitlet kan med fördel läsas utan att man läst de tidigare kapitlen. I det avslutande kapitlet lyfts även frågor kring framtida hivprevention som väckts under analysarbetet.

### Hur undersöker man sexuella erfarenheter?

Hur undersöker man sexuella erfarenheter i en enkät? Ett vanligt förekommande sätt är att be respondenterna ange vad man gjort sexuellt samt hur många partner man haft under en viss tidsperiod i det förflutna, t.ex. de senaste tolv månaderna. Problemet med ett sådant tillvägagångssätt är dels att den informationen man får är

en skattning av de erfarenheter man haft, dels att man endast får en sammanlagd bild av en individs sexuella erfarenheter. Med andra ord vet man mycket lite om de olika sexuella situationerna eller de personer individen haft sex med.

Catania et al. (1993) menar att den retrospektiva periodens längd påverkar individens möjlighet att korrekt återge vad han/hon gjort sexuellt, i vilken omfattning samt med vem. Detta kan till exempel vara fallet då man under det senaste året haft en stadig partner med vilken man regelbundet haft oskyddade samlag. I den enkät om risktagande bland MSM som genomfördes 1998 kunde man se att det fanns en tendens att männen avrundade antalet samlag till jämna tiotal (se diskussion i Tikkanen och Månsson 1999). De jämna tiotalen kan tolkas som att männen gjort en skattning av antalet samlag under de senaste tolv månaderna. Att flera respondenter inkluderat *cirka* framför svaren i pappersenkäten stärkte tolkningen. Ett sätt att hantera denna problematik kan vara att använda ett kortare retrospektivt tidsintervall, till exempel tre månader. Emellertid finns det då en risk att de män som under detta kvartal inte haft sexuella kontakter kategoriseras som sexuellt inaktiva, trots att de under den resterande delen av året haft sex.

Förutom att man har svårt att minnas, finns en risk att man faktiskt inte vill minnas vissa handlingar. Detta kan resultera i att individer minns sexuella erfarenheter som på något sätt haft en positiv betydelse och att man "glömmer" andra erfarenheter (Catania et al. 1993). Dessutom kan individen överrapportera socialt och sexuellt acceptabla handlingar i avsikt att konstruera en positiv bild eller väga upp "oacceptabla" handlingar. Trots detta kan en enkät vara en mycket lämplig metod om man vill få kunskap om handlingar som kan upplevas som laddade. Siegel et al. (1994) har i en studie jämfört enkäter och intervjuer när det gäller tillförlitlighet i rapportering av riskbeteenden. Forskarna fann att männen var mer benägna att berätta om riskfyllda sexuella handlingar i en enkät jämfört med under en intervju. Detta gällde alla män oberoende av hivstatus. I intervjuerna däremot lämnade männen mer fyllig information om de situationer då de praktiserat säkrare sex.

I MSM-enkäten 2006 har vi valt att ställa frågor om det senaste tillfället då man hade sex med en man. Totalt ställdes trettio frågor som ger information om hur man träffade partnern, var man hade sex samt vilket slags sex man hade. Fördelen med ett sådant tillvägagångssätt är man får tvärsnittsbild av sexuella erfarenheter inom en grupp. Tvärsnittsbilden ger också en fingervisning om förekomst över tid. Det finns anledning att anta att förekomsten av olika handlingar, till exempel oskyddade samlag, är lika stor oberoende av när man gör undersökningen. Däremot finns det några få frågor i vår enkät som kan ge olika utslag beroende på när enkäten genomförs. En sådan fråga handlar om sexuella handlingar som skett utomlands. Eftersom enkäten genomfördes under senvintern är det relativt få som hade sitt senaste sextillfälle utanför Sverige.

*Tabell 1.1 När man senast hade sex med en man, andelar inom åldersgrupper i procent. N=2552.*

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 och äldre
Senaste två veckorna	50	59	64	56
Två till fyra veckor sedan	20	13	14	14
En till tolv månader sedan	25	22	18	24
Mer än tolv månader sedan	5	6	4	6
TOTALT	100	100	100	100

Fördelen med att ställa frågor kring det senaste sextillfället är att man får detaljerad information om både situation, handling och partner. Det blir både lättare att minnas och att återge vad som skedde vid det senaste sextillfället jämfört med då man tvingas att göra en summering av vad som skett under det senaste året. Eftersom vi inte heller satt någon tidsgräns för det senaste sextillfället sorterar vi inte bort dem där det förflutit en längre tid sedan de haft sex med en man. Det visar sig dock att de allra flesta män hade sitt senaste sextillfälle inom den senaste månaden innan de fyllde i enkäten (se tabell 1.1). Detta talar för att männen har lättare att minnas och återge vad som skedde vid det sexuella mötet.

## Enkätens genomförande

Datainsamlingen har skett genom riktad annonsering på Qruiser ([www.qruiser.com](http://www.qruiser.com)). Qruiser är Nordens största internetcommunity som riktar sig till icke-heterosexuella. Qruiser hade vid enkätens genomförande cirka 100 000 medlemmar. Målpopulationen för MSM-enkäten 2006 var manliga medlemmar som hade fyllt 15 år och som var bosatta i Sverige. Vid enkätens genomförande utgjorde denna målpopulation 51 671 medlemmar.

Under tolv dagar i slutet av februari och början av mars 2006 kunde de som tillhörde målpopulationen se annonser som informerade om studien. Annonserna var sammankopplade med en länk till studiens informationssida. Endast de medlemmar som ingick i målpopulationen såg annonserna.

*Figur 1.1 Annonsexempel*



Under de tolv dagar som datainsamlingen pågick var ungefär 65 procent av målpopulationen inloggade, d.v.s. 33 840 medlemmar. Det är emellertid svårt att uttala sig om hur många unika medlemmar det rör sig om eftersom man kan ha flera medlemskap inom Qruiser. I vår enkät angav ungefär en fjärdedel att de hade fler än ett medlemskap.

Då man klickade på annonsen hamnade man på en informationssida där man informerades om studiens syfte samt hur svaren hantearades. Under de tolv dagar som datainsamling pågick hade vi drygt 6 200 besök på vår informationssida. Det är svårt att uttala sig om

hur stor andel som är unika besökare eftersom en och samma medlem kan ha besökt informationssidan flera gånger.

De män som beslutat sig för att svara på enkäten klickade på en knapp med texten "Jag har fyllt 15 år och vill delta". Därefter hamnade man på enkätens första fråga. Totalt klickade 3 202 personer in sig och började svara på enkäten.

Enkäten bestod av 82 frågor indelade i åtta sektioner (se bilaga). Den första sektionen inkluderade nio bakgrundsfrågor. Sektion två innehöll sju frågor om den nuvarande sexuella situationen, inklusive frågor om eventuell parrelation. Enkätens tredje sektion var den mest omfattande och bestod av trettio frågor om det senaste tillfället man hade sex med en man. Sektion fyra innehöll sju frågor om sexuella handlingar under de senaste tolv månaderna. De femte och sjätte sektionerna innehöll elva frågor kring hiv och STI. I dessa sektioner ställdes även om frågor om det senaste tillfället man hiv- och STI-testade sig. Sektion sju innehöll nio frågor om erfarenheter och behov. Här ställde vi dels frågor om männens tankar kring smittsamhet, dels frågor om vilka kunskaps- och insatsbehov man upplevde sig ha. I den avslutande åttonde sektionen ställde vi åtta frågor om de kontakter man haft med homovärlden under det senaste året. Enkäten avslutades med en öppen fråga där de svarande kunde lämna sina synpunkter på hur man kan förbättra hivpreventionen.

Frågorna presenterades en i taget. När man svarat på en fråga klickade man sig vidare genom en navigationsknapp. Det var möjligt att röra sig fram och tillbaka i enkäten. På så sätt fanns det möjlighet att gå tillbaka och ändra ett svar likaväl som man kunde avstå från att svara på en specifik fråga. Respondenten kunde när som helst avbryta enkäten genom fem minuters inaktivitet eller genom att stänga fönstret. Alla svar som fylldes i skickades omedelbart till servern där de registrerades. Efter att man svarat på den sista frågan hamnade man på tacksida där man dessutom hade möjlighet att gå vidare och delta i en utlottning av resecheckar. Totalt deltog 1 775 personer i utlottningen. Två vinnare drogs som vann varsin resecheck på 5 000 kronor.



Innan analyser kunde påbörjas reliabilitetsgranskades datamaterialet och vi kom fram till att totalt lyfta ut 638 enkätsvar. Först tog vi bort de män som svarat att de aldrig hade haft sex med en man. Därefter lyfte vi ut de män som endast svarat på bakgrundsfrågorna i enkäten. Som ett tredje steg valde vi att noggrant granska de multipla enkätsvar vi fått. Av dessa multipla svar valde vi att behålla ungefär hälften i det slutliga datamaterialet. De svar som vi behållit har antingen varit fullständiga svar eller svar från par där man använt samma internetuppkoppling för att svara på enkäten. I det slutliga datamaterialet har vi följaktligen 2 564 svarande.

### Dropout-frekvenser

Drygt 6 200 personer klickade på någon av våra annonser och hamnade på introduktionssidan. Av dessa valde 3 202 att påbörja ifyllandet av enkäten. Efter den reliabilitetsgranskning som beskrivits ovan återstår 2 564 enkätsvar. Eftersom man kunde avbryta ifyllandet av enkäten har vi ett antal ofullständiga svar.<sup>1</sup> Totalt troppar 239 svarande av mellan fråga 18 och 81, d.v.s. nio procent av de svarande. Denna siffra är tämligen låg om man t.ex. jämför med den enkät som vi år 2002 genomförde inom Nätsexprojektet (Månsson et al. 2003). I den enkäten hoppade hälften av de svarande av under enkätens 75 frågor. Den höga drop-outfrekvensen i Nätsexenkäten kunde förklaras med att enkäten var för lång och att de inledande frågorna upplevdes som tröttsamma och irrelevanta för ämnet. Dessutom hade hastigheten på internetuppkopplingen betydelse för om man svarade på hela enkäten. Vi kunde även konstatera att kvinnor samt homo- och bisexuella män och kvinnor i högre omfattning svarade på hela enkäten (Ross et al. 2003).

Hur kan man förklara den relativt låga drop-outfrekvensen i MSM-enkäten 2006? En förklaring är att enkätens syfte känns angeläget för dem som valt att svara på enkäten. I våra annonser påpekade vi för männen att deras svar bidrog till att förbättra hivpreventionen. En annan förklaring till att så pass stor andel av männen faktiskt fullföljde enkäten är att de efter att ha svarat på den sista frågan, fick ett lottnummer som de sedan använde när de del-

---

<sup>1</sup> De ofullständiga svaren samt bortfall på enskilda frågor gör att antalet svarande (N) på de olika frågorna varierar.

tog i utlottningen av resecheckarna. Något mer än hälften av dem som svarat på enkäten valde att maila in sin lottsedel.

### Analys av enkätsvaren

De statistiska analyserna, som presenteras i denna rapport, har utförts i SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). Vi har i våra analyser använt både bivariata och multivariata analysmetoder. De flesta av analyserna har genomförts med korstabeller där vi sökt efter likheter och skillnader mellan olika undergrupperingar inom datamaterialet. Vid korstabuleringarna har vi genomfört chitvå-test (Pearson's Chi-square). Detta test bygger på skillnaden mellan observerade och förväntade värden av en viss variabel. Chitvå-testet prövar beroendeförhållandet mellan variablerna men säger inget om styrkan hos eventuella samband. Med detta test får man reda på sannolikheten för att eventuella skillnader beror på slumpen. Vissa av variablerna är kvantitativa (intervallvariabler). Vi har i våra analyser av dessa variabler jämfört medelvärden mellan olika grupperingar med hjälp av t-test eller variansanalys (ANOVA).

Varken korstabeller, chitvå-test, t-test eller ANOVA säger något om hur sambandet ser ut mellan olika variabler. Vi har därför kompletterat med regressionsanalyser. En regressionsanalys används att förutsäga resultatet av en beroende variabel (den man vill beskriva) med hjälp av oberoende variabler (de man använder för att beskriva). Ett exempel på ett område där regressionsanalyser är lämpliga är sexuellt risktagande. Utifrån en regression kan man visa hur en eller flera variabler har en betydelse när man vill beskriva vem som tillhör en specifik risktagargrupp. I sådana fall är det passande att göra en logistisk regressionsanalys. Ett vanligt förekommande sätt att presentera resultatet från logistisk regression är att tala om oddskvoter (OR). Oddskvoter kan vara lättare att förstå om man talar om ökande eller minskade risker. Metodstatistikern Martin Ribe hjälper oss att förstå:

”När en grupp har en oddskvot som är större än ett så har den gruppen en överrisk, jämfört med en motsvarande grupp som har oddskvoten ett. Och ju högre oddskvoten ligger, desto stör-

re är överrisken. En oddskvot mindre än ett innebär på samma sätt en underrisk.”  
(Ribe 1999 s. 14).

Man kan därmed utifrån oddskvotens värde uttala sig om en variabel (t.ex. att man under det senaste året haft en STI) innebär en överrisk eller underrisk för tillhörighet i en specifik risktagargrupp. När vi i kapitel fem till exempel skall beskriva sannolikheten för att man haft ett större antal OAS-partner<sup>1</sup> finner vi en oddskvot på 2.8 – det vill säga en överrisk – att en man som under det senaste året haft en STI även haft ett större antal OAS-partner.<sup>2</sup> Vad betyder detta? Överrisken för männen som haft en STI står i relation till de män som *inte* haft en STI. Man utgår med andra ord alltid från en referenskategori. Då vi redovisar oddskvoterna har vi inte skrivit ut referenskategorierna i de fall det handlar om en dikotom variabel som endast kan inta två värden. Läsaren kan i dessa fall enkelt föreställa sig referenskategorin genom att tänka i motsatsförhållanden (t.ex. osäker på hivstatus kontra säker på hivstatus, singel kontra i en relation, hade sex med någon man känner sedan tidigare kontra hade sex med någon okänd). När det gäller åldersgrupper och hivstatus har vi skrivit ut vilka grupper som utgör referens kategorier.

Hur skall man tolka oddskvotsvärdet 2.8? Vi har redan slagit fast att ett värde över ett innebär en överrisk. Genom oddskvotvärdet kan man säga att oddsen är nästan tre gånger så stora att en man som under det senaste året haft en STI även haft ett större antal OAS-partner då man jämför med en man som inte haft en STI. Ett mer vardagligt sätt att uttrycka odds är att tala om risk eller chans. Eftersom just dessa två begrepp kan skapa förvirring när man i det här specifika fallet talar om sexuellt risktagande har vi valt att istället använda det mer vardagsnära begreppet sannolikhet när vi talar om odds.

---

<sup>1</sup> En man som haft oskyddade anala samlag (OAS) med fyra partner eller fler under det senaste året.

<sup>2</sup> Resultat från en multivariat regressionsanalys där vi även kontrollerat för variationen i ett flertal andra variabler (se kapitel fem).

Då man gör regressionsanalyser kan man kontrollera inverkan av flera variabler samtidigt. Sådana kontroller görs i multivariata analysmodeller. I en multivariat analysmodell kombinerar vi olika variabler som kan ha en inverkan på det man vill undersöka. På så sätt kan vi se hur dessa variabler inverkar ostört av de andra variablerna vi inkluderat i vår modell (Ribe 1999). I kapitel fem har vi arbetat med multivariata analysmodeller då vi undersöker människans riskhandlingar. Vi kan därigenom till exempel se att det inte är mer sannolikt en person som anser att hivmedicinering leder till lägre smittsamhet haft ett större antal OAS-partner under det senaste året. Vår tanke med dessa modeller är att man lättare skall förstå vilka män som har erfarenhet av de olika riskhandlingar som diskuterats i kapitlet.

Vi har försökt att uttrycka oss så enkelt som möjligt så att även de som saknar djupare kunskaper i statistik kan följa med i resonemangen. Detta innebär bland annat att i vissa delar av rapporten placeras mer avancerade uppgifter som berör de statistiska analyserna i fotnoter. På så sätt tyngs inte texten av komplicerade resonemang samtidigt som kravet på vetenskaplig noggrannhet tillgodoses.

Procenttalen i tabellerna är kolumnprocent, vilket innebär att de skall läsas som andelar (procent) inom den grupp som beskrivs i kolumnen. I de flesta av rapportens tabeller har vi inkluderat mer än en variabel, vilket av naturliga skäl medför att kolumnprocenten inte kan totalsummeras. I de tabeller som endast inkluderar en variabel har vi av tydlighetsskäl inkluderat totalsumma i slutet av tabellen.

### Generaliserbarhet

Populationen i studien består av medlemmar i Quiser som sett och klickat på någon av annonserna och som valt att delta i studien och sedan fyllt i enkäten. Det handlar med andra ord inte om ett sannolikhetsurval. Ett sådant urval är svårt att få till stånd bland män som har sex med män eftersom totalpopulationen är okänd. Alternativet till ett sannolikhetsurval är att minska skevheter när det gäller olika bakgrundsvariabler. Sådana skevheter finns dock i

materialet. För det första är drygt hälften av männen i studien under 30 år, vilket innebär att äldre män är underrepresenterade. Detta har till stora delar att göra med att det är en internetpopulation vi undersöker. Vi vet från tidigare studier att de som använder internet som en social arena tenderar att vara yngre än befolkningen i övrigt (se Daneback 2006). Den andra skevheten i materialet är att vi endast har nått en grupp män som använder sig av Quiser. Visserligen är Quiser den största skandinaviska digitala mötesplatsen för icke-heterosexuella. Men långt ifrån alla MSM besöker denna arena. Emellertid får man en spridning av de svarande eftersom Quiser både är en sexuell och en social mötesplats. Man kan dock spekulera om vi missat de män som främst använder sig av traditionella sociala nätverk utanför internet. Sådana grupper kan till exempel vara äldre män eller män som sedan en lång tid lever i en parrelation. En annan grupp som kan vara underrepresenterad i datamaterialet är de män som främst använder sig av andra sexuella mötesplatser än internet.

Schwarcz et al. (2007) diskuterar i en artikel skillnader mellan sannolikhetsurval och icke-sannolikhetsurval (bestod av pappersenkäter som samlats in via barer). De fann i en jämförande analys att män i sannolikhetsurvalet som kunde karaktäriseras som MSM (urvalet bestod även av heterosexuella män och kvinnor) var äldre, högre utbildade och hade högre inkomst än männen i icke-sannolikhetsurvalet. Däremot fanns inga större skillnader när det gällde erfarenheter av hivtest. Beträffande risktagande och säkrare sex fann man endast få skillnader. Männen i icke-sannolikhetsurvalet uttryckte i högre grad att de ibland utsatte sig för risk för att de var trötta på att praktisera säkrare sex eller på grund av att det fanns tillgång till bromsmediciner.

Elford et al. (2004) har i en artikel jämfört pappersenkäter insamlade via gym med digitala enkäter insamlade via olika internetchatrar. Forskarna fann att de som svarat på internetenkäten var yngre, lägre utbildade samt hade mer erfarenhet av sex med kvinnor. När det gäller riskhandlingar rapporterade männen som svarat på internetenkäten fler sådana handlingar jämfört med männen som svarat på pappersenkäten. Även Dodds et al. (2006a) fann skillna-

der i riskhandlingar mellan män som svarat på olika typer av enkäter. Dodds et al. jämförde pappersenkäter som samlats in via gaybarer och andra mötesplatser med en nationell sexevanestudie där urvalet representerar den brittiska vuxna befolkningen. De fann att männen i som svarat på pappersenkäten rapporterade mer riskhandlingar och fler fall av STI.

Sammanfattningsvis kan man säga att studier visar att ett icke-sannolikhetsurval, som sker antingen genom pappersenkäter i homosamhället eller genom digitala enkäter på mötesplatser på internet, i högre grad når de män som utsätter sig för sexuella risker. Mot bakgrund av detta kan man säga att det urval man erhåller till exempel via Qruiser i högre grad fångar in män som utsätter sig för risker för hivöverföring jämfört med en studie som bygger på ett sannolikhetsurval.

## 2. MÄNNEN

I denna del av rapporten presenteras männen som ingår i studien. Syftet är att ge läsaren en bild av männen som analysen bygger på. Ett andra syfte är att presentera några av de undergrupper som vi särskilt kommer att fokusera på i den fortsatta rapporten. I kapitlet introduceras även de fyra åldersgrupper som vi kontinuerligt återkommer till i rapporten.

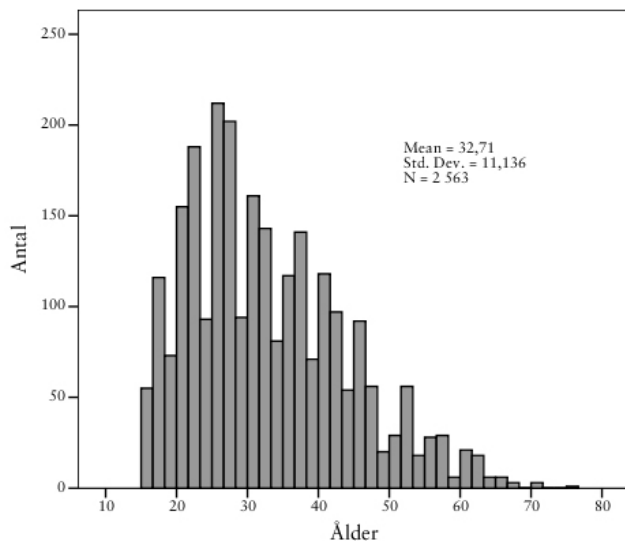
### Fyra åldersgrupper med olika erfarenheter av hiv och aids

I en stor andel av rapportens presentationer har männen delats in i fyra åldersgrupper. Indelningen tar sin utgångspunkt i en föreställning om åldersspecifika erfarenheter av hiv och aids samt att dessa erfarenheter har en inverkan på hur männen idag bland annat förhåller sig till hiv och säkrare sex. Innan vi går in på hur dessa åldersgrupper är sammansatta samt vilka gemensamma erfarenheter männen har, skall vi först ge en bild av hur männen i materialet fördelar sig över ålder. Medelåldern i studien är 33 år och medianen är 31 år. Det senare innebär att hälften av männen i studien är 31 år eller yngre. Den relativt låga medel- och medianåldern innebär att åldersdistributionen är snedfördelad eftersom de yngre männen är fler än de äldre.

Den yngsta svarande är 15 år och den äldsta svarande 76 år. Det skiljer således 61 år mellan den äldste och den yngste. Antalet svarande som är i femtonårsåldern uppgår till ett drygt tiotal. Antalet män ökar drastiskt vid 18 år för att vid 25 års ålder inkludera drygt en tredjedel av alla män i studien. Det omvända gäller de äldre männen. Andelen svarande sjunker kraftigt vid 45 års ålder.

Männen som är över 50 år utgör endast tio procent av det totala antalet män i studien.

Figur 2.1 Ålderfördelning, antal män. N= 2563.



Som vi tidigare nämnt finns en del av förklaringen till den skeva åldersfördelningen i datainsamlingsmetoden och den arena som studien genomförts på. Den grupp män som ingår i enkäten utgör vad man kan kalla en internetpopulation. Om vi jämför åldersfördelningen i materialet med internetanvändare generellt finner vi att fördelningarna stämmer överens relativt väl (se diskussion om den svenska internetpopulationen i Daneback 2006). Att Qruisers medlemmar är relativt unga återspeglas i Qruisers medlemsstatistik som visar att tolv procent av medlemmarna är under 20 år. Hela fyrtio procent av medlemmarna finns inom åldersspannet 20 till 30 år.

Något som i vår studie avviker från internetpopulationen generellt är det lägre antalet riktigt unga (15–20 år). I andra internetpopulationer, t.ex. Lunarstorm, är 65 procent av medlemmarna under 18 år. Nu kan man inte jämföra dessa två communityn rakt av eftersom de har olika målgrupper. Det längre antalet unga MSM (under



18 år) kan förklaras med att man inte ”kommit ut” men också genom att yngre MSM kan finnas på andra internetarenor än just Quisers (till exempel Lunarstorm). När det gäller de äldre männen består Quisers medlemmar av drygt 20 procent som är över 40 år. Detta stämmer väl överens med svarsfrekvensen i vår enkät. De män som är över 65 år utgör i vår studie endast en liten grupp på ett tiotal personer, vilket gör att vi i våra fortsatta analyser inte kan dra några slutsatser om männen som nått pensionsålder. Detta är naturligtvis en brist eftersom syftet är att studera MSM oavsett ålder. Vi ser det därför som viktigt att man i fortsatta studier särskilt beaktar dessa äldre män, deras erfarenheter och behov.

*Tabell 2.1 Antal män inom åldersgrupperna.*

15 till 25 år	794 män (31 procent)
26 till 35 år	847 män (33 procent)
36 till 46 år	622 män (24 procent)
47 år och äldre	300 män (12 procent)
TOTALT	2563 män <sup>1</sup>

Som vi nämnde inledningsvis har vi delat in männen i fyra åldersgrupper (se tabell 2.1). Tanken bakom indelningen är helt enkelt att människans erfarenheter, tankar, attityder och handlingsmönster i förhållande till hiv/aids grupperar sig på olika sätt beroende på när man vuxit upp och i vårt fall inte minst beroende på vilka händelser och erfarenheter som format människans sexuella historia och självuppfattning. Det bör nämnas att en åldersgruppsindelning av materialet inte är helt oproblematisk. I de äldre åldersgrupperna kan det finnas män vars erfarenheter av hiv/epidemin liknar de yngre människans av den anledningen att de hade sina första homosexuella erfarenheter först senare under hiv/epidemin. Likaväl kan det finnas yngre män vars erfarenheter av epidemin avviker från den egna gruppens erfarenheter på grund av att man känner flera som har hiv eller som avlidit i aids. Trots dessa invändningar finner vi att åldersgruppsindelningen är användbar i flertalet av analyserna.

<sup>1</sup> En person uppgav inte sin ålder.

Vi utgår från att en stor andel av den äldsta åldersgruppen (47 år och äldre) förmodligen haft homosexuella erfarenheter före hivpidemin. Den näst äldsta åldersgruppen (36 till 46 år) utgör vad man skulle kunna benämna en "hivpidemigeneration". De flesta av männen inom detta åldersspann antas ha upplevt de första åren av hiv/aidsepidemin före introduktionen av mer eller mindre effektiva bromsmediciner. Dessutom har en stor andel av dessa män upplevt en tid som präglades av omfattande medial uppmärksamhet kring hiv och aids.

*Figur 2.2 Fyra åldersgrupper.*

---

47 år och äldre	"pre-aidsgeneration"
36 till 46 år	"hivpidemi-generation"
26 till 35 år	} "post-aidsgenerationer"
25 år och yngre	

---

Argumenten för indelningen av de två yngsta åldersgrupperna är mer diskutabla – åtminstone när det gäller var man skall lägga den tidsmässiga gränsen dem emellan. Männen i den näst yngsta åldersgruppen är födda mellan 1971 och 1980 och de i den yngsta mellan 1981 och 1991. Båda dessa åldersgrupper kan betraktas som ett slags "post-aidsgenerationer" med tanke på introduktion av effektivare bromsmediciner och en förändrad syn på och tystnad kring aids. Dessa två åldersgrupper kan dessutom betraktas som "post-hivpidemigenerationer" eftersom de saknar de erfarenheter av att leva under en (mer) synlig hivpidemi. En anledning till att vi i den här studien ändå valt att särskilt skilja ut en grupp under 26 år är att det inom forskningen i stor utsträckning saknas kunskap om denna åldersgrupp. I den senaste stora undersökningen i Sverige bland MSM var den yngste svarande född 1983 (se Tikkanen och Månsson 1999).

Låt oss se hur dessa fyra åldersgrupper svarat på de frågor i enkäten som kan knytas till erfarenheter av och uppfattningar om hiv-epidemin. Vi börjar med de personliga erfarenheterna av hiv och aids. I enkäten ställdes två frågor om hur många personer man känner som har hiv respektive tidigare känt som avlidit i aids. I tabell 2.2 ser vi de män som kommit i personlig kontakt med någon som har hiv eller aids.

*Tabell 2.2 Känner någon som har hiv respektive känt någon som avlidit i aids, andelar inom åldersgrupper i procent. N=2330 respektive 2321.*

	15-25 år	26-35 år	36-46 år	47 och äldre
Känner någon som har hiv	20	48	64	57
Känt någon som avlidit i aids	3	13	46	58

Siffrorna som framkommer i tabellen är inte förvånande. Andelen med personliga erfarenheter av hiv och aids stiger med ökande ålder. En regressionsanalys visar att är sannolikheten att någon i åldersgruppen 36 till 46 år känner någon med hiv är sju gånger så stor jämfört med den yngsta åldersgruppen.<sup>1</sup> Det är just i denna åldersgrupp man finner de flesta män som idag känner någon som lever med hiv.

Då vi tittar på dem som känt någon som har avlidit i aids är andelen betydligt lägre inom de två yngsta åldersgrupperna. Inom den yngsta åldersgruppen handlar det endast om tre procent som har sådana erfarenheter. I den näst yngsta åldersgruppen finner vi den största skillnaden mellan att känna någon som har hiv och tidigare känt någon som avlidit i aids (48 procent jämfört med 13 procent). Denna skillnad återspeglar mycket tydligt bromsmedicinens inverkan på aids-epidemin. De flesta män i den näst yngsta åldersgruppen har inte erfarenheter av att leva en längre tid i homovärlden innan införandet av mer eller mindre effektiva bromsmediciner (år 1996), vilket verkar ha haft en inverkan på huruvida man känt någon som faktiskt avlidit i aids. Vid en separat analys av männen i

<sup>1</sup> Logistisk regression, beroende variabel= känner någon som har hiv. OR(36-46 år, ref.15-25 år)=7.163, p<.0001.

den näst yngsta åldersgruppen ser man att det främst är de äldre männen inom åldersspannet som har sådana erfarenheter, vilket visar att de personliga erfarenheterna skiljer sig åt beroende på ålder även inom en åldersgrupp. Inom de två äldsta åldersgrupperna är skillnaden i erfarenhet att känna någon med hiv och tidigare känt någon som dött i aids inte så stor.

En mer ingående analys visar att erfarenheten att känna någon med hiv och att man känt någon som avlidit i aids är starkt korrelerade med varandra inom de två äldsta åldersgrupperna. Ju fler personer man känner med hiv, desto fler personer som avlidit i aids har man känt. En skillnad mellan de två äldsta åldersgrupperna, som är värd att nämnas, är att de äldsta männen har större erfarenhet av att tidigare känt någon som avlidit i aids jämfört med den näst äldsta åldersgruppen (tabell 2.2). Flera av dessa äldre män har med all sannolikhet även haft kontakter med homosamhället under tidigt 1980-tal. De män som under hivepidemins första år insjuknade och dog i aids tillhörde i stort sett alla denna äldsta åldersgrupp.

*Tabell 2.3 Antalet personer man känner som har hiv respektive tidigare känt som avlidit i aids, medelvärden (samt standardavvikelser inom parantes).<sup>1</sup>*

	<i>Antal personer man känner som har hiv, n=1028</i>	<i>Antal personer man känt som avlidit i aids, n=534</i>
15–25 år	3 (6.5)	4 (10.1)
26–35 år	4 (9.7)	2 (2.3)
36–46 år	9 (24.0)	7 (19.8)
47–	8 (15.3)	6 (8.3)

Eftersom vi i våra två frågor om personliga erfarenheter av hiv och aids även ställt frågan om hur många personer man känner/känt till finns möjligheter att uttala sig om omfattningen av männens erfarenheter, d.v.s. om man känt få eller många personer som drabbats av hiv/aids (se tabell 2.3). Antalet bekanta med hiv spänner mellan en till över ett hundra (det är dock endast ett tjugotal personer som känner fler än femtio personer som lever med hiv). Omfånget av antalet tidigare bekanta som avlidit i aids är mindre

<sup>1</sup> Medelvärdet är beräknat på dem som känner någon som har hiv respektive känner någon som dött i aids.

(drygt tjugo av de svarande i enkäten har känt fler än tjugo personer som avlidit i aids). Det är inte förvånande att det finns ålderskillnader i själva omfattningen av dessa personliga erfarenheter. Resultatet liknar det vi nyss redovisat, det vill säga att inom de två yngsta åldersgrupperna är omfattningen betydligt lägre jämfört med de två äldre åldersgrupperna. Det är dock viktigt att minnas att det även bland de yngre männen finns män – dock få – som har personliga erfarenheter av hiv och aids.

Det bör återigen förtydligas att antalet i den yngsta åldersgruppen som känt någon som avlidit i aids är mycket liten (ca 20 personer). Därför kan man inte dra några större slutsatser av det medelvärde som framkommer inom denna grupp av män när det gäller antalet bekanta som dött i aids.

Som vi kunde ana är medelvärdet högst i den näst äldsta åldersgruppen det är även här vi finner den största standardavvikelsen, vilket betyder att erfarenheterna inom åldersgrupperna är spridda mellan män som känner många respektive män som känner få som avlidit i aids. Liknande spridning (högt värde på standardavvikelsen) finner vi inte i den äldsta åldersgruppen trots att medelvärdet i stort sett är detsamma. En noggrannare analys av den näst äldsta åldersgruppen visar att antalet personer man känner som har hiv ökar med ökad ålder. Det är därför svårt att lägga en klar skiljelinje mellan åldersgrupperna när det gäller personliga erfarenheter av hiv/aids.

Vi har hittills konstaterat av personliga erfarenheter av hiv/aids skiljer sig åt mellan åldersgrupperna. Hur skiljer sig då människors uppfattningar om hiv/epidemins allvarighet och hivvirusets smittsamhet? Dessa två aspekter undersöktes i enkäten där männen fick ta ställning till två påståenden. Frågorna besvarades på en femgradig respektive fyragradig skala. Skalorna ger möjligheter till olika slags analyser, vi börjar med den allra enklaste.

I tabellen nedan har vi i den första frågan slagit samman de som instämmer helt med dem som instämmer i stor utsträckning i på-

stående att det är mindre allvarligt att smittas av hiv idag jämfört innan 1996 då effektivare hivmedicinering började användas.

*Tabell 2.4 Uppfattningar om allvarlighet och smittsamhet, andelar inom åldersgrupper i procent. N=2243 respektive 1932.*

	15– 25 år	26– 35 år	36– 46 år	47 och äldre
Instämmer helt eller i stor utsträckning med att det är mindre allvarligt att smittas av hiv idag jämfört med före 1996	8	10	14	15
Anser att hivpositiva personer som får hivmediciner är mindre smittsamma än innan medicineringen	14	26	32	28

I tabell 2.4 ser man att det finns skillnader mellan åldersgrupperna. Skillnaden består i att en större andel av de yngsta männen tenderar att tycka att det är lika allvarligt (eller allvarligare) att smittas av hiv idag samt att bromsmedicinerna inte reducerat smittsamheten. Hur skall man tolka detta? En möjlig förklaring är att de yngre män i studien som saknar personliga erfarenheter av hiv epidemin får sin bild av hiv präglad av faktorer som är mindre erfarenhetsgrundade, till exempel hur hivpositiva ibland skildras i media som så kallade hivmän (eller hivkvinnor). De äldre männen – som har mer personliga erfarenheter av hiv – får en mer nyanserad bild av hur det är att leva med hiv i allmänhet och stå under hivmedicinering i synnerhet. Den nyanserade bilden gör att man kan se både de positiva och de negativa effekterna av att stå under hivmedicinering.

En annan möjlig förklaring är att de yngre – som många saknar erfarenheter att leva i homovärlden före bromsmedicinerna – gör en bedömning om allvarlighet utifrån det sociala stigma som är förknippat med hiv, medan de äldre männen – som har varit en del av homosamhället innan 1996 – gör jämförande bedömningar i hur det var att leva före respektive efter introducerandet av effektivare bromsmediciner. Ett visst stöd för den senare tolkningen får man om man i de två äldsta åldersgrupperna gör en korrelationsanalys av hur många man känt som avlidit i aids och hur pass allvarlig

man upplever sjukdomen idag. Resultaten visar en mycket svag, men dock signifikant, korrelation.

I tabell 2.4 kan vi även se hur männen bedömer att hivmedicineringen påverkat smittsamheten. Det bör påpekas för läsaren att det inte finns ett enkelt svar på smittsamhetsfrågan. Att hivmedicinerna minskar virushalten i kroppsvätskor är känt, men hur detta på längre sikt inverkar på smittsamheten är oklart. Virushalten kan stiga på grund av komplikationer av medicineringen, vilket gör att det är svårt att över tid göra en bedömning av virusnivån. Männen svar på frågan visar tydliga skillnader främst mellan den yngsta åldersgruppen och de tre övriga. Till saken hör att en stor andel (22 procent) av de yngsta männen har angett att de saknar kunskap och därför inte kan ta ställning (andelen som inte kan ta ställning ligger i de tre övriga åldersgrupperna mellan 14 och 17 procent).

En korrelationsanalys av de två äldsta åldersgruppernas svar visar ett svagt, men signifikant, positivt samband mellan hur många man känner som har hiv och uppfattad minskad smittsamhet. Utifrån detta kan man spekulera om vilken betydelse de personliga erfarenheter av hivpidemin har när man gör bedömning av smittsamhet. En möjlig förklaring är att kännedom om någon som står under hivbehandling kan ge kunskaper om vilka effekter medicinerna har på själva virushalten, en kunskap som man sedan kopplar samman med att hiv de facto smittas via virusöverföring.

Vi har här gett en första beskrivning av de fyra åldersgrupperna och deras personliga erfarenheter av hiv och aids. I fortsättningen kommer vi till stor del använda oss av dessa åldersgrupper när vi presenterar resultaten. I kapitel sex, som handlar om männens preventiva behov, kommer vi att frångå åldersgruppsindelningen och istället fokusera på andra indelningar man kan göra av datamaterialet.

### Bakgrundsinformation om männen

Vad man säga om männens bakgrund? Nedan presenteras ett urval av den bakgrundsinformation som samlats in, mer precist bostads-

ort, utbildningsnivå, sysselsättning och huruvida männen eller någon av deras föräldrar är utlandsfödda.

Tabell 2.5 Bakgrundsvariabler, andelar inom åldersgrupper i procent. N=2563.

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 och äldre
Stockholm/Göteborg/Malmö	51	67	67	63
Annan svensk stad	38	26	22	23
Mindre svensk stad	9	6	10	14
Högskole-/universitetsutbildning	23	54	51	57
Arbetslös	8	7	6	8
Långtidssjukskriven/förtidspensionerad	1	3	7	12
Första eller andra generationens invandrare	26	24	25	18
Invandrad till Sverige efter 15 års ålder	3	8	8	10

Tabell 2.5 visar att de flesta männen bor i Stockholm (eller Stockholmsområdet som ursprungsvariabeln lyder). Lägger vi till Göteborg och Malmö så kan man konstatera att knappt två tredjedelar av männen i materialet bor i någon av Sveriges tre storstadsregioner. I tabellen kan man också se att en stor andel (38 procent) av männen under 26 år bor i en ”annan svensk stad”, vilket innebär en stad med fler än 10 000 invånare, samt att andelen som bor i en ”mindre svensk stad” med färre än 10 000 invånare är störst inom den äldsta åldersgruppen (14 procent). Genom männens svar vet vi dessutom vilket län de är bosatta i. Det finns på så sätt möjlighet att göra regionala analyser av datamaterialet. Sådana analyser ingår dock inte i denna rapport utan utförs på uppdrag av regionala aktörer.

I datamaterialet finns 941 svarande som bor utanför storstadsregionerna. Vi kommer på flera ställen i rapporten att återkomma till denna grupp av män. Anledningen till att de förtjänar ett särskilt fokus är att de utgör en grupp som inte har samma tillgång till de MSM-inriktade hälso- och preventionsinsatser som finns i de tre storstäderna. Det blir därför särskilt intressant att se vilka erfarenheter och behov dessa män har.



I datamaterialet ingår 80 personer som är bosatta utanför Sverige, de flesta i något av de övriga tre nordiska länderna. Vi har valt att behålla dessa män i datamaterialet. Anledningen är att det vid dattainsamling gjordes ett urval bland medlemmarna på Qruiser som angett att de var bosatta i Sverige (se kapitel 1). Det finns därför rimliga anledningar att anta att vi har svenskar i materialet som är bosatta utanför Sverige.

Männen i studien är generellt sett välutbildade, t.ex. har mer än hälften av männen över 26 år någon slags högskoleutbildning. Den lägre andelen med högskoleutbildning bland respondenterna upp till 25 år kan sannolikt förklaras med att de ännu inte hunnit slutföra sina utbildningar. Att de yngsta männen fortfarande utbildar sig blir tydligt när man närmare granskar vilken typ av sysselsättning männen har. Mer än hälften av männen under 26 år anger att deras huvudsakliga sysselsättning är just studier. I tabell 2.5 kan man även utläsa att drygt en tiondel av männen är arbetslösa, långtidssjukskrivna eller förtidspensionerade, en andel som ökar med stigande ålder. Dessa män utgör en särskilt intressant grupp att studera närmare eftersom det saknas kunskap om just dessa mäns handlingar och behov. Har männen som står utanför arbetsmarknaden behov och erfarenheter, ur hivsynpunkt, som skiljer sig från övriga män? Detta är något som vi återkommer till längre fram i rapporten. Låt oss inledningsvis titta lite närmare på dessa män som står utanför arbetsmarknaden.

I tabell 2.6 har vi skiljt ut de 297 män som är arbetslösa, långtidssjukskrivna eller förtidspensionerade. Vi kan se att något mindre än hälften (46 procent) av är 36 år eller äldre, ungefär hälften (51 procent) bor utanför storstadsregionerna, nästan tre fjärdedelar (72 procent) saknar högre utbildning samt en knapp tredjedel (30 procent) är första eller andra generationens invandrare. Jämför man med de resterande männen i studien (se samma tabell) ser man tydligt att männen utanför arbetsmarknaden signifikant skiljer sig från övriga män när det gäller just de nämnda variablerna; de är något äldre, i högre grad boende utanför storstäderna, något lägre utbildade samt en större andel har invandrarbakgrund.

Tabell 2.6 De arbetslösa, långtidssjukskrivna och förtidspensionerade (utanför arbetsmarknaden) jämfört med dem som har någon slags sysselsättning. Andelar inom grupper i procent.

	Utanför arbetsmarknaden n=297	Har sysselsättning n=2256
36 år eller äldre	46	34
Bor utanför de tre storstäderna	52	37
Gymnasieutbildning eller lägre	72	54
Första eller andra generationens invandrare	30	23

Har männen som står utanför arbetsmarknaden sämre sexuell hälsa jämfört med övriga män? Från den återkommande undersökningen om välfärd (ULF) kan vi i en publikation från 2006 läsa att just lågutbildade och personer med utländsk bakgrund har en genomgående sämre hälsa än högutbildade och personer med svensk bakgrund (SCB 2006). I samma undersökning tittade man även på regionala skillnader i hälsa och fann att resultatet pekade åt olika håll. Viss ohälsa, t.ex. psykiska besvär, är mer förekommande i storstäder, medan långvariga sjukdomar var mer förekommande i mindre tätbebyggda delar av landet. Liknande resultat kan man finna i en rapport om homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation (FHI 2005). Rapporten visar att den fysiska hälsan (t.ex. besvär av värk) var sämre bland homosexuella män som hade kortare utbildning och som levde i mindre städer/landsbygd. Hur det ser ut med sexuellt risktagande och preventiva behov bland männen som står utanför arbetsmarknaden är dock relativt okänt. Vi har därför särskilt beaktat dessa män då vi gjort de analyser som rapporten bygger på.

I tabell 2.5 kan man läsa att andelen första- och andragenerationens invandrare (d.v.s. de som anger att de själva eller någon av deras föräldrar är utlandsfödda) utgör en dryg fjärdedel av data-materialet. De flesta av dessa män har sina rötter i något av de nordiska länderna. Bland de 163 män som invandrat efter 15 år ålder har de flesta invandrat från ett annat nordiskt land (40 procent). Därefter kommer de invandrade från resterande delar av Europa (29 procent). Av de utomeuropeiska invandrarna kommer de flesta

från Latinamerika, Mellanöstern eller Asien. Tyvärr är de specifika invandrargrupperna för små för att meningsfullt kunna användas i en statistisk analys. Liksom männen utanför arbetsmarknaden är även männen med rötter utanför Sverige en grupp som vi behöver mer kunskap om inom hivpreventionen. Vi har i våra analyser därför särskilt tittat på om första- och andragenerationens invandrare är överrepresenterade när det gäller sexuellt risktagande. I kapitel sex har vi dessutom uppmärksammat preventiva behov bland män som invandrat till Sverige.

### Hur männen definierar sig sexuellt

I en undersökning som handlar om sexualitet är frågor som berör sexuell identitet brukliga. Ett problem är hur frågan skall ställas? I den senaste stora svenska sexvaneundersökningen (Lewin et al. 1998) ställdes ingen explicit fråga om sexuell identitet. Istället efterfrågade man männens erfarenheter av samkönad attraktion, förälskelse, sexuella fantasier samt sexuella erfarenheter. I MSM-enkäten 2006 ställdes både frågan om självdefinition och frågor om faktiska erfarenheter. Genom att jämföra svaren mellan dessa frågor framträder en mångfasetterad bild. Vi börjar med att titta på hur männen definierar sig själva sexuellt.

*Tabell 2.7 Hur männen definierar sig sexuellt, andelar inom åldersgrupper i procent. N=2560.*

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 och äldre
Homosexuell	68	81	81	74
Bisexuell	20	11	14	20
Heterosexuell	2	2	1	2
Queer	4	2	0	1
Experimentell	4	3	4	3
Annat	2	1	0	0
TOTALT	100	100	100	100

Majoriteten av männen i alla åldersgrupper betraktar sig själva som homosexuella. Bland männen i den yngsta och den äldsta åldersgruppen finner vi betydligt fler bisexuella. I den studie som

genomfördes 1998 framträdde en liknande bild när det gäller de yngsta männen (Tikkanen & Månsson 1999).

I tabell 2.7 kan man dessutom se att det är en mycket liten del av männen som definierar sig som heterosexuella, queera eller experimentella.<sup>1</sup> De män som ingår i studien är med andra ord till stora delar självidentifierade homo- eller bisexuella män. Inom det hiv-preventiva arbetet – och även i denna rapport – används begreppet män som har sex med män (MSM). Syftet med begreppet är att inkludera män som inte betraktar sig som homo- eller bisexuella men som trots detta har sex med andra män. Mot bakgrund av den relativt höga andelen självidentifierade homo- eller bisexuella män i studien finns det anledning att problematisera den utbredda, och oftast oreflekterade, användningen av MSM-begreppet. Vi återkommer till detta i kapitel fyra.

*Tabell 2.8 Sexuella kontakter med män och kvinnor under det senaste året, andelar inom åldersgrupper i procent. N=2562.*

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 och äld- re
Alltid män	76	82	81	78
Oftast män men ibland kvinnor	12	7	7	7
Ungefär lika ofta män som med kvinnor	3	2	3	3
Oftast med kvinnor men ibland med män	5	5	7	8
Alltid med kvinnor	2	2	0	1
Inga sexuella kontakter senaste året	2	2	2	3
TOTALT	100	100	100	100

Vi har hittills talat om hur männen definierar sig själva. Hur ser deras sexuella erfarenheter ut med män respektive kvinnor? I tabell 2.8 ser vi hur de svarande beskrivit sina sammanlagda erfarenheter under det senaste året.

<sup>1</sup> Då vi ställde frågan om hur männen definierade sig själva använde vi samma svarsalternativ som man använder inom Quiser. Det finns inom Quiser ingen precision av vad experientell eller queer egentligen innebär.

Andelen som haft sexuella kontakter med både män och kvinnor det senaste året utgör en knapp femtedel av männen. Här skiljer sig de yngsta männen från övriga män i studien på så sätt att 22 procent av de yngsta männen haft kvinnliga sexuella kontakter under det senaste året (andelen är signifikant lägre inom de övriga tre åldersgrupperna).

En intressant iakttagelse man kan göra bland dem som har erfarenheter av kvinnliga partner är att det i samtliga åldersgrupper är en relativt stor andel som angett att de oftare haft sex med kvinnor än män (jämfört med ungefär lika ofta män som kvinnor). Om man inkluderar dem som alltid haft sex med kvinnor får vi en grupp män som i enkäten angett att de oftast eller alltid under det senaste året haft sex med kvinnor (178 män, totalt sju procent av dem som svarat på enkäten). Vilka är dessa män? En närmare analys visar att man bland dessa män finner i stort sett alla dem som betraktar sig som heterosexuella. Även en stor andel (hälften) av dem som betraktar sig som experimentella återfinns bland dessa 178 män. Vi kan dessutom se att en mycket stor andel (75 procent) av dem som lever i en parrelation med en kvinna finns inom denna grupp. Här kan man tala om en grupp män som man de facto kan benämna som MSM – de betraktar sig inte som homo- eller bisexuella men har erfarenheter av sexuella kontakter med båda könen. Läsaren bör påminnas om att alla män som ingår i det empiriska underlaget för denna rapport har någon gång haft sex med en annan man (se tabell 1.1). Då vi analyserat olika riskhandlingar har vi särskilt beaktat de heterosexuella och experimentella männen för att se om de är över- eller underrepresenterade när det gäller olika riskhandlingar.

Hur är det med männen som betraktar sig som queer? Kan de på liknande villkor som de experimentella och heterosexuella sägas tillhöra gruppen MSM? Om vi går tillbaka till tabell 2.7 kan vi notera att det finns en liten grupp på ett par procent som definierar sig själva som queera. En närmare analys av dessa 46 män visar att de allra flesta under det senaste året haft sexuella kontakter uteslutande med andra män. Ingen lever i parrelation med en kvinna. Detta ger oss anledning att fundera över i vilket avseende dessa

män är queera. Kan deras queera självdefinition vara ett uttryck för en anti-identitet eller en markering att man faller utanför könsdikotomin man/kvinna? Eller är det en protest mot en heteronormativ syn på sexualitet? Enkäten ger dock inga svar på dessa intressanta frågor men det som framkommer talar mot att inkludera dem i MSM-begreppet under samma villkor som de experimentella och de heterosexuella männen.

I enkäten frågade vi männen om hur många manliga respektive kvinnliga sexpartner de haft under de senaste tolv månaderna. Dessa frågor ger en bild av omfattningen av sexuella kontakter, något som frågorna om det senaste sextillfället inte ger svar på.

*Tabell 2.9 Antal manliga och kvinnliga sexpartner under det senaste året. Medelvärde och standardavvikelse.*

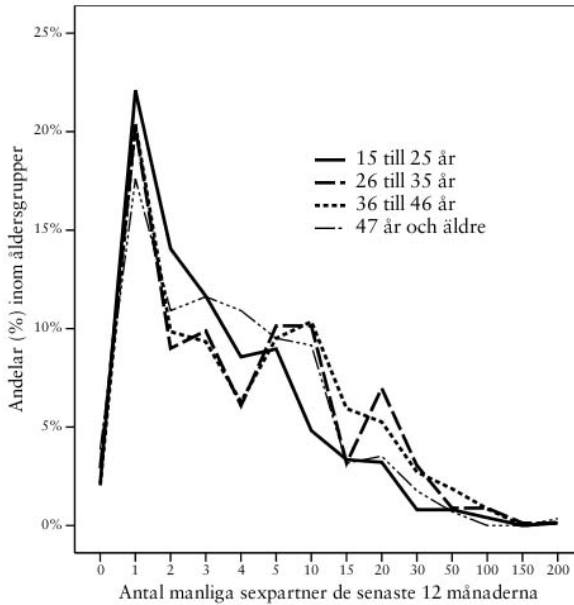
	<i>Medelvärde antal män (standardavvikelse) n=2347</i>	<i>Medelvärde antal kvinnor (standardavvikelse) n=302</i>
15–25 år	7 (13.3)	5 (15.0)
26–35 år	10 (16.6)	4 (6.9)
36–46 år	11 (26.5)	2 (1.7)
47–	10 (28.3)	2 (3.4)

I tabell 2.9 kan vi se medelvärden och standardavvikelser för antal manliga och kvinnliga partner under de senaste tolv månaderna. Vi börjar med att titta på antalet manliga partner. De allra flesta av männen i studien rapporterar att de haft manliga sexpartner under det senaste året. Endast 63 män saknar sådana erfarenheter. I stort sett alla dessa 63 män definierar sig som homo- eller bisexuella. De heterosexuella och experimentella – som vi tidigare talat om – har i stort sett alla haft manliga sexpartner under det senaste året. Däremot har nästan hälften av dessa heterosexuella och experimentella män inte haft en kvinnlig sexpartner under det senaste året, vilket inte helt stämmer överens med hur de uppgett i en tidigare fråga.

Som framkommer i tabell 2.9 (och i figur 2.3) har männen i den yngsta åldersgruppen haft färre antal manliga partner under det senaste året jämfört med övriga män. Utifrån standardavvikelserna kan vi se att det finns en större spridning inom de två äldsta ål-

dersgrupperna, vilket betyder att det finns större skillnader mellan männen inom dessa grupper när det gäller antalet partner.

Figur 2.3 Antal manliga sexpartner, andelar inom åldersgrupper i procent. N=2410



I figur 2.3 kan man se att när det gäller de män som haft fler än femton partner är andelarna i den äldsta och den yngsta åldersgruppen ungefär lika stora, vilket betyder att de två mellangrupperna liknar varandra när det gäller andelen män som haft ett större antal manliga sexpartner.

Drygt en tiondel av männen i studien har haft en kvinnlig sexpartner under de senaste tolv månaderna. Medelvärde för antal kvinnliga partner är i alla fyra åldersgrupperna betydligt längre än motsvarande siffror för manliga partner. En jämförande analys visar att man inte kan dra några slutsatser om skillnader mellan åldersgrupperna. Man kan i tabell 2.9 däremot se att det finns en betydligt större spridning av antalet kvinnliga sexpartner inom den yngsta åldersgruppen.

I den senaste svenska befolkningsbaserade sexualvaneundersökningen gjorde man noggranna analyser av de personer som hade haft ett stort antal sexpartner (Lewin et al. 1998). Man valde att lyfta ut de tio procent som haft flest sexpartner och kalla dem superaktiva. De superaktiva männen hade i denna studie haft 29 eller fler samlagspartners under hela sin livstid. I studien fann man klara indikatorer på att deras livsstil kan innebära hot mot deras egen och deras partners hälsa (Lewin et al. 1998 s. 70). I en undersökning av sexuella livsstilar och riskbeteenden bland män som har sex med män, som genomfördes 1998, hade de superaktiva männen haft över 20 sexualpartner det senaste året (Tikkanen & Månsson 1999). I samma studie kunde man se att andelen som haft oskyddat samlag med tillfällig partner var betydligt högre bland de superaktiva jämfört med övriga män. I MSM-enkäten 2006 har de superaktiva männen haft 20 manliga partner eller fler under det senaste året, d.v.s. en siffra som stämmer mycket väl överens med den studie bland MSM som genomfördes 1998 (Tikkanen & Månsson 1999). Superaktiviteten när det gäller antal kvinnliga sexpartner ser dock annorlunda ut. Här har de superaktiva haft fem kvinnliga sexpartner eller fler under det senaste året. Vid en jämförande analys kan vi se att en fjärdedel av dem som är superaktiva när det gäller kvinnliga partner även är superaktiva när det gäller antalet manliga sexpartner. Vi väljer att i våra fortsatta analyser endast fokusera på dem som är superaktiva när det gäller manliga sexpartner. Den gruppen är relativt stor och omfattar totalt 321 män.

I tabell 2.10 har vi skiljt ut de 321 män som kan benämnas som superaktiva. I de två kolumnerna jämför vi hur dessa två grupper fördelar sig över några av bakgrundsvariablerna. Man kan i tabellen se att de två grupperna fördelar sig olika när det gäller ålder. Av de 321 superaktiva männen är 42 procent mellan 26 och 35 år. Vi kan också se att en stor andel av de superaktiva (78 procent) bor i en av de tre storstäderna, vilket skall jämföras med 59 procent bland de övriga männen. Slutligen kan vi i tabellen se att 85 procent av de superaktiva är självidentifierade homosexuella män. Motsvarande siffra bland de icke-superaktiva är 77 procent. När



det gäller övriga bakgrundsvariabler finns inga väsentliga skillnader mellan de två grupperna.

*Tabell 2.10 Superaktiva män jämfört med de icke-superaktiva männen. Andelar inom grupper i procent.*

	<i>Superaktiva (20 partner eller fler) n=321</i>	<i>Icke-superaktiva (färre än 20 partner) n=2026</i>
15 till 25 år	21	33
26 till 35 år	42	31
36 till 46 år	27	24
47 år och äldre	10	12
Boende i Stockholm, Göteborg eller Malmö	78	59
Homosexuell	85	77
Bisexuell	11	16
Heterosexuell eller experimentell	2	6

Med utgångspunkt i tabell 2.10 kan man konstatera att en superaktiv man oftast är en man i trettioårsåldern bosatt i en storstad och betraktar sig själv som homosexuell. Vi har i våra analyser av risktagande särskilt beaktat de superaktiva männen.

### Männen som lever i parrelation

Inom forskningen om sexuellt risktagande bland MSM har relationsfaktorn varit den mest tydliga när det gäller att förklara och förstå förekomsten av oskyddade anala samlag. I en intervjustudie framkom att män betraktar det kondomlösa samlaget inom en relation som en symbolisk intimitetshandling, som definierar relationen männen emellan (Tikkanen 2003). Kondomen kan betraktas som en ”intimitetsregulator” där närvaro eller frånvaro fungerar som en symbolisk markör för emotionell intimitet. Genom att inte använda kondom definieras relationen som intim och äkta. Att sluta använda kondom inom parrelationen har för männen en särskild betydelse som intimitetsmarkör. De sexuella handlingarna blir i och med det oskyddade samlaget överensstämmande med den emotionella intimitet som finns männen emellan (se Tikkanen 2003).

I ovan nämnda intervjustudie framkom även att kondomen har en avgränsande funktion, vilket paret använder för att göra de sexuella handlingarna inom relationen unika. Avgränsningen blir tydlig när paret kommit överens om att tillåta sexuella kontakter utanför parrelationen. Kondomen spelar då en viktig roll i den differentiering männen gör mellan sex inom respektive utanför kärleksrelationen. Intervjustudien visar att i de fall männen har anala samlag utanför relationen används i regel kondom. På så sätt avgränsas den ”riktiga” sexualiteten inom relationen – där man har oskyddade samlag – från ”annat slags sex” utanför relationen – där man använder kondom. Kondomen fyller på så sätt två viktiga funktioner: den skyddar paret från hiv samt bevarar den intimitet som männen skapat sinsemellan. Flera studier visar att oskyddade samlag förekommer betydligt oftare inom stadiga relationer än vid tillfälliga kontakter (se t.ex. Elford et al. 1999 eller Kippax 2002). I kapitel fem – som har ett fokus på sexuellt risktagande – kommer vi att närmare betrakta hur kondomanvändningen ser ut bland de män som lever i parrelation med en annan man. I detta kapitel ger vi en första inledande bild av männen.

*Tabell 2.11 Lever för närvarande i relation, andelar inom åldersgrupper i procent.  
N=2558.*

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 och äldre
Ja, med en man	31	37	40	32
Ja, med en kvinna	4	4	7	11
Ja, med flera personer	2	3	2	3
Nej	63	56	51	54
TOTALT	100	100	100	100

I tabell 2.11 kan vi se att knappt hälften av männen i studien lever i någon slags relation samt att det finns en skillnad mellan den yngsta åldersgruppen och de tre äldre. Om man separat studerar den yngsta gruppen ser man att andelen som lever i en parrelation ökar efter tjugofemårsåldern för att sedan närma sig nivån i de övriga åldersgrupperna. Vi kan i tabellen också se att bland de två äldsta åldersgrupperna finner vi en högre andel män som lever i en parrelation med en kvinna.

Vi kan i tabellen även se att det finns en liten grupp män som lever i relation med flera personer. Denna grupp utgör en lika stor proportionell andel inom alla fyra åldersgrupperna. Att homo- och bisexuella män konstruerar familjekonstellationer som skiljer sig från den traditionella tvåsamhetsmodellen har under de senaste decennierna beskrivits av flera forskare (se t.ex. Blumstein & Schwartz 1983, McWhirter & Mattison 1984 eller Weeks et al. 2001). Weeks et al. (2001) menar att samkönade par delvis är fränkoppade traditionella normer om par- och familjebildningar, vilket ger dem möjligheter att själva utforma familjekonstellationer och parrelationer. Weeks et al. använder begrepp som *self-invention*, *families of choice* och *life experiments* för att beskriva de familjebildningar som faller utanför det heterosexuella normsystemet.

Något som tydligt bryter mot den heteronormativa föreställningen om tvåsamhet är att ha överenskomna sexuella relationer utanför parrelationen. Den tidigare nämnda intervjustudien med manliga par visade att drygt hälften av paren har erfarenheter av sexuella kontakter utanför relationen (Tikkanen 2003). I de flesta fall hade man kommit överens om att endast tillåta gemensamma sexuella erfarenheter i form av så kallade trekanter. Parstudien visade också att de flesta män som tillät sexuella kontakter utanför relationen använde strategier för att särskilja sexualiteten utanför relationen från den inom parrelationen. För det första knöt de en annan betydelse än den gängse till begreppet monogami. De definierade sig som monogama trots att de hade gemensamma sexuella erfarenheter utanför relationen. Monogami baserades på emotionell trohet, inte på sexuell exklusivitet. Att båda deltog då de hade sex utanför relationen innebar att de utövade en ömsesidig kontroll över att överenskommelserna om intimitet hölls. För det andra differentierades sexualiteten utanför relationen från den inom parrelationen genom att sex med andra sågs som något som kvalitativt avviker från sex med den man älskar. Sex utanför relationen var med andra ord "inte riktig sex".

Eftersom kondomen spelar en viktig roll i differentieringen mellan sex inom och utanför kärleksrelationen, kommer vi i kapitel fem att närmare studera kondomanvändningen utanför parrelationen.

Låt oss i detta kapitel nöja oss med att titta närmare på hur erfarenheterna av att ha sex utanför parrelationen ser ut.

I tabell 2.12 har vi valt ut de män som lever i parrelation med en annan man. Vi har därefter tittat på deras erfarenheter av att ha sexuella kontakter utanför relationen.<sup>1</sup>

*Tabell 2.12 Har för närvarande sexuella kontakter utanför parrelationen andelar inom åldersgrupper i procent. N=899.*

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 och äldre
Tillfälliga partner	15	27	34	46
Knullkompis/ar eller älskare/älskarinna/or	11	15	24	23
Inga sexuella kontakter utanför relationen	76	62	48	36

I svaret fanns det möjlighet att ange om man både har tillfälliga partner och återkommande partner utanför relationen. Detta medför att summorna i kolumnerna i tabell 2.12 överstiger hundra procent. Inom den yngsta åldersgruppen har 24 procent av dem som lever i parrelation sex utanför relationen, inom nästa åldersgrupp (26 till 35 år) är andelen 38 procent. Andelarna i de två äldsta åldersgrupperna är betydligt högre (52 procent i den näst äldsta och 65 procent i den äldsta). Även tidigare studier visar ett positivt samband mellan ålder, parrelationens längd och huruvida man tillåter sexuella kontakter utanför relationen (Tikkanen & Månsson 1999).

Tyvärr kan man inte utifrån MSM-enkäten 2006 uttala sig om huruvida männens sexuella kontakter utanför relationen är överenskomna. Det finns dock rimlig anledning att anta att en stor andel av de sexuella kontakterna bland dem som svarat på MSM-enkäten 2006 sker med partnerns kännedom och tillåtelse. Flera studier har visat att sådana överenskommelser är vanligt förekommande inom manliga parrelationer (Blumstein & Schwartz 1983,

<sup>1</sup> Frågan var ställd i presens: ”Har du sexuella kontakter utanför er relation?”

McWhirter & Mattison 1984, Tikkanen & Månsson 1999, Kippax 2002).

## Kontakter med homosamhället

Vi närmar oss nu slutet av detta kapitel. För att bilden av männen i studien skall bli tydligare skall vi även se på de kontakter männen har med homosamhället.<sup>1</sup> Dessa kontakter är också något som vi återkommer till i rapportens sjätte kapitel, där vi identifierar vilka kanaler man kan använda för att nå särskilda undergrupper av män.

I enkäten ställde vi nitton frågor som på olika sätt berör kontakter med homosamhället. I en stor del av dessa frågor fick respondenten möjlighet att skatta sina kontakter på en skala som sträcker sig från ”varje dag” till ”inte gjort under det senaste året”. Vi börjar med männens kontakter med skriven media.

*Tabell 2.13 Kontakt med homomedier under det senaste året andelar inom åldersgrupper i procent. N=2314, 2229 och 2202.*

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 och äldre
Läst QX	76	86	80	78
Läst Kom Ut	32	51	55	56
Läst lokal RFSL-medlemstidning	20	25	28	34

Tidningen QX ges ut av samma förlag som äger Qruiser. En stor del av de reportage och nyheter som publiceras digitalt återfinns även i papperstidningen QX. Det finns därför en risk att även den digitala tidningen tolkats in i svaret som männen lämnat.<sup>2</sup> Vi kan i tabellen se att en mycket stor andel av männen i studien läser just tidningen QX. När det gäller RFSL:s tidningar når den nationella tidningen Kom Ut till ungefär hälften av männen. Detta hänger naturligtvis samman med att Kom Ut är en tidning som skickas hem till de RFSL-medlemmar som begärt det.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Vi använder samlingsbegreppet homosamhälle för de mötesplatser, medier och sociala nätverk där homo- och bisexuella män möts.

<sup>2</sup> I enkäten preciserar vi dock genom att skriva ”Papperstidningen QX”.

<sup>3</sup> En digital version som innehåller delar av Kom Ut finns via RFSL:s hemsida. Dessutom delas tidningen ut gratis på vissa träffställen.

Tabell 2.14 Kontakter med organisationer, andelar inom åldersgrupper i procent.  
N=2244, 2298 och 2226.

	15-25 år	26-35 år	36-46 år	47 och äldre
Besökt RFSL-arrangemang under det senaste året	32	38	31	37
Är eller har varit medlem i RFSL	29	50	58	59
Är eller har varit medlem i annan organisation för homo- och bisexuella	17	23	28	31

Vi kan i tabellen se att erfarenheten av att besöka bar, kafé eller fest på en RFSL-avdelning är ungefär lika stor inom alla fyra åldersgrupperna. Däremot finns det skillnader då man jämför dem som bor i någon av de tre storstäderna med resten av landet. Utanför städerna är det fler – oavsett ålder – som under det senaste året besökt en RFSL-avdelning. Detta visar att RFSL fyller en social funktion i de delar av Sverige där andra mötesplatser i regel saknas. Liknande skillnader mellan stad och land finner man då man tittar på dem som är eller har varit medlemmar i RFSL. Medlemskap i RFSL är för övrigt något som även skiljer männen i de olika åldersgrupperna åt. Liknande ålderskillnader ser vi när det gäller medlemskap i andra organisationer. Sådana organisationer kan vara t.ex. SLM (Scandinavian Leather Men) och EKHO (Ekumenisk grupp för kristna homo- och bisexuella).

Tabell 2.15 Besök på pridfestivaler och gaybarer senaste året, andelar inom åldersgrupper i procent. N=2314 respektive 2290.

	15-25 år	26-35 år	36-46 år	47 och äldre
Besökt Pride eller Malmö regnbågsfestival under det senaste året	38	50	47	43
Besökt gaybar	73	85	78	68

I tabell 2.15 kan vi se att en mycket stor del av männen i studien besöker en pridfestival. Det visar hur effektivt det är att använda dessa tillfällen att nå ut med hivprevention. Under Stockholm Pride 2007 genomfördes en särskild satsning på hiv- och STI-testning där

möjligheter gavs att testa sig. Insatsen har undersökts och utvärderats med två enkäter och resultaten presenteras under 2008.<sup>1</sup>

I tabellen kan vi även se att erfarenheterna av att någon gång under det senaste året besöka en gaybar skiljer sig något mellan de olika åldersgrupperna.<sup>2</sup> Att männen i de två mellangrupperna är mer frekventa barbesökare bekräftas i en variansanalys av hur ofta man besökt dessa etablissemang under det senaste året.<sup>3</sup> Hur skiljer sig männen i storstad från dem i övriga delar av landet? Resultatet är det förväntade, nämligen att andelen barbesökare är betydligt större inom storstadsgruppen.

*Tabell 2.16 Besöker sexfrekventa miljöer, andelar inom åldersgrupper i procent.  
N=2260, 2238 och 2257.*

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 och äldre
Besökt videoklubb/sexbio	12	30	41	42
Besökt gaysauna/bastuklubb	6	18	26	26
Besökt ragningsplats	19	24	38	41

En del av det som kan benämnas homosamhället är de miljöer som ibland kallas erotiska oaser (se Henriksson 1995) eller sexfrekventa miljöer (se Knutagård & Eriksson 2006). En sexfrekvent miljö kan enklast beskrivas som en mötesplats för homo- och bisexuella män (och andra män som har sex med män) som antingen kan vara en kommersiell inrättning (t.ex. en videoklubb/sexbio) eller en del av det offentliga rummet (t.ex. en park). Fenomenet har under de senaste decennierna beskrivits av flera forskare inom sociologi (se t.ex. Humpreys 1970 eller Nilsson 1998). I tabell 2.16 ser man tydliga skillnader mellan de olika åldersgrupperna när det gäller besök i dessa miljöer. Erfarenheter av att under det senaste året ha besökt en sexfrekvent miljö är betydligt större bland de äldre männen i

<sup>1</sup> Bakom enkäten står Stophivgruppen som är en samverkan mellan Lafa, Posithiva Gruppen, RFSL, RFSL Stockholm, Smittskyddsenheten i Stockholms läns landsting samt Venhälsan. Enkäten är framtagen tillsammans med Ronny Tikkanen/MSM-enkäten. Resultatet presenteras i en rapport under 2008.

<sup>2</sup> I enkäten preciserar vi genom att skriva "gaybar/gaykafé/gaydisco".

<sup>3</sup> ANOVA,  $F=20.16$ ,  $df=3$ ,  $p<.0001$ .

studien. Skillnaderna blir än tydligare i en variansanalys.<sup>1</sup> Ju äldre man är desto högre besöksfrekvens.

Tabell 2.17. Erfarenheter av mötesplatser på internet, andelar inom åldersgrupper i procent. N=2327 respektive 2298.

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 och äldre
Dagligen inloggad på Qruiser	70	69	61	71
Besöker RFSL-chatten minst några gånger per månad	12	23	28	31

Internet kan av många anledningar beskrivas som en elektronisk erotisk oas (Tikkanen 2003 och Ross 2006). Det finns flera likheter mellan mötesplatserna på internet och de erotiska oaserna utanför internet. En del av faktorerna som förklarar internetns popularitet gäller också dessa fysiska mötesplatser. Den sexuella interaktionen som sker där är oftast anonym och mötesplatserna ligger inbäddade i en offentlig miljö (t.ex. de ragningsplatser som finns i parker i större städer). Den offentliga inramningen gör det möjligt att vistas där och söka sexuella kontakter där utan att bli identifierad av utomstående som homosexuell. Liknande funktioner finns som sagt hos de elektroniska oaserna, även om anonymitetsbehovet verkar ha minskat på internet.

Det är inte förvånande att en så pass stor andel av männen är inloggade på Qruiser dagligen. Qruiser är i mångt och mycket en social arena där mängder av olika aktiviteter pågår samtidigt. RFSL-chatten skiljer sig från Qruiser i många avseenden. Kommunikationen på RFSL-chatten sker i så kallad realtid, d.v.s. när man är inloggad och befinner sig vid (eller i närheten av) datorn. På chatten finns begränsade möjligheter att bli kontaktad vid ett senare tillfälle och inte heller finns inget utrymme att spara meddelanden.<sup>2</sup> RFSL-chatten var en av de första mötesplatserna i den svenska virtuella homovärlden. Man kan på så sätt tala om chattar i allmän-

<sup>1</sup> ANOVA, F(sexbio)=57.60; F(gaysauna/bastuklubb)=33.53; F(ragningsplats)=24.80. Samliga df=3, p<.0001.

<sup>2</sup> Man kan naturligtvis använda sig av samma inloggningsnamn, eller på annat sätt göra sig igenkänd, vid ett senare tillfälle och fortsätta en påbörjad kommunikation.



het och RFSL-chatten i synnerhet som första generationens digitala träffställen. Internetcommunityn, som Qruiser, är exempel på en andra generationens mötesplatser, där både ny teknik och snabbare internetuppkopplingar gett upphov till utökade och förändrade kommunikationsmöjligheter. Det finns dessutom anledning att anta att dessa två olika mötesplatser delvis används för olika ändamål; Qruiser är mer en social (men för många dock sexuell) arena medan RFSL-chatten i högre grad är en plats där sexuella kontakter knyts.

Vi kan i tabell 2.17 se att andelen personer som använder sig av RFSL-chatten stiger med ökad ålder. En möjlig förklaring är att äldre män som besöker andra sexfrekventa miljöer även använder sig av RFSL-chatten. En jämförande analys pekar i sådan riktning.

Homosamhället består inte endast av mötesplatser och skrivna medier. Det som utgör själva grunden i homovärlden är de sociala kontakter som knyts och de vänskapsnätverk som bildas. I enkäten ställde vi därför en fråga om hur stor andel av de svarandens bekantskapskrets som består av homo- och bisexuella män. I tabell 2.18 ser vi resultatet från denna fråga.

*Tabell 2.18. Homo- och bisexuella män i bekantskapskretsen, andelar inom åldersgrupper i procent. N=2324.*

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 och äldre
Inga homo- eller bisexuella vänner	8	5	5	8
Få homo- eller bisexuella vänner	48	33	35	43
Många homo- eller bisexuella vänner	44	62	60	49
TOTALT	100	100	100	100

Vi kan se vissa mindre skillnader mellan de fyra åldersgrupperna. De yngsta och de äldsta männen tenderar att ha färre homo- och bisexuella män i sin vänskapskrets. Denna skillnad bekräftas i en variansanalys.<sup>1</sup> Dessutom visar en mer ingående analys att de hetero-

<sup>1</sup> ANOVA, F=15.27, df=3, p<.0001.

sexuella eller experimentella männen har betydligt färre sociala kontakter med homo- och bisexuella män.<sup>1</sup> Även män bosatta utanför storstadsregionerna har färre sådana kontakter.<sup>2</sup> Däremot är det ingen skillnad mellan männen som befinner sig inom respektive utanför arbetsmarknaden.<sup>3</sup>

Finns det något mönster i de kontakter männen har med homosamhället? En faktoranalys hjälper oss att se sådana mönster.<sup>4</sup> Då man utför en faktoranalys av de frågor som handlar om kontakter med homosamhället kan vi se fem bakomliggande faktorer. Dessa fem faktorer kan benämnas kontakter med det kommersiella homosamhället, kontakter med RFSL, kontakter med sexfrekventa miljöer, internetkontakter samt kontakter med mindre gayorganisationer.

Hur kan man översätta resultatet från en faktoranalys i enklare ordalag? Ett sätt är att männen har svarat på frågorna om kontakter med homovärlden enligt ett mönster. Mönstret innebär att har man svarat jakande på en specifik fråga, har man ofta svarat jakande på andra frågor. Mönstret är de fem bakomliggande faktorerna som framträder i analysen.

Den faktor som förklarar den största delen av variansen är kontakterna med det kommersiella homosamhället. Att ha kontakter med den kommersiella homovärlden innebär att läsa QX, besöka gaybarer och pridefestivaler. Inkluderat i denna faktor är även vänskapskontakter med andra homo- eller bisexuella män (som naturligtvis inte kan beskrivas i kommersiella termer). Att de män som svarat jakande på de kommersiella kontakterna även uppger att de har många homo- och bisexuella vänner kan ses om ett resultat av ett brett kontaktnät via de kommersiella arenorna.

Den andra faktorn visar att läsande av medlemsblad från RFSL, medlemskap i RFSL samt besök på RFSL-avdelning kan samman-

---

<sup>1</sup> T-test,  $t=15.60$ ,  $p<.0001$ .

<sup>2</sup> T-test,  $t=12.83$ ,  $p<.0001$ .

<sup>3</sup> T-test,  $t=1.31$ ,  $p=.192$ .

<sup>4</sup> Faktoranalys används för att försöka förklara samvariationen mellan olika variabler med hjälp av en bakomliggande sammanhållande variabel (faktor).

fattas i den bakomliggande sammanhållande faktorn ”kontakter med RFSL”. Den tredje sammanhållande faktorn inkluderar kontakter med videoklubbar, gaysaunor samt övriga fysiska raggingsplatser. Den fjärde faktorn innefattar besök på svenska och utländska homomötesplatser på internet.<sup>1</sup> Den sista faktorn, som förklarar den minsta delen av variansen, omfattar medlemskap i andra organisationer än RFSL samt att man i mindre omfattning är inloggad på Quiser.

I det preventiva arbetet kan en faktoranalys vara användbar då man vill förstå vilka arenor som används av samma person. Genom att välja arenor som besöks av olika typer av män har man större möjligheter att arbeta preventivt på bred front. Rent konkret innebär detta att man i en bred ansats bör kombinera kommersiella kanaler, arbete inom olika HBT-organisationer, internet och uppsökande arbete i sexfrekventa miljöer.

I detta avsnitt har vi översiktligt presenterat de kontakter männen har med homosamhället. Vi har dels sett att kontakterna skiljer sig åt beroende på hur gammal man är, dels att det går att urskilja olika mönster i kontakterna med homosamhället. I kapitel sex kommer vi på nytt att ta upp männens kontakter med homosamhället. I det kapitlet kommer vi att fokusera på olika undergrupper av män, bland annat de män som har erfarenhet av riskhandlingar när det gäller hiv.

### Vilka män har inte nåtts av enkäten?

Vilka är de män som inte nåtts av enkäten? Detta är naturligtvis svårt att till fullo besvara eftersom man inte känner till hur totalpopulationen ser ut. Svårigheten att åstadkomma representativa urval av MSM har konstaterats av flera andra forskare inom området (se till exempel Nilsson Schönnesson & Dolezal 1998 eller Månsson 1998).

Om man kritiskt granskar datamaterialet kan man se att vi inte helt lyckats nå vissa grupper av män. Som tidigare nämnts har vi

---

<sup>1</sup> Quiser ingår inte i denna faktor. Faktum är att användandet av Quiser är så utbrett att det inte kan hänföras till en särskild grupp män.

inte nått äldre män i samma utsträckning som vi nått de yngre. En förklaring kan som sagt vara att andelen internetanvändare generellt är större bland den yngre delen av befolkningen. Att använda internet som rekryteringsbas för studien har däremot med all sannolikhet ökat andelen män som vi inte skulle ha nått via andra kontaktytor i homosamhället. Den enkla anledningen är att denna mötesplats på internet erbjuder möjlighet till experimenterande och prövande i en miljö som är oberoende av var man bor och hur man definierar sig sexuellt. Emellertid är andelen som bor utanför storstadsregionerna relativt liten i jämförelse med den förmodade andelen män inom totalpopulationen som lever där. Detta blir extra tydligt då man gör en regional indelning av materialet.

Ett sätt att få grepp om datamaterialets kvalitet är att jämföra det med liknande undersökningar. Vi börjar med vårt grannland Danmark. Den danska frivilligorganisationen Stop AIDS har tillsammans med Danska Statens Serums Institut sedan millennieskiftet genomfört undersökningar av sexvanor och hivrisktaganden bland män som har sex med män. I deras undersökning från år 2000 kan man se att de, jämfört med vår studie, i högre grad nått en äldre grupp män. Däremot är endast några få procent av männen under 20 år (Halgreen & Glindvad Kristensen 2001). Skevheter när det gäller hög utbildningsnivå finns även i de danska undersökningarna. Två tredjedelar av männen i studien från år 2000 är bosatta i Storköpenhamn. I den senaste undersökningen 2006, där man satade på internet som insamlingsarena, blev den geografiska spridningen dock betydligt bättre (Haff & Cowan 2007). Hela 44 procent av dem som svarat på det senaste danska enkäten bor i mindre eller medelstora städer.

Inom det brittiska Sigma-projektet samlar man årligen in enkäter bland brittiska homo- och bisexuella män. I den enkät man genomförde 2005 är åldersfördelning i stort densamma som i MSM-enkäten 2006 (Hickson et al. 2007). Den brittiska enkäten har, liksom MSM-enkäten 2006, i högre grad lyckats nå yngre män. Endast tio procent av de brittiska männen var 50 år eller äldre. De brittiska forskarna rapporterar även högre utbildningsnivå bland männen jämfört med den brittiska manliga befolkningen i stort.

Undersökningens resultatet pekar dessutom mot att männen i studien har högre inkomst än män i allmänhet.

Mycket pekar mot att de skevheter som finns i MSM-enkäten även existerar i andra internationella studier. Graden av skevhet i vårt material är svårt att uttala sig om eftersom det inte finns några nationella siffror hur gruppen MSM i Sverige ser ut när det gäller olika bakgrundsvariabler. Evans et al. (2007) har i en artikel jämfört en internetundersökning av MSM med en befolkningsbaserad undersökning där frågor om samkönad sex ingick. Jämförelsen kan ge en fingervisning om vilka grupper man når, respektive inte når, i undersökningar liknande vår. Forskarna visar i sin jämförande analys att det inte fanns några direkta skillnader mellan de två undersökningsvägarna när det gäller etnicitet, social klass, utbildningsnivå eller sysselsättningsgrad. Däremot var männen som rekryterats till internetstudien yngre och i högre grad boende i London. Evans et al. fann också att internetgruppen rapporterade mer sexuellt risktagande än männen i den befolkningsbaserade undersökningen. Forskarna drar slutsatsen att man genom internet når en grupp MSM som i mångt och mycket liknar den man kan nå i befolkningsbaserade undersökningar som bygger på sannolikhetsurval. De skevheter som kan uppstå är att internetundersökningar i högre grad når yngre personer samt att förekomsten av sexuellt risktagande kan bli något överskattat.



### 3. HIV OCH STI

I detta kapitel presenteras resultaten från analysen av de frågor i enkäten som handlar om hivtest samt test eller behandling av sexuellt överförda infektioner (STI). I enkäten finns elva frågor som berör dessa områden. Sammantaget ger svaren på frågorna en bild av vilka erfarenheter männen har av hiv- och STI-test samt de utmaningar som det hivpreventiva arbetet ställs inför.

#### Männens uppfattade hivstatus

En central fråga är hur männen uppfattar sin hivstatus. I enkäten ställdes frågan om uppfattad hivstatus innan frågan om hivtest. Det har därför varit möjligt att vi har män som uppger att de är hivnegativa men senare i enkäten anger att de inte hivtestat sig. Likaväl har vi män som är osäkra på sin hivstatus trots att de hivtestat sig nyligen.

*Tabell 3.1 Uppfattad hivstatus, andelar inom åldersgrupper i procent. N= 2386.*

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 och äldre
Hivnegativ	83	86	84	86
Hivpositiv	0	2	8	7
Osäker/vet inte	17	12	8	7
TOTALT	100	100	100	100

Drygt åtta av tio män uppfattar sin hivstatus som hivnegativ. Som tydligt framkommer i tabellen ovan minskar andelen som är osäkra på sin hivstatus med ökad ålder. Vad kan man mer säga om dem som är osäkra på sin hivstatus? Drygt hälften av de osäkra männen har någon gång hivtestat sig. Vi kan dock se att erfarenheterna av

hivtest skiljer sig åt mellan de olika åldersgrupperna. Ju äldre man är desto större andel av de osäkra har någon gång hivtestat sig. Kan osäkerheten bland dessa hivtestade män vara relaterad till att det gått en tid sedan man tog det senaste testet? Vid en närmare analys framträder en tve tydlig bild. Bland de osäkra inom de två äldsta åldersgrupperna finner man att över hälften testat sig för mer än två år sedan. Bland de osäkra inom de två yngre åldersgrupperna har de som hivtestat sig gjort så under de senaste två åren. Det går med andra ord inte att göra en direkt sammankoppling mellan hur lång tid som gått sedan hivtestet och osäkerhet på den egna hivstatusen. Att vara osäker på sin hivstatus kan naturligtvis vara en följd av att man utsatt sig för en eller flera risker för hivöverföring, vilket vi kommer att se i kapitel fem.

Innan vi för tillfället lämnar männen som är osäkra på sin hivstatus skall vi kortfattat beskriva dem utifrån några bakgrundsvariabler.<sup>1</sup> De som är osäkra på sin hivstatus skiljer sig från övriga män endast i två avseenden: de är yngre samt lever i mindre omfattning i en parrelation med en man. Det framträder inga andra skillnader när det gäller bostadsort, utbildningsnivå, sysselsättning, sexuell identitet eller invandrarskap.

Andelen hivpositiva män i datamaterialet utgör fyra procent. Om detta är en spegling av prevalensen inom populationen MSM i Sverige är svårt att med säkerhet uttala sig om. Vi kan i tabell 3.1 se att det finns skillnader mellan de fyra åldersgrupperna, vilket man även ser då man betraktar medelåldern; bland de hivpositiva männen är den drygt tio år högre jämfört med resterande män.<sup>2</sup> På vilka andra sätt skiljer sig de hivpositiva männen från övriga män i studien? En närmare analys visar att de hivpositiva männen oftare är bosatta i någon av de tre storstäderna, betraktar sig själva i högre grad som homosexuella samt har i regel haft sexuella kontakter uteslutande med andra män.

---

<sup>1</sup> Med hjälp av en diskriminantanalys har vi sett vilka variabler som tydligast skiljer dem som är osäkra på sin hivstatus från dem som känner sin hivstatus (som negativ eller positiv).

<sup>2</sup> Median= 42, standardavvikelse=8.45.



Hivpositiva män är en mycket viktig grupp att synliggöra inom hivpreventionen. Rees et al. (2004) pekar ut hivpositiva män som en särskild utsatt grupp som hivpreventionen bör lägga extra kraft på att nå med behovsmatchade hivpreventiva insatser (se Tikkanen 2007). Vi kommer därför att särskilt uppmärksamma de hivpositiva männen behov i rapportens sjätte kapitel.

### Erfarenheter av att hivtesta sig

Vi har konstaterat att de allra flesta av männen betraktar sig själva som hivnegativa, en dryg tiondel av männen är osäkra på sin hivstatus samt att en mindre andel är hivpositiva. Vilka erfarenheter har männen av hivtest? Kan man urskilja olika slags testbeteenden bland männen? Vi börjar med att se hur många som någon gång har hivtestat sig.

*Tabell 3.2 Har hivtestat sig, andelar inom åldersgrupper i procent. N=2386.*

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 och äldre
Ja	53	82	88	80
Nej	47	18	12	20
TOTALT	100	100	100	100

Vi kan i tabell 3.2 se att erfarenheterna skiljer sig åt mellan de allra yngsta och de äldre. Bland dem som är äldre än 25 år har drygt åtta av tio män någon gång hivtestat sig. I tabellen kan vi även se att ungefär hälften av de yngre männen aldrig gjort ett hivtest. Är de siffror vi ser i tabellen höga eller låga? Den internationella forskningen visar olika siffror när det gäller andelen hivtestade inom MSM-gruppen. De skilda siffrorna beror delvis på hur man rekryterat männen till studierna. De studier där man använt hälsomottagningar som rekryteringsbas visar av naturliga skäl en högre andel hivtestade jämfört med till exempel interbaserade studier. Flowers och Church (2002) har gjort en forskningsöversikt över testningsprevalensen bland MSM. Andelen testade i de 27 studier som ingår i analysen ligger mellan trettio till närmare hundra procent. Det är som sagt svårt att tolka skillnaderna mellan dessa studier eftersom de skilda siffrorna delvis är ett resultat av studiernas metodologiska upplägg. Däremot menar forskarna att de kan ur-

skilja en skillnad i testerfarenhet mellan storstad och mindre städer, där andelen hivtestade är högre i de större städerna. Forskarna ger ingen förklaring till dessa skillnader. Vi kan dock se en förklaring i att MSM-inriktade hälsomottagningar oftast finns i större städer samt att närheten till sådana mottagningar har betydelse när det gäller hur pass lättillgänga hivtest är för MSM-gruppen. Dessutom finns det anledning att anta att dessa specialinriktade mottagningar har ett bemötande som är anpassat efter de specifika behov som finns bland MSM, vilket kan minska tröskeln att ta ett hivtest.

Männen som inte hivtestat sig är av naturliga skäl en mycket viktig grupp att nå med hivpreventiva insatser. Vi har hittills sett att en stor andel av dem är unga. Vad mer kan man säga om dessa män när det gäller deras bakgrund? Bland de 618 män i vår studie som aldrig har hivtestat sig är mer än hälften (56 procent) under 26 år. Hela 45 procent bor utanför storstadsregionerna. Tre fjärdedelar (73 procent) är singlar. Om man jämför de icke-testade männen med övriga män i enkäten finner vi dessutom att en något större andel av de icke-testade betraktar sig själva som experimentella, bi- eller heterosexuella (31 procent jämfört med 22 procent). Resultatet pekar därför i samma riktning som Flowers och Churchs kunskapsöversikt. Den icke-testade mannen är yngre och i högre grad boende i mellanstor/mindre stad eller landsbygd. För männen utanför storstadsregionerna är som sagt tillgången till MSM-inriktade hälsoinsatser mycket begränsade.

Vi vill återigen betona vikten av att nå icke-testade män inom hivpreventionen. Vi vet dessutom att ungefär hälften av dessa män är osäkra på sin hivstatus. Längre fram i rapporten kommer vi även att se att männen som är osäkra på sin hivstatus är överrepresenterade när det gäller vissa riskhandlingar.

Om vi går vidare till dem som faktiskt har hivtestat sig kan vi se att antalet tagna hivtest ökar med stigande ålder, vilket inte är förvånande. De yngsta männen har i medeltal testat sig tre gånger medan de äldsta testat sig sex gånger. Att det bara skiljer tre testtillfällen mellan män upp till och med 25 år och män över 47 år är in-

tressant med tanke på att det är mer än 25 år som skiljer grupperna åt. En förklaring är att de yngre som faktiskt hivtestar sig, gör detta mer regelbundet. När vi ställer frågan om när man senast hivtestade sig svarar knappt hälften av de yngsta männen att de testat sig under det senaste halvåret, en andel som sedan sjunker med stigande ålder till att omfatta en fjärdedel bland de äldsta männen. Det omvända mönstret ser vi då vi studerar dem där det gått mer än fem år efter det senaste hivtestet. Här ökar procenttalen närmast linjärt med stigande ålder till att omfatta en fjärdedel av männen över 47 år. Möjliga förklaringar till den avtagande testningsfrekvensen kan vara att man lever i relation eller att man helt enkelt praktiserat säkrare sex och därför inte ansett sig ha behov av ett hivtest. Datamaterialet omöjliggör tyvärr retrospektiva analyser av detta slag.

### Tre grupper med olika testerfareheter

Utifrån hivtestningsfrekvens och tidpunkt för senaste hivtest kan man skapa grupper med olika slags testerfareheter.<sup>1</sup> Den första gruppen man kan urskilja är de *återkommande testarna*. Dessa män har testat sig tillräckligt många gånger för att det skall kunna ses som ett uttryck för ett slags regelbundenhet.<sup>2</sup> En andra grupp är *förstagångstestarna*, d.v.s. de som testat sig för första gången under de senaste två åren. Den sista gruppen har vi valt att kalla *glestestare*. För dessa män har det förflutit minst fem år sedan det senaste testet. Drygt hälften av glestestarna har endast testat sig vid ett tillfälle.

Förutom dessa tre grupper finner vi även män vars senaste testtillfälle ligger två till fem år tillbaka i tiden samt män som testat sig mer än en gång men inte tillräckligt många gånger för att bli kategoriserade som återkommande testare. Tyvärr har det varit svårt att finna en lämplig benämning av dessa mäns testerfareheter. Låt

---

<sup>1</sup> Gruppindelningen bygger på en kombination av frågorna om antal gånger man testat sig samt när man senast testade sig.

<sup>2</sup> Vi har utifrån männens ålder, antal år som man haft möjlighet att hivtesta sig (räknat från femton års ålder), den maximala perioden som hivtest varit möjliga att genomföra (21 år, d.v.s. sedan 1985) samt antalet tagna hivtest räknat ut en kvot som motsvarar antal hivtest per år. Män med en årlig kvot över 0.3 har kategoriserats som återkommande testare. En minsta gräns för totalt antal test sattes vid tre hivtest för att undvika att felkategorisera unga män som testat sig vid två tillfällen.

oss därför gå vidare med de första tre grupperna av testbeteenden (återkommande testare, förstagångstestare och glestestare). Dessa tre grupper är också intressanta inom det hivpreventiva arbetet. Hur får man glestestarna att testa sig på nytt? Hur får man förstagångstestarna att återkomma och göra hivtestandet till en regelbunden vana? För att kunna besvara dessa frågor krävs för det första en kunskap om de män som har dessa typer av testerfarenheter. I tabellen nedan jämför vi dessa tre testtypers förekomst inom de fyra åldersgrupperna. Observera att vi har fört samman de män som faller utanför dessa tre grupper i en kategori som vi kallar *övriga testare*.

Tabell 3.4. Olika testerfarenheter, andelar inom åldersgrupper i procent. N=1748.

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 och äldre
Återkommande testare	37	33	22	21
Förstagångstestare	31	11	6	4
Glestestare	1	7	15	25
Övriga testare	31	49	57	50
TOTALT	100	100	100	100

I tabellen ovan framkommer flera intressanta skillnader mellan åldersgrupperna som är värda att nämnas. Vi börjar med andelen återkommande testare. Vi har vid vår kategorisering av de återkommande testarna dragit en gräns vid ett genomsnittligt hivtest var tredje år. Vi är medvetna om att denna genomsnittliga siffra kan tyckas vara för låg för att man med säkerhet skall kunna uttala sig om att männen faktiskt tagit det till en vana att hivtesta sig. Dessutom saknar vi kunskap om hur lång tid som faktiskt gått mellan de olika testerna.

Antalet hivtest skiljer sig åt beroende på ålder. Inom gruppen återkommande testare varierar antalet hivtest mellan tre till över hundra. En variansanalys av de återkommande testerna visar att skillnader i medelvärdet för antal hivtest skiljer sig åt mellan alla

åldersgrupper förutom mellan de två äldsta där den ligger på ungefär samma nivå.<sup>1</sup>

Eftersom det i gruppen återkommande testare bland annat ingår män i tjugooårsåldern som testat sig vid tre tillfällen, ger den höga andelen i den yngsta åldersgruppen (37 procent) oss snarare en fingervisning om potentiella återkommande testare än ett uttryck för en etablerad vana. En del av dessa män kan av olika anledningar sluta att regelbundet testa sig och på sikt bli glestestare. I tabellen kan vi ju också se att andelen återkommande testare minskar med åldern och andelen glestestare ökar. Det är således en utmaning för hivpreventionen i allmänhet och mottagningar som genomför hivtest i synnerhet att behålla dessa män som regelbundna besökare. Ett kunskapsbaserat och fördomsfritt mottagande är en ledstjärna i ett sådant arbete.

Skiljer sig de återkommande testarna från de övriga männen? De enda bakgrundsvariabler som skiljer dem åt är bostadsort samt sexuell identitet. Andelen återkommande testare är något högre bland dem som bor i någon av de tre storstäderna samt bland dem som betraktar sig som homosexuella. Även här man se skillnader mellan stad och land. Att det finns tillgång till en mottagning som erbjuder lättillgängliga hivtest, t.ex. särskilda MSM-mottagningar, har betydelse för att möjliggöra återkommande hivtest.

Inte förvånande finner vi den största andelen förstagångstestare inom den yngsta ålderskategorin. Andelen sjunker linjärt med ökad ålder. Då vi jämför förstagångstestarna med övriga män framträder vissa förväntade skillnader. Förstagångstestarna har lägre utbildningsnivå än övriga män. Detta är naturligtvis en följd av att en stor andel av dessa män är i tjugooårsåldern. Skillnaderna i utbildningsnivå försvinner då man kontrollerar hur åldern inverkar. Där emot kvarstår vissa andra skillnader mellan förstagångstestarna och övriga testare oberoende av ålder. Förstagångstestarna bor i högre grad utanför storstadsregionerna samt betraktar sig i större omfattning som experimentella, bi- eller heterosexuella. Man fin-

---

<sup>1</sup> Medel(15 till 25 år) 5.27, medel(26 till 35 år) 9.80, medel(36 till 46 år) 15.87, medel(47 och äldre) 17.04. ANOVA F= 26.77, df=3, p<.0001.

ner med andra ord flera grupper som är svåra att nå med hivpreventiva insatser bland förstagångstestarna.

Slutligen har vi den tredje utkristalliserade gruppen testare – glestestarna. Till den gruppen hör de män vars senaste hivtest ligger minst fem år tillbaka i tiden. Hälften av de hivpositiva männen i studien var kategoriserade som glestestare och uteslöts därför vid den jämförande analysen mellan glestestare och övriga testtyper. När det gäller övriga glestestarna vet vi inget om varför de dröjt med att hivtesta sig. En möjlig anledning är att de lever i en långvarig parrelation. Vi kan se att hälften av glestestarna levde i en parrelation då de svarade på enkäten. Vi vet dock inte hur lång tid relationen varat eller om de nyligen brutit upp från en längre relation. En jämförande analys visar att glestestarna skiljer sig från de övriga testarna i tre avseenden. De är äldre, högre utbildade (vilket är en följd av att de är äldre) samt en större andel har invandrat till Sverige i vuxen ålder. Orsakerna till att de invandrade männen är överrepresenterade bland glestestarna är dock omöjligt att uttala sig om utifrån enkäten.

Var testade sig männen senast? Vilket bemötande fick de? Dessa frågor kommer att behandlas när vi går vidare i vår analys och betraktar de erfarenheter männen i studien har från det senaste tillfället då de hivtestade sig.

### Det senaste hivtesttillfället

Eftersom vi i enkäten ställt frågor om det senaste tillfället man hivtestade sig får man en tvärsnittsbild av hur erfarenheterna av hivtestningen ser ut bland männen som deltagit i vår studie. Vi vet var männen testade sig, när de senast gjorde detta samt om man blev erbjuden något utöver själva hivtestet. Det sista kan betraktas som en indikator på vårdkvaliteten. Ju fler erbjudanden männen upplevde att de fick, desto större sannolikhet att kvaliteten var god.

I tabell 3.5 kan man se att den mest förekommande typen av mottagning för männens senaste hivtest var en så kallad MSM-mottagning. Sådana mottagningar fanns då enkäten genomfördes på Södersjukhuset i Stockholm (Venhälsan) samt på Sahlgrenska

sjukhuset i Göteborg (Gayhälsan).<sup>1</sup> Tydliga skillnader framkommer mellan de allra yngsta och de äldre männen när det gäller test på särskild MSM-mottagning. Färre unga män vände sig till en MSM-mottagning vid sitt senaste test. En annan intressant iakttagelse man kan göra i tabellen är att hela 31 procent av de yngsta männen gjorde sitt senaste hivtest på en ungdomsmottagning. Detta visar på vikten av att det finns homokompetens på landets ungdomsmottagningar.

*Tabell 3.5 Mottagning där det senaste hivtestet skedde, andelar inom åldersgrupper i procent. N=1749.*

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 och äldre
MSM-mottagning	29	45	48	44
Annan STI-mottagning	21	27	21	17
Ungdomsmottagning	31	2	0	0
Annan mottagning inom sjukvården	16	24	29	38
Utomlands	3	2	2	1
TOTALT	100	100	100	100

En särskild intressant grupp män att studera närmare är de män som genomförde sitt senaste hivtest på en annan mottagning inom sjukvården, till exempel på en vårdcentral eller ett sjukhus. Eftersom de övriga tre mottagningstyperna kan sägas vara specialinriktade mot test av hiv eller annan STI, blir det intressant att se vilka män som vänder sig till den övriga sjukvården för ett test. En del förväntade skillnader blir bekräftade. De män som testat sig inom den övriga sjukvården är, jämfört med övriga testare, i högre grad boende utanför storstadsregionerna, vilket kan tyda på att de inte har samma tillgång till de mottagningar som är särskilt inriktade mot hiv/STI. Den jämförande analysen visar dessutom att en större andel definierar sig som bisexuella, heterosexuella eller experimentella och fler lever i en parrelation med en kvinna.

På vilka mottagningar finner man förstagångstestarna, de återkommande testarna respektive glestestarna? Dessa tre grupper för-

<sup>1</sup> Efter enkäten genomfördes finns mottagning även i Malmö.

delar sig relativt väl över de olika mottagningstyperna. Den största skillnaden finner man bland de återkommande testarna där mer än hälften gjorde sitt senaste test på en särskild MSM-mottagning. Detta gäller även glestestarna, som i större omfattning besökte en sådan mottagning vid sitt senaste hivtest.

Vilket bemötande fick männen vid sitt senaste hivtest? Som vi nämnde inledningsvis har vi i enkäten ställt frågan om man blev erbjuden något utöver själva hivtestet. Männen kunde ange om de fick återbesök för provsvar, erbjudanden om samtal/rådgivning, test av andra STI, vaccin mot hepatit eller fortsatt samtalskontakt. I tabellen nedan ser vi hur dessa erbjudanden skiljer sig åt mellan de olika mottagningstyperna.

*Tabell 3.6 Erbjudanden i samband med hivtest vid olika typer av mottagningar i procent. N=1750.*

	<i>MSM-mottagning</i>	<i>Annan STI-mottagning</i>	<i>Ungdomsmottagning</i>	<i>Övrig sjukvård</i>
Samtal/rådgivning vid testtillfället	69	52	50	21
Återbesök för provsvar	81	44	51	29
Samtal/rådgivning vid provsvar	54	34	35	14
Erbjudande om fortsatt samtalskontakt	13	7	9	4
Erbjudande om test av andra STI	69	63	70	23
Erbjudanden om vaccination mot hepatit	37	15	7	4

I tabellen ovan kan vi se att det finns tydliga skillnader mellan de olika mottagningstyperna. Över lag har männen som testat sig på en mottagning som specifikt riktar sig mot MSM fått tillgång till betydligt fler insatser än själva hivtestet. Man kan dessutom se att andra STI-mottagningar och ungdomsmottagningar sinsemellan är ungefär lika flitiga att erbjuda insatser till männen. Däremot framkommer mycket tydliga skillnader när det gäller övriga mottagningar inom sjukvården. Betydligt färre av de män som testade sig



inom den övriga sjukvården fick erbjudande om samtal eller rådgivning vid testtillfället eller då man tog emot provsvaret. Dessutom har en betydligt mindre andel av dessa män blivit erbjudna test av andra STI. Dessa resultat pekar mot att det finns allvarliga brister vid hivtestningen inom den allmänna sjukvården. Vi minns från tidigare att de män som testat sig vid en annan mottagning inom sjukvården i högre grad definierar sig som bisexuella, heterosexuella eller experimentella samt oftare lever i en parrelation med en kvinna. Dessutom är en stor andel bosatta utanför de tre storstadsregionerna. Sammantaget visar resultatet att det existerar en ojämlikhet i tillgång till hälsofrämjande sjukvård för MSM som främst beror på var man bor i landet.

En annan tydlig skillnad mellan de olika mottagningarna är huruvida man erbjudit vaccination mot hepatit eller inte. Även här är de särskilda MSM-mottagningarna flitigast att erbjuda. Sämre är STI-mottagningar, ungdomsmottagningar och andra mottagningar inom sjukvården. Med tanke på att STI- och ungdomsmottagningarna har ett fokus på sexuell hälsa är de låga siffrorna anmärkningsvärda. Särskilt ungdomsmottagningarna bör se över rutiner när det gäller hepatitvaccination.

När det gäller erbjudanden om fortsatt samtalskontakt är skillnaderna inte lika stora mellan de tre specialinriktade mottagningarna. Runt en tiondel av männen uppger att de blivit erbjudna fortsatt samtalskontakt. Anledningen till att man blev erbjuden ger enkäten inget svar på. Vi vet inte heller om männen antog erbjudandet och fullföljde kontakten.

Ett annat viktigt område som enkäten tyvärr inte ger svar på är orsakerna till att man hivtestade sig. Här kan man emellertid titta på vad den internationella forskningen säger. Flowers och Church (2002) har sin kunskapsöversikt sammanställt forskning kring hivtest. De fjorton studier som undersökt orsaken till att vissa män hivtestar sig och andra inte, visar att anledningarna att testa sig ofta var sammankopplade med ett faktiskt tillfälle då man upplevt att man utsatt sig för en risk. En annan ofta förekommande anledning var att man inlett en parrelation. Andra mindre förekomman-

de anledningar var att man tidigt ville upptäcka eventuell hivinfektion för att mer effektivt kunna dra nytta av kombinationsbehandlingar. Anledningarna att *inte* hivtesta sig handlade dels om att man upplevde att man inte utsatt sig för några risker, dels att man oroade sig för själva testresultatet.

Mikolajczak et al. (2006) har i en nederländsk studie jämfört risktagare med icke-risktagare när det gäller anledningar att *inte* hivtesta sig. Resultatet bekräftar det som framkommer i Flowers och Churchs kunskapsöversikt, nämligen att de som utsatt sig för risk anger oro som en barriär inför ett test samt att de som inte utsatt sig för risk anser att just avsaknaden är skäl nog för att inte testa sig. En intressant upptäckt som forskarna lyfter fram är att en del av risktagarna angav att man känner oro för tidigare riskhandlingar samtidigt som uppger att man har haft ett lågriskbeteende. Forskarna förklarar denna motsägelse med att männen kognitivt försöker minimera de risker de utsatt sig för (jämför liknande diskussion om kalkylerade risker i Tikkanen 2003).

En studie genomförd 2004 vid Venhälsan i Stockholm visar att den vanligaste orsaken till att man hivtestade sig var så kallad rutin-testning (32 procent angav det som anledning). Mindre än en femtedel (18 procent) hade haft osäker sex med en tillfällig partner. En tiondel av männen testade sig för att de hade inlett en ny relation (L.E. Eriksson & T. Berglund, personlig kontakt, 16 november, 2007).

### Hivtestillfället som en möjlighet att nå ut med hivpreventiva insatser

Hivtest är en viktig del i det hivpreventiva arbetet. Frågan är hur man använder denna möjlighet att nå ut med effektiv hivprevention. Detta har diskuterats i en rapport publicerad vid Socialstyrelsen (Tikkanen 2007). I rapporten belyses bland annat hivtest. Hivtestdiskussionen grundar sig på två internationella kunskapsöversikter som fokuserar på hivtest samt samtal i samband med testet (Wolitski et al. 1997 och Weinhardt et al. 1999).<sup>1</sup> En brist hos de

---

<sup>1</sup> En stor del av texten i detta avsnitt som återfinns även i kunskapsöversikten publicerad vid Socialstyrelsen (Tikkanen 2007).

båda översiktsartiklarna är att man inte analyserat vilka effekter själva innehållet i samtalen haft. Med andra ord har man inte letat efter skillnader i resultat mellan t.ex. kurativa stödsamtal och rådgivande samtal. Avsaknaden av sådana analyser är troligtvis också en av förklaringarna till varför resultatet pekar åt olika håll – vissa studier visar positiva förändringar medan andra visar det direkt motsatta. Förklaringen kan som sagt finnas i innehållet och uppbygget av samtalen i samband med testet.

Wolitskis forskarlag har inkluderat fyra studier som studerat sexuella beteendeförändringar efter ett hivtest med rådgivande eller stödjande samtal. Av dessa fyra studier visade två en signifikant minskning i sexuellt risktagande. Båda dessa studier sträckte sig över en längre tidsperiod, vilket ökar risken för att andra faktorer kan ha inverkat på beteendeförändringarna – något som Wolitski et al. även nämner. De övriga två studierna, som är tvärsnittstudier och jämför testade med icke-testade, visade resultat som pekar åt ett annat håll. En av studierna fann att hivtestade män oftare hade samlag med kondom samt ägnade sig mer åt icke-penetrerande sex jämfört med de män som inte testat sig. Däremot hade de testade männen haft fler partner och i lika stor omfattning som de icke-testade haft oskyddade anala samlag. Den andra studien fann att de män som hivtestat sig i större utsträckning haft oskyddade anala samlag efter hivtestet jämfört med män som inte testat sig. Det bör tilläggas att knappt hälften av männen i den senare studien inte fått möjlighet till samtal i samband med hivtestet samt att det finns en mätproblematik i studien; det är svårt att med säkerhet avgöra om de oskyddade samlagen skedde före eller efter hivtestet.

Weinhardt et al. har gjort en metaanalys av studier som mäter effekter av hivtest samt samtal i samband med testet. Resultatet visar att de som främst ändrat sina sexuella beteenden efter hivtest är hivpositiva män och kvinnor samt par där respektive partner har olika hivstatus. Weinhardt et al. drar följaktligen slutsatsen att hivtest med dithörande samtal är en effektiv sekundärprevention, d.v.s. en prevention som syftar till beteendeförändringar hos individer, eller partner till dem, som fått ett hivpositivt testresultat. Däremot menar forskarna att hivtest med samtal inte är en effektiv

primärpreventionsstrategi, eftersom det generellt inte förekommer några skillnader i beteenden mellan testade och icke-testade. Där- emot visar analysen att äldre personer jämfört med yngre samt per- soner som själva sökt hivtest visar mer beteendeförändringar efter hivtestet. Förklaringen till åldersskillnaderna menar Weinhardt et al. ligga bortom själva hivtestningstillfället och mer vara ett resul- tat av personlig mognad och större sannolikhet att leva i en stadig relation. Att de som själva sökt hivtest uppvisar mer förändringar i sexuellt risktagande förklarar Weinhardt et al. med att de redan innan hivtestet beslutat sig för att genomföra förändringar i sitt be- teende.

Ett problem som blir tydligt vid läsningen av de två internationella kunskapsöversikterna är att det saknas en systematisk analys av vad för slags samtal som kombinerat med hivtest kan leda till för- ändringar. Emellertid kan man finna en del svar genom att titta på de kunskapsöversikter som mer generellt studerat effektiviteten i olika hivpreventiva insatser riktade till MSM. I kunskapssamman- ställningen framkommer bland annat att insatser som är teoretiskt grundade ger bättre resultat (se Tikkanen 2007). Dessutom visar studier att insatser som har ett kognitivt inslag ger bättre resultat.<sup>1</sup> Ett exempel på en sådan insats är RESPECT vilket är en manu- al/metod att använda vid individuella samtal.<sup>2</sup> Metoden kan med fördel användas vid samtal i samband med hivtest (har även an- vänts inom en av de studier som Eriksson et. al. 2007 gjort av snabbtest vid Venhälsesmottagningen). Upplägget i RESPECT be- står av två till fyra träffar där rådgivaren arbetar efter en manual. Ett av de främsta målen är att i samtalet åstadkomma lärandesitua- tioner, *teachable moments*, för att skapa medvetenhet om riskta- gande samt hur man kan hantera risksituationer. Rent konkret dis- kuterar man de senaste tillfällena man utsatt sig för en risk. Rådgi- varen hjälper klienten att identifiera vilka situationer, sinnesstäm- ningar etc. som leder till risktagande. Man arbetar därefter med att

---

<sup>1</sup> Kognitioner är de tankefunktioner med vilkas hjälp information och kunskap hanteras (Nationalencyklopedin).

<sup>2</sup> Se beskrivning av metoden på [www.effecticeinterventions.org](http://www.effecticeinterventions.org). Bakom internetsidan står ameri- kanska CDC (Centers for Disease Control and Prevention). Syftet med sidan är att underlätta använ- dandet av vetenskapligt beprövade metoder.

ta fram en riskreduceringsplan för hur man bäst hanterar dessa situationer.

Idag finns möjligheter att genomföra tillförlitliga snabbtest för hiv där provsvar erhålles samma dag. Ett projekt med snabbtest genomfördes vid Venhälsan och Klara hivmottagning 2005/2006. Projektet undersöktes i två delstudier som finns sammanfattade i en forskningsrapport (Eriksson et al. 2007). Den första delstudien är en fokusgruppsstudie inom vilken olika slags gruppsamtal genomfördes (gruppsamtal med personer som tidigare hivtestat sig samt samtal med personal vid mottagningarna). Den andra delstudien är en randomiserad jämförande studie mellan personer som testades med snabbtestet och personer som testades med konventionellt hivtestet med provsvar efter en vecka. De båda grupperna undersöktes avseende hivkunskap, attityder, risktagande och oro före och upp till tre månader efter hivtestet. Dessutom undersöktes hur själva testsituationen hade upplevts. Resultaten från de två delstudierna visar att de som hivtestat sig var positivt inställda till snabbtestet, men man ansåg också att det skall finnas möjlighet att välja ett konventionellt test om man av någon anledning vill vänta med att ta emot sitt provsvar. Man betonade också vikten av att mötas av lyhördhet och en öppen, jämlik och bejakande attityd vid rådgivning och testning. Fokusgruppintervjuerna med personalen vid mottagningarna visar att man upplevt den strukturerade rådgivningen som ett värdefullt redskap. RESPECT-metoden hjälpte rådgivaren att starta reflektiva processer hos männen.

Att det är viktigt att unga MSM hivtestar sig regelbundet samt att testet kombineras med uppföljande samtal visar en amerikansk studie där man inom studiens ramar genomförde hivtest av MSM mellan 15 och 29 år (MacKellar et al. 2005). Bland de drygt 5 000 män som ingick i studien fann man att tio procent var hivpositiva. Av dessa män kände sju av tio män inte till sin positiva hivstatus. De flesta av dessa män hade dock hivtestat sig tidigare och själva upplevt att de inte hade ett riskbeteende. En stor del av männen praktiserade dessutom endast oskyddat samlag inom kärleksrelationer. MacKellar et al. varnar för att hivtest utan reflekterande samtal kan leda till att riskbeteenden förstärks. Detta gäller särskilt

dem som testat sig vid återkommande tillfällen. Om riskbeteenden inte uppmärksammas då männen testat sig kan det resultera i att männen tar detta som ett tecken på att deras beteenden inte är riskfyllda.

Att antalet oupptäckta fall av hiv är stor bland MSM kan vi även läsa i en nyligen publicerad brittisk studie (Dodds et al. 2007). De brittiska forskarna har undersökt drygt 2 000 män bosatta i tre brittiska storstäder. Männen svarade på en enkät samt lämnade ett hivtest. Forskarna fann att hivprevalensen varierade mellan 8.6 procent till 13.7 procent i de tre städerna. De fann även att över en tredjedel av det totala antalet hivinfektionerna inte var diagnostiserade, d.v.s. över en tredjedel av de hivpositiva männen kände inte till att de bar på viruset. Liknande siffror fann samma forskare i en studie genomförd vid millennieskiftet (Dodds et al. 2004).

Hur stort mörkertalet är när det gäller oupptäckta fall av hiv i Sverige är svårt att uttala sig om. Det som har framkommit hittills i analysen visar att det finns grupper av män som vi särskilt bör beakta inom det hivpreventiva arbetet. Dit hör de män som är osäkra på sin hivstatus eller som inte hivtestat sig. Även de män som mer eller mindre regelbundet testat sig är viktiga att fånga upp med reflekterande samtal.

### Test eller behandling av annan sexuellt överförd infektion

I vår enkät ställde vi, förutom frågor om hiv, även fem frågor om test och behandling av andra sexuellt överförda infektioner (STI). Även här frågade vi om det senaste tillfället man testade sig (eller fick behandling) för en STI. Detta gör att vi även när det gäller övriga STI kan presentera en tvärsnittbild av STI-testningen bland männen i studien. Vi vet var man testade sig samt om man blev erbjuden något utöver själva STI-testet.

Innan vi går in på männens erfarenheter från testet skall vi se på förekomsten av STI bland männen som svarat på enkäten. Vi har i vår fråga satt en retrospektiv tidsgräns vid tolv månader.

Den totala andelen män som haft en eller flera STI under de senaste tolv månaderna uppgår till drygt tio procent. Detta kan tyckas vara en hög siffra, men jämfört med resultat från en nyligen publicerad stor brittisk studie är våra siffror lägre (Dodds et al. 2007). I den brittiska studien fann forskarna att 20 procent bland de hivnegativa och 41 procent av de hivpositiva haft en STI under det senaste året.

En studie genomförd vid Venhälsan i Stockholm 2001– 2002 visar att 26 procent haft en STI under de senaste fem åren (T. Berglund, personlig kontakt, 8 januari, 2008). Liknande resultat framkommer vid en studie man genomförde vid samma mottagning 2004 (L.E. Eriksson & T. Berglund, personlig kontakt, 16 november, 2007).

Vi kan i vår studie se att erfarenheten av att haft en STI under det senaste året skiljer sig åt mellan de hivpositiva männen och övriga män. Andelen bland de hivpositiva männen som haft en STI under det senaste året är dubbelt så stor (23 procent) jämfört med övriga män. Vi vill dock poängtera att antalet hivpositiva är tämligen lågt i studien (86 personer), vilket gör att det är svårt generalisera utifrån resultaten. Däremot visar den höga incidensen av STI att hivpositiva män utgör en grupp vars erfarenheter och behov måste mötas med hälsofrämjande insatser samt undersökas i fokuserande och fördjupande studier.

*Tabell 3.7 Haft en STI under de senaste tolv månaderna, andelar inom åldersgrupper i procent. N=2332.*

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 och äldre
Har haft en STI under de senaste 12 månaderna	10	15	9	6

Vad kan vi övrigt säga om dem som haft en STI under det senaste året? En mer ingående analys visar att de inte skiljer sig från övriga män när det gäller de flesta av de bakgrundsvariabler vi hittills presenterat i rapporten. Däremot finns en skillnad beträffande bostadsort och sexuell identitet. Männen som det senaste året haft en

STI är i högre grad boende i någon av de tre storstäderna, definierar sig i högre grad som homosexuella samt har haft sexuella kontakter uteslutande med andra män. Vi kommer i kapitel fem att se att de som haft en STI är överrepresenterade bland dem som haft oskyddade samlag med ett större antal partner under det senaste året. Det finns även ett samband mellan superaktivitet (d.v.s. fler än tjugo partner under det senaste året) och STI.

Vi ställde i enkäten även frågan om vilka STI männen haft under det senaste året. Resultatet presenteras i tabell 3.8. De flesta av männen har endast haft en STI under det senaste året. Endast 32 män har haft två olika typer av STI. Färre än tio män har haft fler än tre. Utifrån enkäten kan vi dock inte säga hur många gånger under det senaste året man haft *samma typ* av infektion.

Tabell 3.8 Förekomster av STI under de senaste tolv månaderna, andelar inom åldersgrupper i procent. N=2332.

	15 till 25 år	26 till 35 år	36 till 46 år	47 och äldre
Klamydia	5	6	2	1
Gonorré	3	5	2	2
Syfilis	0	1	1	1
Annan STI <sup>1</sup>	3	6	4	4

Klamydia är den vanligaste könssjukdomen i Sverige. Den är också den mest förekommande bland männen i studien. Enligt Smittskyddsinstitutets statistik har 94 procent av alla klamydiafall under det senaste året smittats vid heterosexuella kontakter (Smittskyddsinstitutets statistik över klamydiainfektion första halvåret 2007). Klamydia är dessutom en infektion som till stor del drabbar ungdomar och unga vuxna, vilket också återspeglas i de något högre siffrorna inom de två yngsta åldersgrupperna. En fråga som inställer sig är om de yngre männen i studien utgör en brygga till den homosexuella spridningen? En ingående analys av de män som haft klamydia i de två yngsta åldersgrupperna talar mot att så är fallet. Bland dessa män har endast en mindre andel (femton procent) an-

1 Kondylom, könsherpes samt andra STI som de svarande själva angett.



gett att de ibland har sex med kvinnor. För övrigt kan vi konstatera att de män som haft klamydia inte skiljer sig från övriga män i studien, förutom att de är yngre. Den skillnad beträffande storstadsboende som finns när det gäller den generella förekomsten av STI existerar inte här. Med andra ord är klamydia lika vanligt utanför storstadsregionerna, åtminstone när det gäller männen i vår studie. Dessutom drabbar klamydiainfektionen män oberoende av sexuell självidentifikation.

Enligt Smittskyddsinstitutets halvårsrapportering 2007 har antalet fall av gonorré bland män som har sex med män minskat med 26 procent (Smittskyddsinstitutets statistik för gonorré första halvåret 2007). Totalt 78 män i vår studie (tre procent) har haft gonorré under det senaste året. Till skillnad från klamydia kan man här se skillnader när det gäller bostadsort och sexuell identitet. Männen som haft gonorré är i högre grad boende i någon av de tre storstäderna samt definierar sig i högre grad som homosexuella samt har haft sexuella kontakter uteslutande med andra män.

Vi har under det senaste året kunna läsa att antalet fall av syfilis stiger inom gruppen MSM (se Smittskyddsinstitutets statistikrapporter). Den största ökningen under det första halvåret av 2007 finns bland MSM. Under första halvåret 2007 rapporterades 59 syfilisfall bland MSM (EPI-aktuellt augusti 2007). En mycket stor andel av dessa syfilisfall fanns i Storstockholm, vilket Smittskyddsinstitutet menar är ett tecken på ett lokalt utbrott. Den största ökningen bland MSM fanns inom åldersgruppen 30 till 34 år. I vår studie har sju män haft syfilis under det senaste året. Eftersom gruppen är så pass liten blir det svårt att säga något om skillnader mellan dessa män och övriga män i studien. Man kan dock se att de flesta av dessa män bor i någon av de tre storstäderna, de har haft sex uteslutande med andra män samt betraktar sig själva som homosexuella.

Bland de svarande finns dessutom en andel som haft någon annan typ av STI. Den mest förekommande infektionen bland dessa män är kondylom, därefter könsherpes. Några få män har i öppna svar

angett att de under det senaste året haft andra problem som berör könsorganen såsom svamp, skabb eller flatlöss.

Vi har konstaterat att drygt en tiondel av männen haft en STI det senaste året samt att klamydia och gonorré är de mest förekommande infektionerna. Hur stora är mörkertalen bland män som har sex med män? Precis som vid hiv är det svårt att med exakthet uttala sig om detta. Något som kan kasta ljus över frågan är hur stor andel av männen som testat sig för en STI. I tabell 3.9 presenteras dels andelen som någonsin testats/behandlats, dels andelen som testats eller behandlats under det senaste året.

*Tabell 3.9 Har någon gång testats eller behandlats för STI (under de senaste tolv månaderna inom parentes) andelar inom åldersgrupper i procent. N=2365 (respektive 2332 de senaste tolv månaderna).*

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 och äldre
Ja, vid något tillfälle (senaste tolv månaderna)	41 (32)	56 (38)	59 (38)	60 (28)
Nej, aldrig	59	44	41	40

För det första kan man konstatera att knappt hälften av männen aldrig testat sig för en STI. Av dessa män ungefär hälften inte heller hivtestat sig. Att både sakna erfarenhet av hivtest och STI-test är mer förekommande bland männen i den yngsta åldersgruppen. Bland de äldre männen är det mer förekommande att man hivtestat sig men inte gjort ett STI-test. Vid en jämförelse mellan dem som testat sig respektive inte testat sig för en STI finner vi skillnader som vi känner igen från tidigare jämförelser: Män i storstad samt män som betraktar sig som homosexuella utgör en stor grupp av dem som testat sig eller behandlats för en STI. Att hälften av männen i studien inte testat sig för en STI samt att den allmänna sjukvården varit dålig på att erbjuda kompletterande STI-test i samband med hivtest (se tabell 3.6), talar för att det kan finnas ett problem med oupptäckta STI-infektioner. Med tanke på att en STI-infektion kan öka risken för hivöverföring är detta synnerligen viktigt att uppmärksamma i hivpreventionen i allmänhet och inom sjukvården i synnerhet.

I tabell 3.9 kan man inom parantes finna andelen män som genomfört en STI-test (eller behandling) av något slag under de senaste tolv månaderna. Man kan i tabellen se att ungefär en tredjedel av männen gjort så. En annan iakttagelse man kan göra är att en mindre andel av de STI-testade inom den äldsta åldersgruppen är nytestade. Den största parten nytestade finns i den yngsta åldersgruppen. Dessa skillnader har till viss del en förklaring om man tittar på dessa mäns erfarenhet av hivtest. De som är nytestade inom den yngsta åldersgruppen är samtidigt hivtestade under det senaste året. Det direkt motsatta gäller de äldre männen som inte gjort ett STI-test nyligen. Det finns således anledning att anta att det senaste STI-testet skedde i samband med ett hivtest. Detta gäller med all säkerhet även andra män i studien – särskilt dem som hivtestat sig på en mottagning som erbjudit männen att ta andra tester.

Utifrån ovanstående resonemang finns det därför anledning att anta att det STI-test, som beskrivs i tabell 3.10, sammanföll med det tillfället man senast tog ett hivtest. Detta antagande bekräftas i en korrelationsanalys mellan de antal erbjudanden man fått vid hivtest respektive det antal erbjudanden man fått vid STI-testet.<sup>1</sup> Även om hivtestet och STI-testet inte skedde vid ett och samma tillfälle har det i de flesta fall skett vid samma typ av mottagning. En korstabulering visar att detta stämmer nästan till hundra procent. Har man hivtestat sig på en särskild MSM-mottagning har man även utfört STI-testet/behandlingen där. Detsamma gäller de övriga mottagningstyperna.

Eftersom tabell 3.6 och tabell 3.10 i de flesta fall beskriver samma mottagningstyp blir det intressant att göra en jämförelse dem emellan när det gäller de olika typerna av tester. Antag att testet skedde på samma mottagning men inte vid samma tillfälle. Om det framkommer skillnader mellan mottagningarna när det gäller hiv- respektive STI-test kan detta tala för att den som söker test blir bemött på olika sätt beroende på vilken typ av test man vill ta.

---

<sup>1</sup> Pearson  $r=0.73$ ,  $p<.01$

En sådan jämförande analys visar att de särskilda MSM-mottagningarna och de andra STI-mottagningarna inte skiljer sig åt när det gäller de olika typerna av tester. Detta talar dels för att testen skedde vid ett och samma tillfälle, dels att man har en rutin man följer som ser likadan ut oberoende av vilken typ av test man genomför.

Tabell 3.10 Erbjudanden i samband med STI-test/behandling vid olika typer av mottagningar i procent. N=1236.

	<i>MSM-mottagning</i>	<i>Annan STI-mottagning</i>	<i>Ungdomsmottagning</i>	<i>Övrig sjukvård</i>
Samtal/rådgivning vid testtillfället	70	53	53	31
Återbesök för provsvar	79	43	39	26
Samtal/rådgivning vid provsvar	56	40	33	20
Erbjudande om fortsatt samtalskontakt	13	6	8	3
Erbjudande om test av hiv eller andra STI	64	53	43	19
Erbjudanden om vaccination mot hepatit	33	11	5	2

Den mottagningstyp som skiljer sig mellan hiv- och STI-test är mottagningar inom övrig sjukvård. När det gäller STI-test är dessa mottagningar något bättre på att erbjuda samtal vid provtagningen och provsvaret jämfört med hivtest på samma mottagning. Kan det bero på en ovana att genomföra rådgivning vid hivtest? Eller en osäkerhet om hur man bäst bemöter en man som haft sex med andra män när det gäller frågor om hiv? Orsakerna kan man endast spekulera om, men faktum är att grundläggande homokunskap underlättar genomförandet av en sådan rådgivning. Om man var bättre på att erbjuda samtal vid test och provsvar är man betydligt sämre att erbjuda de STI-testande männen andra tester (t.ex. hivtest). Samma typ av skillnad finns hos ungdomsmottagningarna. Hela 70 procent av männen som hivtestade sig på en ungdomsmottagning blev erbjuden STI-test. Men när de vände sig till samma mottagningstyp för STI-test blev endast 43 procent er-

bjuden ett annat test (t.ex. hiv). Hur kan man förklara dessa skillnader? En möjlig förklaring är att man på dessa mottagningar inte uppmärksammat att dessa män tillhör MSM-gruppen och därför bör erbjudas ett hivtest. En annan förklaring är att man saknar rutiner för hivtest. Vad anledningen än må vara är det viktigt att män som haft sex med andra män erbjuds möjlighet att ta hivtest och samtidigt erhålla en god målgruppsanpassad rådgivning oberoende av vart man vänder sig.

Ett annat område där tydliga skillnader finns mellan mottagningarna är när det gäller erbjudanden om hepatitvaccination. Den typ av mottagning som gör detta i störst omfattning är de som särskilt vänder sig till MSM. Ett sådant erbjudande har, enligt vår enkät, var tredje man fått vid sådan mottagning när de testat sig för hiv eller annan STI. Detta skall jämföras med andra mottagningar inom sjukvården där endast några få procent blivit erbjudna detta. Enligt riktlinjer från Socialstyrelsen är det viktigt att sjukvården vid varje kontakt med en man som haft sex med en annan man verifierar att männen har ett skydd mot hepatit B, och om så inte är fallet, ser till att de får nödvändiga vaccinationer (Socialstyrelsen 2005). Det finns således en nationell riktlinje där MSM särskilt pekas ut.

*Tabell 3.11 Vaccinerad mot hepatit, andelar inom åldersgrupper i procent. N=2369.*

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 och äldre
Vaccinerad mot hepatit	30	44	45	40

Hur ser behoven av hepatitvaccination ut bland männen i studien? Hur många är vaccinerade och hur många vill ha tillgång till en vaccination?

Ungefär fyra av tio män är vaccinerade mot hepatit. Det gavs i enkäten möjligt att specificera huruvida man är vaccinerad mot hepatit A eller B. De flesta av männen har angett att de är vaccinerade mot båda typer av hepatit. En stor andel av männen (22 procent) har svarat att de inte känner till om de är vaccinerade. Hälften av dem som inte vet finns i den allra yngsta åldersgruppen. Något som

kan ha bidragit till att man faktiskt inte vet är att det kan ha varit svårt att skilja mellan de två typerna av hepatit.

En jämförelse mellan vaccinerade och icke-vaccinerade visar att de två grupperna skiljer sig åt på några punkter. De vaccinerade tenderar att i högre grad bo i storstad (71 procent jämfört med 55 procent), tillhöra någon av de två mellanåldersgrupperna, ha högskoleutbildning, betrakta sig som homosexuell samt leva i stadig relation med en man.<sup>1</sup> Underrepresenterade bland de vaccinerade är följaktligen män utanför storstadsregionerna. Detta bekräftar det vi tidigare sett, nämligen att män boende i en storstad har lättare att ta del av de hälsofrämjade insatser som erbjuds på de mottagningar som riktar sig till MSM helt enkelt på grund av geografisk närhet.

*Tabell 3.12 De som är vaccinerade mot hepatit jämfört med dem som saknar vaccination, andelar inom grupper i procent.*

	<i>Vaccinerad mot hepatit, n=931</i>	<i>Inte vaccinerad mot hepatit, n=1439</i>
15 till 25 år	23	36
26 till 35 år	37	30
36 till 46 år	28	22
47 år och äldre	12	12
Boende i Stockholm, Göteborg eller Malmö	71	55
Högskoleutbildad	53	38
Homosexuell	82	75
Har manlig partner	40	32

Hur ser männens behov ut enligt deras egen utsago? I enkäten har männen haft möjlighet att precisera vilka insatser de vill ha tillgång till.

Vi kan se att den önskade tillgången till hepatitvaccination är relativt stor bland männen. Än större blir den om vi särskilt tittar på

<sup>1</sup> Skillnader i utbildningsnivå kvarstår då man kontrollerar för ålder i en logistisk regressionsanalys.

dem som inte är vaccinerade. De skillnader som vi tidigare såg mellan vaccinerade och icke-vaccinerade existerar inte då man jämför männen som önskar respektive inte önskar tillgång till hepatitvaccination. Med andra ord är en önskad tillgång jämt fördelad mellan stad och land, sexuell identitet och utbildningsnivå. Däremot kan man i tabell 3.13 se att efterfrågan är som störst bland de yngsta männen.

*Tabell 3.13 Önskar tillgång till vaccination mot hepatit, andelar inom åldersgrupper i procent. N=2093.*

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 och äldre
Önskar tillgång till vaccination mot hepatit A eller B	49	43	32	32

I Sverige är hepatit B relativt sällsynt men förekommer inom vissa så kallade högriskgrupper, exempelvis MSM (Socialstyrelsen 2005). Att hepatitinfektioner är ett problem inom gruppen MSM kan man bland annat se i en dansk studie där man fann en spridning av hepatit bland män som besökte gaysauna/bastuklubb (Mazick 2005). Liknande utbrott rapporteras från Frankrike (Gambotti 2005). De danska forskarna rekommenderar att man genomför vaccinationer bland de män som besöker dessa sexfrekventa miljöer.





## 4. DET SENASTE SEXTILLFÄLLET

Att med enkätfrågor undersöka något så komplext och mångfasetterat som sexualitet är, som vi tidigare nämnt, en komplicerad uppgift. Borde inte frågor som berör sexualitet bäst låta sig studeras genom samtalsintervjuer, där man kan ställa följdfrågor och på så sätt fördjupa kunskapen? Problemet med sådana kvalitativa studier är att det blir svårt att generalisera utifrån ett fåtal personers berättelser. Att kombinera en enkätundersökning med samtalsintervjuer är en god lösning. På så sätt kan man dels fördjupa kunskapen om det som framkommer i enkätanalysen, dels se hur förekommande ett specifikt fenomen är inom en större grupp personer.

Trots att sexualiteten är ett komplicerat fenomen är enkätundersökningar mycket vanligt förekommande då man vill skaffa kunskap om till exempel sexuella riskhandlingar. Detta kräver att enkätfrågorna är utformade på ett sådant sätt att de i största möjliga utsträckning fångar komplexiteten. Ett konkret problem som enkätforskaren ställs inför är hur man frågar om individens sexuella erfarenheter. Det är brukligt i sexvaneundersökningar att fråga efter hur många partner man haft samt vilka sexuella aktiviteter man gjort under en retrospektiv period, t.ex. det senaste året. Den retrospektiva perioden kan skilja mellan olika forskningsstudier. Vissa använder en kortare period, t.ex. den senaste månaden. Andra väljer en längre tidsperiod, vanligtvis det senaste året. Problemet med retrospektiva frågor av dessa slag är att de inte ger detaljerad kunskap om själva situationen då man hade sex. Sådan kunskap är särskild viktig då man skall förstå sexuellt risktagande samt planera hivpreventiva insatser. För att kunna få till stånd en ändamåls-

enlig hivprevention behövs kunskap om både situation, handling och partner. Som vi nämnde i inledningskapitlet, har vi valt att främst undersöka männens sexuella erfarenheter genom att ställa detaljerade frågor om det senaste tillfället man hade sex med en man. I detta kapitel kommer vi att beskriva just detta senaste tillfälle.

### Partnern männen hade sex med

Skillnader i sexuella handlingar mellan stadig och tillfällig partner är något som i stort sett alla sexvaneundersökningar uppmärksammar. Med en stadig partner brukar man ofta syfta på den partner man lever i en parrelation med.<sup>1</sup> Problemet med uppdelningen i stadig och tillfällig partner är att den grundar sig i en normativ föreställning på tvåsamhet. Det finns partner som faller både utanför och mellan dessa två motsatskategorier, exempelvis så kallade knullkompisar (KK); en KK-relation handlar varken om en tillfällig partner eller om en stadig kärlekspartner. Vi inkluderade därför flera svarsalternativ då vi frågade om männens sexpartner. I tabell 4.1 kan man se männens erfarenheter av olika partnertyper vid det senaste sextillfället. Eftersom en del av männen haft sex med fler än en person vid ett och samma tillfälle (t.ex. gruppsex) blir totalsumman i kolumnerna mer än hundra procent.

*Tabell 4.1 Typ av partner vid senaste sextillfället, andelar inom åldersgrupper i procent.<sup>2</sup> N=2524.*

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 och äldre
Pojkvän/partner	36	36	33	22
Återkommande sexuell partner	17	18	21	28
Tillfällig partner man kände	24	21	20	22
Okänd tillfällig partner	25	28	32	32

Ungefär tre fjärdedelar av männen hade sex med en partner som de på något sätt kände sedan tidigare. Drygt en fjärdedel hade vid det senaste sextillfället en partner som de inte kände sedan tidigare. Vi kan i tabellen se att det senare är något mer förekommande inom

<sup>1</sup> Ett underförstått – men inte alltid uttalat – antagande är att det är en kärleksrelation.

<sup>2</sup> Eftersom man kan ha haft sex med fler än en (1) person överstiger kolumnprocenten ett hundra.

de två äldsta åldersgrupperna. Det är med andra ord inte så vanligt att ha sex med en person som man inte känner.

Tabellen visar att en tredjedel av männen hade sex med sin partner/pojkvän. Här är andelen något större inom de två yngre åldersgrupperna. Dessa siffror står i kontrast till det vi fann i kapitel två, nämligen en lägre andel som lever i en parrelation bland de yngsta och en högre bland de äldre. Betyder detta att de unga männen som lever i parrelation tenderar att ha sex med sin partner och att de äldre männen oftare har sex utanför relationen? Vi har i kapitel två redan sett att andelen som uppger att de har kontakter utanför relationen stiger med ökad ålder. Återfinns denna skillnad även vid den senaste sexkontakten? En fördjupad analys av männen som lever i parrelation visar tydliga skillnader när det gäller typ av partner vid senaste sextillfället. Drygt en tiondel av de yngsta männen har haft sex med någon annan än sin partner. Andelen stiger i stort sett linjärt till att omfatta hela 42 procent av männen i den äldsta åldersgruppen. Det finns därför fog för vårt antagande om åldersskillnader när det gäller sex utanför parrelationen. Som vi tidigare nämnt är det viktigt att framhålla att man utifrån enkäten inte kan säga huruvida mannens sexuella kontakter utanför relationen är överenskomna med den man lever i parrelation med eller inte. Vi kan däremot se att ungefär sju procent av dem som lever i en parrelation haft trekant eller gruppsex vid det senaste sextillfället. Vid en tredjedel av dessa situationer var partnern med.

Att ha en återkommande sexuell partner som man inte lever i parrelation med brukar som sagt i vardagsord benämnas som knullkompis (eller KK). Detta är något som generellt brukar relateras till ungdomar eller unga vuxna (se till exempel Forsberg 2007). I vårt material är det dock förekommande med KK inom alla åldersgrupper.<sup>1</sup> Faktum är att andelen med KK-erfarenheter stiger med ökad ålder. Bland dem som är 47 år eller äldre hade hela 28 procent sex med en KK vid det senaste sextillfället. Att ha en sexuell relation utan kärlek bryter till vissa delar mot en normativ föreställning om hur den "goda" sexualiteten skall praktiseras. Simon och Gagnon

---

<sup>1</sup> I svarsalternativet preciseras återkommande sexuell partner med knullkompis eller älskare.

(1999) resonerar kring sexuella normer utifrån en script-metafor. De menar att det existerar kulturella föreställningar (script) som normerar såväl hur man har sex som med vem de sexuella handlingarna kan ske. Att ringa in dessa kulturella föreställningar kan vara svårt eftersom normerna oftast inte är explicit uttalade. Flera forskare har dock identifierat en kulturell föreställning om att kärlek – eller åtminstone förälskelse – är en av de viktigaste faktorerna som avgör om en sexuell handling är en del av den ”goda sexualiteten” eller inte (se till exempel Forsberg 2007 eller Tikkanen 2003). Det finns dock vissa undantag där sexuella handlingar utan kärlek eller förälskelse är mer tillåtna och accepterade. Ett sådant undantag är ungdomstiden. Utifrån dessa argument kan man därför säga att de äldre männen i studien är normbrytare. Frågan är om dessa män är normbrytare inom homosamhället? Troligtvis inte. Det finns anledning att anta att de normer kring sexualiteten som existerar inom det heterosexuella majoritetssamhället inte är lika normerade inom homosamhället.

Vi har redan berört frågan om trekanter och gruppsex när det gäller de män som lever i en parrelation. Hur ser erfarenheterna av dessa handlingar ut bland övriga män? Sex med fler än en person vid ett och samma tillfälle är inte så förekommande i de beskrivningar av det senaste sextillfället som männen lämnat. De allra flesta av männen (nio av tio) hade sex med en person vid det senaste sextillfället. Det finns dock en liten skillnad mellan åldersgrupperna; det är något vanligare inom de två äldsta åldersgrupperna att ha haft sex med fler än en person samtidigt. Bland dem som har denna erfarenhet är det mest förekommande med så kallade trekanter. Mindre vanligt är gruppsex eller sexuella möten där både män och kvinnor ingår.

I enkäten bad vi männen göra en skattning av åldern på mannen de hade sex med. Vi har i vår analys jämfört åldern på dem som svarat på enkäten och dem som männen hade sex med. Man kan där se att ålderskillnaderna ligger i ett spann mellan plus 44 år och minus 38 år. Vi har utifrån dessa åldersdifferenser skapat tre grupper: ingen ålderskillnad (plus/minus fem år), mellanstor ålderskillnad

(sex till tio års skillnad) samt stor ålderskillnad (mer än elva års ålderskillnad).

Tabell 4.2 Ålderskillnader, andelar inom åldersgrupper i procent. N=2516.

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 och äldre
Ingen åldersskillnad	69	57	47	27
Mellanstor åldersskillnad	15	26	22	12
Stor åldersskillnad	16	17	31	61
TOTALT	100	100	100	100

Vi kan i tabellen se skillnader i erfarenheter mellan männen i de olika åldersgrupperna. Bland de yngsta männen är det mest förekommande att ha haft sex med någon som är i ungefär samma ålder. Bland de äldsta männen är det mer förekommande med det rakt motsatta.

### Kontaktvägar och mötesplatser

Att de flesta haft sex med någon man känner sedan tidigare återspelas i hur männen svarat på frågan hur man fick kontakt vid det specifika tillfället som beskrivs i enkäten. Över hälften av männen i samtliga åldersgrupper har svarat att de kände partnern sedan tidigare eller att man för närvarande lever i en parrelation.

Tabell 4.3 ger oss främst kunskap om hur männen träffat sin tillfällige partner – och då främst en partner man inte kände sedan tidigare. Vi kan i tabellen se att internet är den enskilt mest förekommande kontaktvägen (de flesta har specifikt angett Quiser). Med tanke på att internet är en sexuell arena som enligt många studier särskilt tilltalar en yngre generation (se Daneback 2006) är det intressant att skillnaderna inte är så stora mellan de olika åldersgrupperna. En jämförande analys mellan de män som träffat sin senaste partner via internet och övriga män visar få skillnader när det gäller såväl bakgrundsvariabler som andra mer situationella variabler (t.ex. vilken typ av sex man hade). En regressionsanalys av de män som träffat sin partner via internet visar att bostadsort, sexuell läggning och relationsstatus har betydelse när man skall beskriva de personer i enkäten som mött sin senaste sexpart-

ner via internet. Om man bor utanför storstadsregionerna, definierar sig som bisexuell, heterosexuell eller experimentell samt är singel ökar sannolikheten att man mött partnern genom internet.<sup>1</sup>

Tabell 4.3 Kontaktvägar, andelar inom åldersgrupper i procent. N=2498.

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 och äldre
Känd sedan tidigare/parrelation	56	55	55	53
Internet	32	28	25	26
Gaybar	6	7	4	2
Sexfrekvent miljö	2	6	13	16
Annat sätt	4	4	3	3
TOTALT	100	100	100	100

Att internet är en mötesplats för män i mindre städer är inte förvånande, eftersom det på dessa platser i regel saknas fysiska mötesplatser som uttalat vänder sig till homo- och bisexuella män. Det är inte heller förvånande att heterosexuella samt experimentella män i högre grad mött sin senaste partner via internet, eftersom internet erbjuder en arena för män som av olika anledningar inte känner sig hemma i övriga delar av homosamhället.

De amerikanska forskarna Kim et al. (2001) gör gällande att det finns skillnader mellan män som träffar partner via internet och män som använder andra kontaktvägar. Forskarna fann i en studie att internetmännen var yngre samt att de utsatte sig för större risker när det gäller sex och droger. Man skall dock läsa de amerikanska forskarnas resultat med en viss försiktighet. För det första hade de rekryterat deltagarna till studien via en STI-klinik, vilket leder till en större andel män som utsatt sig för sexuella risker. För det andra är studien genomförd vid millennieskiftet. Mycket har hänt sedan dess. Internet som mötesplats har förändrats och blivit en arena där såväl sexuella som sociala kontakter knyts. Internetmötesplatser, som Qruiser, är för många inte nödvändigtvis en

1 Logistisk regressionsmodell. Beroende variabel=mött senaste sexpartner via internet. 15 till 25 år (ref.), OR(26 till 35 år) 0.9, ej signifikant, OR(36 till 46 år) 0.8 ej signifikant, OR(47 och äldre) 0.7 ej signifikant); OR(utanför storstadsregionerna) 1.4, p<.002; OR(heterosexuell, bisexuell eller experimentell) 1.4, p<.006; OR (singel) 4.8, p<.0001.

sexuell arena utan en mötesplats där man knyter nya sociala kontakter och kommunicerar med personer som man känner sedan tidigare.

Att möta en tillfällig sexpartner via en gaybar är ganska ovanligt inom alla åldersgrupper. Måhända har internet ersatt dessa fysiska mötesplatser när det gäller kontaktknyandet. Enskilda berättelser och iakttagelser från RFSL-chatten och Quiser visar att det finns en koppling mellan fysiska mötesplatser, till exempel gaybarer, och internet där till exempel Quiser används som ett sätt att ta kontakt med (eller ibland efterlysa) män man sett eller mött utanför internet. Ibland har det handlat om att man inte haft mod att ta kontakt öga mot öga. Internet kan då kännas som ett tryggare sätt att knyta kontakt eftersom risken är mindre att förlora ansiktet om man blir avvisad.

Slutligen har vi de män som mött sexpartnern i en sexfrekvent miljö, d.v.s. en videoklubb, gaysauna, park eller liknande. Här är skillnaderna i erfarenhet stora, särskilt mellan de äldsta och de yngsta. En regressionsanalys visar att sannolikheten är över tio gånger så stor att en man i den äldsta åldersgruppen mötte sin senaste sexpartner i en sexfrekvent miljö, jämfört med en man i den yngsta åldersgruppen.<sup>1</sup> Men det finns även andra skillnader förutom ålder. Regressionsanalysen visar ökad sannolikhet att männen som mött sin senaste partner i en sexfrekvent miljö är äldre, boende i storstad samt singlar. Man kan på så sätt säga att dessa män till viss del utgör en motsatt bild av dem som mött senaste partnern via internet. Att en stor andel av storstadsmännen mött senaste partnern i en sexfrekvent miljö är inte förvånande eftersom dessa miljöer främst förekommer i större städer.

Drygt nio av tio sexuella möten som beskrivs i enkäten har ägt rum i Sverige.<sup>2</sup> Troligtvis hade vi fått en större andel män som haft sex utomlands om vi genomfört enkäten under sommaren.

---

<sup>1</sup> Logistisk regressionsmodell. Beroende variabel=mött senaste sexpartner i en sexfrekvent miljö. OR(storstadsregion) 1.7, p=.002; 15 till 25 år (ref.), OR(26 till 35 år) 3.7, p<.0001, OR(36 till 46 år) 9.4 p<.0001, OR(47 och äldre) 10.9 p<.0001; OR (singel) 3.4, p<.0001.

<sup>2</sup> Inga skillnader föreligger mellan de sexuella kontakter som skett i Sverige och de som ägt rum utomlands när det gäller förekomst av oskyddade anala samlag.

Tabell 4.4 Plats där det sexuella mötet ägt rum, andelar inom åldersgrupper i procent.  
N=2545.

	15-25 år	26-35 år	36-46 år	47 och äldre
Hemmet	90	89	81	75
Sexfrekvent miljö	4	7	13	17
Annan plats	6	4	6	8
TOTALT	100	100	100	100

Vi har även frågat männen om var de hade sex. Som förväntat sker de allra flesta sexuella möten i hemmet. Andelen som haft sex i en sexfrekvent miljö är en återspeglning av vad vi såg i tabell 4.3. Vi kan dock se en viss skillnad; några av dem som hade sex i en sexfrekvent miljö kände partnern sedan tidigare. Några få procent av männen har angett annan plats för det sexuella mötet, t.ex. på hotell.

### Sexuella handlingar

Åtta av tio män ägnade sig åt oralsex den senaste gången de hade sex. Även i den enkät som genomfördes 1998 kunde man se att oralsex var något som en mycket stor andel av männen föredrog (Tikkanen och Månsson 1999). Att oralsex praktiseras av all typer av män i alla möjliga typer av sexuella möten är något framkommit i flera studier (se till exempel Coxon 1996).

Vi kan i tabell 4.5 även se att analt samlag förekommer i drygt hälften av de sexuella beskrivningar som lämnats av männen i enkäten. Om detta är en hög eller låg siffra kan man diskutera, vad man däremot kan säga är att ovanstående siffror omkullkastar den ofta förekommande föreställningen om att homosexuella män främst ägnar sig åt penetrerande analsex. Mindre vanliga sexuella handlingar bland männen i studien är fisting eller att man använt sig av sexleksaker.

Den brittiske forskaren Anthony Coxon har utifrån sexuella dagböcker (*sexual diaries*) kartlagt sexuella handlingar bland brittiska MSM (Coxon 1996). Hans forskning visar bland annat att man kan dela in de sexuella handlingar i tre olika kategorier utifrån hur



pass vanligt förekommande de är. De vanligast förekommande handlingarna är ömsesidig onani, oralsex samt analt samlag. Ungefär 80 procent av de sexuella situationer som beskrevs i männens sexdagböcker innehöll en eller flera av dessa handlingar. De näst mest förekommande handlingarna inkluderar bland annat rimming.<sup>1</sup> I Coxons dagboksstudie ingick rimming i en femtedel av de brittiska männens dagboksbeskrivningar. De handlingar som endast några få procent av de brittiska männen praktiserade inkluderar bland annat fisting.<sup>2</sup> De siffror vi ser i tabell 4.5 påminner till viss del om det som framkommer i Coxons studie.

Tabell 4.5 Sexuella handlingar, andelar inom åldersgrupper i procent.<sup>3</sup> N=2457.

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 och äldre
Ömsesidig onani	68	60	52	53
Oralsex	85	82	79	73
Anala samlag	57	55	52	43
Rimming	25	29	29	25
Fisting	1	2	1	3
Anala sexleksaker	3	4	8	6

Går det att urskilja något mönster i männens sexuella handlingar på så sätt att vissa sexuella handlingar är oftare förekommande vid en och samma sexualakt? I Coxons dagboksstudie kan man urskilja ett tydligt mönster då anala samlag sker. Ett analt samlag föregicks i den brittiska studien oftast av ett oralt samlag och i vissa fall av rimming. Eftersom vi i vår studie inte vet i vilken ordning de sexuella handlingarna skett är det svårt att göra liknande analyser. Det mönster vi kan se är att rimming, fisting och användande av anala sexleksaker är sammankopplade med anala samlag bland männen.

<sup>1</sup> Även kroppsmassage och prostatastimulering med fingrar ingår enligt Coxons studie i denna kategori av sexuella handlingar.

<sup>2</sup> Coxon inkluderar även S/M och sexuella rollspel i denna kategori av handlingar som är sällan förekommande.

<sup>3</sup> Rimming innebär oral-anal kontakt. Fisting innebär att man för in hela eller delar av handen i ändtarmen.

Vi får inte glömma att det finns en stor grupp män som inte hade ett analt samlag vid det senaste sextillfället, ungefär hälften av männen. Om handlingarna vid detta sexuella möte var typiska eller inte kan man inte avgöra utifrån enkäten. Man kan däremot spekulera om vilken betydelse partnertyp och mötesplats har för de handlingar som sker. I tabell 4.6 har vi jämfört sexuella handlingar mellan olika partnertyper.

*Tabell 4.6 Sexuella handlingars förekomst i sexuella möten med olika partnertyper i procent. N=2458.*

	<i>Pojkvän /partner</i>	<i>Återkommande sexuell partner</i>	<i>Tillfällig partner man kände</i>	<i>Okänd tillfällig partner</i>
Ömsesidig onani	64	59	59	56
Oralsex	81	83	82	80
Analt samlag	58	58	51	49
Rimming	28	33	25	27
Fisting	1	4	2	2
Anala sexleksaker	6	8	5	3

Skillnaderna är inte så stora. Vi kan i tabellen se att anala samlag är något mer förekommande med en partner som man känner sedan tidigare. Man kan i tabellen också se att fisting eller användandet av sexleksaker är något mer förekommande med en KK jämfört med en pojkvän/partner. Skillnaderna är dock för små för att kunna dra större slutsatser. Man kan emellertid spekulera om dessa sexuella handlingar är något som man hellre praktiserar inom en relation som mer är av sexuell karaktär än inom en kärleksrelation?

Skiljer sig männens sexuella handlingar åt beroende på var man har sex? Vi har i en fördjupande analys valt att särskilja sexuella möten som sker i hemmet från de sexuella möten som sker i sex-frekventa miljöer (t.ex. videoklubb, gaysauna eller annan raggingsplats).

Tabell 4.7 Sexuella handlingars förekomst i hemmet respektive sexfrekvent miljö i procent.

	Hemmet, n=2099	Sexfrekvent miljö, n=207
Ömsesidig onani	61	55
Oralsex	81	81
Anala samlag	56	37
Rimming	29	17
Fisting	2	3
Anala sexleksaker	5	4

I tabell 4.7 kan vi se att den sexuella praktik som främst skiljer hemmet från sexfrekventa miljöerna är anala samlag. I mer än hälften (56 procent) av de sexuella möten som utspelar sig i hemmet sker ett analt samlag. I de sexfrekventa miljöerna är förekomsten av anala samlag lägre, men fortfarande relativt hög. Man kan ställa sig frågan om anala samlag är mer förekommande i vissa typer av sexfrekventa miljöer? En viss skillnad finns där förekomsten av samlag är större bland dem som haft sex på en gaysauna jämfört med videoklubb eller annan sexfrekvent miljö. Att möten som sker på en gaysauna oftare innehåller anala samlag är dock inte förvånande. Knutagård och Eriksson (2006) fann i sin observationsstudie en skillnad mellan danska och svenska sexfrekventa miljöer. På danska saunor och videoklubbar är det lättare att ha analt samlag eftersom det finns tillgång till britsar, kondomer och glidmedel. På svenska videoklubbar saknas dessa underlättande faktorer helt och hållet. Knutagård och Eriksson menar att detta till stor del är en konsekvens av den så kallade bastulagstiftningen som omöjliggjorde hivpreventivt arbete på videoklubbar. Trots att lagstiftningen ändrats, ligger det hivpreventiva arbetet i dessa miljöer tidsmässigt efter, menar Knutagård och Eriksson.

Vi har tidigare sett att oralsex förekommer med alla partnertyper. I tabell 4.7 kan vi dessutom se att oralsex är lika vanligt i hemmet som i en sexfrekvent miljö. Finns det en skillnad mellan olika typer av oralsexhandlingar? Vi har i vår enkät inte frågat efter kondom-användning vid oralsex eftersom tidigare studier visat att kondom-

användningen vid oralsex är låg (se t.ex. Tikkanen och Månsson 1999). Eftersom eventuella risker för hivöverföring vid oralsex främst föreligger då ejakulationen sker i munnen är det mer intressant att studera förekomsten av denna handling. En spansk studie visar att det är mer förekommande att ta sperma i munnen från en stadig partner jämfört med en tillfällig partner (Pérez et al. 2002). I samma studie visar forskarna, utifrån retrospektiva data, att ejakulation i munnen är något som har ökat även med tillfälliga partner de senaste tio åren.

*Tabell 4.8 Tagit sperma i munnen, andelar inom åldersgrupper i procent (från någon man inte kände sedan tidigare inom parantes). N=2396.*

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 och äldre
Tagit sperma i munnen (från någon man inte kände sedan tidigare inom parantes)	26 (5)	16 (4)	22 (5)	19 (5)

Ungefär var femte man tog sperma i munnen den senaste gången han hade sex. Det är främst med en stadig partner som detta skett. Den främsta förklaringen till ålderskillnaderna vi ser i tabell 4.8 finns i vilken typ av partner man hade sex med; de yngsta männen har i högre grad haft sex med sin stadige partner. I samma tabell ser vi att det inom alla åldersgrupper är ovanligt att ha tagit sperma i munnen tillsammans med en okänd partner. Att sperma i munnen med all sannolikhet upplevs som något intimt syns även då man betraktar platsen där de sexuella handlingarna skedde. I de situationer där männen tagit sperma i munnen har åtta av tio ägt rum i hemmet.

### Männen som vid det senaste sextillfället hade ett oskyddat samlag

Totalt 766 personer hade ett oskyddat analt samlag när de senast hade sex.<sup>1</sup> De utgör trettio procent av det totala antalet män i studien.<sup>2</sup> I tabell 4.9 ser vi hur dessa män fördelar sig på några bak-

<sup>1</sup> Bland dessa ingår de som blivit penetrerade eller penetrerat utan kondom. De män som endast under en del av samlaget använde kondom ingår i gruppen som haft oskyddade samlag. Det är emellertid få män som haft ett sådant inkonsekvent kondombruk.

<sup>2</sup> Andelar inom åldersgrupper: 15–25 år: 35 procent, 26–35 år: 29 procent, 36–46 år: 29 procent, 47 och äldre: 22 procent.

grundvariabler. Vi har i tabellen valt att presentera de variabler där dessa män skiljer sig från övriga.<sup>1</sup> Det finns således inga statistiskt signifikanta skillnader mellan männen som haft oskyddat samlag vid senaste sextillfället och övriga män när det gäller bostadsort, utbildningsnivå, sysselsättning, utländsk bakgrund, superaktivitet, hivstatus, eller STI-infektion. Däremot skiljer sig dessa män något från övriga män när det gäller ålder, sexuell läggning, relationsstatus samt erfarenhet av hivtest.

*Tabell 4.9 De män som hade oskyddat analt samlag vid senaste sextillfället jämfört med övriga män, bakgrundsvariabler. Andelar inom grupper i procent.*

	<i>Oskyddat analt samlag vid senaste sextillfället, n=766</i>	<i>Hade inte analt samlag eller använde kondom, n=1798</i>
15 till 25 år	36	29
26 till 35 år	32	33
36 till 46 år	23	25
47 år och äldre	9	13
Homosexuell	80	76
Experimentell eller heterosexuell	3	6
Lever i parrelation med en man	50	29
Återkommande testare	26	20

Som man ser i tabell 4.9 är männen som haft oskyddat samlag vid det senaste sextillfället generellt något yngre.<sup>2</sup> I tabellen kan man se att 36 procent av de män som hade oskyddat samlag vid senaste sextillfället tillhör den yngsta åldersgruppen. Vi kan i tabellen också se att andelen äldre män (47 år och äldre) är mindre bland dem som hade ett oskyddat samlag. När det gäller de övriga två åldersgrupperna utgör de ungefär lika stora andelar inom de två grupperna.

Att hela 80 procent av männen som haft oskyddade samlag betraktar sig själva som homosexuella – och endast några få procent definierar sig som experimentella eller heterosexuella – visar att MSM-

<sup>1</sup> Vi har redovisat de variabler som i Chi-2-test uppvisar en statistisk signifikans på <.05.

<sup>2</sup> Ålderskillnaden framkommer även vid t-test,  $t=3.83$ ,  $p<.0001$ .

begreppet till viss del är problematiskt när man skall beskriva vilka män som i högre grad haft oskyddade samlag och på så sätt utgör en målgrupp inom hivpreventionen. MSM-begreppet tillkom i det hivpreventiva arbetet som ett sätt att även inkludera män som inte betraktar sig som homo- eller bisexuella men som ändå har sex med andra män. Begreppet sätter med andra ord handling – och inte identitet – i fokus. Young och Meyer (2005) kritiserar MSM-begreppet i en artikel i *American Journal of Public Health*. De menar att begreppet dels negligerar den sociala värld som homo- och bisexuella män lever i, dels förbiser de termer männen själva använder för att beskriva sin sexualitet och sin identitet. Att förbise männen egna definitioner kan, enligt Young och Meyer, få allvarliga konsekvenser i det hivpreventiva arbetet eftersom majoriteten inom målgruppen är självidentifierade homo- och bisexuella män. Forskarna menar att det finns en risk att dessa män upplever att interventionen riktar sig till någon annan. MSM-begreppet kan på så sätt resultera i direkt motsatta effekter än vad man vill uppnå.

Man kan i tabellen även se att hälften av männen som haft oskyddat samlag lever i en parrelation med en annan man. Detta pekar mot att en stor andel av de oskyddade samlagen skett inom en parrelation – vilket vi kommer att se lite längre fram när vi beskriver situationen där det oskyddade samlaget skett.

När det gäller erfarenhet av att någon gång ha hivtestat sig finns det inga statistiskt signifikanta skillnader mellan männen som vid det senaste sextillfället hade ett oskyddat samlag och övriga män. Ungefär tre fjärdedelar i båda grupperna har någon gång testat sig. I kapitel tre urskiljde vi tre grupper av män med olika erfarenheter av hivtest: förstagångstestare, återkommande testare samt glestestare. Finns det skillnader mellan männen när det gäller dessa testerfarenheter? I tabell 4.9 kan vi se att så är fallet när det gäller återkommande testare som är något större bland dem som haft oskyddat samlag (26 procent jämfört med 20 procent bland övriga män). Andelen förstagångstestare och glestestare är dock ungefär lika stora inom båda grupperna.

Tabell 4.10 De män som hade oskyddat analt samlag vid senaste sextillfället jämfört med övriga män, situationsvariabler. Andelar inom grupper i procent.

	Oskyddat analt samlag vid senaste sextillfället, n=766	Hade inte analt samlag eller använde kondom, n=1798
I hemmet	91	83
I en sexfrekvent miljö	5	10
Med partner/pojkvän	50	26
Med annan partner man kände sedan tidigare	31	41
Med tillfällig partner man <i>inte</i> kände sedan tidigare	19	33
Träffat partnern via internet	19	32
Ägnat sig åt rimming	38	23
Ägnat sig åt fisting	3	1
Använt sexleksaker	8	4
Någon av männen tog sperma i munnen	37	27

I tabell 4.10 har vi tittat på den situation där det oskyddade samlaget skedde. Även här har vi valt att redovisa de variabler där männen skiljer sig åt.<sup>1</sup> Vi kan i tabellen se att nio av tio oskyddade samlag har skett i hemmet. Vi har tidigare i kapitlet sett att anala samlag är ovanligare – men dock förekommande – i sexfrekventa miljöer. I tabellen ser vi dock se att endast fem procent av de oskyddade samlagen skedde i en sexfrekvent miljö. Det finns dock studier som pekar i motsatt riktning när det gäller riskhandlingar i dessa miljöer. En amerikansk studie visar att män som besöker dessa miljöer oftare har riskfylld sex (Aynalem et al. 2006). Det empiriska underlaget i den amerikanska studien bestod dock av män som diagnostiserats med syfilis, vilket gör att resultaten inte kan generaliseras till en större grupp män som besöker dessa platser.

I tabell 4.10 ser vi att hälften av samlagen har skett med en stadig partner. Om vi lägger till de samlag som skett med en annan partner som man kände sedan tidigare är vi uppe i 81 procent av det totala antalet oskyddade samlag. Med andra ord är det relativt få

<sup>1</sup> Vi har redovisat de variabler som i Chi-2-test uppvisar en statistisk signifikans på <.05.

män som vid det senaste sextillfället hade ett oskyddat samlag med någon som man inte kände sedan tidigare.

I tabellen kan vi se att 19 procent av de oskyddade samlagen skett med en partner man träffade via internet. I tabellens andra kolumn kan man se att andelen bland dem som inte hade oskyddat samlag är större. Huruvida internet utgör en riskarena har diskuterats av flera forskare. McKirnan et al. (2007) hävdar i en artikel att internet utgör en riskarena för en viss typ av män. De menar att de män som är mer sårbara på grund av depression eller ensamhet kan använda internet som en "flyktarena" där risktänkandet sätts ur spel. I sin förlängning kan detta, enligt forskarna, leda till att man hamnar i en faktisk risksituation. Dessutom menar McKirnan et al. att internet kan möjliggöra ett risktagande bland de män som lätt hamnar i situationer där säkrare sex-strategier sätts åt sidan.

I tabell 4.10 ser vi att rimming, fisting och anala sexleksaker är något mer förekommande bland dem som haft oskyddade samlag. Detta betyder att sexakter som resulterat i ett oskyddat samlag oftare innehåller andra "anala handlingar". Att använda sig av sexleksaker eller ägna sig åt fisting är relativt ovanligt bland männen över lag. I nästa kapitel kommer vi att se att dessa mindre förekommande sexuella handlingar oftare praktiseras av män som man kan kalla sexuellt äventyrliga.

Slutligen kan vi i tabell 4.10 se att de män som haft oskyddat samlag i större omfattning tagit sperma i munnen vid det sextillfälle då samlaget skedde. Om man närmare granskar de situationer då detta skett ser man att det även här handlar om en partner man kände sedan tidigare. Männen som haft oskyddade samlag tar med andra ord inte sperma i munnen från okänd partner i större eller mindre utsträckning än övriga män.

### Kondomanvändning vid samlag

Vi har hittills i kapitel sett att trettio procent av männen hade ett oskyddat samlag vid sitt senaste sextillfälle. Det betyder att de resterande männen antingen använde kondom eller helt enkelt inte hade ett analt samlag. I det hivpreventiva arbetet är det intressant



att se hur kondombruket ser ut då man faktiskt har ett samlag. Låt oss därför endast titta på de män som hade ett analt samlag vid det senaste sextillfället.

En närmare studie av de anala samlag som männen beskrivit i enkäten visar att kondom används vid 43 procent av samlagen.<sup>1</sup> Skillnaderna mellan åldersgrupperna är små där de allra yngsta männens kondombruk ligger på 38 procent och de övriga männens på en nivå över 40 procent. Den allra tydligaste skillnaden när det gäller kondombruk finner man då man tittar på partnertyp, eller rättare sagt om man lever i parrelation med den man haft samlag med. Med en stadig partner är kondombruket betydligt lägre (23 procent). Med en tillfällig partner (känd eller okänd) ligger kondombruket på 55 procent. Att färre unga män använt kondom kan förklaras av att de i större omfattning haft sex med en stadig partner.

När det gäller mötesplatsen verkar den i sig inte ha någon större betydelse för ökat kondombruk. Kondom används i stort sett lika mycket i hemmet som i en sexfrekvent miljö. Förklaringen finns med andra ord inte i miljön utan i typ av partner. Vi får dock inte glömma att anala samlag generellt är något mer förekommande i hemmet jämfört med i en sexfrekvent miljö.

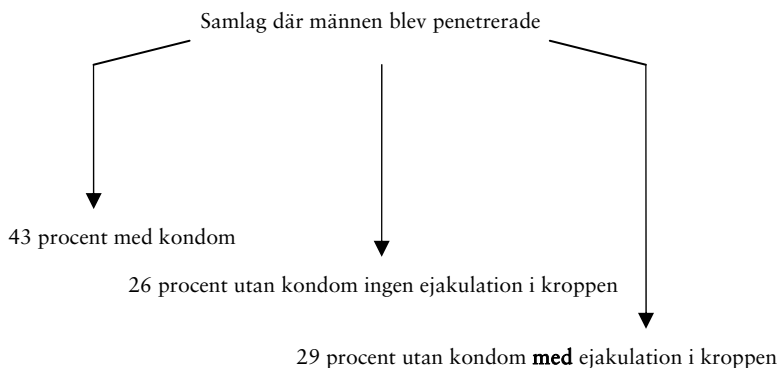
Att männen vid 43 procent av de anala samlagen använder kondom kan både upplevas som en hög och en låg siffra. Å ena sidan kan man säga att det hivpreventiva arbetet gett ett visst resultat eftersom det vid knappt hälften av samlagen faktiskt används kondom. Å andra sidan är det ett faktum att det mest förekommande är att *inte* använda kondom när man har analt samlag. Detta står i kontrast till det hivpreventiva budskap som sedan en lång tid riktats till MSM i Sverige, nämligen ”använd kondom vid anala samlag”. Vi kommer i slutkapitlet att återkomma till de utmaningar som det hivpreventiva arbetet ställs inför när det gäller kondomanvändning och den relativt stora förekomsten av oskyddade samlag.

---

<sup>1</sup> Vi har vid beräkningen utgått från samlagen där männen blev penetrerade (kondomanvändningen vid de penetrerande samlagen är i stort sett densamma). Endast de samlag där man använde kondom under *hela* samlaget ingår i procentsatsen.

Skiljer sig kondombruket åt när det gäller andra variabler? En närmare analys visar att det *inte* finns några skillnader i kondombruk vid det senaste samlaget när det gäller bostadsort, sysselsättning, utländsk bakgrund, sexuell läggning, hivstatus, erfarenheter av hiv-test eller om man haft en STI under det senaste året. Alla dessa män använder kondom i lika stor utsträckning som övriga män. Man finner inte heller några större skillnader när det gäller dem som är superaktiva.

Figur 4.1 Kondomanvändning och ejakulation.



Vi har hittills sett att ungefär 43 procent av samlagen skedde med kondom. Med enkel matematik kan man komma fram till att 57 procent av samlagen var kondomlösa. Skall alla dessa samlag betraktas som lika riskfyllda? Internationell forskning har visat att så kallade avbrutna samlag används av MSM som ett sätt att reducera riskerna för hivöverföring (se t.ex. Wolitski & Branson 2002, Parsons et al. 2005 eller Crawford et al 2006). Wolitiski och Branson kallar dessa beteenden *gray area behaviors*, d.v.s. gråzonsbeteenden som faller mellan säkrare och osäker sex. Å ena sidan kan dessa beteenden avfärdas som en produkt av okunskap, å andra sidan kan de vara ett resultat av ett riskkalkylerande.

I figur 4.1 kan vi se hur de oskyddade samlagen fördelar sig mellan ejakulation inuti respektive utanför kroppen.<sup>1</sup> Även här har vi använt oss av samlagen där männen blivit penetrerade som exempel. I figuren kan vi se att det är något mer förekommande att ejakulera

<sup>1</sup> Två procent av männen minns inte om de använde kondom eller var sperman hamnade.

inuti kroppen än att låta sperman hamna utanför. Ungefär hälften av de oskyddade samlagen resulterade i en ejakulation utanför kroppen. Vilka män har praktiserat sådana avbrutna samlag? I vilka situationer har samlagen skett? Om vi börjar med att titta på de olika åldersgrupperna kan vi konstatera att det är svårt att se ett tydligt mönster. Avbrutna samlag är något mer förekommande bland de yngre männen i studien.

*Tabell 4.11 Oskyddade anala samlag där respondenten blivit penetrerad utan kondom. Jämförelse mellan samlag med respektive utan ejakulation i kroppen. Andelar inom grupper i procent.*

	<i>Ejakulation i kroppen, n=249</i>	<i>Ingen ejakulation i kroppen, n=219</i>
Sex med tillfällig partner	26	46
Kände inte till partners hivstatus	29	41
Träffades via internet	16	23
Någon av männen tog sperma i munnen	43	32

I tabell 4.11 har vi tittat närmare på de samlag utan kondom där respondenten blev penetrerad.<sup>1</sup> Vi börjar med att titta på de samlag där sperman hamnade i kroppen. Vi kan i den vänstra kolumnen se att 26 procent av dem som tog sperma i kroppen gjorde så från en tillfällig partner. Vi kan i kolumnen också se att i de fall sperman hamnat inuti kroppen har man i samma sexakt i flera fall även tagit sperma i munnen. Då vi betraktar den högra kolumnen ser vi en betydligt högre andel som hade samlag med en tillfällig partner. Något mindre än hälften (fyrtiosex procent) av de oskyddade samlagen där ejakulationen hamnat utanför kroppen har varit med en tillfällig partner. Vi kan i kolumnen också se att en större andel av de avbrutna samlagen skett med en tillfällig partner man träffat via internet.

Hur skall man tolka de resultat vi ser i tabell 4.11? En tolkning som ligger nära till hands är att de avbrutna samlagen i många si-

<sup>1</sup> De penetrerande samlagen visar liknande mönster som tabell 4.13. Vi har i tabell 4.13 redovisat de variabler som i Chi-2-test uppvisar en statistisk signifikans på <.05.

tuationer kan vara ett resultat av en riskreducerande strategi som man tillämpar med en tillfällig partner man inte känner så väl. En australisk studie visar liknande skillnader mellan stadig och tillfällig partner när det gäller avbrutna samlag (Crawford et al. 2006). De australiska forskarna menar att avbrutna samlag är en riskreducerande strategi som används med tillfälliga sexpartner där hivstatusen är okänd. En dansk intervjustudie visar att avbrutna samlag förekommer som riskreducerande strategi såväl inom ett parförhållande som utanför (Olesen 2003). I tabell 4.11 kan vi se att en stor andel av de män som vid det senaste sextillfället avbröt det oskyddade samlaget inte kände till sin partners hivstatus. Detta talar för att det finns en signifikant andel män i studien som använder avbrutna samlag som en riskreducerande strategi då hivstatusen är okänd.

Hur pass genomtänkt är denna strategi utifrån individens perspektiv? Då man jämför de två grupper vi ser i tabell 4.11 utifrån vad de svarat om upplevda risker vid oralsex med sperma i mun, penetrerande samlag utan kondom samt avbrutna samlag, existerar inga signifikanta skillnader. Dessa två grupper gör med andra ord liknande riskbedömningar av dessa tre handlingar. Hur skall man förklara att vissa män trots detta praktiserat avbrutna samlag? Förklaringen ligger troligtvis i hur männen tänker i den faktiska situationen. Gold (2000) menar att de kognitioner som existerar i en sexuell situation skiljer sig från en icke-sexuell situation. De handlingar som männen i en icke-sexuell situation skulle döma ut som riskfyllda kan i den sexuella situationen passera som mindre riskfyllda. Den sexuella upphetsningen har med andra ord en inverkan på hur man tänker och resonerar om risk.

### Glidmedelanvändning och kondomhaverier

Kondom ger ett mycket effektivt skydd mot hivöverföring. Förutsättningen är att kondomen används på rätt sätt. Om man till exempel använder en kondom där utgångsdatumet är passerat eller använder ett felaktigt glidmedel risker man att kondomen går sönder. Vi har i vår enkät frågat männen om de använde vatten- eller silikonbaserat glidmedel samt om kondomen gick sönder under samlaget.

Tabell 4.12 Avsaknad av ändamålsenligt glidmedel samt sprucken kondom vid det senaste sextillfället, andelar inom åldersgrupper i procent.<sup>1</sup> N=678 respektive 704.

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 och äldre
Inte använt vatten- eller silikonbaserat glidmedel tillsammans med kondom	19	9	9	5
Kondomen gick sönder	6	1	1	-

Man kan i tabellen se tydliga skillnader mellan de yngsta männen och de äldre. Inom den yngsta gruppen sker vart femte samlag med kondom utan ändamålsenligt glidmedel (19 procent). Det är också inom denna grupp man finner i stort sett alla situationer där kondomen har spruckit. Ingen inom den äldsta åldersgruppen rapporterar kondomhaverier. Finns det ett samband mellan spruckna kondomer och felaktigt/inget glidmedel? Om man granskar de fall där kondomen gått sönder kan vi se att inget – eller felaktigt – glidmedel användes vid en tredjedel av samlagen. Det finns dock andra faktorer som kan ha gjort att kondomen gått sönder, t.ex. utgången datum. De unga människors överrepresentation när det gäller kondomhaverier och avsaknad av ändamålsenligt glidmedel visar att frågor om kondomanvändning är viktiga att lyfta upp bland dessa män.

<sup>1</sup> I tabellen ingår endast de män som använt kondom vid samlaget.



## 5. SEXUELLT RISKTAGANDE

En fråga som man inledningsvis kan ställa är vad man skall betrakta som ett sexuellt risktagande? Skall det oskyddade samlaget inom en långvarig parrelation betraktas som lika riskfyllt som det oskyddade samlaget som sker vid ett tillfällig sexuellt möte? Naturligtvis måste ett oskyddat samlag sättas in i ett sammanhang för att man skall kunna uttala sig om faktiska risker. Trots detta finns det en tendens inom den hivpreventiva forskningen att vara kategorisk när det gäller riskdefinitioner. Detta framkommer tydligt i en forskningsöversikt av effektiva hivpreventiva insatser riktade till MSM (Tikkanen 2007). En stor andel av de studier som studerat effektiv hivprevention har använt minskad förekomst av alla slags oskyddade anala samlag som ett mått på framgång. I dessa studier jämföras det oskyddade samlaget som sker inom en monogam långvarig parrelation med ett oskyddat samlag som till exempel sker i en sexfrekvent miljö. Dessa två exempel visar orimligheten att bedöma alla oskyddade samlag på samma sätt när det gäller risk.

I detta kapitel kommer vi att studera männen och deras riskhandlingar ur olika perspektiv. Vi kommer bland annat att titta närmare på de män som haft oskyddat analt samlag med ett större antal partner samt de män som haft oskyddat analt samlag där hivstatusen var okänd. Vi kommer dessutom att se på männen som lever i parrelation och deras erfarenheter av oskyddade anala samlag. Mot slutet av kapitlet kommer vi även att diskutera barebacking

och sexuell äventyrlighet mot bakgrund av vad som framkommer i analysen av datamaterialet.

### Män som haft oskyddade samlag under de senaste tolv månaderna

I förra kapitlet konstaterade vi att något mindre än en tredjedel av männen hade ett oskyddat samlag vid det senaste sextillfället. I samma kapitel kunde vi se att oskyddade samlag var mer förekommande än skyddade. Finner man liknande resultat då man studerar männens erfarenheter i ett längre tidsperspektiv? Som ett komplement till frågorna om det senaste sextillfället ställde vi även frågan om hur många män man haft oskyddat analt samlag med under de senaste tolv månaderna.

I tabell 5.1 kan vi se att drygt hälften av männen i studien haft oskyddat analt samlag under det senaste året, närmare bestämt 59 procent.<sup>1</sup> Erfarenheterna ser dock olika ut inom de olika åldersgrupperna. Störst andel finner vi bland de yngsta männen och minst andel bland de äldsta. Liknande åldersskillnader fann vi även i det förra kapitlet då vi tittade på dem som haft oskyddat samlag vid det senaste sextillfället.

*Tabell 5.1 Andel män med erfarenhet av oskyddat analt samlag (OAS), andelar inom åldersgrupper i procent. Antal partner man har haft oskyddat samlag med, medelvärde (standardavvikelse inom parantes). N=2383.*

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 och äldre
OAS det senaste året	65	60	57	43
Antal partner man haft OAS med	3 (10.9)	3 (5.8)	3 (5.5)	4 (18.7)

Då vi tittar på medelvärdet för antalet partner man haft oskyddat samlag med försvinner de åldersskillnader som vi hittills sett.<sup>2</sup> Vi kan även se att de flesta män har haft oskyddat samlag med relativt få män. Vi kan däremot (utifrån standardavvikelsen) se att erfa-

<sup>1</sup> Procentsatsen i tabellen baseras på de män som svarat på fråga 48. I vår tidigare rapport (Tikkanen et al. 2006) är procentsatserna något lägre eftersom de baserar sig på hela datamaterialet, d.v.s. även de 181 män som inte svarat på frågan.

<sup>2</sup> En variansanalys visar att det inte finns statistiskt signifikanta skillnader mellan åldersgrupperna.  $F=1.35$ ,  $p=.256$ .



renheterna i skiljer sig åt inom åldersgrupperna. Inom den yngsta och den äldsta åldersgruppen har vi störst spridning.

Drygt hälften av männen har haft oskyddat samlag det senaste året. Som vi tidigare nämnt behöver man beakta ytterligare faktorer för att kunna uttala sig mer precist om risk. Men innan vi går vidare med sådana analyser skall vi för en kort stund lämna kapitlets riskfokusering och istället se på de män som saknar erfarenhet av oskyddade samlag (åtminstone när det gäller det senaste året). Vilka är dessa män? Vid en genomgång av bakgrundsvariabler finner man relativt få variabler som skiljer dessa män från övriga män. Skillnaderna är att männen som inte haft oskyddat samlag är äldre, fler har haft sex med kvinnor, de definierar sig i lägre grad som homosexuella, lever i mindre omfattning i en parrelation med en man samt har färre vänner som är homo- eller bisexuella. Det finns dock vissa skillnader mellan åldersgrupperna. Bland männen upp till 35 år tenderar dessa män att i högre grad betrakta sig själva som heterosexuella eller experimentella, ha inga eller få homo- och bisexuella vänner, ha mer sexuella erfarenheter med kvinnor samt i mindre omfattning leva i parrelation med en man. Bland männen som är 36 år eller äldre är relationsfaktorn det enda som skiljer männen som saknar erfarenhet av oskyddade samlag från övriga män.

### Oskyddade samlag med ett större antal partner

Mer än hälften av männen har haft oskyddat samlag under de senaste tolv månaderna. I tabell 5.1 kunde vi se att medelvärdet i de olika åldersgrupperna är i stort sett detsamma men att det finns en spridning i partnerantal inom åldersgrupperna. Utifrån ett riskperspektiv blir det intressant att närmare studera de män som haft oskyddat samlag med ett större antal partner.

I tabell 5.2 ser vi att de allra flesta av männen som haft oskyddat samlag har haft det med ett fåtal partner under det senaste året. Det mest förekommande är att endast haft en OAS-partner. I tabell 5.2 har vi delat in männen i fyra grupper: de som inte haft oskyddat samlag, de som haft oskyddat samlag med en partner, de som haft oskyddade samlag med två till tre partner samt de män som

haft oskyddade samlag med fyra partner eller fler. Den fjärde gruppen – som vi väljer att kalla män som haft ett större antal OAS-partner – består av den tionde decilen, d.v.s. de tio procent män som haft flest OAS-partner.<sup>1</sup>

Tabell 5.2 Antal partner man haft oskyddat analt samlag med de senaste 12 månaderna, andelar inom åldersgrupper i procent. N=2383.

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 och äld- re
Inte haft OAS de senaste 12 månaderna	35	40	43	57
En man	31	34	34	25
Två till tre män	23	17	14	10
Fyra män eller fler	11	9	9	8
TOTALT	100	100	100	100

Vi kan i tabell 5.2 se att det finns vissa mindre skillnader mellan männen. Tendensen är att de yngre männen i högre grad haft fler OAS-partner. Skillnaderna mellan åldersgrupperna är dock små. Det blir därför intressant och se om skillnader framträder då man betraktar männen utifrån andra bakgrundsvariabler än ålder.

En jämförande analys visar att det inte finns några skillnader mellan männen som haft ett större antal OAS-partner och övriga män när det gäller bostadsort, utbildning, sysselsättning, invandrarbakgrund och sexuell läggning.<sup>2</sup> Däremot framkommer signifikanta skillnader när det gäller relationserfarenhet, antal manliga sexpartner, hivstatus, uppfattning om hur allvarligt det är att smittas av hiv, uppfattad smittsamhet hos personer som tar bromsmediciner, erfarenhet av hivtest samt erfarenhet av STI.

I tabell 5.3 har vi skiljt ut männen som haft ett större antal OAS-partner, d.v.s. fyra eller fler, och jämfört dem dels med övriga män som haft oskyddat samlag, dels med männen som *inte* haft oskyd-

<sup>1</sup> Samma indelningsprincip användes då vi urskiljde de superaktiva männen i kapitel två. Att vid kategorisering av en kvantitativ variabel utgå från den tionde decilen gjordes även i den svenska sexvinstudien (Levin et. al 1999).

<sup>2</sup> Antal OAS-partner har behandlats som en kvantitativ variabel. Analyser av bakgrundvariablerna har gjorts i form av t-tester och variansanalyser (ANOVA).

dat samlag. I tabellen har vi inkluderat de bakgrundsvariabler som skiljer dessa män från övriga män i studien.

*Tabell 5.3 Jämförelse mellan männen som haft ett större antal OAS-partner och övriga män. Andelar inom grupper i procent.*

	<i>OAS med fyra män eller fler, n=230</i>	<i>OAS med en till tre män, n=1170</i>	<i>Inte haft OAS, n= 984</i>
Lever i parrelation med en man	25	46	25
Superaktiv när det gäller antal manliga sexpartner	40	12	10
Har hivtestat sig	85	75	71
Återkommande testare	33	24	17
Hivnegativ	73	85	86
Hivpositiv	9	3	3
Okänd hivstatus	18	12	11
Instämmer helt eller i stor utsträckning med att det är mindre allvarligt att bli smittad av hiv idag	19	11	9
Anser att hivpositiva personer som tar bromsmediciner är mindre smittsamma	32	23	24
Haft en STI under det senaste året	26	10	8

I tabellen kan vi se att endast 25 procent av männen som haft ett större antal OAS-partner lever i en parrelation med en man (vilket skall jämföras med 46 procent bland övriga män som haft oskyddat samlag). Andelen superaktiva, d.v.s. de som haft tjugo partner eller fler, uppgår till hela 40 procent (12 respektive 10 procent inom de två jämförelsegrupperna). Det finns alltså en tydlig koppling mellan antal sexpartner och antal OAS-partner. Denna koppling blir också tydlig när man studerar korrelationen mellan dessa två kvantitativa variabler; ju fler manliga sexpartner man haft, desto fler har man haft oskyddat samlag med.<sup>1</sup>

Männen som haft ett större antal OAS-partner skiljer sig från övriga män när det gäller hivstatus. Vi ser i tabellen att andelen hivpo-

<sup>1</sup> Pearson r = 0.55, p=.01.

sitiva är nio procent inom gruppen (tre procent inom de två jämförelsegrupperna), andelen med okänd hivstatus är arton procent (tolv respektive elva procent bland övriga män). När det gäller erfarenhet av hivtest har nio av tio någon gång hivtestat sig, vilket skall jämföras med sju av tio män i de andra två grupperna. I det förra kapitlet kunde vi se att andelen återkommande testare var något större bland dem som vid det senaste sextillfället hade haft ett oskyddat samlag. De återkommande testarna utgör även här en signifikant större andel; bland dem som haft ett större antal OAS-partner är ungefär var tredje man en återkommande testare.

I enkäten frågade vi männen om hur de uppfattar att brosmsmedicinerna inverkat på hiv epidemins allvarlighet och på smittsamheten hos de personer som bär på viruset. I tabell 5.3 kan vi se att en femtedel av dem som haft ett större antal OAS-partner instämmer helt eller i stor utsträckning med att det är mindre allvarligt att bli smittad av hiv idag; en tredjedel anser att hivpositiva personer som tar brosmsmedicin är mindre smittsamma. Andelarna i de två jämförelsegrupperna är signifikant lägre.

Slutligen kan vi i tabellen utläsa att över en fjärdedel av männen som haft ett större antal OAS-partner också haft en STI under det senaste året. Gonorré är den vanligast förekommande könssjukdomen bland dessa män (tretton procent av dessa män har haft gonorré under det senaste året).

De skillnader vi ser i tabell 5.3 är statistiskt signifikanta. I analysen har vi använt oss av chitvå-test (Pearson's Chi-square). Med detta test får man reda på sannolikheten för att eventuella skillnader vi ser i tabellen beror på slumpen. Som vi nämnde i inledningskapitlet kan en kompletterande regressionsanalys användas att förutsäga resultatet av en beroende variabel, t.ex. risktagande, med hjälp av olika förklaringsvariabler. I detta fall vill vi beskriva vilka som mer sannolikt haft ett större antal OAS-partner. Då man gör regressionsanalyser kan man kontrollera inverkan av flera variabler samtidigt. I en multivariat analysmodell kombineras de variabler som kan ha en inverkan på det man vill undersöka. På så sätt kan vi se

hur dessa variabler inverkar ostört av de andra variablerna som ingår i modellen (Ribe 1999).

En multivariat regressionsanalys visar att sannolikheten att en superaktiv man, d.v.s. en man som haft tjugo partner eller fler, även haft ett större antal OAS-partner är fyra gånger så stor då man jämför honom med en icke-superaktiv man.<sup>1</sup> Att under det senaste året haft en STI innebär nästan tre gånger så stor sannolikhet att man under samma period haft oskyddade samlag med ett större antal partner. Dessutom är sannolikheten nästan dubbelt så stor att man haft ett större antal OAS-partner om man instämmer helt eller i stor utsträckning med att det är mindre allvarligt att bli smittad av hiv idag. Däremot innebär det varken ökad eller minskad sannolikhet att man haft ett större antal OAS-partner om man anser att hivpositiva personer som tar bromsmediciner är mindre smittsamma.

I tabell 5.2 kunde vi se att skillnaderna mellan åldersgrupperna var mycket små när det gäller antal partner man haft oskyddat samlag med. Detta återspeglas till viss del i resultatet från regressionsanalysen som visar en fördubblad sannolikhet att de yngsta männen haft ett större antal OAS-partner de senaste tolv månaderna jämfört med de allra äldsta männen i studien.

Att någon gång ha hivtestat sig innebär fördubblad sannolikhet att man haft ett större antal OAS-partner under de senaste tolv månaderna jämfört med om man inte hivtestat sig. Som vi såg i tabell 5.3 är en tredjedel av männen återkommande testare. Detta visar att det är viktigt att särskilt uppmärksamma de män som regelbundet återkommer för hivtest.

I tabell 5.3 kunde vi se att männen som haft ett större antal OAS-partner skiljer sig från övriga män när det gäller hivstatus. Sanno-

---

<sup>1</sup> Binär logistisk regressionsmodell. Beroende variabel= haft oskyddade anala samlag med fyra partner eller fler under de senaste tolv månaderna. OR (15-25) 2.0, p=.03; OR(26-35) 1.0, ej signifikant; OR(36-46) 1.1, ej signifikant; OR(47-), referenskategori; OR(lever i parrelation med en man) 0.8, ej signifikant; OR(superaktiv) 4.2, p<.0001; OR(haft STI) 2.8, p<.0001; OR (har hivtestat sig) 2.1, p=.01; OR(hivnegativ) referenskategori, OR(hivpositiv) 2.7, p=.005; OR(osäker på hivstatus) 1.9, p=.01; OR(hiv mindre allvarligt) 1.8, p=.02; OR(mindre smittsam) 0.9, ej signifikant.

likheten är nästan dubbelt så stor att man haft ett större antal OAS-partner de senaste tolv månaderna om man är osäker på sin hivstatus och nästan tre gånger så stor om man är hivpositiv.

Det bör förtydligas att det inte går att utröna från enkäten om de oskyddade samlagen under de senaste tolv månaderna skedde med någon av motsatt hivstatus. Detta är viktigt att minnas när man tolkar de hivpositivas överrepresentation. Då man studerar de oskyddade samlagen som skedde vid det senaste sextillfället ser man att de flesta av de hivpositiva männen som inte använde kondom hade samlag med en annan hivpositiv man. Det finns därför anledning att anta att så är fallet även när det gäller de oskyddade samlag som ägt rum under de senaste tolv månaderna. Ett oskyddat samlag innebär dock en hälsorisk för en hivpositiv man eftersom han riskerar att infekteras av en STI. Dessutom riskerar de hivpositiva männen att smittas av behandlingsresistenta virus. De kanadensiska forskarna Adams et al. (2005) anser att frågan om hur hivpositiva män hanterar risker för så kallad superinfektion är tämligen osynlig inom den hivpreventiva forskningen. Adams et al. menar att hivpositiva män i regel har stor kunskap om superinfektion, men att den osäkra expertkunskapen gör att männen väger olika kunskapskällor mot varandra och konstruerar egna sätt att hantera risk.

### Kännedom om hivstatus och riskhandlingar

Inom den hivpreventiva forskningen används ofta partnertyp då man skall beskriva i vilka situationer som oskyddade anala samlag oftare sker. I kapitel fyra såg vi att hälften av de oskyddade samlagen skedde med en stadig partner. Att endast använda partnertyp som förklarande faktor är ett trubbigt instrument eftersom det inte säger någon om hivstatus. Dessutom riskerar man att oreflekterat bedöma det oskyddade samlaget med en tillfällig partner som betydligt mer riskfyllt. En intervjustudie med manliga par visar att männen generellt inte upplevde oskyddade samlag inom en relation som en riskhandling trots att man inte kände till varandras hivstatus (Tikkanen 2003). Däremot upplevde samma män sexuella kontakter av tillfällig karaktär som betydligt mer riskfyllda. En intressant iakttagelse är att dessa tillfälliga samlagspartners ibland upp-

levdes riskfyllda trots att kondom används (Tikkanen 2003). Med stor sannolikhet är det de normer som kringgärdar vår sexualitet som inverkar när dessa män konstruerar vad som är riskfyllt. Sexuella handlingar som bryter mot en norm om ”god sexualitet” blir per definition riskfyllda.

Ett sätt att bryta det dikotoma risktänkandet är att i särskiljandet av sexuella riskhandlingar använda faktorer som har betydelse både inom tillfälliga och stadiga relationer. En sådan faktor är kännedom om hivstatus. Att ha oskyddat samlag med någon vars hivstatus man inte känner till medför en risk oavsett om det sker vid en tillfällig kontakt eller inom en parrelation.

*Tabell 5.4 Hur respondenten (den som svarat på enkäten) fick kännedom om partners hivstatus, andelar inom åldersgrupper i procent. N=1218.*

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 och äldre
Respondenten frågade	32	25	25	21
Partnern berättade	14	14	15	18
Respondenten kände till	44	54	55	57
Annat sätt	10	7	5	4
TOTALT	100	100	100	100

Man kan ställa sig frågan vad kännedom om hivstatus innebär? Betyder detta att man måste vara nytestad? Måste man uttryckligen ha diskuterat hivstatus innan man hade sex? I enkäten har vi dels frågat männen om hur de uppfattar sin egen hivstatus, dels frågat vilket hivstatus de bedömde att partnern hade.<sup>1</sup> Vi frågade även hur man drog slutsatsen om partners hivstatus.<sup>2</sup> Vi har inte satt upp ett krav att vetskap om hivstatus måste vara grundat i ett hivtest.

Tabell 5.4 visar hur de som svarat på enkäten fick vetskap om partners hivstatus vid det senaste sextillfället. I tabellen ingår en-

<sup>1</sup> Frågorna om sexpartners hivstatus ställdes utifrån det senaste tillfället man hade sex med en man.

<sup>2</sup> Svartalternativen på följdfrågan är: jag frågade om hans hivstatus (1), han berättade för mig om sin hivstatus (2), jag känner till det sedan tidigare (3), annat sätt, berätta hur (4).

dast de män som svarat att de kände till partnern hivstatus (ungefär hälften av männen i hela studien kände till sin senaste sexpartners hivstatus, inga större skillnader mellan åldersgrupperna).

Vi kan i tabell 5.4 se att det mest förekommande är att man kände till partnerns hivstatus sedan tidigare. När det gäller kommunikation om hivstatus vid det specifika sextillfället kan vi i samma tabell se att det är mer förekommande att den som svarat på enkäten frågade om partnerns hivstatus, jämfört med att partnern berättade.

*Tabell 5.5 Hur partnern fick kännedom om respondentens (den som svarat på enkäten) hivstatus, andelar inom åldersgrupper i procent. N=1176.*

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 och äldre
Partnern frågade	23	13	15	13
Respondenten berättade	30	29	29	28
Partnern kände till	41	53	51	57
Annat sätt	7	5	4	2
TOTALT	100	100	100	100

I tabell 5.5 kan vi se hur respondentens hivstatus blev känd för sexpartnern vid det senaste sextillfället. Även här kan vi se att det är mest förekommande att man kände till hivstatusen sedan tidigare. Det näst mest förekommande är att den som svarat på enkäten berättade om sin hivstatus.

Vi kan i de två tabellerna se att det finns en viss skillnad mellan åldersgrupperna. Skillnaden består i att de yngsta männen i mindre grad kände till varandras hivstatus sedan tidigare samt att man i högre grad frågat varandra. De yngsta männen har med andra ord något större erfarenhet av att kommunicera om hivstatus under det sexuella mötet.

Hur ser erfarenheterna ut bland de hivpositiva männen i studien? För det första kan man konstatera att partnern till de hivpositiva männen ofta kände till hans hivstatus innan de hade sex. För det



andra har en stor andel av de hivpositiva männen berättat om sin hivstatus i samband med att man hade sex.

Genom att kombinera frågor om hivstatus med förekomst av oskyddat samlag vid senaste sextillfället kan man urskilja en grupp män som hade ett oskyddat analt samlag där någons – eller bådas – hivstatus var okänd.<sup>1</sup>

*Tabell 5.6 Andel män med som vid det senaste tillfället haft oskyddat analt samlag där hivstatusen var okänd, andelar inom åldersgrupper i procent. N=2449.*

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 och äldre
Haft oskyddat analt samlag där hivstatusen var okänd	16	11	10	8

Ungefär en tiondel av männen som svarat på enkäten hade vid det senaste sextillfället ett oskyddat samlag där hivstatusen var okänd. I tabell 5.6 kan vi se att andelen skiljer sig åt mellan åldersgrupperna. Inom den yngsta åldersgruppen är andelen dubbelt så stor jämfört med den äldsta.

Finns det andra variabler än ålder som kan beskriva de personer som haft dessa oskyddade samlag? I tabell 5.7 har vi delat in männen i två grupper: de män som vid det senaste sextillfället hade ett oskyddat samlag där hivstatusen var okänd och övriga män. Bland de övriga männen finns dels män som hade ett oskyddat samlag där hivstatusen var känd, dels män som använde kondom och dels män som inte hade analt samlag vid det senaste sextillfället. I tabellen har vi valt att inkludera de variabler där männen skiljer sig åt.<sup>2</sup>

Man kan till en början konstatera att det finns flera variabler där männen inte skiljer sig åt. Sådana variabler är bostadsort, utbildningsnivå, sysselsättning, invandrarbakgrund, sexuell identitet, erfarenhet av STI, uppfattning om hur allvarligt det är att smittas av hiv samt uppfattad smittsamhet hos personer som tar bromsmediciner.

<sup>1</sup> I stort sett alla de män som är osäkra på sin egen hivstatus och som vid det senaste sextillfället hade oskyddat samlag kände inte heller till partners hivstatus.

<sup>2</sup> Vi har gjort Chi2-test där vi utgått från en femprocentig signifikansnivå.

Tabell 5.7 Jämförelse mellan de män som haft OAS där hivstatusen var okänd och övriga män. Andelar inom grupper i procent.

	OAS där hivstatusen var okänd, n=292	Övriga män, n=2158
Lever i parrelation med en man	28	36
Superaktiv antal manliga sexpartner (tjugo eller fler)	22	13
Haft ett större antal OAS-partner (fyra eller fler)	26	8
Har aldrig hivtestat sig	34	25
Hade gruppsex med andra män	6	2
Ägnade sig åt fisting	4	1
Hade sex med tillfällig partner man <i>inte</i> kände sedan tidigare	33	26
Använde inte ändamålsenligt glidmedel <sup>1</sup>	43	17

Däremot finns det flera variabler där männen skiljer sig från övriga. Vi kan i tabell 5.7 se att andelen som lever i en parrelation med en annan man är lägre. Andelen superaktiva är betydligt högre, liksom andelen män som haft ett större antal OAS-partner under de senaste tolv månaderna. Andelen som aldrig hivtestat sig är större bland männen som haft ett oskyddat samlag där hivstatusen var okänd.

När det gäller den sexuella situationen har en något större andel haft sex med en tillfällig partner som man inte kände sedan tidigare. Här är det viktigt att notera att de flesta faktiskt hade sex med någon som man kände sedan tidigare. Föreställningen om att ett riskfyllt samlag oftast sker med en tillfällig partner omkullkastas därför delvis av det empiriska resultatet.

När det gäller de konkreta sexuella handlingarna är det få variabler som skiljer grupperna åt. Männen som haft oskyddat samlag där hivstatusen var okänd har i något större utsträckning haft gruppsex med andra män samt ägnat sig något mer åt fisting.

<sup>1</sup> De män som inte hade analt samlag är exkluderade från analysen.

I tabellen kan man se att hela 43 procent av männen inte använde ändamålsenligt glidmedel vid sitt senaste samlag. En närmare analys av dessa män visar att de flesta i denna grupp hade sex i hemmet, hälften hade sex med en tillfällig partner man inte kände, en tredjedel mötte partnern via internet. En stor andel av männen hade avbrutet samlag där sperman hamnade utanför kroppen. Omständigheterna talar för att det oskyddade samlaget var oplanerat. Det finns anledning att anta att det varken fanns kondom eller glidmedel tillgängligt då man hade sex.

Utifrån variablerna i tabell 5.7 kan man se att både person, situation och relation till viss del kan hjälpa oss att beskriva omständigheter då detta oskyddade samlag inträffade. Låt oss gå vidare med en regressionsanalys för att se hur dessa variabler kan predicera denna specifika riskhandling. En multivariat analysmodell visar att sannolikheten är drygt två gånger så stor att en man i den yngsta åldersgruppen hade ett oskyddat samlag där hivstatusen var okänd då man jämför honom med en man som är 47 år och äldre.<sup>1</sup> Regressionsanalysen visar dessutom att sannolikheten att en superaktiv man hade ett oskyddat samlag där hivstatusen var okänd är 1,5 gånger så stor i jämförelse med en man som haft färre sexpartner. Att ett större antal sexpartner innebär en överrisk kan man även se beträffande dem som haft oskyddade samlag med fyra män eller fler under de senaste tolv månaderna. Sannolikheten att dessa män vid det senaste sextillfället hade ett oskyddat samlag där hivstatusen var okänd är nästan fyra gånger så stor jämfört med övriga män i studien.

I tabell 5.7 kunde vi se att drygt en tredjedel av männen, som hade oskyddat samlag där hivstatusen var okänd, aldrig hivtestat sig. I en regressionsanalys ser man att sannolikheten att en icke-testad person tillhör riskgruppen är 1,5 gånger så stor i jämförelse med en person som hivtestat sig.

---

<sup>1</sup> Binär logistisk regressionsmodell. Beroende variabel= vid senaste sextillfället oskyddat samlag där hivstatusen var okänd. OR (15-25) 2.3, p=.002; OR(26-35) 1.5, ej signifikant; OR(36-46) 1.3, ej signifikant; OR(47-), referenskategori; OR(lever i parrelation med en man) 0.8, ej signifikant; OR(superaktiv) 1.5, p=.04; OR(haft ett större antal OAS-partner) 3.8, p<.0001; OR(inte hivtestat sig) 1.5, p=.018.

I regressionsanalysen finner man att männens relationsstatus inte kan användas för att beskriva en person som med större sannolikhet hade ett oskyddat samlag där hivstatusen var okänd. En slutsats man kan dra är att sannolikheten för att en person som lever i en parrelation tillhör riskgruppen är varken större eller mindre i jämförelse med en någon som är singel. Om man i det hivpreventiva arbetet skall nå dem som haft oskyddade samlag där hivstatusen var okänd bör man följaktligen rikta sig till såväl singelmän som män i parrelationer.

Genom enkätsvaren har vi kunskap om under vilka förhållanden det oskyddade samlaget skedde. Även här kan en regressionsanalys predicera en situation där det är mer sannolikt att ett oskyddat samlag skett.<sup>1</sup> Regressionsanalysen visar att fisting inte kan användas att urskilja en person som med större sannolikhet haft oskyddat samlag där hivstatusen var okänd. Däremot är sannolikheten nästan tre gånger så stor att en person som hade gruppsex vid det senaste sextillfället även hade ett oskyddat samlag där hivstatusen var okänd. Detta är en relativt sällan förekommande handling. Endast två procent av männen i studien hade gruppsex vid det senaste sextillfället. Vi återkommer till dessa mindre förekommande sexuella handlingar längre fram i detta kapitel då vi diskuterar sexuell äventyrlighet.

I tabell 5.7 såg vi att 43 procent inte använt ändamålsenligt glidmedel. Regressionsanalysen visar att sannolikheten är tre gånger så stor att en man som inte använde ändamålsenligt glidmedel hade ett oskyddat samlag där hivstatusen var okänd jämfört med en man som använde sådant glidmedel vid samlaget.<sup>2</sup>

Det är lämpligt att påminna läsaren om vikten att använda sunt förnuft när man tolkar resultat från statistiska analyser. Våra regressionsanalyser visar att vissa variabler kan användas till att pre-

---

<sup>1</sup> Binär logistisk regressionsmodell. Beroende variabel= vid senaste sextillfället oskyddat samlag där hivstatusen var okänd. OR (15-25) 2.1, p=.008; OR(26-35) 1.4, ej signifikant; OR(36-46) 1.1, ej signifikant; OR(47-), referenskategori; OR(hade gruppsex med andra män) 2.8, p=.01; OR(ägnade sig åt fisting) 1.8, ej signifikant; OR (hade sex med någon man inte kände) 1.5, p=.01; OR(använde inte ändamålsenligt glidmedel) 3.0, p<.0001.

<sup>2</sup> De män som inte hade analt samlag är exkluderade från analysen.

dicera vem som med större sannolikhet har erfarenhet av oskyddade samlag där hivstatusen var okänd. Det betyder inte att risktagaren alltid är en ung superaktiv man som inte hivtestat sig. Eller att alla dessa oskyddade samlag sker då man har gruppsex och inte använder ändamålsenligt glidmedel. Genom att återvända till tabell 5.7 påminns man om att en relativt stor andel av männen som haft oskyddade samlag där hivstatusen var okänd är äldre än 25 år, haft få sexpartner, hade sex på tu man hand vid senaste sextillfället o.s.v. Det går inte att ge en fullständig beskrivning av en risktagare eller risksituation. Faktum är att det är relativt svårt att utifrån de variabler som finns i datamaterialet ge en någorlunda tydlig bild av vem som i högre grad är en risktagare. Hur kan man då använda resultatet från regressionsanalyserna? Det som framkommit visar vilka män och situationer som vi skall fokusera på *extra* mycket i det hivpreventiva arbetet. Genom att fokusera på singelmän som aldrig har hivtestat sig och som har ett större antal sexpartner ökar möjligheten att nå dem som också praktiserar oskyddade samlag där hivstatusen är okänd.

### Alkohol och droger

Kopplingen mellan alkohol/drogrus och sexuellt risktagande är inte helt klarlagd inom den hivpreventiva forskningen. Den internationella forskningen pekar åt olika håll när det gäller alkoholens (och övriga drogers) inverkan på risktaganden. Vissa hävdar att det föreligger ett direkt samband (t.ex. Díaz 1999) medan andra forskare hävdar att inget direkt orsakssamband föreligger (t.ex. Stall & Purcell 2000). Weatherburn et al. (1992) menar att alkohol å ena sidan används att förstärka sexuell lust och för att komma över sexuella och sociala hämningar. Å andra sidan används alkoholbruket ibland för att i efterhand förklara osäker sex. Hilte (2001) menar att ett rus kan erbjuda en standardiserad förklaring av sexuella risktaganden, vilket underbyggs av hivpreventionens sammankoppling mellan rus och risktagande. För att kunna förstå den roll som alkohol- och drogrus spelar i risktagandet måste, enligt Hilte, de upplevda effekterna skiljas från de fysiologiska. Studier har visat att de upplevda sexuella effekterna av alkohol och narkotika skiljer sig mellan olika användare (se Hilte 2001). Vissa användare upplever ökad sexlust medan andra upplever det direkt motsatta. Somli-

ga menar att ruset försvagar omdömet medan andra menar att det oskyddade samlaget troligtvis ändå skulle ha skett. I den enkät som genomfördes 1998 fann vi att en stor andel haft sex under alkoholpåverkan men att endast en fjärdedel uppgav att detta hade inverkat på själva beteendet (Tikkanen & Månsson 1999). En del av dessa män menade att alkoholpåverkan resulterade i ett oskyddat analt samlag, vilket inte skulle ha skett om de varit nyktra. Andra menade att alkoholen gjorde att sociala och sexuella hämningarna släppte.

I MSM-enkäten 2006 ställdes fem frågor om alkohol och droger. Vi frågade männen om alkohol- och drogbruk vid det senaste sextillfället samt om de upplevde att ruset inverkat på risktagandet.

*Tabell 5.8. Upplevelse att alkoholruset inverkade på risktagandet, andelar inom åldersgrupper i procent. N=650.*

	15-25 år	26-35 år	36-46 år	47 och äldre
Upplevde en inverkan på risktagandet	59	47	49	29

Knappt en tredjedel av männen i studien hade druckit alkohol i samband med att de hade sex. Några få procent av männen hade tagit andra droger. Inga signifikanta skillnader finns mellan åldersgrupperna. När det gäller upplevelsen av hur alkoholen inverkat på risktagandet finns dock skillnader mellan yngre och äldre män.

I tabell 5.8 ingår endast de män som uppgav att de hade druckit alkohol i samband med att de hade sex. I tabellen har vi fört samman dem som uppgav att alkoholen hade någon slags inverkan på det sexuella risktagandet. Vi kan i tabellen tydligt se att det finns skillnader mellan åldersgrupperna, där en större andel av de yngsta männen (59 procent) uppfattar att alkoholen inverkat på risktagandet. De skillnader vi ser mellan åldersgrupperna existerar även när vi tittar på hur pass stor inverkan man upplever att alkoholen haft på risktagandet. Ju yngre man är desto större inverkan.

Vid närmare studier av dem som angett att alkoholen inverkat på risktagandet framträder en svårtolkad bild. Mindre än en tredjedel

av dessa män hade ett oskyddat samlag och en fjärdedel tog sperma i munnen. Med andra ord innebär risktagande inte alltid att männen utsatt sig för en risk för hivöverföring. Riskupplevelsen kan vara orsakat av något annat, t.ex. att man efteråt ångrat något man gjorde sexuellt.

I förra avsnittet diskuterade vi de samlag där hivstatusen var okänd. Vi kunde i vår analys göra vissa konstateranden både när det gäller bakgrundsvariabler och situationsvariabler. Vilken betydelse har alkohol när det gäller just denna specifika riskhandling? För att få svar på detta inkluderar vi alkoholvariabeln i regressionsmodellen.<sup>1</sup> Resultatet visar att sannolikheten är något större (OR 1.4) att en person som drack alkohol vid det senaste sextillfället hade ett oskyddat samlag där hivstatusen var okänd. Alkoholen har med andra ord en betydelse när vi skall beskriva situationer då sexuellt risktagande sker.

Det är relativt få som använt andra droger än alkohol i samband med att de hade sex. Knappt hundra personer har angett att de tagit någon slags drog. Drygt hälften av dem som använt droger upplever att drogerna inverkar på risktagandet. När man granskar männens öppna svar finner man att nästan hälften har angett att de använt poppers (amylnitrit) i samband med att de hade sex. Det går därför inte att dra några större slutsatser om övriga män som använt narkotika eftersom de är så få.

Vilka slutsatser kan vi dra angående drogrus och sexuellt risktagande? Vi kan tydligt se att alkoholen oftare finns med i situationer då risktagande sker, men att långt ifrån alla alkoholrus leder till riskhandlingar. På vilket sätt det inverkar på risktagandet är oklart. Skulle risktagandet även ha skett om alkoholen inte funnits med i bilden? Eller blir ruset, som Hilte (2001) menar, en standardiserad förklaring till att det sexuella risktagandet skedde? Oavsett om alkoholen har en direkt inverkan på risktagandet eller inte, har den en betydelse i hur männen själva resonerar om risk. Detta visar att det är viktigt att på olika sätt belysa kopplingen mellan alko-

---

<sup>1</sup> OR(drack alkohol innan sex) 1.4, p=.02.

holrus och risktagande i det hivpreventiva arbetet. Detta gäller särskilt i insatser riktade till unga män.

### Männens egna riskbedömningar

Hur männen själva upplever risker kan ha betydelse för hur man handlar i olika situationer. Vi såg i kapitel fyra att det finns en grupp män som praktiserat avbrutna samlag. Mycket talar för att det avbrutna samlaget var en riskreducerande strategi de använde i ”stundens hetta”. Vi skall här se hur samtliga män i studien bedömer risker för hivöverföring vid olika typer av sexuella handlingar.

*Tabell 5.9 Upplevd risk vid tre sexuella handlingar, andelar inom åldersgrupper i procent. N=2319.*

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 och äldre
Liten eller ingen risk att ta sperma i munnen	29	36	38	33
Liten eller ingen risk att ha penetrerande samlag utan kondom	13	14	15	15
Liten eller ingen risk att ha avbrutet samlag (bli penetrerad utan ejakulation)	7	5	4	6

Då vi konstruerade enkäten valde vi medvetet ut handlingar där vi vet att det kan finnas olika riskuppfattningar. Handlingarna är: sperma i munnen, penetrerande samlag utan kondom samt avbrutna samlag. Vi bad männen att utgå från en person vars hivstatus man inte känner till när de svarade på de tre frågorna.

I tabell 5.9 kan vi se att de tre olika handlingarna bedöms på olika sätt. En tredjedel av männen bedömer risken för hivöverföring som liten då man tar emot sperma i munnen. Drygt en tiondel av männen upplever låg risk då man är den som penetrerar vid ett oskyddat samlag. Några få procent av männen upplever låg risk då man blir penetrerad utan ejakulation.

Då man jämför hur männen svarat på dessa tre frågor finner man att männen bedömt dessa tre handlingar likvärdigt när det gäller risk. Om man bedömt en av dessa handlingar som riskfylld tende-



rar man att bedöma de andra på liknande sätt.<sup>1</sup> Detsamma gäller det omvända: Om man bedömt det avbrutna samlaget som en liten risk har man även funnit att de två andra handlingarna mindre riskfyllda.

Tabell 5.10. Upplevd risk vid tre sexuella handlingar, andelar inom grupper i procent.

	<i>OAS med fyra män eller fler, n=230</i>	<i>OAS med en till tre män, n=1170</i>	<i>Inte haft OAS, n= 984</i>
Liten eller ingen risk att ta sperma i munnen	42	35	32
Liten eller ingen risk att ha penetrerande samlag utan kondom	29	16	9
Liten eller ingen risk att ha avbrutet samlag (bli penetrerad utan ejakulation)	13	6	4

Kan människans riskbedömningar användas för att förstå riskhandlingar? I det fjärde kapitlet kunde vi se att de män som vid det senaste tillfället praktiserat avbrutet samlag inte skiljde sig från övriga män när det gäller riskuppfattning. En möjlig förklaring är att männen använt sig av det avbrutna samlaget som en riskreducerande strategi i ”stundens hetta” men att samma män i en icke-sexuell situation – som när man fyller i en enkät – bedömer risken på ett helt annat sätt. Hur är det med de män som hade oskyddat samlag där hivstatusen var okänd samt de män som haft ett större antal OAS-partner? Finns det en tendens att dessa män resonerar på ett annat sätt när det gäller risk? I tabellerna 5.10 och 5.11 kan vi se att så är fallet. Männens som haft ett större antal OAS-partner och männen som haft oskyddat samlag där hivstatusen var okänd tenderar att avdramatisera riskerna jämfört med övriga män i undersökningen. En regressionsanalys visar att sannolikheten nästan är tre gånger så stor att en person som bedömer penetrerande samlag eller avbrutna samlag som mindre riskfyllda haft ett större antal OAS-partner under det senaste året.<sup>2</sup> Sannolikheten är lika stor

<sup>1</sup> De tre frågorna visar vid ett reliabilitetstest Crombach Alpha-värdet .620.

<sup>2</sup> Binär logistisk regressionsmodell. Beroende variabel= vid senaste sextillfället oskyddat samlag där hivstatusen var okänd. OR (15-25) 2.7, p<.0001; OR(26-35) 1.6 ej signifikant; OR(36-46) 1.3, ej signifikant; OR(47-), referenskategori; OR (riskreducerande resonemang) 2.7, p<.0001. Binär logistisk regressionsmodell. Beroende variabel= haft oskyddade anala samlag med fyra partner eller fler under de senaste tolv månaderna. OR (15-25) 1.7, p=.05; OR(26-35) 1.3 ej signifikant; OR(36-46)

att han hade ett oskyddat samlag där hivstatusen var okänd vid det senaste sextillfället.

Tabell 5.11. Upplevd risk vid tre sexuella handlingar, andelar inom grupper i procent.

	OAS där hivstatusen var okänd, n=292	Övriga män, n=2158
Liten eller ingen risk att ta sperma i munnen	39	34
Liten eller ingen risk att ha penetrerande samlag utan kondom	26	13
Liten eller ingen risk att ha avbrutet samlag (bli penetrerad utan ejakulation)	14	5

Vilka är dessa män som bedömer dessa handlingar som mindre riskfyllda? Vi vet redan att en stor andel utsatt sig för risker för hivöverföring. Vid en jämförande analys finner vi att männen som bedömer de två senare handlingarna som mindre riskfyllda skiljer sig på så sätt att de i större omfattning hade sex med en KK, flera tog droger i samband med att sex samt en större andel har haft en STI under det senaste året. Dessutom är andelen hivpositiva något större bland männen som bedömer de två senare handlingarna som mindre riskfyllda.

### Barebacking – avsiktligt oskyddade samlag med en tillfällig partner

I slutet av 1990-talet myntades begreppet barebacking. Trots att begreppet existerat i drygt tio år råder fortfarande oenighet om hur begreppet skall tolkas och därför saknas även kunskap om hur pass utbredd fenomenet egentligen är. Barebacking används ibland slarvigt för alla oskyddade samlag som sker mellan män. Ibland till och med för kondomlösa samlag som sker inom en stadig kärleksrelation (Goodroad et al. 2000). De första vetenskapliga publikationerna som undersökte fenomenet publicerades åren innan millennieskiftet. Goodroad et al. (2000) visar i en forskningsöversikt att barebackingfenomenet var relativt utforskat – och inte särskilt uppmärksammat – inom forskarsamhället på 1990-talet. Inom den

1.1, ej signifikant; OR(47-), referenskategori; OR (bedömer penetrerande samlag eller avbrutna samlag som mindre riskfyllda) 2.8, p<.0001.

hivpreventiva forskningen tenderade man innan millennieskiftet att betrakta det oskyddade samlaget med en tillfälliga partner som riskåterfall (*relapse*) istället för ett resultat av ett faktiskt val som männen gjort. Det kan därför vara så att man helt enkelt missat att uppmärksamma barebackingfenomenet på 1990-talet. Den amerikanske forskaren Gordon Mansergh, verksam vid amerikanska Centre for Disease Control and Prevention, har i flera publikationer empiriskt undersökt och diskuterat barebacking. I en av sina publikationer definierar han barebacking som ett avsiktligt oskyddat analt samlag tillsammans med någon som inte är en stadig partner (Mansergh et al. 2002). Den definition av barebacking som vi använder inom MSM-enkäten stämmer väl överens med den Mansergh et al. använder.

Varför sker barebacking? En förklaring kan finnas i den erotiska laddning av det oskyddade samlaget som männen gör, en erotisering som ligger bortom de intimitetsskapande betydelser som vi vanligtvis sammankopplar det oskyddade samlaget med (se Tikkanen 2003). Dessutom finns anledning att anta att själva ejakulationen och sperman har en särskild betydelse för en person som tänker sexuellt på barebacking. Holmes och Warner (2005) visar utifrån intervjuer med barebackers att själva ejakulationen skapar en känsla av sammanlänkning. Dessutom talar männen i intervjuerna om mottagandet och "givandet" av sperma som något naturligt. Att använda kondom eller ejakulera utanför kroppen blir för dessa män "onaturligt".

En annan förklaring av barebacking – som ligger bortom de sexuella handlingarnas omedelbara betydelser – är att det är en följd av man är trött på att kontinuerligt praktisera säkrare sex. Enligt Ostrow (2000) kan detta vara en bidragande orsak till det ökade antalet oskyddade samlag. En central person inom detta perspektiv är den amerikanske forskaren Eric Rofes som i flera publikationer drivit tesen om att barebacking är ett uttryck för motstånd mot själva hivpreventionen (se Rofes 1998). Rofes hävdar att hivpreventionen har ersatt hivvirusets roll som begränsare av männens sexualitet, vilket leder till att barebackers betraktar hivpreventionen – inte hiv – som den primära "fienden". Rofes menar att vissa

män upplever att preventionen negligerar männens sexuella behov genom att envetet hålla fast vid att kondom *alltid* skall användas. Barebackingsamlaget blir i detta perspektiv en medveten protest mot föreställningen om den ”skötsamme bögen” som alltid använder kondom. Rofes talar själv i sina publikationer om *transgressive sex*, vilket vi översätter till (och tolkar som) normbrytande sex. Liknande resonemang finner vi hos Holmes och Warner (2005) som använder Foucaults begrepp *governmentality* för att beskriva hur samhället genom hivpreventionen territorialiserar männens sexualitet (och i förlängningen deras kroppar) genom att fördöma det oskyddade samlaget i allmänhet och ejakulationen i synnerhet. Männens kroppar blir på så sätt en plats där samhällets dominerande hälsodiskurs krockar med männens sexuella njutning. Det oskyddade samlaget med den ”naturliga” ejakulationen blir en motståndshandling mot samhällets maktapparat som tränger in i männens privata sfärer.

En intressant iakttagelse vid vår genomgång av publicerad forskning kring barebacking är att en relativt stor del av publikationerna berör en mycket specifik del av barebackingfenomenet – som med all sannolikhet är relativt ovanligt förekommande – nämligen oskyddade samlag där man på förhand vet att man har olika hivstatus (se t.ex. Gauthier & Forsyth 1999 eller Graydon 2007). Barebackingsamlaget innebär i dessa sammanhang en direkt risk för överföring av hivviruset. Grov och Parsons (2006) använder begreppen *bug chasing* och *gift giving* när de beskriver medvetna oskyddade samlag som syftar till hivöverföring. Grov och Parsons studerade ett internetcommunity för män som definierade sig själva antingen som *bug chaser* eller *gift giver*. De fann att endast en mindre andel av medlemmarna faktiskt sökte oskyddade samlag med någon av motsatt hivstatus. Forskarna fann även att det var mycket ovanligt att de hivpositiva männen medvetet sökte efter någon att föra viruset vidare till. Grovs och Parsons slutsats är att för de flesta av männen är självdefinitionen som *bug chaser* eller *gift giver* avskilt från det faktiska beteendet. Att använda sig av dessa termer på internet blir ett sätt att experimentera med ”förbjudna” sexuella fantasier.

Hur pass utbrett är barebackingfenomenet? Det beror naturligtvis på vilken definition man utgår från. Om man håller sig till Manserghs beskrivning visar den studie hans forskningsgrupp gjorde bland amerikanska MSM att de flesta av männen kände till barebacking som fenomen, men att relativt få hade praktiserat det (Mansergh et al. 2001). Halkitis et al. (2003) rapporterar andra siffror. I deras studie av homo- och bisexuella män i New York fann forskarna att ungefär hälften av de män som kände till barebacking även praktiserat det under de senaste tre månaderna. De flesta hade dock gjort det med en partner som man antog hade samma hivstatus som man själv. Till skillnad från Manserghs et al. studie, definierade Halkitis et al. inte begreppet för dem som svarat på enkäten. Detta medförde att det bland de svarande fanns olika tolkningar, där en del endast inkluderar samlag med tillfälliga partner i definitionen medan andra även inkluderar samlag inom en parrelation. Det finns därför anledning att anta att den höga andelen barebackers i Halkitis et al. studie beror på att barebackingen sker inom en stadig parrelation där männen utgår från att de har samma hivstatus.

Att barebacking existerar som begrepp bland MSM i Sverige blir tydligt då man studerar svenska MSM-communityn på internet. De barebackingklubbar som existerar kan vara en plats där man virtuellt – utan risk för hivöverföring – kan approximera (närma sig) den sexuella fantasin om det oskyddade samlaget (se diskussion om approximation i Tikkanen 2003). Dessa klubbar kan likväl vara en plats där kontakter knyts som i förlängningen leder till barebackingsamlag. Med detta som bakgrund fann vi det absolut nödvändigt att i MSM-enkäten 2006 ställa frågor om barebacking. Vi har medvetet undvikit att använda ordet i våra frågor eftersom vi då riskerar att männen gör tolkningar av begreppet som ligger bortom dem vi använder (som i Halkitis et al. studie). Totalt ställdes tre frågor: har du erfarenhet att söka kontakter på internet, har du erfarenhet att bli tillfrågad på internet samt har du erfarenhet av att ha praktiserat?

Tabell 5.12 Oavsiktliga oskyddade samlag med tillfällig partner, olika erfarenheter under de senaste 12 månaderna, andelar inom åldersgrupper i procent. N=2394.

	15– 25 år	26–35 år	36– 46 år	47 och äldre
Har blivit kontaktad på internet med förfrågan om att ha oskyddat analt samlag	48	47	46	41
Har medvetet sökt efter någon på internet att ha oskyddat analt samlag med	9	7	9	10
Har haft oskyddat samlag med tillfällig partner där man innan samlaget kommit överens om att inte använda kondom	8	9	9	9

Att nästan hälften av männen angett att de under de senaste tolv månaderna blivit kontaktade på internet med frågan om att ha ett oskyddat samlag är vid en första anblick förvånande – särskilt då man jämför med den lägre andelen som någon gång själva använt internet för att söka efter någon att ha oskyddat samlag med. En möjlig förklaring till de höga siffrorna är att männen uppfattar att enkom kontakt med någon som är intresserad av barebacking innebär en indirekt fråga om att ha ett oskyddat samlag. En annan möjlig förklaring är att vi i frågan missat att specificera att det handlar om en tillfällig partner. Det är på så sätt möjligt att en del av dessa män har fått förfrågan från en partner de känner sedan tidigare.

Något mindre än en tiondel av männen har själva på internet sökt efter någon att ha oskyddat samlag med. Knappt en tiondel av männen har under det senaste året träffat en tillfällig partner där man överenskommit att inte använda kondom. Som framkommer i tabell 5.12 finns inga större skillnader mellan äldre och yngre män. Viktigt att påpeka är att mindre än hälften av dem som letat efter oskyddat samlag på internet har träffat en tillfällig partner där man på förhand kom överens om att inte använda kondom. Detta styrker vårt tidigare antagande att internet används till att approximeras ”förbjudna” sexuella fantasier.

Är männen som ägnat sig åt barebacking överrepresenterade bland dem som utsatt sig för risk? I tabell 5.13 ser vi att så är fallet. Av dem som ägnat sig åt barebacking under det senaste året har 43

procent under samma period haft oskyddade samlag med fyra partner eller fler. Drygt en fjärdedel av männen som har erfarenhet av barebacking hade vid sitt senaste sextillfälle ett oskyddat samlag där hivstatusen var okänd. Andelen som under det senaste året haft en STI är nästan dubbelt så stor bland dem som har erfarenhet av barebacking.

Tabell 5.13 Jämförelse mellan män som senaste året ägnat sig åt barebacking och övriga män när det gäller sexuella riskhandlingar. Andelar inom grupper i procent.

	Ägnat sig åt barebacking, n=206	Övriga män, n=2149
Haft fyra eller fler OAS-partner senaste året	43	6
Hade vid senaste sextillfället oskyddat samlag där hivstatusen var okänd	26	10
Haft en STI	18	10

### Risktagande inom och utom parrelationen

I detta kapitel har vi till stor del fokuserat på oskyddade samlag som sker tillsammans med en tillfällig partner. Utifrån tidigare forskning vet man att de flesta oskyddade samlag sker inom en parrelation. Det blir därför viktigt att i en diskussion om sexuell risktagande även inkludera de samlag som sker inom en parrelation.

Inom det hivpreventiva arbetet används begreppet förhandlad säkerhet (*negotiated safety*) för att beskriva hur män i parrelation hanterar risker för hivöverföring. Begreppet kan härledas till empiriska studier som forskarlaget kring Susan Kippax genomförde i Australien under 1990-talet (se t.ex. Kippax 2002 och Van de Ven et al. 2002). Förhandlad säkerhet innebär i korthet att män inom parrelationer slutar använda kondom sedan de skaffat sig kunskap om varandras hivstatus samt överenskommit att undvika osäker sex utanför relationen. Begreppet har kritiserats och problematiserats av ett flertal forskare (t.ex. Ridge 1996). Huvudkritiken handlar främst om att strategin inte fungerar som ett hivpreventivt budskap. Ridge (1996) finner i en studie att en öppen verbal kommunikation är en förutsättning för möjligheten att förhandla om ris-

ker. Han menar att en sådan öppen kommunikation sällan förekommer på grund av svårigheter att kommunicera öppet om intima frågor – i synnerhet då relationen är nyetablerad. Dessutom påverkas förhandlingarna av de känslor och betydelser som förknippas med oskyddade samlag. Ett kondomlöst samlag innebär känslor av intimitet och tillit (se bland annat Henriksson 1995, Tikkanen 2003 eller Davidovich 2004). En intervjustudie med manliga par visar att flera par hivtestat sig först efter att man slutat att använda kondom (Tikkanen 2003). Resultatet från den enkät som genomfördes 1998 pekade i samma riktning (Tikkanen & Månsson 1999). Även Elford et al. (1999) fann att nästan hälften av de män som inte använde kondom med sin partner varken kände till sin egen eller sin partners hivstatus. De flesta av männen i Elfords studie hade oskyddat samlag endast med sin stadige partner. Elford et al. konstaterar att männen tagit till sig den första principen i strategin om förhandlad säkerhet, nämligen att endast ha oskyddat samlag inom parrelationen. Däremot saknas en mycket viktig förutsättning för att strategin skall fungera, nämligen att man genom hivtest säkerställt att man har samma hivstatus (Elford et al. 1999). Att män redan i en tidig fas av parrelationen slutar med kondom visar en studie av Davidovich et al. (2004). Forskarna menar därför att hivpreventionen i större omfattning bör ta upp frågor om förhandlad säkerhet med singelmän eftersom det är mycket svårt att nå paret under den korta tid det tar innan de slutar använda kondom. Att män relativt tidigt i relationen upphör med kondom visar även resultat från den ovan nämnda parstudien (Tikkanen 2003).

I kapitel två kunde vi läsa att mer än en tredjedel av männen lever i en parrelation med en annan man. I samma kapitel kunde vi även se att andelen som har sexuella kontakter utanför parrelationen varierar från 24 procent inom den yngsta åldersgruppen till 65 procent inom den äldsta. I detta kapitel går vi vidare och betraktar kondombruket inom relationen samt vid eventuella sexuella kontakter utanför relationen.

I tabell 5.14 ingår av naturliga skäl endast de män som angett att de lever i en parrelation med en annan man. Som det tydligt fram-



går i tabellen är det relativt ovanligt att konsekvent använda kondom inom parrelationen. Det omvända – oskyddade samlag – är betydligt mer förekommande. Sju av tio män som lever i en parrelation med en man har under det senaste året erfarenhet av att inte använda kondom tillsammans med partnern. De flesta av dessa män använder aldrig kondom. Detta resultat är dock inte förvånande eftersom tidigare studier visat liknande siffror. I studien som genomfördes 1998 uppgav endast en femtedel av männen att de alltid använder kondom med sin partner (Tikkanen & Månsson 1999). Samma studie visar att sju av tio samlag med en stadig partner sker utan kondom. Man kan således säga att det oskyddade samlaget utgör en norm inom en parrelation. Crawford et al. (2006) finner liknande resultat; av de oskyddade samlag som de deltagande männen rapporterade skedde drygt sju av tio inom en parrelation. Dessa siffror påminner oss om att de oskyddade samlagen som sker inom relationer är mycket viktiga att uppmärksamma i det hivpreventiva arbetet.

*Tabell 5.14 Kondomanvändning vid anala samlag inom relationen, andelar inom åldersgrupper i procent. N=897.*

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 och äldre
Ja	16	14	14	14
Nej <sup>1</sup>	74	75	72	46
Har inte haft anala samlag inom parrelationen under det senaste året	10	11	14	40
TOTALT	100	100	100	100

I tabell 5.14 kan vi även se att anala samlag i mindre grad förekommer inom relationer mellan män i den äldsta generationen. Vad detta beror på kan man spekulera om. En förklaring kan vara att dessa män helt enkelt inte föredrar anala samlag. En annan förklaring kan vara att man upphört med att ha anala samlag med sin partner. Tyvärr ger enkätmaterialen inga möjligheter att fördjupa denna analys.

<sup>1</sup> Procentsatsen är en sammanslagning av svarsalternativen ”nej, aldrig kondom”, ”ja, ibland kondom” samt ”ja, oftast kondom”.

En förutsättning för att förhandlad säkerhet skall fungera är att männen kommit överens om att undvika oskyddade samlag utanför parrelationen. En sådan överenskommelse behöver inte betyda att man lever monogamt. Det viktiga är att man tydligt diskuterat hur man skall hantera risktagande vid sexuella kontakter utanför relationen. En central fråga blir därför hur kondombruket ser ut utanför parrelationen.

*Tabell 5.15 Använder kondom vid anala samlag utanför relationen, andelar inom åldersgrupper i procent. N=897.*

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 och äldre
Ja	20	30	40	40
Nej <sup>1</sup>	16	20	15	16
Har inte haft anala samlag utanför parrelationen under det senaste året	64	50	45	44
TOTALT	100	100	100	100

För det första kan vi konstatera att en stor andel av männen inte haft anala samlag utanför relationen det senaste året. Bland dessa män finns en andel män som i enkäten angett att de inte har några sexuella kontakter över huvud taget utanför parrelationen. Vi vet från kapitel två att denna andel är störst bland de yngsta männen. De ålderskillnaderna vi ser i tabell 5.15 är därför en återspeglning av detta. Vi kan i tabellen även se att andelen som någon gång under det senaste året inte använt kondom vid anala samlag utanför parrelationen varierar mellan femton och tjugo procent. De flesta av dessa män har under det senaste året endast några enstaka erfarenheter av oskyddade samlag utanför parrelationen. Om de oskyddade samlagen männen haft utanför relationen varit oplanerade, t.ex. på grund av att kondomen gått sönder, är omöjligt att svara på eftersom vi inte vet något om den situation där samlaget skett.

De flesta av de män som någon gång under det senaste året inte använt kondom utanför parrelationen använder inte heller kondom inom relationen. Detta visar återigen att de män som lever i parre-

<sup>1</sup> Procentsatsen är en sammanslagning av svarsalternativen "nej, aldrig kondom", "ja, ibland kondom" samt "ja, oftast kondom".

lation är en särskilt viktig grupp att uppmärksamma i det förebyggande arbetet mot hiv. Som vi tidigare nämnt vet vi inte om männen som har sex utanför relationen kommit överens med sin partner om att tillåta detta. Vid en närmare studie av de män som någon gång haft ett oskyddat samlag utanför parrelationen (totalt 153 män) finner man att tjugoåtta procent i enkäten angett att de inte har sexuella kontakter utanför relationen. Detta kan vid en första anblick verka motsägelsefullt i ljuset av deras handlingar. Vi skall dock minnas att tidigare studier har visat att vissa män i parrelation definierar en relation som monogam utifrån emotionell trohet och inte nödvändigtvis sexuell monogami (Tikkanen 2003). Det finns därför anledning att anta att en del av de tjugoåtta procenten haft oskyddat sex utanför relationen då partnern varit med.

I en nyligen publicerad studie visar Ostrow et al. (2007) att de män som överenskommit att inte tillåta sex utanför relationen oftare hade oskyddade samlag utanför relationen jämfört med de män som kommit överens om att tillåta sexuella kontakter. Det är därför en viktig uppgift för hivpreventionen att stimulera till samtal om sexualitet och sexuella handlingar mellan män som lever i en parrelation. Att avsaknaden av samtal rörande sexualitet kan utgöra en riskfaktor visar även resultatet från en studie av australiska män (Prestage et al. 2006). Forskarna genomförde strukturerade intervjuer med ett stort antal män där man bland annat ställde frågor om sex inom och utom parrelationen. Resultatet visar att de män som finner det svårt att tala om sexualitet i allmänhet och hivstatus i synnerhet i högre grad haft oskyddat samlag utanför relationen.

### Äventyrliga män med bred sexuell repertoar

Äventyrliga män har tidigare undersöks inom den hivpreventiva forskningen. I vissa studier har man använt begreppet *sexual sensation seeking* (sexuellt spänningssökande) för att beskriva män med sexuella erfarenheter som skiljer sig från gemene man (se t.ex. Kalichman et al. 1996, Ostrow et al. 1997 eller Bancroft et al. 2005). Forskarna fann ett samband mellan sexuellt spänningssökande, sexuell tvångsmässighet, droger och oskyddade samlag.

Det australiska forskarlaget kring Kippax har i en studie visat att det finns ett samband mellan sexuell äventyrlighet och hivpositiva män (Kippax et al. 1998). Forskarna jämförde en grupp män som nyligen smittats av hiv med en grupp hivnegativa män. Forskarna fann samband mellan de nysmittade männen och droganvändande, gruppsex, rollspel, användande av anala sexleksaker, fisting och urinsex. De nysmittade visade också en större tilltro till avbrutna samlag som en metod att undvika hivsmitta. Kippax et al. drar slutsatsen att det finns samband mellan sexuell äventyrlighet och risktagande men att man i det preventiva arbetet bör vara försiktig att peka ut dessa män som ansvarslösa risktagare. Ett sådant utpekande kan i ett längre perspektiv motverka sitt syfte eftersom det stigmatiserar och alierar en specifik grupp av män.

Likt Kippax et al. har vi i det empiriska materialet skiljt ut en grupp män som vi valt att benämna äventyrliga.<sup>1</sup> I Nationalencyklopedin definieras äventyr som "[...] ovanlig, spännande och farlig händelse som upplevs av viss (grupp av) person (er)". Äventyrsbegreppet innehåller således både farlighet och spänning. Man kan även säga att den sexuella äventyrligheten bryter mot bilden av den "goda sexualiteten". Gayle Rubin (1984) menar att sexuella handlingar är hierarkiskt ordnade samt att denna hierarki skiljer sig åt mellan olika samtida samhällen och kulturer. I korthet innebär Rubins tankar att det finns en föreställning om en "god sexualitet" som grovt förenklat innebär ett samlag inom hemmets fyra väggar mellan två personer som lever i ett kärleksförhållande. Då man idag läser Rubin kan vissa av hennes exempel upplevas förlegade. Till exempel faller icke-heterosexuell sexualitet per definition utanför den "den goda sexualiteten". Det är dock svårt att sätta fingret på vad som exakt utgör en normbrytande sexualitet. När man diskuterar sexuella normer pendlar man mellan ett "tyckande" – som är mer eller mindre subjektivt – till ett slags relativism, som innebär att alla handlingar måste förstås och bedömas utifrån de specifika värderingar och villkor som finns inom den avgränsade gruppen. För att minimera risken att vår förförståelse alltför mycket styr

---

<sup>1</sup> Arbetet med att analysera och definiera de äventyrliga männen har skett i ett nära samarbete med Niklas Eriksson vid Malmö högskola. Niklas Eriksson använder bland annat äventyrlighetsbegreppet i sitt avhandlingsarbete där han studerar män som säljer sex.

över vilka sexuella handlingar som skall betraktas som äventyrliga har vi utgått från det empiriska materialet. Genom en enkel frekvensanalys har vi identifierat handlingar som är relativt ovanliga bland männen i studien.

Som framgår av tabell 5.16 har vi urskiljt handlingar som tio procent eller färre har erfarenheter av. Vi har därefter skapat en skala som på individnivå mäter den sammanlagda förekomsten av dessa handlingar. I konstruktionen av skalan har vi vägt de mindre förekommande handlingarna något tyngre. Konkret innebär detta att de handlingar som fem till tio procent av männen uppgivit fått värdet ett. De handlingar som färre än fem procent uppgivit har fått värdet två. Genom att summera värdena får man en skala som mäter förekomsten av dessa mindre förekommande handlingar.

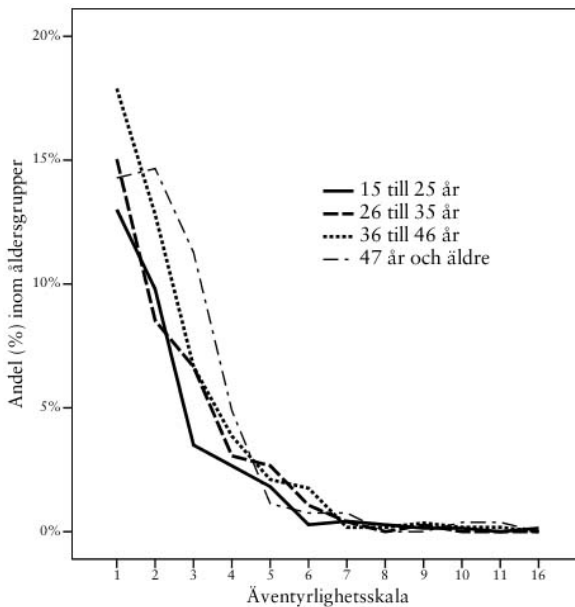
*Tabell 5.16 Mindre förekommande sexuella handlingar bland männen i studien.*

<i>Färre än fem procent av männen har erfarenhet av handlingen</i>	<i>Fem till tio procent av männen har erfarenhet av handlingen</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gruppsex vid senaste sextillfället (2 procent)</li> <li>• Sex på gaysauna vid senaste sextillfället (2 procent)</li> <li>• Sex på videoklubb vid senaste sextillfället (4 procent)</li> <li>• Sex på ragningsplats (t.ex. park) vid senaste sextillfället (3 procent)</li> <li>• Tog droger i samband med senaste sextillfället (4 procent)</li> <li>• Sålt sex under det senaste året (4 procent)</li> <li>• Köpt sex under det senaste året (3 procent)</li> <li>• Ågnade sig åt fisting vid senaste sextillfället (2 procent)</li> <li>• Haft fem eller fler kvinnliga sexpartner under det senaste året (2 procent)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trekant vid senaste sextillfället (6 procent)</li> <li>• Använt sexleksaker vid senaste sextillfället (5 procent)</li> <li>• Sperma i mun från okänd partner vid senaste sextillfället (5 procent)</li> <li>• Tjugo eller fler manliga sexpartner under det senaste året (10 procent)</li> <li>• Letat på internet efter någon att ha oskyddat samlag med (8 procent)</li> </ul>

Det maximala värdet på skalan är sjutton och det minsta värdet är noll. Mer än hälften av dem som svarat på enkäten har värdet noll på skalan (61 procent). Detta betyder att de inte utfört någon av de handlingar som listas i tabellen. En jämförelse mellan åldergrupperna visar att andelen som helt saknar erfarenhet av äventyrliga handlingar är störst inom de två yngsta åldersgrupperna (68 och

62 procent) och mindre inom de två äldsta (54 respektive 52 procent). Medelvärdet bland männen som ingår i skalan är 2,4 och standardavvikelsen 1,7. En variansanalys visar att det inte finns några signifikanta skillnader mellan åldersgrupperna. Det är relativt få män som får ett högt värde på skalan, vilket man kan se i figur 5.1. Endast 45 personer har ett värde som överstiger fem.

Figur 5.1 Äventyrlighetsskala, andelar inom åldersgrupper. N=905.



Ett reliabilitetstest av skalan – vilket innebär att man undersöker om frågorna mäter samma fenomen – visar ett Crombach Alpha-värde på 0.5. Ett riktmärke brukar vara 0.7 (Pallant 2007). Den mest troliga anledningen till att värdet blir något lägre är att det i äventyrlighetsskalan finns inkluderat handlingar som relativt få män praktiserat.

Vilka är de äventyrliga männen och vilka erfarenheter har de av sexuella riskhandlingar? I tabell 5.17 kan vi se hur de äventyrliga männen fördelar sig över några variabler. Vi har valt att kategorisera

sera de män som har skalvärdet tre eller högre som sexuellt äventyrliga. På så sätt exkluderas de män som endast har erfarenhet någon enstaka äventyrlig handling. Totalt har 313 män kategoriserats som sexuellt äventyrliga.

*Tabell 5.17 Jämförelse mellan äventyrliga män och övriga män. Andelar inom grupper i procent.*

	<i>Äventyrliga män, n=313</i>	<i>Övriga män, n=1989</i>
15 till 25 år	21	33
26 till 35 år	34	32
36 till 46 år	28	24
47 år och äldre	17	11
Bosatta i Stockholm/Göteborg/Malmö	67	61
Lever i parrelation med en man	24	38
Har hivtestat sig	85	73
Hivnegativ	74	85
Hivpositiv	9	3
Okänd hivstatus	17	12
Återkommande testare	38	28
Instämmer helt eller i stor utsträckning att det är mindre allvarligt att bli smittad av hiv idag	19	10
Anser att hivpositiva personer som tar bromsmediciner är mindre smittsamma	39	22
Bedömer penetrerande samlag eller avbrutna samlag som mindre riskfyllda	23	14

Det finns inga skillnader mellan äventyrliga män och övriga när det gäller invandrarskap och sysselsättning. Vi kan däremot i tabell 5.17 se att de äventyrliga männen är något äldre än övriga män. Vi kan även se att en större andel av de äventyrliga männen är bosatta i en storstad samt att färre lever i en parrelation med en man. De äventyrliga männen är flitiga hivtestare. De allra flesta av männen (85 procent) har någon gång hivtestat sig. Faktum är att 38 procent av männen är så kallade återkommande testare (se kapitel tre för en beskrivning av olika testvanor). Andelen återkommande testare är betydligt lägre (28 procent) bland övriga män. Det finns

även signifikanta skillnader mellan de två grupperna när det gäller hivstatus. En större andel av de äventyrliga männen är hivpositiva eller osäkra på sin hivstatus.

I tabell 5.17 kan vi även se att de äventyrliga männen gör andra bedömningar när det gäller brosmsmedicinernas inverkan på smittsamhet och hivpidemins allvarlighet. Andelen som tycker att det är mindre allvarligt att smittas av hiv idag (jämfört med innan det fanns tillgång till brosmsmediciner) är nästan dubbelt så stor jämfört med övriga män. Även andelen som anser att personer som tar brosmsmediciner är mindre smittsamma är högre bland de äventyrliga männen. De äventyrliga männen gör dessutom andra riskbedömningar jämfört med övriga män. Nästan dubbelt så stor andel (23 procent jämfört med 14 procent) bedömer penetrerande samlag eller avbrutna samlag utan ejakulation som mindre riskfyllda.

*Tabell 5.18 Jämförelse mellan äventyrliga män och övriga män när det gäller sexuella riskhandlingar. Andelar inom grupper i procent.*

	Äventyrliga män, n=313	Övriga män, n=1989
Har haft ett större antal OAS-partner	28	7
Har haft OAS där hivstatusen var okänd	19	10
Ägnat sig åt barebacking senaste året	24	7
Haft en STI under det senaste året	19	10

Utsätter de äventyrliga männen sig för mer risker för hivöverföring än övriga män? I tabell 5.18 kan man se att så är fallet! Andelen äventyrliga män som har haft ett större antal OAS-partner är fyra gånger så stor jämfört med de icke-äventyrliga. Dubbelt så stor andel av de äventyrliga männen har hade vid det senaste sextillfället ett oskyddat samlag där hivstatusen var okänd. En fjärdedel (24 procent) har under det senaste året ägnat sig åt barebacking, vilket skall jämföras med sju procent bland övriga män. De äventyrliga männen är även överrepresenterade när det gäller STI. En femtedel av männen hade under det senaste året en STI. Motsvarande siffra bland övriga män är tio procent.



De högra siffrorna vi ser i tabell 5.18 pekar mot att sexuell äventyrlighet är något som särskilt måste uppmärksammas inom det hivpreventiva arbetet. Frågan är hur man bäst arbetar hälsofrämjande med dessa män? Kippax et al. (1998) menar att man i det hivpreventiva arbetet bör vara försiktig att framställa själva äventyrligheten som en risk. Ett sådant förhållningssätt kan enligt Kippax et al. leda till en stigmatisering. Vi anser att det icke-patologiserande äventyrlighetsperspektivet kan tjäna som en ingång till diskussioner om sexuellt risktagande. Hivpreventionen skall inte stävja äventyrligheten utan möta de äventyrliga männen i de behov de har och stödja i att göra det äventyrliga mer säkert ur hivsynpunkt. Utformandet av sådana insatser måste ske i tätt samarbete med männen i fråga.

I detta kapitel har vi studerat männen och deras riskhandlingar ur olika perspektiv. Vi har diskuterat de män som haft oskyddat analt samlag med ett större antal partner samt de män som vid det senaste sextillfället hade ett oskyddat analt samlag där hivstatusen var okänd. Vi har dessutom mer ingående tittat på männen som lever i parrelation och deras erfarenheter av oskyddade anala samlag. I den senare delen av kapitlet har vi diskuterat barebacking och sexuell äventyrlighet. Dessa olika ingångar har gett oss en bild av sexuell risktagande bland männen i studien. Det som framkommit i analysen visar vilka män och vilka situationer som vi bör fokusera på *extra* mycket i det hivpreventiva arbetet. En sådan fokusering får inte leda till att andra grupper av män glöms bort. Det hivpreventiva arbetet riktat till MSM måste med andra ord ske på en bred front samtidigt som man fokuserar på specifika målgrupper. Vi kommer i kapitel sju att sammanfatta det som framkommit i detta kapitel och peka ut områden som man bör fokusera på *extra* mycket i det framtida hivpreventiva arbetet.



## 6. MÄNNENS PREVENTIVA BEHOV

Den brittiska forskargruppen Sigma, som genomfört över femtio forsknings- och metodutvecklingsprojekt inom hivpreventionen, sätter fokus på hivpreventiva behov i sin modell över hur man skall minska antalet nya fall av hiv bland brittiska MSM.<sup>1</sup> Sigmagruppen menar att ändrade riskbeteenden bland MSM förutsätter att hivpreventionen möter de behov som männen har. Detta kan tyckas självklart men sker inte alltid i praktiken. Sigmaforskarna tydliggör, enligt vår uppfattning, två viktiga förutsättningar för ett effektivt hivpreventivt arbete. För det första är det viktigt att aktörer inom hivpreventionen har uppdaterad kunskap om de beteenden, attityder och behov som finns inom målgruppen. Sådan kunskap är viktig vid utformandet av de olika insatserna. För det andra visar sigmaforskarna hur viktigt det är att forskare och hivpreventörer samverkar. De brittiska forskarna är lyhörda för de kunskapsbehov som finns bland aktörer inom hivpreventionen, vilket tydligt återspeglas i deras forskningsrapporter.

Att forskning om målgruppens behov är viktig för att hivpreventiva insatser skall bli mer effektiva, framgår tydligt i en annan brittisk rapport. Forskare vid EPPI-Centre har i en forskningsöversikt speglat genomförda hivpreventiva insatser mot vad forskningen säger om behoven bland brittiska MSM (Rees et al. 2004).<sup>2</sup> Forskar-

---

1 För en beskrivning av modellen se Hickson et al. (2003) *Making it Count: a collaborative planning framework to reduce the incidence of HIV infection during sex between men*. Third edition, Sigma Research. <http://www.sigmaresearch.org.uk/reports.html>

2 The Evidence for Policy and Practice Information and Co-ordinating Centre. Centrets uppgift är att sammanställa kunskap inom olika sociala områden och sedan sprida kunskapen till forskare och praktiker.

na valde att fokusera på tre undergrupper som man ansåg vara särskilt sårbara när det gäller hiv: män som säljer sex till andra män, unga MSM (upp till och med 25 år) samt hivpositiva MSM. Vid en genomläsning av ett antal studier identifierade forskarna totalt trettio behov som ansågs viktiga att uppmärksamma för att åstadkomma en effektiv prevention riktad till dessa tre grupper (en mer detaljerad presentation återfinns i Tikkanen 2007). Forskarna gjorde sedan en jämförande analys med dokumenterade brittiska hivpreventiva insatser för att se hur pass väl behoven var mötta. Resultatet är nedslående. Endast två behov var tillfullo matchade. En slutsats som Rees et al. drar är att kontinuerlig forskning kring hivpreventiva behov bland MSM är viktig vid utformandet av effektiva insatser.

Arbetet med den svenska MSM-enkäten har inspirerats av sigma-gruppens arbeten. Eftersom vi vill att enkäten även skall möta de behov som uttrycks av dem som arbetar med hivprevention har vi lagt vikt vid att inkludera hivpreventionens olika aktörer vid konstruktionen av enkäten och vid analysen av det insamlade materialet. Med hjälp av en referensgrupp valdes de frågor ut som skulle ingå i enkäten. Referensgrupparbetet resulterade bland annat i att behovsfrågorna blev mer anpassade efter de erfarenheter som de olika aktörerna har från sitt dagliga arbete med målgruppen.

I enkäten ställdes två typer frågor kring männens behov. I den första frågan undersökte vi vad männen själva ansåg att de behöver mer kunskap om. Männen fick ta ställning till fjorton kunskapsbehov som berörde hiv, säkrare sex, sexuella praktiker, relationer och homofobi. De har själva gjort en bedömning av vad man upplever sig ha otillräckliga kunskaper om. Den andra behovsfrågan handlar om vilka hiv/STI-preventiva insatser männen vill ha tillgång till. Frågan var formulerad så att den både inkluderar de insatser man vill ha fortsatt tillgång till samt de insatser man saknar idag. Här fick männen ta ställning till tretton olika insatser från skriven information till deltagande i samtalsgrupper. Behoven behöver inte nödvändigtvis vara av akut karaktär. Männens svar på frågan kan också betraktas som en indikation på framtida behov eller tidigare ej mötta behov.

Genom en faktoranalys kan man se att de behov männen ger uttryck för tenderar att bilda ett mönster, d.v.s. har man svarat jakande på en specifik behovsfråga har man även svarat jakande på en annan fråga.<sup>1</sup> Vi har utgått från detta mönster då vi skapat underrubrikerna i detta kapitel. Att de olika behoven hänger samman ger en fingervisning om vilka behov man kan sammanföra i en och samma insats.

I de tidigare kapitlen har vi huvudsakligen jämfört männen utifrån vilken åldersgrupp de tillhör. I detta kapitel har vi frångått denna princip och låter istället olika undergrupper utgöra vår jämförelsegrund. De grupper vi utgår från är: män upp till 25 år, män bosatta utanför storstadsregionerna, män som befinner sig utanför arbetsmarknaden, män som invandrat till Sverige, hivpositiva män samt män som haft ett oskyddat samlag där hivstatusen var okänd. Att vi valt dessa undergrupper beror främst på att de är särskilt viktiga att synliggöra inom det hivpreventiva arbetet. Männen som är bosatta utanför storstadsregionerna har inte samma tillgång till målgruppsanpassad hivprevention som storstadsmännen. Män som befinner sig utanför arbetsmarknaden samt män som invandrat till Sverige är två grupper som vi vet relativt lite om när det gäller hivpreventiva behov. När det gäller sexuella riskhandlingar har resultatet från enkäten visat att unga män är överrepresenterade när det gäller oskyddade samlag. Det är därför viktigt att särskilt beakta de hivpreventiva behov som dessa män har. Vi har i detta kapitel även valt att särskilt fokusera på de män som haft oskyddade samlag där hivstatusen var okänd. Det bör påpekas för läsaren att de undergrupper vi utgår från är inte ömsesidigt uteslutande; en och samma person kan med andra ord tillhöra flera undergrupper.

### Kunskap om hiv, STI och säkrare sex

Att ha grundkunskaper om hiv, STI och säkrare sex är en förutsättning för att överhuvudtaget kunna hantera risker och undvika hiv- eller STI-infektion. I enkäten överlät vi till männen att själva bedöma om de har tillräcklig kunskap eller inte. På så sätt blir det svårt att fastslå om männen har behov av grundkunskap eller om

---

<sup>1</sup> En faktoranalys är en multivariat analys som används för att försöka förklara samvariationen mellan olika variabler med hjälp av en bakomliggande sammanhållande variabel (faktor).

deras kunskapsbehov befinner sig på en mer avancerad nivå. Det kan med andra ord finnas män som objektivt sett har goda kunskaper men som själva anser sig ha kunskapsbrister. Det omvända kan även förekomma; en person saknar basala kunskaper men trots detta upplever sig kunnig. Det som framkommer i kapitlet skall därför inte betraktas som ett mått på den faktiska kunskapsnivån inom de olika grupperna.

*Tabell 6.1 Otillräckliga kunskaper om hiv, STI och säkrare sex, andelar i procent som uppgivit behov inom olika grupper av män.*

	<i>15– 25 år</i>	<i>Bosatta utanför storstad</i>	<i>Utanför arbets- marknad</i>	<i>Invandrade män</i>	<i>Hivpositiva män</i>	<i>OAS okänd hivsta- tus</i>
Hiv	50	44	35	35	24	41
STI	50	44	38	42	22	45
Säkrare sex	15	12	12	13	15	15
Olika sex- tekniker	40	33	28	31	22	32
Hur man undviker trasig kon- dom	29	20	16	23	16	15

I tabell 6.1 kan vi se att de upplevda kunskapsbehoven delvis skiljer sig åt mellan de olika undergrupperna. Om vi börjar med att titta på männens kunskapsbehov rörande hiv och STI ser vi att den varierar från 22 procent bland de hivpositiva männen till hela 50 procent bland de yngsta männen. Att hivpositiva män har större kunskap om hiv och STI är förståeligt. Det är dock viktigt att notera att en fjärdedel av de hivpositiva männen upplever att de inte har tillräckliga kunskaper om hiv. Att 50 procent av de yngsta männen angett att de saknar tillräckliga kunskaper visar att det finns ett stort behov att möta med hivpreventiva insatser. Att de yngsta männen har de allra största kunskapsbehoven påminner oss om att det kontinuerligt tillkommer unga MSM som saknar den grundkunskap som äldre män har. Det stora kunskapsbehovet bland de unga männen reser också frågor om hur stor plats hiv får i grund- och gymnasieskolans sex- och samlevnadsundervisning.

I tabell 6.1 kan man se att en stor andel av dem som bor utanför storstadsregionerna upplever att de har otillräckliga kunskaper om hiv och STI. Detta visar att det är särskilt viktigt att nå dessa män. Varför just männen som är bosatta på landsbygd eller i mindre/medelstora städer har större kunskapsbehov kan man spekulera om. En möjlig förklaring är att dessa män inte har samma tillgång till de MSM-anpassade insatser som finns i storstadsregionerna. Det kan på så sätt vara svårare för dessa män att få svar på frågor som är av mer specifik karaktär.

Vi kan i tabellen också se att en relativt stor andel av de män som haft oskyddade samlag har kunskapsbehov när det gäller hiv och STI. Detta visar att dessa män borde vara tämligen motiverade för kunskapsstärkande insatser. Ett sätt att möta just dessa mäns behov kan vara att erbjuda skraddarsydd insatser som utgår från de specifika frågor som dessa män har. En sådan insats skulle med fördel kunna ges på internet. På så sätt ökar också möjligheten att nå män som är bosatta utanför storstadsregionerna. I kapitel fem såg vi att männen som haft oskyddade samlag där hivstatusen var okänd tenderar att avdramatisera riskerna vid oskyddade samlag. En fjärdedel av männen anser att det är liten eller ingen risk att bli smittad av hiv då man är den som penetrerar. Det finns skäl att anta att en del av dessa män har kunskapsbehov som handlar om smittsamhet.

Männen som invandrat till Sverige samt männen som befinner sig utanför arbetsmarknaden har varken större eller mindre kunskapsbehov jämfört med övriga män i studien.

De flesta av dem som svarat på enkäten upplever att de har tillräcklig kunskap om säkrare sex. Endast en tiondel har angett att de har otillräckliga kunskaper. Vi kan inte utifrån de undergrupper vi fokuserat på urskilja män som har nämnvärt större behov. Behoven verkar med andra ord vara jämnt fördelade. Man kan i och för sig spekulera om vad för slags kunskap som männen efterlyser. Man kan utgå från att de allra flesta män vet att kondom skyddar mot hiv och STI. Det mest troliga är att männen har mycket specifika kunskapsbehov när det gäller säkrare sex. Det kan till exempel

handla om hur pass säkra avbrutna samlag är. Den internationella forskningen visar att oskyddade avbrutna samlag är relativt ofta förekommande bland MSM (se till exempel Crawford et al. 2006). Att avbrutna samlag även förekommer bland männen i fråga har vi redan sett i rapportens fjärde kapitel.

Trots att relativt få män i studien upplever sig ha kunskapsbrister när det gäller säkrare sex är det viktigt att kontinuerligt uppmärksamma hur budskapet omtolkas. Att säkrare sex är ett begrepp som är öppet för omtolkningar visar resultatet från den intervjustudie med manliga par, som vi på flera ställen i rapporten refererat till (Tikkanen 2003). I parens berättelser blev det tydligt att vad som utgör säkrare sex är töjbart och kan, enligt männen, även inkludera oskyddade samlag förutsatt att det sker inom en kärleksrelation.

I tabell 6.1 kan vi se att det finns ett behov om kunskap kring olika sextekniker. Ungefär en tredjedel av det totala antalet män anger att det har ett sådant behov. Behovet är betydligt större bland de yngsta männen. En norsk studie visar att särskilt unga MSM har kunskapsbehov som berör anala samlag. Middelthon (2002) menar att unga MSM, som en del av komma ut-processen, måste finna ett sätt att förhålla sig till – och omtolka – majoritetssamhällets negativa syn på anala samlag.

En grundförutsättning för säkrare sex är att man har kunskap om hur man använder kondomer på rätt sätt samt vilka typer av glidmedel som är lämpliga att använda tillsammans med kondomer. Vi har tidigare i rapporten sett att de yngsta männen är överrepresenterade när det gäller kondomhaverier. Därför är det inte förvånande att det är inom denna grupp som vi också finner den största andelen som uppger att de har kunskapsbehov om hur man undviker sådana haverier.

När det gäller de kunskapsbehov som vi hittills presenterat är det relativt få och små skillnader mellan de grupper som vi valt att lyfta fram i vår presentation. Den tydligaste skillnaden är att de yngsta männen har störst kunskapsbehov. När det gäller de övriga un-



dergrupperna är det svårt att urskilja män som har större behov. Det vi ser i tabell 6.1 talar för att man måste arbeta mot hela MSM-målgruppen. Däremot kan insatser utformas på olika sätt beroende på vilka undergrupper man vill nå. Vi vill återigen lyfta fram att det är svårt att uttala sig om vilka konkreta behov som dessa olika undergrupper har när det gäller hiv, STI och säkrare sex. Det är därför viktigt att som ett komplement till vad som framkommer i enkäten genomföra fördjupande behovsstudier.

### Specifika hivkunskapsbehov

I faktoranalysen kunde vi se att två behov hängde samman på så sätt att de ofta var ikryssade av en och samma person. Dessa kunskapsbehov, som båda handlar om hiv, är mer specifika till sin karaktär.

Tabell 6.2 Specifika hivkunskapsbehov, andelar som uppgivit behov inom olika grupper av män.

	15–25 år	Bosatta utanför storstad	Utanför arbetsmarknad	Invandrade män	Hivpositiva män	OAS okänd hivstatus
Om PEP	78	74	71	73	59	74
Hur det är att leva med hiv	61	55	50	46	21	52

I tabell 6.2 kan man se att kunskapsnivån om postexponeringsprofylax (PEP) är låg bland männen.<sup>1</sup> Överlag har sju av tio i enkäten angett att de har otillräckliga kunskaper. Endast tjugo procent av männen har tidigare hört talas om PEP. De brittiska sigmaforskarna menar att ökad kunskap om PEP är ett prioriterat hivpreventivt mål (Hickson et al. 2003). Under de senaste fem åren har aktörer inom den brittiska hivpreventionen aktivt arbetat för att höja kunskapsnivån om PEP bland MSM.<sup>2</sup> En studie visar att andelen brittiska MSM som känner till PEP hade fördubblats efter en intensiv

<sup>1</sup> Postexponeringsprofylax (PEP) består av en kombination av hivmediciner som har till uppgift att förhindra att hivviruset får fäste i kroppen. Behandlingen kan ges omedelbart efter att man utsätts för stor smittrisk men det finns ingen garanti för att den verkar ([www.rfsl.se/halsa](http://www.rfsl.se/halsa)).

<sup>2</sup> Se Terrence Higgins Trust, <http://www.tht.org.uk/pep>

informationskampanj (Dodds et al. 2006b). Den låga kunskapsnivån bland svenska MSM visar att det finns ett kunskapsbehov även i Sverige.

Drygt hälften av männen i studien uppger att de har otillräckliga kunskaper om hur det är att leva med hiv. Kunskapsbehovet är störst inom den yngsta åldersgruppen, som också har få personliga kontakter med hivpidemin. Det är viktigt med insatser som ökar kunskapen om hur det är att leva med hiv. För dem som inte känner någon som bär på viruset är sådana insatser än viktigare. Väl genomförda insatser leder till att minska stigma kring hiv. Den stundom uppblående mediala uppmärksamheten kring "hivmän" kan leda till att de som saknar kunskap om hur det är att leva med hiv får en förvriden bild. Det är mycket viktigt att hivpidemin får ett mänskligt ansikte. Vi vet dock att det kan vara svårt att komma ut offentligt som hivpositiv på grund av den risk för stigmatisering som följer. Det är därför viktigt att kunskapshöjande insatser riktade till MSM kombineras med ett arbete riktad till media för att få till stånd en mediareportering som motverkar stigmatisering.

### Kommunikation om hivstatus

I kapitel fem framkom att en dryg tiondel av männen vid senaste sextillfället hade ett oskyddat samlag där hivstatusen var okänd. Att fråga om den andres hivstatus är något som många upplever som svårt. Att berätta att man är hivpositiv kan vara än svårare. I enkäten frågade vi männen om de upplever att de har otillräckliga kunskaper om hur man kommunicerar om hivstatus.

Vi kan i tabellen se att den generella tendensen är att man har en större kunskapsbrist kring frågandet jämfört med berättandet. Av det totala antalet män som svarat på enkäten uppger trettiofem procent otillräckliga kunskaper om hur man frågar. Betydligt färre, sjutton procent, menar att de har kunskapsbehov som handlar om hur man berättar. De hivpositiva männen skiljer sig från övriga män. Drygt hälften av de hivpositiva männen har i enkäten angett att de har otillräckliga kunskaper om hur man berättar om sin hivstatus för en sexpartner. De hivpositiva männen har dessutom ett stort kunskapsbehov om hur man frågar om den andres hivsta-

tus. De höga siffrorna bland de hivpositiva männen sänder en mycket tydlig signal, nämligen om hur viktigt det är att dessa män får träning och stöd i att kommunicera kring hivstatus.

*Tabell 6.3 Hivstatusrelaterade kunskapsbehov, andelar som uppgivit behov inom olika grupper av män.*

	<i>15– 25 år</i>	<i>Bosatta utanför storstad</i>	<i>Utanför arbets- marknad</i>	<i>Invandrade män</i>	<i>Hivpositiva män</i>	<i>OAS okänd hivstatus</i>
Hur man berättar om hivstatus	21	18	21	16	51	24
Hur man frågar om hivstatus	40	36	35	36	41	43

Det är inte endast de hivpositiva männens uppgift att i en sexuell situation ta upp frågan om hivstatus. Ansvaret delas självklart av alla de inblandade. Det är därför viktigt att kunskapshöjande insatser dels synliggör det delade ansvaret, dels medvetandegör MSM i allmänhet om de problem som de hivpositiva männen ställs inför på grund av informationsplikten i smittskyddslagen. Vi kan i tabell 6.3 även se att ytterligare två grupper har ett något större behov när det gäller hur man frågar om den andres hivstatus: unga män samt de män som haft oskyddat samlag där hivstatusen var okänd. Vi har i kapitel fem sett att vid det senaste sextillfället hade drygt tio procent av männen ett oskyddat samlag där man inte kände till hivstatusen. I kapitel fyra kunde vi se att fyra av tio män som praktiserat avbrutna oskyddade samlag inte kände till sin partners hivstatus. Det som framkommer i enkäten talar ett mycket tydligt språk: det är viktigt med kunskapsstärkande insatser som fokuserar på kommunikation kring hivstatus.

### Kunskapsbehov som berör relationer

De resterande kunskapsbehoven bland männen i studien kunde sorteras in under två faktorer: kunskapsbehov som berör relationer samt kunskapsbehov relaterade till heteronormativitet. Behoven inom dessa två områden kräver i regel mer än ett informationstill-

fälle för att bli tillgodosedda. Här är det psykosociala arbetet som bedrivs inom hivpreventionens ramar viktigt.

Tabell 6.4 Kunskapsbehov som berör relationer, andelar som uppgivit behov inom olika grupper av män.

	15– 25 år	Bosatta utanför storstad	Utanför arbets- marknad	Invandrade män	Hivpositiva män	OAS okänd hivsta- tus
Hur man hittar någon att inleda relation med	33	33	28	32	32	29
Hur man får en relation att fungera	40	35	33	36	34	38
Hur man "raggar"	30	29	26	28	22	26

I tabell 6.4 kan vi se att de kunskapsbehov som på något sätt handlar om relationer är relativt stora bland män. Vi kan i tabellen också se att det inte finns några väsentliga skillnader mellan de olika grupperna. Det största kunskapsbehovet handlar om hur man får en relation att fungera; drygt en tredjedel av männen har i enkäten markerat att de har otillräckliga kunskaper inom detta område. Detta behov är störst bland de yngsta männen. Det som inte syns i tabellen är att män som lever i parrelation med en annan man har ett stort kunskapsbehov när det gäller frågor kring hur man får en relation att fungera. Faktum är att homosexuella par kan uppleva det svårt att söka professionell hjälp vid relationsproblem på grund av den heteronorm som råder i samhället. Det är därför viktigt att professionella som inom olika verksamheter arbetar med relationsproblematik reflekterar över vilka eventuella hinder icke-heterosexuella par kan uppleva när det gäller verksamheternas utformning och det personliga bemötandet.

I kapitel fem kunde vi se att de flesta män som lever i en parrelation väljer att inte använda kondom med sin partner. Tidigare forskning har dessutom visat att många par relativt tidigt slutar att

använda kondom (Davidovich et al. 2004). Det finns därför ett behov av insatser som lyfter frågor som det nybildade paret ställs inför.

Kunskapsbehov om hur man ”raggar” eller hittar någon att inleda en relation med är något som en tredjedel av männen har. Vi kan se en vinst med att man i samtliga insatser som berör relationer integrerar frågor om hivstatuskommunikation. Sådan kunskap är viktig både inom parrelationer och vid tillfälliga sexuella kontakter.

### Kunskapsbehov relaterade till heteronormativitet

Att samhällets heteronorm leder till problem kan vi läsa i den studie om HBT-personers hälsa som publicerades 2005 (Statens folkhälsoinstitut 2005). Att må psykiskt bra har betydelse för den sexuella hälsan. I den brittiska översiktsstudien, som vi inledningsvis nämnde, fann man ett behov som existerade bland i stort sett alla grupper av män, nämligen att sätta in den egna sexualiteten i ett större psykologiskt och socialt sammanhang (Rees et al. 2004). Om man skall möta detta behov bör man utgå från en helhetssyn när man utformar hälsofrämjande insatser; att inkludera frågor om hivstatus i insatser som berör relationer och intimitet är ett exempel på en sådan helhetssyn. Forskning har dessutom visat att de insatser som möter olika slags behov hos en och samma individ är mer effektiva när det gäller att minska sexuellt risktagande (se forskningsgenomgång i Tikkanen 2007). Vi finner det därför viktigt att de hivpreventiva insatser som riktas till MSM även ger verktyg att hantera den heteronorm som finns i samhället.

I tabell 6.5 kan vi se att drygt en tredjedel av männen har kunskapsbehov som är relaterade till heteronormativitet. Även här är behoven störst bland de yngsta männen. Vi kan i tabellen se att andra grupper är överrepresenterade när det gäller dessa behov. En sådan grupp är de män som är bosatta utanför storstadsregionerna. Dessa män kan vara extra utsatta när det gäller homofobi och heteronormativitet.

Tabell 6.5 Kunskapsbehov relaterade till heteronormativitet, andelar som uppgivit behov inom olika grupper av män.

	15– 25 år	Bosatta utanför storstad	Utanför arbets- marknad	Invandrade män	Hivpositiva män	OAS okänd hivsta- tus
Hur man hanterar homofobi i vardagen	38	37	30	35	32	37
Hur man berättar för andra att man är homo- eller bisexuell	33	34	26	29	26	29

Något som inte syns i tabellen är att kunskapsbehoven kring hur man hanterar homofobi är betydligt större bland de män som lever i en parrelation. Är dessa män mer utsatta på grund av att de som par oftare möter heteronormen i vardagslivet? En nyligen publicerad rapport visar att vart femte homosexuellt par varit med om situationer där de blivit dåligt bemötta av privata företag enbart på grund av den sexuella läggningen (Börjesson 2007).

Hittills har vi främst talat om männens kunskapsbehov. I enkäten ställde vi ytterligare en behovsfråga, nämligen vilka hiv/STI-preventiva insatser männen vill ha tillgång till. Vår fråga var formulerad så att den både inkluderar de insatser man redan har samt de insatser man idag saknar. Även här visar en faktoranalys ett mönster när det gäller vilka insatser som i större omfattning efterfrågas av en och samma person.

### Informationsinsatser samt MSM-anpassade hälsotjänster

Fyra olika insatser faller under denna sammanhållande rubrik: internetinformation, broschyrer, samtal med rådgivare via internet samt särskild hälsomottagning som riktar sig till MSM. Även här kan vi konstatera att behovet är jämt fördelat bland männen. Ingen undergrupp uttrycker avsevärt större behov. Däremot kan vi se att de hivpositiva männen i mindre omfattning efterfrågat olika slags informationsinsatser. Detta beror med all sannolikhet på att man

tolkat att insatserna främst vänder sig till dem som inte har hiv. Om vi istället hade exemplifierat med specifika behov som de hivpositiva männen har hade andelarna troligtvis varit större.

Vi kan i tabell 6.6. se ett intressant resultat avseende internetbaserad information, nämligen att den önskade tillgången till information via nätet är större jämfört med information via pappersbroschyrer. Dessutom visar faktoranalysen att de män som föredrar information via internet även föredrar att tala med en expert via samma kanal. Här får vi en signal om att det finns ett en grupp män som önskar både information och rådgivning via internet.

*Tabell 6.6 Önskad tillgång till information samt MSM-specifika hälsotjänster, andelar som uppgivit behov inom olika grupper av män.*

	<i>15–25 år</i>	<i>Bosatta utanför storstad</i>	<i>Utanför arbetsmarknad</i>	<i>Invandrade män</i>	<i>Hivpositiva män</i>	<i>OAS okänd hivstatus</i>
Internet-information	60	54	44	58	28	48
Broschyrer	40	34	37	39	16	33
Chatta med rådgivare	38	35	33	43	24	35
MSM-mottagning	56	49	51	53	47	59

I internationella översiktsstudier kring effektiv hivprevention riktad till MSM lyser de internetbaserade insatserna med sin frånvaro (se Tikkanen 2007). Däremot finns goda exempel på svenska internetbaserade interventioner, som tyvärr inte utvärderats när det gäller dess effekter. En sådan insats är iKurator som drevs som pilotprojekt i RFSL:s regi (se beskrivning i Tikkanen 2007). Syftet med projektet var att utjämna den geografiska ojämlikhet som finns när det gäller möjlighet att ta del av MSM-inriktad rådgivning. I slutet av 2002 lanserades en digital tjänst där man anonymt kunde ställa frågor. Frågorna besvarades inom 48 timmar av en rådgivare. Med godkännande från den anonyme frågeställaren publicerades frågor och svar på en internetsida. Projektet visade att vissa frågeställare uttryckte en bristande tilltro till de hjälpinstanser som finns i deras

närsamhälle, vilket medför att en tjänst som iKurator blir än viktigare. Eriksson (2003) konstaterar i sin slutrapportering att de frågor som kommit från frågeställare utanför storstadsregionerna i högre grad innehållit känslor av hopplöshet och gett uttryck för ett bristande socialt homosexuellt nätverk. En insats som iKurator har en stor utvecklingspotential eftersom tekniska innovationer enkelt kan användas för att förbättra tjänsten.

I tabell 6.6 kan vi även se att det finns en stor efterfrågan på en särskild hälsomottagning som riktar sig till MSM. Drygt hälften av männen i studien uppger att de vill ha tillgång till en sådan mottagning. I kapitel tre kunde vi även se att en stor andel av männen genomförde sitt senaste hivtest vid en MSM-mottagning. Ett intressant och viktigt resultat som framkommer i tabellen är att drygt hälften av männen som bor utanför storstadsregionerna önskar tillgång till en specialinriktad hälsomottagning. Att en så pass stor andel av dessa män vill ha tillgång till en sådan mottagning visar hur viktigt det är att den allmänna sjukvården blir bättre på att bemöta målgruppen. Det är viktigt att sjukvårdspersonal som på olika sätt kommer i kontakt med frågor om hiv och STI ökar sin kunskap om homo- och bisexuella mäns livssituationer. Den allmänna sjukvården bör även medvetandegöras om den heteronorm som kan inverka negativt vid männens möten med sjukvården. I kapitel tre kunde vi se att de män som vid sitt senaste hivtest vände sig till den allmänna sjukvården fick betydligt färre erbjudanden om rådgivning och samtal i samband med hivtest. En möjlig förklaring är att man inom den allmänna sjukvården är ovan att genomföra rådgivning vid hivtest samt att man har sämre kunskap om de behov som finns bland MSM.

### Tillgång till kondomer och glidmedel

Som vi tidigare nämnt är tillgång till kondomer och ändamålsenligt glidmedel en viktig förutsättning för att kunna praktisera säkrare sex. En betydelsefull del av det hivpreventiva arbetet som bedrivits under de senaste tjugo åren har varit uppsökande arbete i olika miljöer där MSM möts. Insatserna har i regel intensifierats under sommarmånaderna eller i samband med något specifikt arrangemang. I vissa delar av Sverige har man dock mer kontinuerligt dis-



tribuerat kondomer och glidmedel till målgruppen genom uppsökande arbete.

Tabell 6.7 Önskad tillgång till kondomer och glidmedel, andelar som uppgett behov inom olika grupper av män.

	15– 25 år	Bosatta utanför storstad	Utanför arbets- marknad	Invandrade män	Hivpositiva män	OAS okänd hivsta- tus
Kondomer på träffplatser	55	48	50	55	44	57
Glidmedel på träffplatser	52	46	49	51	47	54
Hemleverans av kondomer	59	48	51	46	31	52
Hemleverans av glidmedel	59	49	52	48	39	52

Vi har i rapporten tidigare redogjort för Knutagårds och Erikssons observationsstudie av sexfrekventa miljöer. Studien visar att tillgången till kondomer och glidmedel i kommersiella sexfrekventa miljöer i stort sett är obefintlig. Om det inte finns tillgång till ändamålsenligt glidmedel ökar risken för kondomhaverier. I det uppsökande arbetet har man i regel distribuerat glidmedel i form av portionsförpackningar. Sådana förpackningar kan inte köpas på ett apotek. Detta medför att vissa grupper av män, som inte nås av den uppsökande hivpreventionen, inte heller har samma tillgång till ändamålsenligt glidmedel i lätthanterliga förpackningar. Det är därför viktigt att se över hur man kan använda olika kanaler för att distribuera kondomer och glidmedel till dem som saknar kontakter med homosamhället. Hemleveranser är en väg. Ett tätt samarbete med videoklubbägare en annan.

Vi kan i tabell 6.7 se att ungefär hälften av männen i studien vill ha tillgång till kondomer och glidmedel via olika kanaler. I regel önskar man tillgång både genom hemleverans och via mötesplatser. I kapitel fem såg vi att en mycket stor andel av de män som haft oskyddat samlag där hivstatusen var okänd inte använde ändamålsenligt glidmedel. Omständigheterna talar för att det oskyddade samlaget var oplanerat och att det varken fanns tillgång till

glidmedel eller kondomer då männen hade sex. Det är därför mycket viktigt att öka tillgången för hela MSM-gruppen.

### Tillgång till rådgivande och psykosociala insatser

I enkäten ställdes fyra frågor om rådgivning, utbildning och samtalskontakter som berör hiv, STI och säkrare sex. Den önskade tillgången till dessa insatser är betydligt lägre jämfört med vad som hitintills presenterats i kapitlet.

*Tabell 6.8 Önskad tillgång till rådgivande och psykosociala insatser, andelar som upp-  
givit behov inom olika grupper av män.*

	15– 25 år	Bosatta utanför storstad	Utanför arbets- marknad	Invandrade män	Hivpositiva män	OAS okänd hivsta- tus
Samtal med rådgivare	23	19	22	26	17	22
Utbildning i grupp	17	14	17	19	13	13
Samtals- grupp	13	11	16	16	13	13
Samtal med kurator	19	17	19	21	20	20

I tabell 6.8 kan vi se att fler önskar tillgång till rådgivande insatser jämfört med insatser som är mer av psykosocial karaktär. Dessutom är det fler som vill ha insatsen individuell jämfört med i grupp. Vi vet dock – utifrån forskningsresultat – att hivpreventiva interventioner i gruppformat är mer effektiva när det gäller att minska sexuellt risktagande (se Ellis et al. 2003 eller Johnson et al. 2002). Anledningen till att insatser i grupp är särskilt effektiva finner man troligtvis i sexualitetens sociala konstruktion. Innebörden i våra sexuella handlingar skapas i socialt samspel där värdeladdning och tolkning av våra sexuella handlingar sker. Dessutom är sexualiteten något som starkt påverkas av normer, vilka också skapas och upprätthålls genom social interaktion. Med detta perspektiv på sexualiteten framstår den grupplevererade interventionen som en ypperlig form att lära sig mer om den egna sexualiteten. Dessutom

ger gruppformen de enskilda deltagarna möjligheter att spegla sina erfarenheter, åsikter och tankar genom att interagera med andra.

En anledning till de relativt låga siffrorna är att samtal om sexualitet i gruppform kan förefalla främmande för många och till en början kännas ovant. Över tid kan dock inställningen till att delta i gruppinterventioner ändras. En sådan ändring påverkas av hur pass framgångsrika tidigare interventioner varit samt hur dessa positiva erfarenheter förmedlas vidare. Här är en diffusionsteoretisk modell (se Rogers 1995) lämplig att använda, d.v.s. att inledningsvis rikta interventioner till de män som man vet är mottagliga (inom diffusionsteorin kallar man dessa för *early innovators*) och låta dem bli förespråkare för de nya metoderna. På sikt kommer detta att medföra att fler kommer över den tröskel som finns till att delta i gruppträffar. Det är därför viktigt att man gör en noggrann analys över vilka initiala deltagare man skall rikta in sig på då man lanserar en ny gruppintervention.

I tabell 6.8 kan vi se att män som befinner sig utanför arbetsmarknaden samt män som invandrat till Sverige i något högre grad uttrycker behov av psykosociala insatser. Som vi tidigare nämnt i rapporten är dessa två grupper av män viktiga att uppmärksamma inom hivpreventionen. Det vi ser i tabellen talar för att det inom båda dessa grupper finns män som har behov som kräver mer än en informationsinsats. Det har inte framkommit något i rapporten som talar för att dessa män i högre eller lägre grad utsätter sig för sexuella risker. Vi kan dock se att det finns ett behov av fördjupade studier för att mer bestämt kunna uttala sig om dessa mäns erfarenheter och behov.

Vi kan i tabell 6.8 även se att drygt en femtedel av de män som haft oskyddat samlag vill ha tillgång till samtal med en rådgivare. En lika stor andel av dessa män anger även att de vill ha tillgång till samtal med en kurator. Det finns således ett behov av samtalsinsatser bland dessa män. Med tanke på deras erfarenheter av oskyddade samlag finns det anledning att anta att just riskhandlingar kan vara en starkt bidragande orsak till de efterfrågade in-

satserna. Ett lämpligt tillfälle att möta dessa mäns behov är då de hivtestar sig.

### Hur kan männen nås med hivpreventiva insatser?

I rapportens andra kapitel presenterade vi männens kontakter med homovärlden. I presentationen såg vi bland annat hur vanligt det var att ha läst en homoinriktad tidning eller hur ofta man besökt en gaybar under det senaste året. Eftersom vi i vår frågekonstruktion använt skalor där männen uppskattat frekvensen av sina kontakter finns möjlighet att göra en mer fördjupad analys. Man kan utifrån männens svar urskilja vilka som har tätare respektive glesare kontakter med homovärlden.

De skalor vi använt som svarsalternativ skiljer sig åt mellan frågorna. I de flesta frågor har vi använt en flergradig skala (t.ex. från varje vecka till inte besökt under det senaste året). I frågorna om besök på pridefestivaler och andra gayarrangemang har männen endast svarat ja eller nej. För att en jämförelse skall vara möjlig måste frågorna omvandlas till en gemensam skala. Djurfeldt (2003) beskriver två sådana förfaranden: z-standardisering och 0-100 skala. Vi har valt att använda den senare metoden. Förenklat innebär tillvägagångssättet att svaren på de olika frågorna överförs till en gemensam skala som varierar mellan noll och ett hundra. På så sätt kan man enkelt och översiktligt göra jämförelser mellan frågor som använder olika skalor. Man kan dessutom beräkna ett totalt medelvärde som också varierar mellan noll och ett hundra. Vad innebär ett högt eller lågt värde på skalan? Ett högt medelvärde betyder att männen har täta kontakter med homosamhället, t.ex. att man väldigt ofta besöker gaybarer. Ett lågt medelvärde innebär det motsatta, t.ex. att man mycket sällan eller aldrig besöker gaybarer. Det faktiska medelvärdet är dock svårt att direkt översätta i ord. Den främsta vinsten med att jämföra medelvärden är att man lättare kan göra jämförelser mellan olika män och olika informationskanaler. Tumregeln är: ett högre medelvärde visar att männen lättare nås via den specifika informationskanalen.

I tabell 6.9 ser vi medelvärdena när det gäller männens kontakter med homomedia, organisationer samt festivaler. Värdet på den för-

sta raden är medelvärdet av hur ofta man läser papperstidningen QX, tidningen Kom ut samt lokala RFSL-tidningar. Värdet på den andra raden är medelvärdet av männens medlemskap i RFSL och andra HBT-organisationer samt besök på fester eller kaféer på en RFSL-avdelning. Värdet på den sista sidan är medelvärdet av männens besök på pridefestivaler och andra HBT-arrangemang.

Vi kan på den första raden se att de olika undergruppernas kontakter med homomedia varierar. De män som i störst omfattning – både till andel och till frekvens – läser dessa tidningar är hivpositiva män. De män som i mindre omfattning kommer i kontakt med skrivna homomedier är unga män. I övrigt är skillnaderna mellan de olika grupperna små, vilket betyder att man genom homomedia når de olika grupperna i ungefär lika stor utsträckning.

*Tabell 6.9 Kontakter med homosamhällets medier, organisationer och festivaler. Medelvärden på en 0 till 100-skala.*

	<i>15–25 år</i>	<i>Bosatta utanför storstad</i>	<i>Utanför arbetsmarknad</i>	<i>Invandrade män</i>	<i>Hivpositiva män</i>	<i>OAS okänd hivstatus</i>
Homomedia	28	31	34	36	52	32
Organisationer	17	24	25	23	37	19
Arrangemang	24	19	25	30	46	28

När det gäller männens kontakter med HBT-organisationer kan vi se att värdena är lägre, vilket visar att man bland organisationernas medlemmar når färre män. Även här kan vi se att man i högre grad når hivpositiva män. Det finns anledning att anta att dessa män inkluderat medlemskap i t.ex. Positiva Gruppen när de svarat på den senare frågan.<sup>1</sup> Vi kan i tabellen också se att de yngsta männen i mindre omfattning är medlemmar i olika slags HBT-organisationer. Detsamma gäller de män som haft oskyddat samlag där hivstatusen var okänd. I övrigt är skillnaderna mellan grupperna inte så stora.

<sup>1</sup> Positiva Gruppen är riksstäckande förening för hivpositiva homo- och bisexuella män i Sverige.

På tabellens sista rad visas männens kontakter med olika slags arrangemang inom homosamhället. Det största arrangemanget är utan tvekan Stockholm Pride som hålls under sommaren. Det generella intrycket är att olika slags festivaler är effektiva när det gäller att nå olika grupper av män. Det finns emellertid vissa grupper som i mindre omfattning besöker gayarrangemang. Sådana grupper är män bosatta utanför storstadsregionerna, unga män samt de män som står utanför arbetsmarknaden.

*Tabell 6.10 Kontakter med homosamhället genom kommersiella mötesplatser, sexfrekventa miljöer samt internet. Medelvärden på en 0 till 100-skala.*

	<i>15– 25 år</i>	<i>Bosatta utanför storstad</i>	<i>Utanför arbets- marknad</i>	<i>Invandrade män</i>	<i>Hivpositiva män</i>	<i>OAS okänd hivsta- tus</i>
Kommersiella mötesplatser	41	29	37	46	56	44
Sexfrekventa miljöer	5	9	11	13	19	12
Qruiser	88	87	90	87	84	88
Övriga internet	17	22	25	27	26	23

I tabell 6.10 presenteras männens kontakter med kommersiella mötesplatser (gaybarer, gaykaféer eller gaydiscon), sexfrekventa miljöer (videoklubbar, gaysauna och övriga ragningsplatser) samt internet. När det gäller internet har vi valt att särskilja kontakter med Qruiser från övriga internetmötesplatser. De övriga mötesplatserna på internet inkluderar RFSL:s webbchat och andra inhemska och utländska mötesplatser som riktar sig till män som har sex med män.

Vi kan i tabellen se att männens besök på kommersiella mötesplatser skiljer sig åt mellan de olika grupperna. De som under det senaste året i högre grad besökt gaybarer eller liknande är hivpositiva män. De som man inte lika ofta finner på dessa platser är män som är bosatta utanför storstadsregionerna, vilket är en följd av att de flesta kommersiella mötesplatser i regel finns i någon av de tre storstäderna. I övrigt är inte skillnaderna så stora mellan de olika

grupperna. En mindre skillnad finns mellan män som står utanför arbetsmarknaden och övriga män.

Vi kan på tabellens andra rad se att männen generellt har få kontakter med sexfrekventa miljöer. Den grupp som har tätare kontakter är hivpositiva män. De män som har färre kontakter är de yngsta männen. När det gäller de övriga männen är skillnaderna inte så stora.

Vi kan i tabell 6.10 tydligt se att Quiser är en mötesplats som i stort sett alla män i studien flitigt besöker. De höga medelvärdena på den tredje raden innebär i stort sett att männen loggar in på Quiser minst en gång per dag. Detta visar vilka möjligheter det finns att nå ett stort antal män via denna specifika mötesplats. Vi ser det därför som mycket viktigt att man använder internet för att nå ut med hivpreventiva insatser. I detta arbete är det mycket viktigt att vara innovativ och utnyttja de kreativa möjligheter som finns inom ett internetcommunity. Vi ser det som viktigt med metodutveckling när det gäller det uppsökande arbetet på internet. Även om internetmötesplatser till stora delar är en offentlig arena finns det skäl att anta att vissa medlemmar uppfattar att mötesplatsen ligger i gränslandet mellan det offentliga och det privata. Det är därför viktigt att utveckla metoder som innebär att man respekterar medlemmens privata sfär. Detta är särskilt viktigt när man vill nå de män som ger signaler om att de praktiserar riskfylld sex, t.ex. de män som är intresserad av barebacking.

På den fjärde raden kan vi se att männens kontakter med övriga internetmötesplatser inte är lika omfattande. Den tydligaste skillnaden vi kan se är att de yngsta männen har färre internetkontakter av denna typ jämfört med övriga män. Då vi närmare studerar vilka specifika internetarenor männen besöker finner vi att RFSL-chatten oftare besöks av dem som är bosatta utanför storstadsregionerna. Eftersom internet är en viktig arena för hivpreventionen ser vi att det finns ett behov av en fördjupande studie där man undersöker hur männen använder de olika mötesplatserna.

Tabell 6.11 Kontakter med homosamhället genom särskilda MSM-mottagningar och sociala nätverk. Medelvärden på en 0 till 100-skala.

	15– 25 år	Bosatta utanför storstad	Utanför arbets- marknad	Invandrade män	Hivpositiva män	OAS okänd hivsta- tus
MSM- mottagningar	7	3	10	13	37	11
Sociala kontak- ter med homo- och bisexuella män	42	38	45	46	63	44
Total kontakt	23	25	28	30	40	27

I rapportens tredje kapitel kunde vi se att en stor andel av männen testat sig på en särskild MSM-mottagning. Tidigare i detta kapitel kunde vi konstatera att en stor andel av männen önskar tillgång till en sådan specialiserad mottagning. I tabell 6.11 kan vi se hur tät kontakt männen haft med MSM-mottagningar under det senaste året. Även här har hivpositiva männen den tätaste kontakten. Detta beror troligtvis på de olika insatser man tar del av på grund av sin hivinfektion. De män som haft glesare kontakter med en MSM-mottagning är unga män samt män som är bosatta utanför storstadsregionerna. Detta betyder inte att de har mindre behov av denna typ av mottagning. Som vi såg tidigare i kapitlet önskar en stor andel av dessa män tillgång till en sådan mottagning.

Homovärlden består inte endast av de mötesplatser som vi hittills presenterat. De sociala nätverk som männen ingår i är en viktig del av homovärlden. De sociala nätverken kan även användas för att nå ut med hivprevention till särskilda grupper av män. I början av 1990-talet genomfördes en hivpreventiv insats – Rubberware – vid RFSL-rådgivningen i Skåne. Grundtanken med insatsen var att man skulle använda redan etablerade sociala nätverk för att nå män som annars är svåra att nå. En annan tanke med var att få igång ett samtal om sexualitet i allmänhet och hiv i synnerhet inom männens befintliga sociala nätverk (se ytterligare beskrivning i Tikkanen 2007).



I vår enkät frågade vi om hur många män i personens vänskapskrets som är homo- eller bisexuella. I tabellens andra rad ser vi resultatet överfört till ett jämförbart medelvärde. Liksom tidigare har de hivpositiva männen det högsta värdet. De män som har ett något glesare nätverk är de män som bor utanför en storstadsregionerna. I övrigt är skillnaderna inte så stora.

På den sista raden i tabell 6.11 ser vi medelvärdet för männens totala kontakter med homovärlden, d.v.s. ett medelvärde av alla de kontakter vi redovisat i kapitlet. Dessa siffror bekräftar det vi redan sett, nämligen att de hivpositiva männen har mycket täta kontakterna med homovärlden. De män som har de glesaste kontakterna är de yngsta männen samt de män som bor utanför storstadsregionerna. De övriga grupperna ligger på ungefär samma värde när det gäller kontakter med homovärlden.



## 7. RISKHANDLINGAR, HIVTEST OCH PREVENTIVA BEHOV – SUMMERING OCH DISKUSSION

Vi har nu kommit till rapportens avslutande kapitel och det är dags att summera vad som framkommit i analysen. Syftet med MSM-enkäten är att kartlägga sexuella beteenden, testvanor, kunskapsbehov samt behov av hiv/STI-preventiva insatser bland män som har sex med män (MSM). Tanken med rapporten är att den skall utgöra ett underlag för utformandet av en uppdaterad hivprevention som fäster avseende vid de behov som finns inom målgruppen.

Vi har utgått från följande fyra frågeställningar: Hur ser erfarenheterna av hiv- och STI-testning ut bland männen? I vilken omfattning praktiseras oskyddade anala samlag (OAS)? Vilka riskfyllda sexuella handlingar går att urskilja i enkäten? Vilka behov av kunskap eller hivpreventiva insatser finns bland olika undergrupper av MSM?

Det empiriska underlaget består av 2 564 män som svarat på en enkät via Quiser. Två tredjedelar av männen bor i någon av de tre storstäderna. En stor andel har högskoleutbildning. En tiondel av männen står utanför arbetsmarknaden på så sätt att de är arbetslösa, långtidssjukskrivna eller förtidspensionerade. Drygt en fjärdedel av männen i studien har invandrabakgrund. Sju procent har invandrat i vuxen ålder.

De flesta av männen definierar sig som homosexuella och har det senaste året haft sex uteslutande med andra män. Femton procent är bisexuella och en mindre andel, sex procent, definierar sig som heterosexuella eller experimentella. En stor del av de heterosexuella och experimentella männen lever i parrelation med en kvinna.

Knappt hälften av männen lever i en parrelation, varav de allra flesta med en man. Erfarenheten av att ha sexuella kontakter utanför relationen skiljer sig åt beroende på mannens ålder, där betydligt fler av de äldre männen har sådana erfarenheter.

### Erfarenheter av hiv- och STI-testning

De allra flesta av männen som svarat på enkäten uppfattar sin nuvarande hivstatus som hivnegativ. Ungefär en av tio män var vid enkätens ifyllande osäker. Fyra procent av männen är hivpositiva. De som är osäkra på sin hivstatus skiljer sig från övriga män i två avseenden: de är yngre samt lever i mindre omfattning i en parrelation med en man. Drygt hälften av de osäkra männen har någon gång hivtestat sig. Ju äldre man är desto större andel har ett tidigare hivtest bakom sig. Det går dock inte att göra en direkt sammankoppling mellan förfluten tid sedan hivtest och osäkerhet på den egna hivstatusen. Bland de äldre är det mer vanligt att det gått flera år sedan det senaste hivtestet. Bland de yngre finns inget sådant mönster. Att vara osäker på sin hivstatus kan naturligtvis vara en följd av att man utsatt sig för en eller flera risker för hivöverföring. De som är osäkra på sin hivstatus är överrepresenterade bland dem som haft oskyddade samlag med ett större antal partner under det senaste året.

Andelen hivpositiva män i studien är som sagt fyra procent. De hivpositiva männen är, jämfört med de övriga männen, äldre samt oftare bosatta i någon av de tre storstäderna. Dessutom är de allra flesta inom den hivpositiva gruppen självidentifierade homosexuella män som under det senaste året i regel haft sexuella kontakter uteslutande med andra män.

Erfarenheten att av hivtesta sig är stor bland männen i studien. I vissa grupper är den dock lägre. Män under 26 år är en sådan

grupp där endast hälften av männen någon gång hivtestat sig. Två andra grupper där andelen icke-testade är större är män bosatta utanför storstadsregionerna samt män som betraktar sig själva som experimentella eller heterosexuella.

Man kan urskilja tre olika grupper av testare: återkommande testare, förstagångstestare samt glestestare. Andelen förstagångstestare är av naturliga skäl betydligt högre bland de yngsta männen, medan andelen glestestare stiger med åldern. Drygt hälften av glestestarna har endast testat sig vid ett tillfälle. En möjlig anledning till att man dröjer med att testa sig på nytt kan vara att man sedan en tid tillbaka lever i en parrelation.

Ungefär var tredje är återkommande testare, d.v.s. man testar sig relativt regelbundet. Dessa är i högre grad bosatta i en storstad och betraktar sig själva i större omfattning som homosexuella jämfört med övriga män. Ett glädjande resultat är att andelen som testar sig regelbundet är relativt stor bland yngre män. Dock kan vi konstatera att denna grupp är överrepresenterad bland dem som har haft oskyddade samlag. Mot den bakgrunden är det särskilt viktigt att ta reda på orsaken till att man återkommer för upprepade hivtest. De män som har erfarenhet av riskhandlingar måste uppmärksammas. Om så inte sker finns en risk att deras riskhandlingar förstärks.

Drygt fyra av tio män gjorde sitt senaste hivtest på en särskild MSM-mottagning. Det är även på dessa mottagningar som man finner en stor andel av de återkommande testarna. En mindre andel vände sig vid det senaste testtillfället till en mottagning som specialiserat sig på sexuellt överförda infektioner (även kallad könsmottagning). En relativt stor andel av de yngsta männen testade sig på en ungdomsmottagning. En fjärdedel av samtliga män gjorde sitt senaste hivtest inom den övriga sjukvården, t.ex. på en vårdcentral. Dessa män bor i större utsträckning utanför storstadsregionerna. Dessutom betraktar de sig själva i större utsträckning som heterosexuella eller experimentella.

Det finns en tydlig skillnad mellan de olika mottagningstyperna när det gäller erbjudanden utöver själva hivtestet. Allra bäst är de särskilda MSM-mottagningarna, där sju av tio män fick erbjudande om samtal/rådgivning vid testtillfället. På dessa specialinriktade mottagningar har de allra flesta även fått erbjudande om återbesök för provsvar. Näst bäst på att erbjuda insatser utöver hivtestet är ungdomsmottagningar och de mottagningar som är inriktade mot STI och sexuell hälsa. Den delen av sjukvården som inte är specialinriktad är över lag allra sämst på att erbjuda insatser. Endast två av tio män fick vid testtillfället möjlighet till ett rådgivande samtal. En lika liten andel fick erbjudande om återbesök för provsvar.

Vad man blev erbjuden utöver hivtestet kan betraktas som en indikator på vårdkvaliteten. Ju fler erbjudanden desto större sannolikhet att kvaliteten var god. Vi kan utifrån männens senaste testtillfälle se att det finns tydliga skillnader mellan olika slags mottagningar. Den främsta skillnaden ligger mellan de specialinriktade mottagningarna (MSM-mottagningar, STI-mottagningar och ungdomsmottagningar) och övrig sjukvård. Om man testar sig vid en specialinriktad mottagning är det mer sannolikt att man kommer att erbjudas både samtal och test av annan STI. Om man däremot vänder sig till övriga delar av sjukvården (t.ex. en vårdcentral) är det inte ens säkert att man erbjuds ett rådgivande samtal i samband med testet. Man kan i och för sig hävda att jämförelserna mellan de olika mottagningarna inte är helt rättvisa, eftersom de specialinriktade mottagningarna har mer erfarenhet att arbeta med frågor som berör sexualitet, hiv och STI. Så må vara fallet, men faktum kvarstår att det finns en skillnad som det inte går att bortse från. Utifrån vår enkät vet vi dessutom att män som är bosatta utanför storstadsregionerna i högre grad testar sig inom den övriga sjukvården. Vi vet dessutom att dessa män hivtestar sig mer sällan och att en större andel aldrig har testat sig för en STI. Detta visar att det finns en geografisk ojämlikhet vad gäller tillgången till hälsofrämjande sjukvårdinsatser riktade till MSM. Vi ser det som en viktig framtida uppgift att minska de skillnader som finns mellan olika mottagningar inom sjukvården. En man som har haft sex med en annan man skall erbjudas liknande insatser i sitt möte med sjukvården oavsett var han bor.

En tiondel av männen har haft en STI under det senaste året. Mest förekommande är klamydia och gonorré. Drygt hälften har någon gång testats eller behandlats för en STI; en dryg tredjedel under det senaste året. De som under det senaste året haft en STI är oftare bosatta i en storstad, har haft fler sexpartner samt identifierar sig själva i större omfattning som homosexuella. Dessutom är andelen hivpositiva dubbelt så stor bland dem som haft en STI. Att STI är en indikator på ett riskbeteende kan man se då man närmare betraktar de män som haft oskyddade samlag med ett större antal partner under det senaste året. Sannolikheten att en man som under det senaste året haft en STI även haft oskyddade samlag med ett större antal partner är nästan tre gånger så stor då man jämför honom med en man som under samma period inte haft en STI.

Männen har vid sitt senaste STI-test i regel vänt sig till den mottagning där de genomförde sitt hivtest. En jämförande analys visar att de specialinriktade mottagningarna erbjudit liknande komplementära insatser vid hivtest som vid STI-test. Detta talar dels för att de olika testen skedde vid ett och samma tillfälle, dels för att man har en rutin som ser likadan ut oberoende av vilken typ av test man genomför. Även när det gäller STI-test är den övriga sjukvården betydligt sämre på att erbjuda insatser utöver testet. Det var vid dessa mottagningar relativt ovanligt att man blev erbjuden ett rådgivande samtal. Däremot skiljer sig förhållningssätten åt mellan hiv- och STI-test inom den övriga sjukvården. Dessa allmänt inriktade mottagningar är något bättre på att erbjuda samtal vid STI-test än vid hivtest. Vidare är de, precis som ungdomsmottagningarna, sämre på att erbjuda kompletterande hivtest i samband med att männen testats eller behandlats för en STI.

Ungefär fyra av tio män är vaccinerade mot hepatit. De flesta av dessa män har angett att de blivit vaccinerade både mot hepatit A och mot B. De som saknar vaccination är något yngre samt i högre grad boende utanför storstadsregionerna. Skillnaderna mellan de olika mottagningstyperna är stora när det gäller erbjudanden om vaccination mot hepatit. De specialinriktade MSM-mottagningarna verkar ha gjort detta till rutin medan övriga mottagningar är betydligt sämre på att erbjuda männen vaccination.

Att få fler personer att känna till sin hivstatus är ett viktigt mål i det hivpreventiva arbetet. Därför är det av stor vikt att öka andelen MSM som hivtestar sig. Det är dessutom angeläget att de män som har utsatt sig för risker återkommer för ett nytt test. Tidigare forskning har dock visat att det inte finns några säkerställda bevis för att hivtest leder till ett minskat sexuellt risktagande. Vissa studier visar en ökad förekomst av oskyddade samlag bland nytestade medan andra studier visar det motsatta (se Tikkanen 2007). Hur kan man förklara dessa skilda resultat? En viktig förklaring finner man i männens motiv till att testa sig. För män som lever i en parrelation kan ett hivtestet vara ett sätt att försäkra sig om att man har samma hivstatus och att man därmed kan upphöra att använda kondom inom relationen. För andra män visar testet om man utsatte sig för en risk då man gjorde ett avsteg från en säkrare sexpraktik. Anledningarna till att man väljer att testa sig skiljer sig med andra ord åt. För vissa män kan testresultatet leda till att man oftare använder kondom. För andra kan det leda till det direkt motsatta. För att hivtest skall bli en effektiv del i det hivpreventiva arbetet bör det kombineras med andra insatser. Rådgivning vid testtillfället är en sådan insats. De män som planerar att sluta använda kondom inom parrelationen bör få råd om hur man skall hantera de risker som är förbundna med detta val. De män som gjort avsteg från säkrare sex bör – om de så vill – få hjälp att förebygga att detta sker på nytt. Man bör i dessa rådgivande samtal även fånga upp de män som har behov av fördjupade samtalsinsatser. MSM-enkäten 2006 har visat att det finns skillnader mellan olika mottagningar inom sjukvården när det gäller antalet insatser som erbjuds i samband med hivtest. Utifrån enkäten kan vi inte säga något om kvaliteten på de insatser som ges. Vi vet t.ex. inte om den rådgivning man får vid provsvaret endast innebär en uppmaning att använda kondom eller om samtalet fokuserar på vad resultatet från hivtestet innebär när det gäller fortsatt risktagande. Om de rådgivande insatserna skall bli effektiva och fånga upp de olika behov som finns bland männen krävs metodutveckling. En sådan metodutveckling kan dels byggas på de metoder som är evidensbaserade, dels fånga upp de erfarenheter som redan finns vid



de mottagningar där hivtestning genomförs.<sup>1</sup> De metoder som visar sig vara framgångsrika måste dessutom nå ut även till – och kunna användas av – de mottagningar som inte är specialinriktade på hiv eller STI.

### Sexuella handlingar och oskyddade samlag bland männen i studien

I enkäten har vi ställt frågor om det senaste tillfället man hade sex med en annan man. Sådana frågor ger en detaljerad information om den man hade sex med samt vad man gjorde sexuellt. En annan fördel med att låta respondenten svara på frågor om det senaste tillfället är att det är lättare att återge vad som ägde rum jämfört med en längre retrospektiv period.

I kapitel fyra gav vi en utförlig presentation av männens senaste sextillfälle. Vi skall här kort sammanfatta de huvudsakliga resultaten. De allra flesta av männen som svarade på enkäten hade vid det senaste tillfället sex med någon som de kände sedan tidigare. Den mest förekommande sexuella handlingen bland männen är oralsex. Oralsex är för övrigt något som praktiseras av i stort sett alla de män som svarat på enkäten. Däremot finns det tydliga skillnader när det gäller sperma i munnen. Visserligen tog en femtedel av männen sperma i munnen, men endast några få procent gjorde så från en partner man inte kände sedan tidigare. Ungefär hälften av männen som svarat på enkäten hade ett analt samlag.

Bland det totala antalet män som svarat på enkäten hade trettio procent ett oskyddat samlag vid det senaste sextillfället. Männen som hade ett oskyddat samlag tenderar att vara något yngre, i större utsträckning betrakta sig själva som homosexuella samt i högre grad leva i en parrelation med en annan man. Det oskyddade samlaget har i regel skett i hemmet tillsammans med någon man kände sedan tidigare, i de flesta fall en stadig partner.

En mindre andel, närmare bestämt tolv procent av det totala antalet män, hade vid sitt senaste sextillfälle ett oskyddat samlag där

---

<sup>1</sup> Se beskrivning av olika metoder på <http://www.effectiveinterventions.org>. På internetsidan beskrivs bland annat RESPECT, en evidensbaserad metod som används vid individuella samtal.

någon – eller bådas – hivstatus var okänd. Vilka är dessa män och i vilka situationer har samlagen skett? Till en början kan man konstatera att det finns flera variabler där dessa män inte skiljer sig från övriga. Man kan således inte urskilja en man som i högre eller längre grad haft ett sådant samlag utifrån bostadsort, utbildningsnivå, sysselsättning, invandrarbakgrund, sexuell identitet eller tidigare erfarenheter av STI. Däremot kan vi utifrån enkäten se att det är något mer förekommande att yngre män hade ett oskyddat samlag där hivstatusen var okänd. Vi kan också se att de män som det senaste året haft ett större antal sexpartner är överrepresenterade.

Fyra av tio oskyddade samlag där hivstatusen var okänd skedde utan ändamålsenligt glidmedel. Det finns skäl att anta att det varken fanns glidmedel eller kondomer tillgängliga då männen hade samlag och att det oskyddade samlaget var oplanerat och ägde rum i ”stundens hetta”. Enkäten visar dessutom att alkohol har betydelse när männen själva skall förklara varför ett oskyddat samlag inträffade; hälften av männen som hade druckit alkohol i samband med sex menar att ruset inverkat på risktagandet. Vi kan i en regressionsanalys se att det finns en koppling mellan alkoholbruk och oskyddade samlag där hivstatusen var okänd.

Vi har hittills fokuserat på de män som haft oskyddade samlag. Låt oss istället betrakta kondombruket vid det senaste tillfället männen hade sex. Vid drygt fyra av tio anala samlag användes kondom. Skillnaderna mellan åldersgrupperna är små där de yngstas kondombruk ligger på trettioåtta procent och övriga människors på en nivå strax över fyrtio. Kondombruket är i övrigt jämt fördelat mellan männen i studien. Faktum är att det är svårt att urskilja grupper av män som oftare använde kondom eller situationer där kondom var mer förekommande. Den enda egentliga skillnaden i kondombruk finner man då man betraktar vilken typ av partner männen hade samlag med. Kondombruket vid tillfälliga sexuella kontakter är dubbelt så stor jämfört med stadiga parrelationer.

Yngre män har i mindre omfattning använt ändamålsenligt glidmedel tillsammans med kondom. Det är också bland de unga männen vi finner de flesta av kondomhaverierna. En stor andel av dessa

män har dessutom i enkäten angett att de har otillräckliga kunskaper om hur man förebygger sådana haverier. Det som framkommer påminner oss om att man kontinuerligt måste arbeta med kunskapsstärkande åtgärder av basal karaktär, t.ex. att öka kunskapen om hur man undviker kondomhaverier.

Vi har konstaterat att kondom användes vid fyra av tio samlag. Följaktligen var sex av tio anala samlag oskyddade. Vid drygt hälften av dessa samlag skedde ejakulationen utanför kroppen. Ett sådant avbrutet samlag är mer förekommande tillsammans med en tillfällig partner. Dessutom visar analysen att en stor andel inte kände till partners hivstatus. Det finns därför skäl att anta att männen använt det avbrutna samlaget som en riskreducerande handling.

Att trettio procent hade ett oskyddat analt samlag vid sitt senaste sextillfälle kan låta som en hög siffra. Hur ser männens erfarenheter ut om man blickar tillbaka på de senaste tolv månaderna? Vid en sådan tillbakablick kan man konstatera att andelen stiger till att omfatta drygt hälften av männen. Även här är förekomsten något större bland de yngre männen. I likhet med det senaste sextillfället är det få variabler som skiljer männen åt. De som någon gång under det senaste året haft ett oskyddat samlag tenderar att vara något yngre, i större utsträckning betrakta sig själv som homosexuell samt oftare leva i en parrelation med en annan man.

När det gäller antalet partner man haft oskyddade samlag med under de senaste tolv månaderna finns inga större skillnader mellan yngre och äldre män, åtminstone inte när man betraktar det genomsnittliga antalet partner. Det mest förekommande bland samtliga män som haft oskyddade samlag är att man haft det med en enda partner. Bland dem som svarat på enkäten finns en liten andel som haft oskyddade samlag med ett större antal personer (fyra partner eller fler); här är de yngre männen något överrepresenterade. Något som kanske inte förvånar – men som är viktigt att lyfta fram – är att det finns ett samband mellan det totala antalet sexpartner och antalet män som man haft oskyddade samlag med. De

män som har ett större antal partner är därför en viktig grupp att rikta sig till i det hivpreventiva arbetet.

Skiljer sig de män som haft ett större antal OAS-partner från övriga män? Även här kan vi konstatera att inga skillnader finns beträffande flera av bakgrundsvariablerna. Sannolikheten varken ökar eller minskar oavsett bostadsort, vilken sysselsättning man har eller om man har invandrarbakgrund. Männerna som haft oskyddat samlag med ett större antal partner skiljer sig dock från övriga män när det gäller hivstatus. Hivpositiva män samt män som är osäkra på sin hivstatus är överrepresenterade bland dem som haft ett större antal OAS-partner. Utifrån enkäten kan vi inte se om de oskyddade samlagen ägde rum mellan män av motsatt hivstatus. Mycket talar för att de oskyddade samlagen som de hivpositiva männen hade skedde med en annan hivpositiv man.

Något som skiljer männen som haft ett större antal OAS-partner från övriga män är att de tenderar att avdramatisera riskerna med avbrutna samlag samt samlag där man är den penetrerande parten. Liknande sätt att resonera finns även bland de män som vid det senaste sextillfället hade ett oskyddat samlag där hivstatusen var okänd. Vi ser det därför som viktigt att man i det hivpreventiva arbetet lyfter fram de faktiska risker som hör samman med dessa handlingar.

I kapitel fem valde vi att särskilt betrakta tre undergrupperingar av män och deras erfarenheter av sexuella riskhandlingar: män som lever i parrelation med en annan man, män som ägnat sig åt barebacking samt äventyrliga män. Vi skall här ge en kort sammanfattning av vad som kom fram. Då man tittar närmare på de män som lever i en parrelation finner man att det är ovanligt att konsekvent använda kondom vid anala samlag tillsammans med partnern. Det omvända, oskyddade samlag, är däremot betydligt mer förekommande. Andelen som någon gång under det senaste året haft oskyddade samlag utanför relationen varierar mellan femton och tjugo procent. De flesta av dessa män har endast haft några enstaka oskyddade samlag.

Mindre än en tiondel av männen i studien har under de senaste tolv månaderna använt internet för att söka efter någon att ha oskyddat samlag med. En lika stor andel har under det senaste året träffat en tillfällig partner där man på förhand kom överens om att inte använda kondom, ett beteende som i den internationella litteraturen brukar kallas barebacking. Att sökande efter en barebackingpartner på internet inte alltid betyder att man praktiserat handlingen visar en jämförande analys; endast hälften av männen som sökte efter en barebackingpartner träffade en tillfällig partner där man på förhand kom överens om att inte använda kondom.

Bland männen som svarat på enkäten finns en grupp som man kan benämna sexuellt äventyrliga. Dessa män har erfarenhet av relativt ovanliga sexuella handlingar (t.ex. gruppsex, fisting eller droger i samband med sex). Den äventyrliga mannen tenderar att vara något äldre samt oftare bosatt i en storstad. Han är en förhållandevis flitig hivtestare; fyra av tio testar sig med någon slags regelbundenhet. Att äventyrliga män är en särskilt viktig grupp att nå med hivpreventiva insatser visar dels deras överrepresentation bland dem som utsatt sig för risker för hivöverföring, dels det faktum att de tenderar att avdramatisera riskerna vid vissa typer av oskyddade samlag.

### Vad är risk och vilka män är risktagare?

Vi har presenterat männen och deras riskhandlingar ur olika perspektiv. Dels har vi utgått från vad som skedde vid det senaste tillfället man hade sex med en man, dels från männens sammanlagda erfarenheter under de senaste tolv månaderna. Vi har dessutom särskilt uppmärksammat män som lever i parförhållande, äventyrliga män samt de män som ägnat sig åt barebacking. Dessa olika sätt att avgränsa riskhandlingar medför att "risktagargruppen" blir olika stor.

Vi är medvetna om att det kan vara svårt att få en totalbild av männens erfarenheter. Därför gör vi en sammanfattning av vad vi funnit när det gäller förekomster av riskhandlingar. Om vi således börjar med att betrakta männens sammanlagda sexuella erfarenheter under de senaste tolv månaderna kan vi konstatera att femtio-

nio procent av männen haft oskyddade samlag. Bland dessa finns en mindre grupp som haft oskyddade samlag med ett större antal partner (fyra eller fler). Dessa män utgör drygt tio procent av hela populationen. Under de senaste tolv månaderna har en mindre andel, närmare bestämt nio procent, haft oskyddat samlag med en tillfällig partner där parterna på förhand överenskommit att inte använda kondom, d.v.s. det vi har valt att kalla barebacking.

Om man istället för hela tolv månadersperioden utgår från vad som skedde vid det senaste tillfället man hade sex finner man att trettio procent av männen då hade ett oskyddat samlag. En mindre andel av männen i studien, tolv procent, hade ett oskyddat samlag där någon av de inblandades hivstatus var okänd.

Här kan det vara läge att stanna upp och se hur dessa olika riskhandlingar överlappar varandra, d.v.s. praktiseras av samma män. De män som hade ett oskyddat samlag vid det senaste tillfället ingår naturligtvis i den grupp män som haft oskyddade samlag under de senaste tolv månaderna. Så gör även de män som under det senaste året ägnat sig åt barebacking. Vilken överlappning finns mellan de män som haft ett större antal OAS-partner och de män som vid det senaste sextillfället hade ett oskyddat samlag där hivstatusen var okänd? En korstabulering visar att trettioen procent av de män som under det senaste året haft ett större antal OAS-partner också hade ett oskyddat samlag där hivstatusen var okänd. Det finns med andra ord ett samband mellan dessa två riskhandlingar. I kapitel fem kunde vi dessutom se att männen som haft ett större antal OAS-partner är överrepresenterade när det gäller erfarenhet av barebacking.

I kapitel fem uppmärksammade vi även riskhandlingar inom två undergrupper av män, nämligen de män som lever i en parrelation samt de män vars sexualitet kan beskrivas som äventyrlig. Hur ser kopplingen ut mellan dessa män och övriga riskhandlingar? Om vi börjar med männen som lever i parrelation kan vi konstatera att sjutton procent haft ett oskyddat samlag under det senaste året med någon utanför relationen. De flesta av dessa män har under samma period även haft oskyddade samlag med den stadige part-

nern. En mer ingående analys visar att det finns en mycket tydlig koppling mellan oskyddade samlag utanför parrelationen och övriga riskhandlingar. I stort sett alla dessa män har erfarenhet av minst en – men oftast flera – av de tidigare nämnda riskhandlingarna (ett större antal OAS-partner, oskyddat samlag där hivstatusen var okänd samt barebacking).

Hur ser kopplingen ut mellan sexuell äventyrlighet och risker för hivöverföring? Vi vet att äventyrliga män är överrepresenterade när det gäller erfarenheter av ett större antal OAS-partner, oskyddade samlag där hivstatusen var okänd samt barebacking. Finns då en överlappning mellan sexuell äventyrlighet och oskyddade samlag utanför en parrelation? En jämförande analys visar att ungefär en fjärdedel av männen som haft oskyddade samlag utanför relationen kan kategoriseras som sexuellt äventyrliga.

Vår initiala fråga kring vad som utgör en riskhandling är dock inte fullt ut besvarad. Om man utgår från de olika riskhandlingarna varierar andelen risktagare i studien mellan nio och femtionio procent. Gemensamt är att de alla har haft oskyddade anala samlag. Vissa har haft ett större antal partner medan andra endast haft oskyddade samlag inom en parrelation. Hur skall man värdera dessa olika handlingar riskmässigt? Är vissa handlingar mer riskfyllda än andra? Om man skall vara kategorisk innebär alla oskyddade samlag en risk för hivöverföring (förutsatt att någon av männen bär på viruset). I hivpidemins tredje decennium kan vi se att oskyddade samlag är mycket vanligt förekommande. Vi kan också se att de flesta män väljer att ha oskyddat samlag med någon som man antar har samma hivstatus som en själv, det man inom den internationella forskningen benämner *serosorting* (se t.ex. Eaton et al. 2007).

En mindre andel av männen i studien hade vid det senaste tillfället ett oskyddat samlag där någon av de inblandades hivstatus var okänd. Är detta oskyddade samlag typiskt för männens handlingar i övrigt? Detta är omöjligt att svara på utifrån enkäten. Vi vet dock att en relativt stor andel av de män som har haft oskyddat samlag där hivstatusen var okänd även haft ett större antal OAS-partner,

vilket talar för att dessa män särskilt bör uppmärksammas i det hivpreventiva arbetet.

Genom att särskilja de män som haft oskyddat samlag där hivstatusen var okänd, från dem som haft oskyddade samlag, där hivstatusen var känd, riskerar vi förstås att skapa ett falskt motsatsförhållande, där endast den första handlingen framställs som riskfylld. Faktum är att *serosorting* är ett mycket bräckligt sätt att hantera risker för hiv. Den kritik som framförs mot strategin liknar den som tidigare riktats mot förhandlad säkerhet inom parrelationer (*negotiated safety*). Dessa två strategier liknar varandra till stora delar; båda bygger på att man har en förmåga att kommunicera om sexualitet i allmänhet och hivstatus i synnerhet. Därtill är båda strategierna heuristiska, d.v.s. utvecklade av männen själva som ett sätt att hantera risk för hiv vid oskyddade samlag. Eaton et al (2007) lyfter fram problemen med *serosorting* utifrån de resultat man fann i en studie av män som använder sig av just denna strategi. Forskarna fann att de män som använde kännedom om hivstatus som beslutsunderlag hivtestade sig så pass sällan att det i stort sett var omöjligt för dem att ha en uppdaterad kunskap om den egna hivstatusen. Dessutom var det relativt vanligt förekommande bland dessa män med ett större antal OAS-partner, vilket ökade osäkerheten om den faktiska hivstatusen. Eaton et al. menar därför att de som har ett större antal OAS-partner är särskilt sårbara när det gäller denna strategi. För dessa män kan *serosorting* de facto innebära en riskökning istället för en riskreducering, eftersom strategin lätt tenderar att legitimera fortsatta riskhandlingar.

En annan grupp män vars handlingar vi uppmärksammat är de äventyrliga. Vi vet att det finns en överlappning mellan dessa män och riskhandlingar när det gäller hiv. Den främsta överlappningen finns mellan sexuell äventyrlighet, ett större antal OAS-partner samt erfarenhet av barebacking. Kippax et al. (1998) menar att man bör vara försiktig att framställa själva äventyrligheten som en risk eftersom man med ett sådant förhållningssätt riskerar att fjärma de äventyrliga männen från hivpreventionen. Forskarnas resonemang leder oss in på ett viktigt område, nämligen vilka som av-



gör vad som skall betraktas som en risk – ”experterna” eller de som utför handlingarna?

Socialantropologen Mary Douglas har i flera studier undersökt hur risk uppfattas på olika sätt inom olika sociala grupper. Hon menar att uppfattningen om vad som innebär en risk till stora delar är beroende av den sociala eller kulturella grupptillhörigheten (Douglas & Wildavsky 1982, Douglas & Calvez 1990, Douglas 1992). Risker konstrueras på ett sätt som stämmer överens med den sociala kontexten i övrigt. Vidare fann Douglas och Wildavsky (1982) att det sätt man konstruerar och kommunicerar om risk även tjänar som avgränsning gentemot andra grupper i samhället. Konstruktionen av risk har således betydelser som sträcker sig utanför den faktiska risken. En gemensam riskkonstruktion kan även fungera som ett sammanhållande kitt inom en social grupp, där risktagarna blir ”de andra” som har ett omoraliskt beteende. Douglas perspektiv på risk utmanar dels föreställningen om den rationelle individen som hanterar risker genom att göra noggranna överväganden och som alltid väljer den lösning som ger bäst resultat, dels synen på risktagaren som en osund avvikare (t.ex. då man talar om oskyddade samlag som ett återfall).

Douglas menar att det moderna samhället består av olika fyra typer av kulturer som förhåller sig på olika sätt till risk (Douglas 1992).<sup>1</sup> Dessutom har dessa kulturer olika uppfattningar om hur pass utsatt man är för olika risker. Tillsammans med Marcel Calvez har hon applicerat teorin på hiv och aids (Douglas & Calvez 1990). De finner att homosexuella män antingen är individualister eller tillhör en avvikande enklav (*dissenting enclave*).<sup>2</sup> Douglas nämner amerikanska *gay communities* som ett exempel på en avvikande enklav. Man kan betrakta den avvikande enklaven som en löst formad grupp som i olika avseenden, t.ex. livsstil eller värderingar, kontrasterar mot det Douglas kallar den centrala kulturen

---

<sup>1</sup> Douglas menar att fyra olika kulturer, som har olika slags riskförståelser, kan urskiljas genom att dels beakta graden av grupptillhörighet, dels graden av stratifiering, hierarkier och regelstyrning inom gruppen.

<sup>2</sup> Individualister har enligt group/grid-matrisen en låg grad av grupptillhörighet (group) och en låg grad av social stratifiering och regelstyrning (grid). Den avvikande enklaven karaktäriseras av en hög grad av grupptillhörighet men en låg grad av social stratifiering och regelstyrning.

(*the central community*). Den centrala kulturen kan förstås som (det heterosexuella) majoritetssamhället, vars riskuppfattningar bygger dels på expertkunskap, dels på moraliska värderingar. Den centrala kulturen utgår från att man handlar rationellt utifrån expertkunskapen och anpassar den sexuella livsstilen efter de normer som råder. Genom att den centrala kulturen per definition sammankopplar hiv med den avvikande enklaven uppstår ett sexuellt *cordon sanitaire* (Douglas 1992 s.115).<sup>1</sup> Kulturtillhörigheten blir på så sätt en andra hud som skyddar den centrala kulturen från hiv. Dessutom konstruerar enklavkulturen egen kunskap om vad som skall förstås som riskfyllt samt hur man förhåller sig till faror. I flera fall står denna kunskap i motsats till den expertkunskap och de handlingsstrategier som finns inom den centrala kulturen.

Hur kan Douglas tankar användas när man skall förstå riskkonstruktioner bland äventyrliga män? De äventyrliga männen utövar en sexualitet som till stora delar bryter mot en normativ föreställning om vad som utgör en ”god sexualitet”. Rubin (1984) menar att sexuella handlingar är hierarkiskt ordnade där den ”goda sexualiteten” har en överordnad och normerande position gentemot andra sexualiteter. Det finns skäl att anta att denna sexualitetshierarki även har betydelse vid riskkonstruktioner när det gäller hiv. Den intervjustudie med manliga par som genomfördes runt millennieskiftet visade bland annat att männen upplevde sexuella kontakter av tillfällig karaktär som riskfyllda trots att man använde kondom (Tikkanen 2003). Handlingarna blev riskfyllda eftersom de bröt mot en norm om romantisk kärlek. Bastuklubbsdiskussionerna på 1980-talet är ett annat exempel på hur risk till stora delar konstrueras utifrån en föreställning om en farlig och omoralisk sexualitet. När de äventyrliga männens sexualitet skall värderas – och riskbedömas – finns det en fara att föreställningen om den ”goda sexualiteten” överskuggar de faktiska riskerna. Douglas riskperspektiv påminner oss om att risk till stora delar är en social konstruktion och att riskupplevelsen måste förstås utifrån det kulturella sammanhang individen befinner sig i. Nu vill vi inte gå så

---

<sup>1</sup> När Douglas använder begreppet ”cordon sanitaire” är det i betydelsen av en geografisk eller social skyddszon som hindrar spridning av sjukdom. Enligt the Concise Oxford Dictionary är cordon sanitaire ”a guarded line preventing anyone from leaving an area infected by a disease”.

långt att vi särskiljer de äventyrliga männen som en specifik kulturell grupp, det är inte så vi väljer att tolka Douglas tes om olika riskkulturer. Hennes fyra kulturer är snarare idealtyper, d.v.s. förenklade bilder av sociala företeelser i stället för faktiska grupper i samhället (se diskussion i Lupton 1999). Douglas påminner oss om att det är viktigt att det hivpreventiva budskapet är kulturanpassat på så sätt att det utgår från den syn på risk som finns inom den grupp man vill nå fram till. När det gäller de äventyrliga männen bör man, som Kippax et al. (1998) menar, vara försiktig att framställa själva äventyrligheten som en risk. Den stora utmaningen är att göra det äventyrliga mer säkert ur hivsynpunkt utan att nödvändigtvis ge avkall på själva livsstilen. Här är vi övertygade om att ett nära samarbete med de äventyrliga männen kan frambringa en innovativ kulturanpassad hivprevention som både är hälsofrämjande och sexualbejakande. Ett framgångsrikt exempel är de informationsbroschyrer som särskilt riktar sig till så kallade läderbögar. Inkluderandet av de äventyrliga männen i det hivpreventiva arbetet kan ske på olika sätt. Genom internet är det möjligt att komma i kontakt med män som har en äventyrlig sexualitet. Bland dessa skulle man kunna rekrytera män som dels kan bidra med värdefulla synpunkter på insatsernas utformning, dels kan nå ut till andra äventyrliga män, som *peer-educators* (utbildning av jämlikar) eller som *popular opinion leaders* (viktiga nyckelpersoner).

### Preventiva behov

Enligt den brittiska forskargruppen Sigma är ett av de främsta målen i hivpreventiva interventioner att reducera hivpreventiva behov (Hickson et al. 2003). Enligt sigmaforskarna har tillgodosedda eller förbisedda behov en direkt inverkan på sexuellt risktagande. En av de frågeställningar som behandlats i denna rapport handlar om de behov av kunskap och konkreta hivpreventiva insatser som finns bland MSM. I behovsdiskussionen har vi valt att fokusera på olika undergrupperingar av MSM som vi finner särskilt viktiga. Dessa undergrupper är män upp till 26 år, män bosatta utanför storstadsregionerna, män som befinner sig utanför arbetsmarknaden, män som invandrat till Sverige, hivpositiva män samt män som haft oskyddat samlag där hivstatusen var okänd. Det bör påpekas att

undergrupperna inte är ömsesidigt uteslutande; en och samma person kan tillhöra flera grupper.

Låt oss börja med männens behov av kunskap om hiv och STI. Det är tydligt att kunskapsbehoven varierar mellan undergrupperna. De män som har störst behov är de yngsta männen. Hälften av dessa uppger att de har otillräckliga kunskaper om hiv och STI. Även bland de män som bor utanför storstäderna finns en stor andel som upplever sig ha otillräckliga kunskaper. Detsamma gäller de män som haft oskyddade samlag. Det är utifrån enkäten svårt att uttala sig om vad kunskapsbristen består i. Det är möjligt att vissa män angett att de har otillräckliga kunskaper trots att de är relativt kunniga. Det som framkommer skall därför inte betraktas som ett mått på den faktiska kunskapsnivån bland männen. Det som framkommer beträffande männens kunskapsbehov bör följas upp i fördjupande studier. På så sätt kan man mer exakt få ett grepp om vad de upplevda kunskapsbristerna innebär för männen. Det finns skäl att anta att kunskapsbehoven som berör hiv och STI kan skilja sig åt beroende på ålder eller sexuell livsstil.

När det gäller säkrare sex uppger endast en tiondel av männen att de saknar tillräckliga kunskaper, vilket skulle kunna tyda på att hivpreventionen på ett framgångsrikt sätt mött de behov som finns. Man kan även här spekulera om vad för slags kunskap dessa män har behov av. Mot bakgrund av de omtolkningar som vi känner till att MSM gör av säkrare sex-begreppet finns skäl att anta att kunskapsbehoven är specifika och handlar om risker vid olika slags sexuella handlingar, t.ex. avbrutna oskyddade samlag. När det gäller säkrare sex är behoven av kunskap jämnt fördelat bland männen. Däremot när det gäller kunskap om olika sextekniker, t.ex. anal samlag, kan vi se att behovet är större bland de unga männen. Vi har i rapporten sett att de unga männen i mindre omfattning använt ändamålsenligt glidmedel tillsammans med kondom samt att de i större omfattning varit utsatta för kondomhaverier. Det är också bland de unga männen som vi finner de största kunskapsbehoven inom detta område.

Utifrån vad som framkommer i enkäten beträffande kondombruk och glidmedelsanvändning ser vi det som viktigt att undersöka vilka kanaler man kan använda för att nå olika grupper av MSM. Över hälften av männen som svarat på enkäten vill ha tillgång till kondomer och glidmedel, både genom hemleverans och via de mötesplatser som finns. Tidigare studier har visat att tillgången till kondomer och glidmedel är i stort sett obefintlig i de kommersiella, sexfrekventa miljöerna. Det finns därför skäl att se över hur man skall öka tillgången till kondomer och glidmedel i sådana miljöer på ett ändamålsenligt vis.

Drygt hälften av männen i studien uppger att de har kunskapsbrister om hur det är att leva med hiv. Kunskapsbehovet är störst bland de yngsta männen, som vi vet också haft få personliga kontakter med hivepidemin. Det är viktigt att hivepidemin får ett mänskligt ansikte. Vi vet att det kan vara svårt att komma ut offentligt som hivpositiv på grund av den risk för stigmatisering som följer. Det är därför viktigt att aktivt förebygga stigmatisering av personer som lever med hiv. Media är en viktig målgrupp i ett sådant arbete.

Det har utifrån männens handlingar tydligt framkommit att det finns ett hivpreventivt behov bland männen att förbättra sin förmåga att kommunicera om risk i allmänhet och hivstatus i synnerhet. Drygt en tiondel av männen hade vid det senaste sextillfället ett oskyddat samlag där hivstatusen var okänd. Vi har även sett att en relativt stor andel av de män som praktiserat avbrutna oskyddade samlag inte kände till partners hivstatus. En grupp som själva uppger att de har kunskapsbehov om hur man kommunicerar om hivstatus är de hivpositiva männen; hälften upplever att de har otillräckliga kunskaper om hur man berättar om sin hivstatus för en sexpartner. Ytterligare två grupper som har stora kunskapsbehov inom detta område är unga män samt de män som haft oskyddat samlag där hivstatusen var okänd.

Kunskapsbehov avseende relationer är generellt stora bland männen. Framför allt handlar det om hur man hittar en partner och hur man får en relation att fungera. Dessa behov är som störst

bland de yngsta männen. Vi ser det som viktigt att man i de insatser som möter männens behov inom detta område även inkluderar frågor kring risk och hivstatus. Sådana frågor är särskilt viktiga för de män som inlett en parrelation med en annan man. Ett lämpligt tillfälle att möta dessa behov är när männen vänder sig till sjukvården för ett gemensamt hivtest.

Att må psykisk bra är viktigt för den sexuella hälsan. Studier har visat att samhällets heteronorm leder till problem på en individnivå. Nästan hälften av männen som svarat på enkäten uppger att man har otillräckliga kunskaper om hur man hanterar homofobi i sin vardag. En tredjedel uttrycker kunskapsbehov som berör komma ut-frågor. Vissa grupper är något överrepresenterade när det gäller dessa behov; män som är bosatta utanför storstadsregionerna och unga män. Det är viktigt att personal inom sjukvården och övriga delar av samhällets hjälpapparat, blir medvetna om den heteronorm som kan verka negativt i männens möten med vården, t.ex. då männen söker hjälp i frågor som är av sexuell karaktär.

I enkäten ställde vi även frågor om vilka preventiva insatser man vill ha tillgång till. Frågan var formulerad så att den inkluderade de insatser man ville ha fortsatt tillgång till samt de insatser man saknar. Resultatet visar att efterfrågan på information via internet är större jämfört med mer traditionell information i pappersform. De män som föredrar information via internet föredrar också att tala med en expert via nätet. Med tanke på att så pass stor andel av de män som svarat på enkäten uppger att de dagligen använder internet för att kommunicera med andra homo- och bisexuella, är det viktigt att utveckla metoder för rådgivning över nätet. En sådan digital rådgivning når män oavsett var det bor.

Vi har tidigare i rapporten sett att män som vänder sig till en särskild MSM-mottagning för hiv- eller STI-test exponeras för flera hälsofrämjande erbjudanden utöver själva testet. Vi har också sett att mottagningar inom övriga sjukvården är betydligt sämre på att erbjuda liknande insatser. Drygt hälften av männen uppger att de vill ha tillgång till en specifik hälsotjänst som riktar sig till MSM. Vi kan i rapporten se att en stor del av männen som är bosatta

utanför storstadsregionerna önskar tillgång till sjukvård som är anpassad efter de särskilda behov som finns inom målgruppen. Detta visar att det är viktigt att i alla delar av riket höja kunskapsnivån bland sjukvårdspersonal och kvaliteten på de insatser männen erbjuds då de vänder sig till den allmänna sjukvården för ett hivtest.

Drygt en femtedel av männen vill ha tillgång till samtal med en rådgivare – andelen som kan tänka sig att chatta med en rådgivare är dock större. Mellan tio och tjugo procent av männen vill ha tillgång till utbildning i grupp eller samtalskontakt. Det man kan se är att en större andel önskar rådgivande insatser jämfört med insatser som är av mer psykosocial karaktär. Dessutom är det fler som vill ha insatserna individuellt än i grupp. Att en så pass liten andel uttrycker att de vill ha tillgång till gruppinsatser är både nedslående och tankeväckande med tanke på att det är just denna interventionsform som visar sig vara mest effektiv (se Tikkanen 2007). Att delta i en gruppinsats kan till en början kännas ovant. Över tid kan dock inställningen ändras.

I rapportens behovsdiskussion har vi fokuserat på vissa undergrupperingar bland MSM. Anledningen att vi till en början valde just dessa grupper är att vi finner dem särskilt viktiga att synliggöra inom den hivpreventiva diskursen. Kan man bland dessa män urskilja grupper som har större behov än andra? Svaret på frågan är både ja och nej. Man kan se att de hivpreventiva behoven är relativt jämnt fördelade bland männen när det gäller bostadsort, sysselsättning samt utrikes och inrikes födda. Det finns inte heller något som talar för att dessa män i högre eller i lägre grad utsätter sig för risker för hivöverföring. Att dessa grupper av män har lika stora behov som övriga män utesluter dock inte att man särskilt uppmärksammar männen med skraddarsydda insatser. Vi behöver därför fundera över hur vi bäst når just dem.

I rapporten har det framkommit att vissa undergrupper bland MSM har större – eller särskilda – behov som bör mötas. En tydlig grupp är unga män. I rapportens inledningskapitel diskuterade vi männens erfarenheter av hiv och aids utifrån ett generationsper-

spektiv. De unga männen i studien (upp till och med 25 år) är som åldersgrupp betraktad både post-aids och post-hivepidemi. I studien har framkommit att de unga männen har större behov jämfört med övriga män. Vi har även sett att de unga männen är överrepresenterade när det gäller vissa riskhandlingar. En annan undergrupp vars behov särskilt bör uppmärksammas är hivpositiva män. Vi har i rapporten sett att de hivpositiva männen är överrepresenterade både när det gäller STI och oskyddade samlag med ett större antal partner. Ett oskyddat samlag kan utgöra en hälsorisk även för en hivpositiv man, eftersom han kan infekteras av en annan STI. Dessutom riskerar hivpositiva att smittas av hiv som är behandlingsresistent. Det finns därför ett behov av både hiv- och STI-preventiva insatser som riktar sig till dem som redan bär på viruset. Vi har i rapporten dessutom sett att en stor andel av de hivpositiva männen enligt egen utsago har otillräckliga kunskaper om hur man kommunicerar om hivstatus med en sexpartner.

Slutligen har vi de män som haft oskyddade samlag. I våra behovsanalyser har vi särskilt uppmärksammat de män som haft oskyddade samlag där hivstatusen var okänd. Dessa män har ungefär lika stora hivpreventiva behov som övriga män. Vi kan dock se att dessa män har ett kunskapsbehov kring hur man kommunicerar om hivstatus – fyrtiotre procent av dessa män anser att de har otillräckliga kunskaper inom detta område.

### Kunskapsbaserad hivprevention – framtida utmaningar

Vi närmar oss rapportens slut och vill utifrån de resultat som framkommit peka ut några av de framtida utmaningar som det hivpreventiva arbetet ställs inför. Vi har kunnat konstatera att oskyddade samlag är relativt vanligt förekommande. Till yttermera visso kan vi också se att bland MSM finns helt olika sätt att hantera risker för hivöverföring. Det finns män som endast har oskyddade samlag inom parrelationen samtidigt som det finns män som väljer att ha oskyddade samlag med någon man bedömer ha samma hivstatus som en själv. Dessutom finns det män som undviker att ejakulera inuti kroppen då man har oskyddade samlag. Det optimala – men långt ifrån realistiska – målet ur hivsynpunkt vore att alla dessa män alltid använde kondom vid anala samlag. Detta är



som sagt knappast ett realistiskt mål att arbeta mot. Frågan är hur man kan arbeta hälsofrämjande med de män som i vissa situationer, med vissa personer eller i en viss typ av relationer väljer att inte använda kondom? Det är förmodligen här som den största utmaningen finns.

Ett av de områden där vi måste bli bättre är testningen. Det är utomordentligt viktigt att antalet män som känner till sin hivstatus ökar. Dessutom måste vi utveckla de rådgivande insatserna i samband med hivtest och se till att alla får del av dessa oavsett var man bor eller till vilken mottagning man väljer att gå. Vi måste uppmärksamma behov och riskhandlingar bland de män som regelbundet återkommer för ett hivtest. Vi måste dessutom förkorta tiden mellan eventuell hivinfektion och diagnos, både för att minska smittspridningen från icke-diagnostiserade personer och för att förhindra att dessa personer hinner utveckla svår sjukdom/aids.

Svensk hivprevention riktad till MSM har i ett historiskt perspektiv varit innovativ och fångat trender i tiden. Genom att forskning och praktik samverkar kan vi skapa en kunskapsbaserad hivprevention som på ett ännu bättre sätt möter de behov som finns bland MSM i Sverige. Den forskning som bedrivs inom detta projekt är ett led i denna strävan. Att kontinuerligt följa upp och mäta effekter av de hivpreventiva insatserna är en annan viktig del. Vår förhoppning är således att rapporten skall utgöra ett underlag för kommande diskussioner kring utformandet av effektiva hivpreventiva insatser.



## Referenser

- Adam, B, Husbands W, Murray J et al. (2005) Risk construction in the reinfection discourses of HIV-positive men. *Health, Risk & Society*, 7, s. 63-71.
- Aynalem G, Smith L, Bemis C et al. (2006) Commercial sex venues: a closer look at their impact on the syphilis and HIV epidemics among men who have sex with men. *Sex Transm Infections*, 82, s. 439-443.
- Bancroft J, Carnes L & Janssen E (2005) Unprotected anal intercourse in HIV-positive and HIV-negative gay men: the relevance of sexual arousability, mood, sensation seeking, and erectile problems. *Arch of Sexual Behavior*, 34, s. 299-305.
- Blumstein P & Schwartz P (1983) *American Couples: Money, Work, Sex*. New York: William Morrow and Company.
- Börjesson K (2007) *Våningssäng på bröllopsresan – en kartläggning hur bra svenska företag är på att bemöta homo- och bisexuella kunder*. NTG Fritt Fram, RFSL, Stockholm.
- Catania J, Turner H, Pierce RC et al. (1993) Response Bias in Surveys of AIDS-Related Sexual Behavior. Publicerad i *Methodological Issues in AIDS Behavioral Research* Ostrow DG, Kessler RC (red.). New York: Plenum Press.
- Coxon A (1996) *Between the Sheets: Sexual Diaries and Gay Men's Sex in the Era of Aids*. London:Cassell
- Crawford, J, Kippax S, Mao L et al. (2006) Number of Risk Acts by Relationship Status and Partner Serostatus: Findings from the HIM Cohort of Homosexually Active Men in Sydney, Australia. *AIDS and Behavior*, Vol. 10, 3, 325-331.
- Daneback K (2006) *Love and sexuality on the Internet* Akademisk avhandling. Institutionen för socialt arbete. Göteborgs universitet
- Davidovich, U, Wit, J & Stroebe W (2004) Behavioral and cognitive barriers to safer sex between men in steady relationships: implications for prevention strategies. *AIDS Education and Prevention*, 16, s. 304-314.
- Díaz R (1999) Trips to fantasy Island: Contexts of risky sex for San Francisco gay men. *Sexualities*, 2, 89-112.
- Djurfeldt G, Larsson R & Stjärnhagen O (2003) *Statistisk verktygslåda – samhällsvetenskaplig orsaksanalys med kvantitativa metoder*. Lund: Studentlitteratur.
- Dodds J, Mercer C, Parry J et al. (2004) Increasing risk behaviour and high levels of undiagnosed HIV infection in a community sample of homosexual men. *Sex Transm Infections*, 80, s. 236-240.
- Dodds J, Mercer C, Mercey D et al. (2006a) Men who have sex with men: a comparison of a probability sample survey and a community based study. *Sexually Transmitted Infections*, 82, s. 86-87.

- Dodds J, Hammond G, Keogh P (2006b) *PEP talk: Awareness of, and access to post-exposure prophylaxis among Gay & Bisexual men in the UK*. Sigma Research, 2006.
- Dodds J, Johnson A, Parry J et al. (2007) A tale of three cities: persisting high hiv prevalence, risk behaviour and undiagnosed infection in community samples of men who have sex with men. *Sexually Transmitted Infections*, 83, s. 392-396.
- Douglas M (1992) *Risk and Blame: Essays in Cultural Theory*. London: Routledge.
- Douglas M, Wildavsky A (1982) *Risk and culture : an essay on the selection of technological and environmental dangers*. Berkeley: Univ. of California Press.
- Douglas M & Calvez M. (1990) The self as a risk taker: a cultural theory of contagion in relation to AIDS. *The Sociological Review*, 38, 445-464.
- Eaton L, Kalichman S, Cain D (2007) Serosorting Sexual Partners and Risk for HIV Among Men Who Have Sex With Men. *American Journal of Preventive Medicine*, 33, s. 479-485.
- Eriksson N (2003) *iKurator – RFSL:s kuratorer på nätet. Ett pilotprojekt från RFSL*. Eriksson RFSL-rådgivningen Skåne. Slutrapport.
- Elford J, Bolding G, Maguire M et al. (1999) Sexual risk behaviour among gay men in a relationship. *AIDS*, 13, 1407-1411.
- Elford J, Bolding G, Davis M, et al. (2004) Web-based behavioral surveillance among men who have sex with men: a comparison of online and offline samples in London, UK. *J Acquir Immune Defic Syndr.*, 35, s. 421-6
- Ellis S, Barnett-Page E, Morgan A, et al. (2003) *HIV Prevention: A Review of Reviews Assessing the Effectiveness of Interventions to Reduce Sexual Risk of HIV Transmission* London: Health Development Agency.
- EPI-aktuellt (2006), vol 6, nr 34 (23 augusti 2007).
- Eriksson L, Nilsson Schönnesson L & Karlsson A (2007) *Erfarenheter av hiv-testning samt effekter av strukturerad rådgivning och hiv-snabbtest respektive konventionellt hiv-test med avseende på hiv-kunskap, attityder och risktagande samt oro*. Projekt rapport för Socialstyrelsen 2007.
- Evans A, Wiggins R, Mercer C et al. (2007) Men who have sex with men in Great Britain: comparison of a self-selected internet sample with a national probability sample. *Sexually Transmitted Infections*, 83, s. 200-205
- FHI (2005) *Homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation Återrapportering av regeringsuppdrag att undersöka och analysera hälsosituationen bland hbt-personer*. Statens folkhälsoinstitut, rapport A 2005:19.
- Flowers P & Church S (2002) To test or not? HIV antibody testing amongst gay men. *Culture, Health & Sexuality*, 4, s. 43 – 65.

- Forsberg M (2007) *Brunetter och blondiner sex, relationer och tjejer i det mångkulturella Sverige*. Lund: Studentlitteratur.
- Gambotti L (2005) Acute hepatitis C infection in HIV positive men who have sex with men in Paris, France, 2001-2004. *Euro Surveillance*, 10, s. 115-117.
- Gauthier K & Forsyth J (1999) Bareback sex, bug chasers, and the gift of death. *Deviant Behavior*, 20, s. 85-100.
- Gold R (2000) AIDS education for gay men: towards a more cognitive approach *AIDS Care*, 12, 267-272.
- Goodroad B, Kirksey K & Butensky E (2000) Bareback sex and gay men: an HIV prevention failure. *J Assoc Nurses AIDS Care*, 11, s. 29-36.
- Graydon M (2007) Don't bother to wrap it: Online Giftgiver and Bugchaser newsgroups, the social impact of gift exchanges and the 'carnavalesque'. *Culture, Health & Sexuality*, 9, s. 277-292.
- Grov C & Parsons J (2006) Bug chasing and gift giving: the potential for HIV transmission among barebackers on the internet. *AIDS Educ Prev*, 18, s. 490-503
- Haff J & Cowan S (2007) *Sexlivsundersøgelsen 2006. Hiv og sex blandt mænd der har sex med mænd. Baggrund, fremgangsmåde og resultater af spørgeskemaundersøgelsen i 2006*. STOP AIDS og Epidemiologisk Afdeling, SSI København.
- Halgreen T, Glindvad Kristensen J (2001) *Sexlivsundersøgelsen 2000*. STOP AIDS og Epidemiologisk Afdeling, SSI København.
- Halkitis P, Parsons J & Wilton L (2003) Barebacking Among Gay and Bisexual Men in New York City: Explanations for the Emergence of Intentional Unsafe Behavior. *Arch of Sexual Behavior*, 32, s. 351-357.
- Henriksson B (1995) *Risk Factor Love: Homosexuality, sexual interaction and HIV prevention*. Göteborgs Universitet Institutionen för socialt arbete.
- Hickson F, Nutland W, Weatherburn P et al. (2003) *Making it Count: a collaborative planning framework to reduce the incidence of HIV infection during sex between men*. Sigma Research.
- Hickson F, Weatherburn P, Reid D et al. (2007) *Consuming passions Findings from the United Kingdom Gay Men's Sex Survey 2005*. Sigma Research, 2007 Ref 07C.
- Hilte M (2001) *Drogrus och sexlust - Om droger och sexuellt riskbeteende bland homo- och bisexuella män*. Folkhälsoinstitutet.
- Holmes D & Warner D (2005) The anatomy of a forbidden desire: men, penetration and semen exchange. *Nursing Inquiry*, 12, s. 10-20.
- Humphreys, R (1970). *Tearoom trade: A study of impersonal sex in public places*. London: Duckworth.

- Johnson W, Hedges L & Ramirez G (2002) HIV Prevention Research for Men Who Have Sex with Men: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 30, S118–S129.
- Kalichman S, Heckman T & Kelly J (1996) Sensation seeking as an explanation for the association between substance use and HIV-related risky sexual behavior. *Arch of Sexual Behavior*, 25, 141-154.
- Kim A, Kent C, McFarland W et al. (2001) Cruising on the Internet highway. *J Acquir Immune Defic Syndrome*, 28, s. 89-93.
- Kippax S (2002) Negotiated Safety agreements Among Gay Men. Publicerad i *Beyond Condoms- Alternative Approaches to HIV Prevention* O'Leary A (red.) New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Kippax S, Campbell D & Van de Ven P (1998) Cultures of sexual adventurism as markers of HIV seroconversion: a case control study in a cohort of Sydney gay men. *AIDS Care*, 10, s. 677-688.
- Knutagård H & Eriksson N (2006). *Säkrare sex i sexfrekventa kommersiella lokaler – för män som har sex med män*. Rapportserie 2006:1 RFSL Rådgivningen Skåne.
- Lewin B, Fugl-Meyer K, Helmius G, Lalos A, Månsson SA (1998) *Sex i Sverige – om sexuallivet i Sverige 1996*. Folkhälsoinstitutet.
- Lupton D (1999) *Risk*. London: Routledge.
- MacKellar D, Valleroy L, Secura G et al. (2005) Unrecognized HIV infection, risk behaviors, and perceptions of risk among young men who have sex with men : Opportunities for advancing HIV prevention in the third decade of HIV/AIDS. *J. acquir. immune def. syndr.*, 38, s. 603-614.
- Mansergh G, Marks G, Colfax G et al. (2002) Barebacking in a diverse sample of men who have sex with men. *AIDS*, 16, 653–659.
- Mazick A, Howitz M, Rex S et al. (2005) Hepatitis A outbreak among MSM linked to casual sex and gay saunas in Copenhagen, Denmark. *Euro Surveillance*, 10, s.111-114.
- McKirnan D, Houston E & Tolou-Shams M (2007) Is the Web the culprit? Cognitive escape and Internet sexual risk among gay and bisexual men. *AIDS Behav.*, 11, s. 151-60
- McWhirter D & Mattison A (1984) *The Male Couple: How Relationships Develop* London: Prentice-Hall, Inc.
- Middelthon AL (2002) Being Anally Penetrated: Erotic Inhibitions, Improvizations and Transformations. *Sexualities*, 5, 181–200.
- Mikolajczak J, Hospers H & Kok G (2006) Reasons for Not Taking an HIV-Test Among Untested Men Who Have Sex with Men: An Internet Study. *AIDS and Behavior*, 10, s. 431–435.

- Månsson S-A (1998) Sexuella förhållanden mellan människor av samma kön. *Sex i Sverige- om sexuallivet i Sverige 1996*. Lewin B (red). Folkhälsoinstitutet.
- Månsson, S-A, Daneback K, Tikkanen R & Löfgren-Mårtenson L (2003): *Kärlek och sex på Internet, Rapport från Nätsexprojektet 2003:1*, Göteborgs universitet: Institutionen för socialt arbete/Malmö högskola: Enheten för socialt arbete.
- Nilsson, A (1998) *Såna och riktiga karlar. Om manlig homosexualitet i Göteborg decennierna kring andra världskriget*. Göteborg: Anamma.
- Nilsson Schönnesson L & Dolezal C (1998) HIV-Related Risk Factors among Swedish Gay Men. *Scandinavian Journal of Sexology 1*, 51–62.
- Olesen G, STOP AIDS (2003). *Sexlivsundersøgelsen 2003 - Smutteren, der bekræfter normen*. København: STOP AIDS og Statens Serum Institut, Epidemiologisk afdeling, 2003.
- Ostrow D, DiFranceisco W & Kalichman S (1997) Sexual Adventurism, Substance Use, and High-Risk Sexual Behavior: A Structural Modeling Analysis of the Chicago MACS/Coping and Change Cohort. *AIDS and Behavior, 1*, s. 191-202.
- Ostrow D (2000) The role of Drugs in the Sexual Lives of Men Who Have Sex with Men: Con-tinuing Barriers to Research This Question. *AIDS and Behavior, 4*, 205–219.
- Ostrow D, Silverberg M & Cook R (2007) Prospective Study of Attitudinal and Relationship Predictors of Sexual Risk in the Multicenter AIDS Cohort Study. *AIDS and Behavior, AIDS Behav. Publicerad online Apr 5*.
- Pallant J (2007) *SPSS Survival Manual: A Step By Step Guide to Data Analysis Using SPSS*. London: McGraw Hill.
- Parsons J, Schrimshaw E, Wolitski R et al. (2005) Sexual harm reduction practices of HIV-seropositive gay and bisexual men: serosorting, strategic positioning, and withdrawal before ejaculation. *AIDS, 19 Suppl 1*, s. S13-25.
- Pérez K, Rodes A & Casabona J (2002) Monitoring HIV prevalence and behaviour of men who have sex with men in Barcelona, Spain. *Euro Surveillance, 7*, s. 19-22
- Prestage, G, Mao L, McGuigan D et al. (2006) HIV risk and communication between regular partners in a cohort of HIV-negative gay men. *AIDS Care, 18*, s. 166-172.
- Rees R, Kavanagh J, Burchett H et al. (2004) *HIV Health promotion and men who have sex with men (MSM): A systemativ review of research relevant to the development of and implementation of effective and appropriate interventions*. London: EPPI-centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London.
- Ribe M (1999) Oddskvoter berättar. *Välfärdsbulletinen, 4*. s. 14-15.

- Ridge D (1996) Negotiated Safety: Not Negotiable or Safe? *Venerology*, 9, 98–99.
- Rofes E (1998) *Dry Bones Breathe: gay men creating post-AIDS identities and cultures* New York: The Haworth Press.
- Rogers EM (1995) *Diffusion of Innovations*. 4th edition. New York: Free Press.
- Ross MW, Daneback K, Månsson S-A, Tikkanen R & Cooper A (2003): Characteristics of Men and Women Who Complete or Exit from an On-Line Internet Sexuality Questionnaire: A Study of Instrument Dropout Biases, *The Journal of Sex Research*, 40, s. 396-402.
- Ross MW (2006) *Typing, doing and being - a study of men who have sex with men and sexuality on the internet*. Malmö högskola. Hälsa och samhälle. Avhandlingar 2006:1.
- Rubins G (1984) Thinking Sex: Notes for a Radical Theory of the Politics of Sexuality, Publicerad i Vance (red), *Pleasure and Danger*, New York: Routledge.
- SCB (2006) *Ohälsa och sjukvård 1980–2005*. Levnadsförhållanden rapport 113. Statistiska centralbyrån.
- Schwarz S, Spindler H, Scheer S et al. (2007) Assessing Representativeness of Sampling Methods for Reaching Men Who Have Sex with Men: A Direct Comparison of Results Obtained from Convenience and Probability Samples. *AIDS and Behavior*, 11, s. 596-602.
- Siegel K, Krauss BJ & Karus D (1994) Reporting recent sexual practices: gay men's disclosure of HIV risk by questionnaire and interview. *Arch Sex Behav.*, 23, s. 217-30.
- Simon W & Gagnon J (1999) Sexual Scripts. Publicerad i Parker R & Aggleton P (red.) *Culture, Society and Sexuality: A reader*. London: UCL Press.
- Socialstyrelsen (2005) *Rekommendationer för profylax mot hepatit B - Profylax med vaccin och immunoglobulin - före och efter exposition*.
- Stall R & Purcell D. (2000) Intertwining Epidemics: A Review of Research on Substance Use Among Men Who Have Sex with Men and Its Connection to the AIDS Epidemic. *AIDS and Behavior*, 4, 181–192.
- Statens folkhälsoinstitut (2005) *Homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation Åtterrapporering av regeringsuppdrag att undersöka och analysera hälsosituationen bland hbt-personer*. Rapport 2005:19.
- Tikkanen R (2003) *Risky Business? En sociosexuell studie av män som har sex med män*. Akademisk avhandling. Institutionen för socialt arbete. Göteborgs universitet.
- Tikkanen R (2007) *Kunskapsbaserad hivprevention rikatd till män som har sex med män. En sammanfattning och diskussion utifrån sex internationella kunskapsöversikter*. Socialstyrelsen. [www.socialstyrelsen.se/publicerat](http://www.socialstyrelsen.se/publicerat).



- Tikkanen, R & Månsson, S-A (1999) *Förhandlad säkerhet och kalkylerade risker*. Göteborgs Universitet: Institutionen för socialt arbete. Skriftserien.
- Tikkanen R, Månsson S-A, Daneback K & Eriksson N (2006) *MSM-enkäten 2006 en översiktlig resultatpresentation*. Malmö högskola. Hälsa och samhälle.
- Van de Ven P, Kippax S, Crawford J et al. (2002) In a minority of gay men, sexual risk practice indicates strategic positioning for perceived risk reduction rather than unbridled sex AIDS Care, 14, 471–480.
- Weatherburn P, Hunt A., Hickson F et al. (1992) *The Sexual Lifestyles of Gay and Bisexual Men in England and Wales*. Project Sigma booklet.
- Weeks J, Heaphy B & Donovan C (2001) *Same Sex Intimicities: Families of Choice and other Life Experiments*. London: Routledge.
- Weinhart L, Carey M, Johnson B et al. (1999) Effects of HIV Counseling and Testing on Sexual Risk Behavior: A Meta-Analytic Review of Published Research, 1985-1997. *American Journal of Public Health*, 89, 1397–1405.
- Wolinski RF, Mac Gowan RJ, Higgins DL et al. (1997) The Effects of HIV Counseling and Testing on Risk-Related Practices and Help-Seeking Behavior. *AIDS Educ. and Prev.*, 9 Supplement B, 52–67.
- Wolitski R & Branson B (2002) "Gray Area Behaviors" and Partner Selection Strategies. Publicerad i *Beyond Condoms- Alternative Approaches to HIV Prevention* O'Leary A (red.) New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Young R & Meyer I (2005) The Trouble with "MSM" and "WSW": Erasure of the Sexual-Minority Person in Public Health Discourse. *American Journal of Public Health*, 95, s. 1144-1149.



## ENKÅT

1. **Var bor du?** ( ) Stockholmsområdet (inklusive kranskommuner) ( ) Göteborgsområdet (inklusive kranskommuner) ( ) Malmöområdet (inklusive kranskommuner) ( ) Annan svensk stad eller större ort i \_\_\_län ( ) Mindre svensk ort (under 10.000 invånare) eller svensk landsbygd i \_\_\_län ( ) Norge, Danmark, Finland ( ) Utanför Norden ( ) Svårt att precisera bostadsort
2. **Vad har du för utbildning?** (tänk på den högsta utbildning som du slutfört) ( ) Inte slutfört grundskola/obligatorisk skola ( ) Grundskola/enda obligatorisk skola ( ) Gymnasieskola eller motsvarande ( ) Universitets- eller högskolekurs/examen ( ) Annan utbildning:
3. **Vad har du för närvarande för huvudsaklig sysselsättning?** ( ) Hel- eller deltidsarbete ( ) Studerande ( ) Arbetslös/arbetssökande ( ) Värnpliklig ( ) Långtidssjukskriven på hel- eller deltid ( ) Föräldraledig ( ) Sjukpensionär/förtidspensionär ( ) Ålderspensionär ( ) Annan sysselsättning:
4. **Hur gammal är du?** \_\_\_ år
5. **Är du eller någon av dina föräldrar född utomlands?** ( ) Ja ( ) Nej –fortsätt till fråga 10
6. **Var är DU född?** (Meny med regioner)
7. **Var är din MAMMA född?** (Meny med regioner)
8. **Var är din PAPPA född?** (Meny med regioner)
9. **Hur många år har du bott i Sverige?** (ungefärligt antal år) \_\_\_
10. **När du har sexuella kontakter, är det då:** (tänk på hur du levtt under det senaste året) ( ) Alltid med män ( ) Oftast med män men ibland med kvinnor ( ) Ungefär lika ofta med män som med kvinnor ( ) Oftast med kvinnor men ibland med män ( ) Alltid med kvinnor ( ) Har inga sexuella kontakter
11. **Betraktar du dig idag som:** ( ) Homosexuell ( ) Bisexuell ( ) Heterosexuell ( ) Queer ( ) Experimentell ( ) Vet inte ( ) Annat:
12. **Lever du i en relation?** ( ) Ja, med en man ( ) Ja, med en kvinna –till fråga 17 ( ) Ja, med flera personer ( ) Nej –till fråga 17
13. **Använder ni kondom när ni har analt samlag INOM relationen?** Tänk på det senaste året. ( ) Ja, alltid kondom ( ) Ja, oftast kondom ( ) Ja, ibland kondom ( ) Nej, aldrig kondom ( ) Vi har inte anala samlag ( ) Annat:
14. **Bor ni tillsammans?** ( ) Ja ( ) Nej ( ) Annat:
15. **Har du sexuella kontakter utanför er relation?** (här kan du kryssa i flera svarsalternativ) ( ) Ja, tillfälliga partners ( ) Ja, knullkompis/ar eller älskare/älskarinna ( ) Nej
16. **Använder du kondom när du har anala samlag med andra UTANFÖR er relation?** Tänk på det senaste året. ( ) Ja, alltid kondom ( ) Ja, oftast kondom ( ) Ja, ibland kondom ( ) Nej, aldrig kondom ( ) Jag har inte anala samlag utanför relationen
17. **Har du någon gång haft sex med en man?** ( ) Ja ( ) Nej – slussas vidare till fråga 47
18. **När hade du senast sex med en man?** (gör en uppskattning om du är osäker) ( ) Under de senaste två veckorna ( ) 2-4 veckor tillbaks ( ) 1-12 månader tillbaks ( ) Mer än 12 månader tillbaks ( ) Minns inte
19. **Var hade du sex vid det senaste tillfället?** ( ) Hemma hos mig (oss) ( ) Hemma hos honom (dem) ( ) Bastuklubb ( ) Videoklubb/sexbio ( ) På en gaybar/gaydisco ( ) Ragningsplats (t.ex. park, badplats, toalett eller badhus) ( ) På hotell ( ) Annan plats:
20. **Var hade du sex vid det senaste tillfället?** ( ) Sverige ( ) Annat nordiskt land ( ) Annat europeiskt land ( ) Någon annanstans i världen
21. **Hur många personer hade du sex med vid detta senaste tillfälle?** ( ) En (1) man ( ) Två personer (båda män) ( ) Två personer (man och kvinna) ( ) Fler än två personer (alla män) ( ) Fler än två personer (minst en kvinna) ( ) Minns inte
22. **Vem eller vilka hade du sex med vid detta senaste tillfälle?** (här kan du kryssa i flera svarsalternativ) ( ) Tillfällig sexkontakt med någon/några som jag *inte kände* sedan tidigare ( ) Tillfällig sexkontakt med någon/några som jag kände sedan tidigare ( ) Partner/pojkvän ( ) Återkommande sexuell partner (knullkompis, älskare) ( ) Annan typ av partner:

*Följande frågor handlar om den man du hade sex med vid det senaste tillfället. Om du hade en "trekant" eller gruppsex med din partner/pojkvän vill vi att du beskriver den andre/ någon av de andra, det vill säga inte din fasta partner.*

23. **Hur gammal var han du sex med vid detta senaste tillfälle?** (uppskatta åldern om du är osäker)

24. **Hur eller var fick ni kontakt vid det här tillfället?** ( ) Det var min partner jag hade sex med ( ) Vi känner varandra sedan tidigare ( ) Internet, var/hur: ( ) Gaybar, gaykafé, gaydisco ( ) Gayförening (t.ex. RFSL eller gaystudenter) ( ) Bastuklubb ( ) Videoklubb/sexbio ( ) Privat fest eller genom

vänner ( ) Ragningsplats (t ex park, badplats, toalett eller badhus) ( ) Arbetsplats/skola ( ) Annat sätt:

**25. Kände du till hans hivstatus innan ni hade sex** (om han var hivnegativ eller hivpositiv)? ( ) Ja ( ) Nej – slussat till fråga 28 ( ) Minns inte – slussas till fråga 28

**26. Vad var hans hivstatus (som du kände till den)?** ( ) Hivnegativ (hade inte hiv) ( ) Hivpositiv (hade hiv)

**27. Hur drog du slutsats om hans hivstatus?** ( ) Jag frågade honom om hans hivstatus ( ) Han berättade för mig om sin hivstatus ( ) Jag kände till det sedan tidigare ( ) Annat sätt(berätta hur):

**28. Kände han till din hivstatus innan ni hade sex?** ( ) Ja ( ) Nej – slussat till fråga 30 ( ) Minns inte – slussas till fråga 30

**29. Hur kände han till din hivstatus?** ( ) Han frågade mig om min hivstatus ( ) Jag berättade för honom om min hivstatus ( ) Han kände till det sedan tidigare ( ) Annat sätt(berätta hur):

**30. Vad gjorde ni sexuellt?** (här kan du kryssa i flera svarsalternativ) ( ) Analt samlag ( ) Oralt samlag ( ) Runksex ( ) Slickade analt (rimming) ( ) Blev slickad analt (rimming) ( ) Fistade ( ) Blev fistad ( ) Använde sexleksaker analt (t.ex. dildo/löspenis/buttplug) ( ) Annat:

**31. Blev du påsatt av honom (penetrerad analt)?** ( ) Ja ( ) Nej – slussas till fråga 34 ( ) Minns inte – slussas till fråga 34

**32. Använde ni kondom när du blev påsatt?** ( ) Ja, hela tiden– slussas till fråga 34 ( ) Ja, men inte hela tiden ( ) Nej ( ) Vet inte/minns inte

**33. Fick du hans sperma i dig analt när du blev påsatt (utan kondom)?** ( ) Ja ( ) Nej ( ) Vet inte/minns inte

**34. Satte du på (penetrerade honom analt)?** ( ) Ja ( ) Nej – slussas till fråga 37 ( ) Vet inte/minns inte – slussas till fråga 37

**35. Använde ni kondom när du satte på honom?** ( ) Ja, hela tiden– slussas till fråga 37 ( ) Ja, men inte hela tiden ( ) Nej ( ) Minns inte

**36. Kom du i honom när du satte på (sprutade sperma i hans anal utan kondom)?** ( ) Ja ( ) Nej ( ) Minns inte

**37. Använde ni vatten- eller silikonbaserat glidmedel då ni hade analt samlag?** ( ) Ja ( ) Nej ( ) Hade inte analt samlag ( ) Vet inte/minns inte

**38. Gick kondomen sönder när ni hade analt samlag?** ( ) Ja ( ) Nej ( ) Vi använde inte kondom då vi hade analt samlag ( ) Vi hade inte analt samlag ( ) Vet inte/minns inte

**39. Tog du sperma i munnen?** ( ) Ja ( ) Nej ( ) Vet inte/minns inte

**40. Sprutade du sperma i hans mun?** ( ) Ja ( ) Nej ( ) Vet inte/minns inte

**41. Hade du druckit alkohol innan du hade sex?** ( ) Ja ( ) Nej – slussas till fråga 43 ( ) Minns inte – slussas till fråga 43

**42. Upplever du att alkoholen hade någon inverkan på dig så att du tog större risker än du skulle ha gjort annars?** ( ) Ja, mycket stor inverkan ( ) Ja, en viss inverkan ( ) Ja, men endast liten inverkan ( ) Nej, ingen inverkan alls ( ) Vet inte/minns inte

**43. Hade du tagit någon annan drog än alkohol i samband med att du hade sex?** ( ) Ja ( ) Nej – slussas till fråga 46 ( ) Vet inte/minns inte – slussas till fråga 46

**44. Vilken drog?** (här kan du kryssa i flera svarsalternativ) ( ) Cannabis (hasch, marijuana) ( ) Amfetamin ( ) Kokain ( ) GHB ( ) Ecstasy ( ) LSD ( ) Heroin ( ) Annat:

**45. Upplever du att drogen hade någon inverkan på dig så att du tog större risker än du skulle ha gjort annars?** ( ) Ja, mycket stor inverkan ( ) Ja, en viss inverkan ( ) Ja, men endast liten inverkan ( ) Nej, ingen inverkan alls ( ) Vet inte/minns inte

**46. Om du hade analt samlag utan kondom, vad var orsaken?** Beskriv med egna ord.

**47. Hur många partner har du haft sex med de senaste 12 månaderna?** (gör en uppskattning om du är osäker på det exakta antalet) \_\_\_\_\_ män \_\_\_\_\_ kvinnor

**48. Hur män har du haft OSKYDDAT ANALT SAMLAG med under de senaste 12 månaderna?** (gör en uppskattning om du är osäker på det exakta antalet) \_\_\_\_\_ män

**49. Har det hänt att du under de senaste 12 månaderna TAGIT EMOT PENGAR ELLER ANNAN ERSÄTTNING som betalning för att vara sexuellt tillsammans med en annan man?** ( ) Ja ( ) Nej, det har aldrig hänt ( ) Nej, men jag har fantiserat om det

**50. Har det hänt att du under de senaste 12 månaderna BETALAT PENGAR ELLER ANNAN ERSÄTTNING för att vara sexuellt tillsammans med en annan man?** ( ) Ja ( ) Nej, det har aldrig hänt ( ) Nej, men jag har fantiserat om det

**51. Har du under de senaste 12 månaderna medvetet SÖKT efter någon på internet att ha oskyddat analt samlag med?** ( ) Ja ( ) Nej

52. Har någon under de senaste 12 månaderna KONTAKTAT DIG på internet och frågat om du vill ha oskyddat analt samlag? ( ) Ja ( ) Nej ( ) Minns inte
53. Har du de senaste 12 månaderna träffat en tillfällig partner med vilken du INNAN det anala samlaget kommit överens om att inte använda kondom? ( ) Ja ( ) Nej ( ) Minns inte
54. Vad är din uppfattning om din hivstatus? ( ) Jag har *inte* hiv (är hivnegativ) ( ) Jag har hiv (är hivpositiv) ( ) Osäker/vet inte
55. Har du hivtestat dig någon gång? ( ) Ja ( ) Nej – slussas vidare till fråga 60 ( ) Minns inte – till fråga 60
56. Hur många gånger har du hivtestat dig? (gör en uppskattning om du är osäker på det exakta antalet) \_\_\_\_\_
57. När hivtestade du dig senast? ( ) Mindre än 6 månader sedan ( ) 6-12 månader sedan ( ) 1 till 2 år sedan ( ) 2-5 år sedan ( ) Mer än 5 år sedan
58. Var hivtestade du dig senast? ( ) På särskild mottagning för homo- och bisexuella män (t.ex. Venhälsan eller Gayhälsan) ( ) På annan mottagning för sexuellt överförda infektioner (så kallad köns- eller venmottagning) ( ) Ungdomsmottagning ( ) Utomlands ( ) Självtest/hemtest ( ) Annan mottagning (t.ex. vårdcentral)
59. Fick du vid detta senaste hivtest möjlighet till nedanstående? (här kan du kryssa i flera svarsalternativ) ( ) Samtal/rådgivning vid teststillfället ( ) Återbesök för provsvar ( ) Samtal/rådgivning vid provsvar ( ) Erbjudande om test av andra könssjukdomar ( ) Erbjudande om vaccination mot hepatit (gulsot) ( ) Erbjudande om fortsatt samtalskontakt
60. Har du vaccinerat dig mot hepatit (gulsot)? ( ) Ja, hepatit A ( ) Ja, hepatit B ( ) Ja, både hepatit A och B ( ) Nej ( ) Vet inte/minns inte
61. Har du någon gång testat dig (eller fått behandling) för en annan könssjukdom än hiv (t.ex. gonorré, klamydia, syfilis, kondylom eller könsherpes)? ( ) Ja ( ) Nej – slussas till fråga 65 ( ) Minns inte – slussas till fråga 65
62. Var testade du dig senast (eller fick behandling) för en annan könssjukdom än hiv (t.ex. gonorré, klamydia, syfilis, kondylom eller könsherpes)? ( ) På särskild mottagning för homo- och bisexuella män (t.ex. Venhälsan eller Gayhälsan) ( ) På annan mottagning för sexuellt överförda infektioner (så kallad köns- eller venmottagning) ( ) Ungdomsmottagning ( ) Annan mottagning (t.ex. vårdcentral) ( ) Utomlands ( ) Självtest/hemtest
63. Fick du vid det senaste testet möjlighet till nedanstående? (här kan du kryssa i flera svarsalternativ) ( ) Samtal/rådgivning vid teststillfället ( ) Återbesök för provsvar ( ) Samtal/rådgivning vid provsvar ( ) Erbjudande om test av hiv eller andra könssjukdomar ( ) Erbjudande om vaccination mot hepatit (gulsot) ( ) Erbjudande om fortsatt samtalskontakt
64. Har du under de senaste 12 månaderna haft någon av dessa könssjukdomar (sexuellt överförda infektioner)? (här kan du kryssa i flera svarsalternativ) ( ) Gonorré ( ) Klamydia ( ) Syfilis ( ) Kondylom (könsvärtor) ( ) Könsherpes ( ) Annan könssjukdom: ( ) Jag har testat mig de senaste 12 månaderna och *hade* ingen könssjukdom ( ) Vet inte, har inte testat mig de senaste 12 månaderna
65. Hur många personer som du känner har hiv (vad du säkert vet om)? \_\_\_\_\_
66. Hur många personer som du känt har dött i aids (vad du säkert vet om)? \_\_\_\_\_
67. Har du hört talas om Postexponeringsprofylax (PEP)? ( ) Ja ( ) Nej
68. Hur bedömer du att risken är att bli smittad av hiv vid följande sexuella aktiviteter? Utgå från att du träffar en person vars hivstatus du inte känner till. Om du suger honom utan kondom och tar hans sperma i munnen; Om du sätter på honom utan kondom; Om du blir påsatt av honom utan kondom (utan att ta emot sperma analt); ( ) Ingen risk ( ) Mycket liten risk ( ) Liten risk ( ) Varken liten eller stor risk ( ) Stor risk ( ) Mycket stor risk ( ) Vet inte/kan inte ta ställning
69. Ta ställning till följande påstående: Det är mindre allvarligt om man idag blir smittad av hiv jämfört med före 1996 då effektivare hivmedicinering började användas. ( ) Instämmer inte alls ( ) Instämmer i liten utsträckning ( ) Instämmer delvis ( ) Instämmer i stor utsträckning ( ) Instämmer helt ( ) Vet inte/kan inte ta ställning
70. Anser du att hivpositiva personer som får hivmediciner är: ( ) Mer smittsamma än innan medicineringen ( ) Lika smittsamma som tidigare ( ) Mindre smittsamma än innan medicineringen ( ) Inte alls smittsamma ( ) Vet inte/kan inte ta ställning
71. Här vill vi att du skall ta ställning till ett antal påståenden om kondomanvändning.  
Att använda kondom vid anala samlag är jobbigt och problematiskt ; Att använda kondom vid anala samlag gör att man förlorar erektionen (sitt stånd) ; Att använda kondom vid anala samlag gör sex mindre spännande; Att använda kondom vid anala samlag gör det svårare att få utlösning ("spruta"); Att trä på en kondom innebär att det blir ett avbrott i den sexuella upplevelsen; Att använda

kondom vid anala samlag förstör stämningen då man har sex; Kondomen gör att ”det känns mindre i penis” när man har anala samlag

Att använda kondom vid anala samlag gör sex mindre roligt; Att använda kondom vid anala samlag stör det romantiska i den sexuella upplevelsen: ( ) Instämmer inte alls ( ) Instämmer i liten utsträckning ( ) Instämmer delvis ( ) Instämmer i stor utsträckning ( ) Instämmer helt ( ) Vet inte/kan inte ta ställning

**72. Vad tycker du att du har otillräckliga kunskaper om?** (här kan du kryssa i flera svarsalternativ) ( ) Hiv ( ) Andra könssjukdomar (sexuellt överförda infektioner) ( ) Hur det är att leva med hiv ( ) Postexponeringsprofylax (PEP) ( ) Säkrare sex ( ) Olika sextekniker (t.ex. hur man har analt samlag) ( ) Hur man undviker att kondomen går sönder ( ) Hur man raggat (t.ex. på internet eller en bar) ( ) Hur man hittar någon att inleda en relation med ( ) Hur man får en relation att fungera bra ( ) Hur man hanterat homofobi i vardagen ( ) Hur man berättat för andra att man är homo- eller bisexuell ( ) Hur man berättat för en sexpartner om sin hivstatus ( ) Hur man frågar en sexpartner om hans/hennes hivstatus ( ) Annat:

**73. Vilka tjänster vill du ha tillgång till?** (här kan du kryssa i flera svarsalternativ) ( ) Broschyrer om hiv, könssjukdomar (sexuellt överförda infektioner) och säkrare sex ( ) Information på internet om hiv, könssjukdomar (sexuellt överförda infektioner) och säkrare sex ( ) Chatta med en rådgivare på internet om hiv, könssjukdomar (sexuellt överförda infektioner) och säkrare sex ( ) Särskild mottagning för homo- och bisexuella män för sexuell hälsa ( ) Tala med en rådgivare om hiv, könssjukdomar (sexuellt överförda infektioner) och säkrare sex ( ) Delta tillsammans med andra i en utbildning om hiv, könssjukdomar (sexuellt överförda infektioner) och säkrare sex ( ) Vaccination mot hepatit A eller B (gulsot) ( ) Få kondomer hem via post ( ) Få glidmedel hem via post ( ) Kondomutdelning på plats där män som har sex med män träffas ( ) Glidmedelutdelning på plats där män som har sex med män träffas ( ) Samtalskontakt med kurator om sexualitet och hälsa ( ) Samtalsgrupp som behandlar frågor/problem kring sexualitet och hälsa ( ) Annat:

**74. Hur ofta under det senaste året har du läst någon av nedanstående tidningar?** Papperstidningen QX; Papperstidningen Kom ut; Lokal RFSL-tidning/medlemsblad: ( ) Varje månad ( ) Några gånger ( ) En enstaka gång ( ) Inte gjort senaste året

**75. Hur ofta under det senaste året har du besökt någon av nedanstående platser?** Pub/kafé/fest på en RFSL-avdelning; Gaypub/gaykafé/gaydisco; Videoklubb/sexbio; Bastuklubb; Ragningsplats (t.ex. park, badplats, toalett eller badhus); Hälsomottagning som vänder sig till homo- eller bisexuella män: ( ) Varje vecka ( ) Varje månad ( ) Några gånger ( ) En enstaka gång ( ) Inte besökt senaste året

**76. Är du eller har du varit medlem i någon av nedanstående organisationer/föreningar?** Medlem i RFSL; Medlem i annan organisation för homo-, eller bisexuella: ( ) Jag är medlem ( ) Jag har varit medlem ( ) Jag har aldrig varit medlem

**77. Har du under det senaste året besökt någon av nedanstående arrangemang?** Stockholm Pride eller Malmös regnbågsfestival; Annat svenskt arrangemang som riktar sig till homo- eller bisexuella (t.ex. gaykryssningar eller gayfilmfestival) ( ) Ja ( ) Nej

**78. Hur ofta är du inloggad på Qruiser?** ( ) I stort sett varje dag ( ) Några gånger per vecka ( ) Några gånger per månad ( ) Inte alls

**79. Hur många sidor (medlemskap) har du på Qruiser? \_\_\_\_\_**

**80. Har du under det senaste året besökt någon av nedanstående chattar/communityn (förutom Qruiser)?** RFSL:s webbchatt; Annan svensk chatt/community som riktar sig till män som har sex med män; Utländsk chatt/community som riktar sig till män som har sex med män: ( ) I stort sett varje dag ( ) Någon/några gånger per vecka ( ) Någon/några gånger per månad ( ) Enstaka gånger ( ) Inte besökt senaste året

**81. Hur många män i din vänskapskrets är homo- eller bisexuella?** ( ) Ingen ( ) Några ( ) Ganska många ( ) Många ( ) I stort sett alla

**82. Har du några ytterligare synpunkter eller något du vill tillägga så finns det utrymme för det här. Här får du gärna ge synpunkter på hur man kan förbättra hivpreventionen.**