

RONNY HEIKKI TIKKANEN

MSM-ENKÄTEN

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



MSM-ENKÄTEN

FoU rapporter 2010:4

© Copyright Ronny Heikki Tikkanen 2010

Foto: Stockbyte/Matton Images

ISBN 978-91-7104-240-8 (Malmö)

ISSN 1650-2337 (Malmö)

Holmbergs, Malmö 2010

RONNY HEIKKI TIKKANEN
MSM-ENKÄTEN

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

Malmö högskola, 2010
Hälsa och samhälle

INNEHÅLL

FÖRORD

1. INLEDNING	15
Enkätens genomförande	16
Analys av enkätsvaren	19
Jämförelser mellan de två enkäterna	21
2. MÄNNEN	23
Fyra åldersgrupper	23
Bakgrundsinformation om männen	25
Hur männen definierar sig sexuellt	27
3. HIV OCH ANDRA SEXUELLT ÖVERFÖRDA INFEKTIONER .	33
Männens uppfattade hivstatus	33
Hivtesterfarenheter	36
Männens erfarenheter från det senaste testillfället	39
Test eller behandling av STI	43
Hepatitvaccination	48
Huvudsakliga resultat i kapitel tre	49
4. DET SENASTE SEXTILLFÄLLET	51
Partnern männen hade sex med	52
Kontaktvägar och mötesplatser	53
Sexuella handlingar	55
Kondomanvändning vid anala samlag	56
Glidmedelsanvändning och kondomhaverier	60
Huvudsakliga resultat i kapitel fyra	62
5. SEXUELLT RISKTAGANDE	65
Män som har haft oskyddade samlag under de senaste tolv månaderna	65

Män som haft ett oskyddat samlag där hivstatusen var okänd	68
Oskyddade samlag inom och utom parrelationen	72
Alkohol, droger och poppers	74
Männens egna riskbedömningar	76
Barebacking	77
Huvudsakliga resultat i kapitel fem	79
6. BEHOVSGRUNDAD HIV-PREVENTION	81
Männens kunskapsbehov	81
Männens möten med det hivpreventiva arbetet	86
På vilka arenor kan man nå de riskutsatta männen med hivpreventiva insatser?	88
Huvudsakliga resultat i kapitel sex	91
7. SAMMANFATTANDE REFLEKTIONER	93
8. ENGLISH SUMMARY	97
REFERENSER	105

FÖRORD

Sedan mitten av 1980-talet har homosexuella och bisexuella män och andra män som har sex med män levt med hiv som en ständig påminnelse om hur verkligheten ser ut. Men även om viruset är detsamma har våra attityder och beteenden förändrats och med det också hur vi förhåller oss till möjligheten att få eller överföra hiv vid sexuella kontakter.

Rapporten som du nu håller i din hand är ett av de viktigaste instrumenten vi har för att kunna vidmakthålla hälsa och minska risken för överföring av hiv vid sexuella kontakter. Forskning om just beteenden, attityder, risktaganden och sexuella önskemål är avgörande för att vi som jobbar med prevention ska kunna veta vilka preventiva insatser vi ska satsa på och hur vi ska prioritera.

Det finns flera faktorer som bidrar till det som allra oftast leder till överföring av hiv, det oskyddade anala samlaget, och det är viktigt att försöka förstå dessa faktorer och uppmärksamma dem. En effektiv prevention måste ligga nära målgruppen och vara verklighetsanpassad. För att detta ska vara möjligt i en värld som ständigt förändras, måste forskningen och preventionen ha nära kontakt med varandra. Bara på det sättet kan vi stärka och utmana varandra för att kunna ligga så långt i framkant som det bara är möjligt.

För RFSL är MSM-enkäten en av de allra viktigaste forskningsinsatserna som görs. Trevlig läsning – och lycka till med ditt viktiga arbete!

Ulrika Westerlund
Förbundsordförande RFSL

TACK!

Författaren till rapporten vill rikta ett stort tack till de män som svarat på enkäten och dessutom särskilt uppmärksamma dem som gjort undersökningen möjlig att genomföra: Socialstyrelsens enhet för hivprevention samt Qruiser.

I rapporten uttrycker jag mig i vi-form när jag beskriver resultaten från MSM-enkäten 2008. Konstruktionen av enkäten, genomförandet av undersökningen och analyserna har till stora delar varit ett arbete som jag delat med mina forskningskollegor vid Malmö högskola. 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 Susan Cowan, MD, Avdelningsläkare vid Epidemiologisk afdelning vid Statens Serum Institut i Köpenhamn, samt Jakob Haff, kultursociolog cand. mag., tidigare sekretariatschef i Stop

Aids Köpenhamn. Susan Cowan och Jakob Haff har genomfört liknande undersökningar samt publicerat ett flertal rapporter och artiklar om hiv och sexuellt risktagande bland MSM i Danmark. Jag vill även rikta ett tack till Robert Jakobsson som gett värdefulla synpunkter på manuskriptet och ett tack till Lili Guggenheimer för korrekturläsning.

Jag vill dessutom tacka: professor Michael W. Ross, docent Lena Nilsson-Schönnesson, docent Fredrik Liljeros, docent Kristian Daneback, fil.dr Rigmor Berg, docent Lars E. Eriksson samt fil. dr Margareta Forsberg.

Det täta samarbetet med hivpreventionens professionella aktörer har varit mycket lärorikt och utvecklande. Här vill jag särskilt tacka Mikael Jonsson, Suzann Larsdotter, Mina Gäredal, Marie Hagberg och Carolina Orre samt Joakim Berlin. Dessutom har medlemmarna i Föreningen Homosexuella Läkare och Stophivgruppen bidragit med viktiga synpunkter. Min ambition med rapporten är att den skall utgöra ett underlag för utformandet av en förbättrad hivprevention. För att en sådan uppdaterad prevention skall bli verklighet krävs att forskning och praktik samverkar och lär av varandra.

Malmö och Göteborg 23 juni 2010

Ronny Heikki Tikkanen

1. INLEDNING

I februari 2008 publicerades rapporten *Person, situation och relation – riskhandlingar, hivtest och preventiva behov bland män som har sex med män* som redovisar resultatet från MSM-enkäten 2006 (Tikkanen, 2008). I april 2008 genomfördes en uppföljande undersökning, MSM-enkäten 2008. Rapporten du nu håller i din hand presenterar resultat från denna enkät. Syftet med MSM-enkäterna är att kartlägga sexuella beteenden, hivtestningsvanor, kunskapsbehov samt behov av preventiva insatser bland män som har sex med män (MSM) i Sverige. Kartläggningen skall utgöra ett underlag för utformandet av en uppdaterad hivprevention som utgår från de behov som finns inom målgruppen. Ett andra syfte är att uppmärksamma förändringar av ovan nämnda aspekter över tid. MSM-enkäterna är således uppbyggda som en återkommande enkät – med i stort sett samma frågor – vilket ger möjligheter att se förändringar i beteenden, kunskap och attityder. En tredje enkät – MSM-enkäten 2012 – planeras år 2012. Dessutom genomförs sommaren 2010 en gemensam europeisk enkät (EMIS) i över 30 länder som undersöker sexuell praktik och hivpreventiva behov bland MSM. På så sätt blir det lättare att göra jämförelser mellan olika europeiska länder och dra säkrare slutsatser när det gäller förändringar i kunskap, beteenden och attityder. Även EMIS-enkäten kommer att utgöra ett underlag för den svenska hivpreventionen.

Rapporten består av åtta 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 rapportens tredje kapitel kan man ta del av resultaten från de frågor som handlar om hiv- och STI-test.¹ I kapitlet ingår även en presentation av det senaste tillfället männen testade sig för hiv. I det fjärde kapitlet beskrivs respondenternas senaste sextillfälle. Vi har i MSM-enkäterna valt att fokusera på det *senaste* tillfället man hade sex med en annan man eftersom det ger mer detaljerad och tillförlitlig information om det sexuella mötet, jämfört med det mer traditionella förfarandet, där man utgår från en längre retrospektiv period. I det femte kapitlet jämförs 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 kan vi även se vilka kontakter männen haft med HBTQ-samhället generellt och det hivpreventiva arbetet specifikt.² Rapporten avslutas med två kapitel där resultatet sammanfattas dels på svenska, dels på engelska.

Enkätens genomförande

Datainsamlingen har skett genom riktad annonsering inom Quiser (www.quiser.com). Quiser är Nordens största internetcommunity som primärt riktar sig till icke-heterosexuella av alla slags kön. Quiser hade vid enkätens genomförande cirka 100 000 medlemmar. Målpopulationen för MSM-enkäten 2006 var män fyllda 15 år och som hade svenska som förvalt språk inom communityt.³ Vid enkätens genomförande utgjorde denna målpopulation 51 814 män. Minst 50 procent av målgruppen loggade in under de dagar som datainsamlingen pågick. Det är emellertid svårt att uttala sig om hur många unika medlemmar det rör sig om eftersom man kan ha multipelt medlemskap (flera profiler) inom Quiser. I MSM-enkäten 2006 angav ungefär en fjärdedel att de hade mer än ett medlemskap.

Under tretton dagar i april 2008 kunde de som tillhörde målpopulationen se annonser (så kallade pop-ups eller banners) som

¹ STI= sexuellt överförd infektion.

² HBTQ= Homo- och bisexuella, trans- och queerpersoner.

³ Männen kan använda sig av olika slags språkinställningar. Detta för att icke-svensktalande skall kunna bli medlemmar. Efter samråd med Quiser kom vi fram till att språkinställning är ett lämpligt sätt att urskilja målpopulationen.

informerade om studien. Annonserna var sammankopplade med en länk till studiens informationssida. Endast de medlemmar som ingick i målpopulationen såg annonserna.

Då man klickade på annonsen hamnade man på enkätens första sida där information fanns om studiens syfte samt hur svaren hanterades. Totalt 7 591 personer besökte enkätens informationssida (de allra flesta via pop-upen). Något mer än hälften, 4 715 personer, klickade sig vidare och började svara på enkäten.

Enkäten bestod av 79 frågor indelade i fyra sektioner (se bilaga). Den första sektionen inkluderade ett antal bakgrundsfrågor inklusive frågor om nuvarande sexuell situation samt eventuell parrelation. Enkätens andra sektion var den mest omfattande och bestod av trettio frågor om det senaste tillfället man hade sex med en man. Sektion tre innehöll frågor om sexuella handlingar under de senaste tolv månaderna. Sektionen innehöll även frågor kring hiv och STI. I denna sektion ställdes även frågor om det senaste tillfället man hiv- och STI-testade sig. Den avslutande fjärde sektionen fokuserade på männens möten med det hivpreventiva arbetet samt behov av hivpreventiva insatser. Här ställdes dessutom frågor om de kontakter man haft med HBTQ-samhället under de senaste tolv månaderna. Enkäten avslutades med en öppen fråga där de svarande kunde lämna sina synpunkter på hur man kan förbättra hivpreventionen. Integrerat i MSM-enkäten finns ett antal frågor som angivits i riktlinjer för rapportering enligt UNGASS och som ska användas som underlag för Sveriges rapportering enligt denna deklaration.¹

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 att stänga fönstret. Alla svar som fylldes i skickades omedelbart till servern där de re-

¹ UNGASS = United Nations General Assembly Special Session on HIV and AIDS.

gistrerades. Efter att man svarat på den sista frågan hamnade man på en ”tacksida” där man dessutom hade möjlighet att gå vidare och delta i en tävling där man kunde vinna resecheckar. Totalt deltog 1 733 personer i tävlingen (45 procent av dem som svarat på hela enkäten). Två vinnare utsågs som vann varsin resecheck på 5 000 kronor.

Till en början reliabilitetsgranskades datamaterialet och vi kom fram till att totalt lyfta ut 442 enkätsvar. Först tog vi bort de män som svarat att de aldrig hade haft sex med en man och som dessutom betraktade sig själva som heterosexuella (163 svarande). Därefter lyfte vi ut de män som endast svarat på bakgrundsfrågorna i enkäten (204 svarande). 10 respondenter lyftes ut på grund av att de inte uppfyllde ålderskravet för att delta i enkäten. Som ett tredje steg valde vi att noggrant granska de enkätsvar vi fått. I denna granskning valde vi att lyfta ut 65 enkätsvar. I det slutliga datamaterialet har vi följaktligen 4 273 svarande.

Eftersom man kunde avbryta ifyllandet av enkäten har vi ett antal ofullständiga enkäter. Vi har valt att låta dessa ingå i analysen. Totalt troppar 562 svarande av mellan fråga 16 och 79, dvs. tretton procent av de svarande. Detta är en något större andel jämfört med MSM-enkäten 2006 där nio procent avbröt enkäten i förtid.

En förklaring till att datainsamlingen varit mer framgångsrik 2008, jämfört med 2006, när det gäller antalet svarande är att vi genomförde ett gediget förarbete med att göra forskargruppen och enkäten känd bland communityts medlemmar – en lärdom från vår förra datainsamling. Vid 2006 års datainsamling bildades en protestklubb inom communityt där medlemmarna bland annat menade att forskarna saknade förankring i HBTQ-samhället samt att syftet med studien inte var helt tydligt för dem som deltog. Vi lärde oss av misstaget genom att under 2007 och 2008 regelbundet delta i reportage på communityts nyhetsida och i andra HBTQ-medier. Inför datainsamlingen 2008 intensifierade vi vår exponering genom att medverka i ett reportage i papperstidningen *QX* som delas ut (gratis på olika platser där HBTQ-personer finns). Förutom detta stödde RFSL studien genom att i en helsi-

desannons i tidningen *Kom ut* uppmana sina medlemmar att svara på enkäten. Effekterna av den upptrappade exponeringen kunde tydligt märkas under de tretton dagar som datainsamlingen pågick. Många hörde av sig med positiva kommentarer till projektledaren som befann sig online i communityt varje dag från tidig eftermiddag till sen kväll under datainsamlingsperioden.

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 oss av både bivariata och multivariata analysmetoder. De flesta av analyserna har genomförts i form av korstabeller där vi sökt efter likheter och skillnader mellan olika undergrupperingar inom datamaterialet. Utifrån 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 de skillnader man ser i korstabuleringarna beror på slumpen. Eftersom några av variablerna är kvantitativa (intervallvariabler) har vi i våra analyser även jämfört medelvärden 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 för att förutsäga resultatet av en beroende variabel (den man vill beskriva) med hjälp av oberoende variabler (de man använder för att beskriva). Eftersom de variabler vi vill beskriva är dikotoma (t.ex. risktagare kontra icke-risktagare) är logistisk regression en lämplig metod. Ett vanligt förekommande sätt att presentera resultatet från logistisk regression är att tala om oddskvoter (OR). Man kan utifrån oddskvotens värde uttala sig om huruvida en variabel (t.ex. om man under det senaste året haft en STI) innebär en överrisk eller underrisk för ett sexuellt risktagande. När vi i kapitel fem till exempel skall beskriva sannolikheten för

att man haft ett större antal OAS-partner¹ finner vi en oddskvot på 1.9 – det vill säga en överrisk – att en man som under det senaste året haft en STI även haft ett större antal OAS-partner. 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 referenskategorierna genom att tänka i motsatsförhållanden (t.ex. osäker på hivstatus kontra säker på hivstatus, singel kontra lever 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 oddskvotvärdet 1.9? Vi har redan slagit fast att ett värde över ett innebär en överrisk. Genom oddskvotvärdet kan man säga att oddsen är nästan två 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.²

Då man gör regressionsanalyser kan man kontrollera inverkan av flera variabler samtidigt. Sådana kontroller görs i så kallade analysmodeller. I en analysmodell kombinerar man olika variabler som kan ha en inverkan på det man vill undersöka. På så sätt kan vi se hur dessa variabler inverkar utan påverkan från de andra variablerna vi inkluderat i vår modell (se Ribe, 1999).

Hur kan regressionsanalyserna användas i det hivpreventiva arbetet riktat till MSM? Man kan se resultatet som en indikation på vilka undergrupper man *särskilt* bör fokusera på för att vi skall

¹ OAS= Oskyddat analt samlag.

² Om man skall hålla sig strikt till en statistisk vokabulär är sannolikhet inte detsamma som odds.

nå ett mål, t.ex. öka kondomanvändningen. Det är viktigt att minnas att resultatet från regressionsanalyserna inte betyder att man kan bortse från andra undergrupper; att t.ex. unga MSM har större behov när det gäller hivpreventiva insatser betyder *inte* att äldre MSM helt saknar sådana behov. För att summera det hela kan man säga att regressionsanalyserna hjälper det hivpreventiva arbetet att bli fokuserat samtidigt som man måste arbeta med hela MSM-gruppen som målgrupp.

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. Vi har dessutom placerat 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 flera tabeller har vi inkluderat mer än en variabel, vilket medför att kolumnprocenten inte kan totalsummeras. I de tabeller som endast inkluderar en variabel har vi av tydlighets skull inkluderat totalsumman i slutet av tabellen.

Jämförelser mellan de två enkäterna

Ett syfte med de återkommande MSM-enkäterna är att jämförelser kan göras över tid. På flera ställen i rapporten jämför vi resultaten från de två enkäterna sinsemellan. Generellt kan man säga att det är få skillnader mellan de två enkäterna när det gäller männens erfarenheter. Då det föreligger viktiga skillnader kommer vi att nämna detta i texten. Vi har dessutom gjort statistiska jämförelser mellan de två enkäterna på centrala variabler för att ta reda på om skillnader som vi ser är statistiskt signifikanta. För detta ändamål har vi slagit samman materialet från de två enkäterna till ett dataset. Detta förfarande är till viss del problematiskt eftersom vi inte vet hur många som svarat på båda enkäterna, dvs. vid båda insamlingstillfällena. Trots detta ger en jämförande analys oss en fingervisning om förändringar inom målgruppen.

2. MÄNNEN

I denna del av rapporten presenteras männen som ingår i studien. Syftet med kapitlet är att ge läsaren en bild av männen som analysen bygger på. Vi introducerar även de fyra åldersgrupper som vi kontinuerligt återkommer till i rapporten.

Fyra åldersgrupper

I den rapport som presenterade resultatet från MSM-enkäten 2006 utgick en stor del av analyserna från jämförelser mellan fyra åldersgrupper. Indelningen tar sin utgångspunkt i en föreställning om åldersspecifika erfarenheter av hivpidemin 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 34 år och medianåldern är 32 år. Ålderssammansättningen är i stort sett likadan som i MSM-enkäten 2006. Den relativt låga medel- och medianåldern innebär att åldersdistributionen är snedfördelad på så sätt att de yngre männen är fler än de äldre.

Den yngsta respondenten är 15 år och den äldsta 77 år. Andelen svarande som är under 20 år utgör en tiondel av de svarande. En lika stor andel är 50 år eller äldre. Åldersfördelningen bland dem som svarat på MSM-enkäten 2008 är i stort sett likadan som den åldersfördelning man finner bland Qruisers medlemmar.

Jämfört med MSM-enkäten 2006 har vi 2008 lyckats nå en något större andel äldre män.⁷ Om detta beror på att medelåldern bland männen som besöker Quiser har höjts eller att de äldre männen i högre grad än tidigare valt att svara på enkäten är svårt att med bestämdhet svara på. Trots att medelåldern bland de svarande är högre kvarstår problemet att MSM-enkäterna inte till fullo lyckats nå äldre män. Vid nästa datainsamlingstillfälle, 2012, bör man därför lägga extra kraft på att nå de äldre männen.

Tabell 2.1 Antal män inom åldersgrupperna.

15 till 25 år	1 193 män (28 procent)
26 till 35 år	1 275 män (30 procent)
36 till 46 år	993 män (23 procent)
47 år och äldre	802 män (19 procent)
TOTALT	4 263 män ⁸

Indelningen i de fyra åldersgrupperna utgår som sagt från männens åldersmässiga erfarenheter av hiv/epidemin. Den äldsta åldersgruppen består av de män som, utifrån åldern, kan ha haft samkönade sexuella erfarenheter före hiv/epidemin. Den näst äldsta åldersgruppen utgör vad man skulle kunna benämna en "hiv/epidemigeneration". De flesta av männen inom denna grupp har varit med om de första åren av hiv/aidsepidemin före introduktionen av effektiva bromsmediciner. Dessutom har en stor andel av dessa män levt då det existerade en omfattande – och ibland stigmatiserande – medial uppmärksamhet kring hiv och aids. De två yngsta åldersgrupperna kan betraktas som "post-aidsgenerationer" med tanke på introduktionen av effektiva bromsmediciner och en minskad förekomst av aids. Den yngsta åldersgruppen kan dessutom betraktas som en "post-hiv/epidemigeneration" eftersom dessa unga män i regel saknar erfarenheter av att leva under en mer synlig hiv/epidemi. Det senare blir tydligt då man jämför de olika åldersgruppernas erfarenheter

⁷ Ett t-test visar en statistiskt signifikant skillnad i medelålder mellan de två enkäterna: MSM-enkäten 2006: 33.0 (11.1), MSM-enkäten 2008: 34.6 (12.6). $p < .0001$.

⁸ Tio män uppgav inte sin ålder.

av att känna någon som lever med hiv eller som avlidit i aids (tabell 2.2).

Tabell 2.2 Känner någon som har hiv respektive har känt någon som avlidit i aids, andelar inom åldersgrupper i procent. N=4263.

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 år och äldre
Känner någon som har hiv	17	45	59	60
Har känt någon som avlidit i aids	4	8	32	55

Skiljer sig männen åt när det gäller hur man upplever hivepidemiens allvarlighet samt hur smittsamt hiv är? När det gäller smittsamhet visar en variansanalys att det finns en liten, men signifikant, skillnad mellan den yngsta åldersgruppen och de tre övriga, på så sätt att de äldre männen i något högre grad upplever att en person som står under hivbehandling är mindre smittsam.⁹ När det gäller hur pass allvarligt man upplever att det är att smittas av hiv idag, jämfört med innan introduktionen av effektivare hivmedicinering, har i stort sett samtliga män en liknande uppfattning om att det fortfarande är relativt allvarligt.

Det bör påpekas att åldersgruppsindelningen inte är helt problemfri. Inom de äldre åldersgrupperna kan det finnas män vars erfarenheter av epidemin liknar de yngstas. Likaväl kan det finnas yngre män som känner flera som har hiv eller som avlidit i aids. Trots detta är åldersgruppsindelningen användbar då man på en generationsnivå vill förstå hur männens erfarenheter påverkar nuvarande kunskaper, attityder och handlingar. För att få till stånd en målgruppsanpassad hivprevention bör dessa åldersgruppspecifika erfarenheter beaktas då man planerar och genomför olika insatser.

Bakgrundsinformation om männen

Vilka män har svarat på MSM-enkäten 2008? I detta avsnitt skall vi beskriva dessa män utifrån ett antal bakgrundsvARIABLER. Vi börjar med bostadsort. Som framkommer i tabell 2.2 är mer än hälften av männen bosatta i någon av de tre svenska storstäderna.

⁹ ANOVA, F=19,5, p<.0001.

Här skiljer sig inte 2008 års enkät från den som genomfördes 2006.

Att man i självselektade enkäter i högre grad når män bosatta i storstäder är något som man även erfarit i andra liknande studier (t.ex. de brittiska Sigma-enkäterna). Det finns anledning att anta att MSM i något högre grad än övriga söker sig till större städer eftersom heteronormen kan vara starkare, och drabba MSM hårdare, i mindre städer eller på landsbygden. De skillnader vi ser mellan de olika åldersgrupperna pekar mot att detta skulle kunna vara en rimlig tolkning; andelen som är bosatta i någon av de tre största städerna stiger med ökad ålder och andelen som är bosatta i en annan svensk stad minskar.

Tabell 2.3 Bakgrundsvariabler, andelar inom åldersgrupper i procent. N=4263.

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 år och äldre
Stockholm/Göteborg/Malmö	57	67	67	62
Annan svensk stad	32	25	21	25
Mindre svensk stad	9	6	10	11
Högskole-/universitetsutbildning	24	57	50	57
Arbetslös	6	4	3	4
Långtidssjukskriven/förtidspensionerad	1	2	6	11
Invandrad till Sverige efter 15 års ålder	3	8	10	10

En annan skevhet som ofta återkommer i enkätstudier riktade till MSM är att andelen med högskoleutbildning är överrepresenterade. I tabell 2.2 kan man se att drygt hälften av männen har något slags högre utbildning; andelen i den yngsta åldersgruppen är av åldersmässiga skäl lägre eftersom flera av dessa män inte hunnit skaffa sig en högre utbildning. Vid nästa MSM-enkät bör extra kraft läggas på att nå MSM med lägre utbildningsnivå.

En viktig grupp att särskilt uppmärksamma är de män som av olika anledningar står utanför arbetsmarknaden. Vi vet sedan tidigare att arbetslösa, långtidssjukskrivna eller förtidspensionerade är särskilt sårbara när det gäller fysisk och psykisk hälsa (se t.ex. SCB, 2006 eller FHI, 2005). Vid analysen av datamaterialet

från 2006 års undersökning framkom dock inget som pekar mot att dessa män skulle ha större – eller mindre – behov när det gäller hivpreventiva insatser. Det framkom inte heller att det sexuella risktagandet skulle vara mer utbrett inom gruppen. I MSM-enkäten 2008 utgör andelen män som på olika sätt står utanför arbetsmarknaden nio procent (11 procent i MSM-enkäten 2006; skillnaden mellan de två enkäterna är att vi har en något mindre andel arbetslösa män i den senaste enkäten). Kan vi redan nu säga något om dessa män? Som förväntat stiger andelen som står utanför arbetsmarknaden med ökad ålder. Liksom i MSM-enkäten 2006 är andelen män utanför arbetsmarknaden betydligt större bland dem som är bosatta utanför de tre största städerna. De har också – oberoende av ålder – en lägre utbildningsnivå. Vid våra analyser framkommer inget som talar för att männen skulle vara mer riskutsatta eller ha större behov av hälsofrämjande insatser. Vi kan också se att dessa män i lika stor omfattning som övriga män haft kontakt med det hivpreventiva arbetet. Den enda skillnaden är att färre tagit emot gratis kondomer från en hivpreventör under de senaste tolv månaderna. Skillnaden kan dock förklaras med att färre besöker miljöer där kondomutdelning sker.

Andelen invandrade män utgör sju procent av det totala antalet som svarat på enkäten. Drygt en fjärdedel av dessa män har sina rötter i något av de nordiska länderna och ytterligare en fjärdedel i något annat europeiskt land. Bland dem som har utomeuropeisk bakgrund kommer de flesta från Mellanöstern, Latinamerika eller något asiatiskt land. Eftersom de invandrade männen är relativt få är regionsspecifika analyser svåra att genomföra. Vi har dock i våra analyser av preventiva behov och riskhandling särskilt beaktat invandrade män, och inget framkommer som tyder på att dessa män skulle vara mer riskutsatta än andra män.

Hur männen definierar sig sexuellt

Vi kritiserade i vår förra rapport MSM-begreppet. Vår huvudkritik var att begreppet – i sin goda ambition att inkludera alla män som har sexuella erfarenheter med andra män – kan leda till en känsla av främlingskap på så sätt att få män känner sig hemma i, och identifierar sig med, bokstavskombinationen.

MSM-begreppet fyller dock en viktig funktion vid planeringen av hivpreventiva insatser, eftersom det påminner oss om att vi bör rikta insatser till såväl självidentifierade homo- och bisexuella män som till andra män som har sex med män. Dessa insatser bör vara målgruppspecifika och ta hänsyn till männens erfarenheter och egna uppfattningar om identitet.

MSM-enkäten 2008 har främst nått självidentifierade homo- och bisexuella män. I tabell 2.4 kan man se att drygt åtta av tio män som svarat på enkäten betraktar sig själva som antingen homo- eller bisexuella. Liksom i vår förra enkät är andelen bisexuella större inom den yngsta och den äldsta åldersgruppen.

Tabell 2.4 Hur männen definierar sig sexuellt, andelar inom åldersgrupper i procent. N=4255.

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 år och äldre
Homosexuell	63	75	75	70
Bisexuell	24	14	16	24
Heterosexuell	1	1	1	1
Queer	3	2	1	1
Experimentell	4	5	5	3
Annat	1	1	1	0
Vet inte	4	2	1	1
TOTALT	100	100	100	100

I tabell 2.5 presenteras männens sexuella kontakter med män och kvinnor under de senaste tolv månaderna. Majoriteten av männen har haft sex uteslutande med män; andelen är något mindre bland de yngsta männen.

Männens självdefinitioner stämmer relativt väl överens med den sexuella praktiken. De flesta män som betraktar sig som homo- eller bisexuella har haft sex uteslutande med män under de senaste tolv månaderna. Ungefär tre fjärdedelar av de bisexuella männen har haft sexuella kontakter med män och kvinnor under samma tidsperiod.

Tabell 2.5 Sexuella kontakter med män och kvinnor under det senaste året, andelar inom åldersgrupper i procent. N=4262.

	15-25 år	26-35 år	36-46 år	47 år och äldre
Alltid män	69	79	79	74
Oftast män men ibland kvinnor	10	6	4	8
Ungefär lika ofta män som kvinnor	4	2	2	2
Oftast med kvinnor men ibland med män	6	8	9	10
Alltid med kvinnor	3	3	2	2
Inga sexuella kontakter senaste året	8	2	4	4
TOTALT	100	100	100	100

Då vi frågade männen om hur de definierar sig själva sexuellt använde vi samma alternativ som medlemmarna i Qruiser får ta ställning till då man söker medlemskap i communityt. Queer och experimentell är två begrepp som används inom Qruiser. Vilka är de män som har valt att kryssa i något av dessa två alternativ då de svarat på MSM-enkäten 2008? Är dessa två begrepp likvärdiga? Skillnaden mellan begreppen blir tydlig när man tittar på männens sexuella praktik. De queera männen har i regel endast haft samkönad sexuell praktik medan de experimentella männen ofta haft kvinnliga sexpartner under de senaste tolv månaderna. Att betrakta sig som queer handlar troligtvis om att man ifrågasätter heteronormen eller att man faller utanför könsdikotomin man/kvinna. Att vara experimentell kan innebära att man har en bisexuell praktik.

Tabell 2.6 Antal manliga och kvinnliga sexpartner under det senaste året. Medelvärde och standardavvikelse.

	Medelvärde antal män (standardavvikelse) n=3498	Medelvärde antal kvinnor (standardavvikelse) n=695
15-25 år	7 (10.3)	4 (5.0)
26-35 år	9 (14.5)	3 (3.4)
36-46 år	11 (20.1)	3 (3.3)
47 år-	9 (16.2)	3 (6.1)

I tabell 2.6 kan vi se medelvärden (och standardavvikelser) när det gäller antalet manliga respektive kvinnliga sexpartner under de senaste tolv månaderna. De flesta av männen i studien (82 procent) har haft sex med en man under perioden. Medelvärdena och standardavvikelsen (det senare är ett mått på spridningen inom gruppen) visar att det finns skillnader mellan de olika åldersgrupperna när det gäller antalet manliga sexpartner (liknande skillnader kunde man se i MSM-enkäten 2006). De män som har haft flest manliga sexpartner är i 30–40-årsåldern. Det är också bland dessa män som man finner den största standardavvikelsen vilket visar att det finns en större spridning när det gäller antalet manliga sexpartner.

När det gäller antalet kvinnliga sexpartner finns inga större skillnader mellan de olika åldersgrupperna. Vid en variansanalys framkommer en signifikant skillnad mellan de yngsta männen och de övriga åldersgrupperna.¹⁰ Skillnaderna i medelvärde (och standardavvikelse) är dock liten vilket framkommer i tabell 2.6.

Inspirerade av den svenska sexualvaneundersökningen som genomfördes 1996 (Lewin et al., 1998) har vi i våra analyser av MSM-enkäterna särskilt beaktat de män som har erfarenhet av ett större antal sexpartner. I sexvaneundersökningen utgick man från den tionde decentilen, dvs. de tio procent som haft flest sexpartner under sitt liv (fram till dess att man svarade på enkäten) och benämnde dessa som superaktiva. I MSM-enkäterna frågar vi om antalet manliga sexpartner under *det senaste året*. Vi kan således på liknande sätt urskilja en tionde decentil som haft ett större antal manliga sexpartner. Vi har också valt att kalla dessa män för superaktiva. De superaktiva utgör totalt 424 personer i MSM-enkäten 2008. Dessa män har haft mellan 20 och 300 sexpartner under det senaste året (endast ett tiotal män har haft fler än ett-hundra sexpartner). En närmare analys av de superaktiva männen visar att sannolikheten är dubbelt så stor att en man i 30–40-årsåldern, som är bosatt i någon av de tre största städerna, tillhör den superaktiva gruppen, jämfört med en yngre man bosatt utan-

¹⁰ ANOVA, $F=4.41$, $p=.004$.

för en storstadsregion.¹¹ Vidare kan man konstatera att de superaktiva främst finns bland dem som definierar sig som homosexuella.¹² Även här kan vi finna fördubblad sannolikhet. En superaktiv man är med andra ord oftast en medelålders självidentifierad man bosatt i en storstad. I MSM-enkäten 2006 kunde vi i flera avseenden se att de superaktiva männen är särskilt viktiga att uppmärksamma i det hivpreventiva arbetet; de har i högre grad haft en STI och har utsatt sig för risker för hivöverföring. Det samma gäller i MSM-enkäten 2008.

¹¹ Binär logistisk regressionsmodell. Beroende variabel= tjugo manliga sexpartner eller fler under de senaste tolv månaderna OR (bosatt i Stockholm, Göteborg eller Malmö) 2.3, p<.0001. OR (15-25) 0.5, p=.001; OR(26-35) 1.0, ej signifikant; OR(36-46) 1.4, p=.02; OR(47-), referenskategori.

¹² Binär logistisk regression. Beroende variabel= tjugo manliga sexpartner eller fler under de senaste tolv månaderna OR (homosexuell) 2.1, p<.0001.

3. HIV OCH ANDRA SEXUELLT ÖVERFÖRDA INFEKTIONER

En viktig del i det hivpreventiva arbetet är hiv och STI-testning där ett mål är att förkorta tiden mellan eventuellt smittotillfälle och diagnos. Resultatet från MSM-enkäten 2006 visade att mycket arbete kvarstår innan de hivpreventiva insatserna i samband med hivtest når en tillfredsställande nivå. Har förändringar skett sedan 2006? I denna del av rapporten presenteras männens erfarenheter av hiv- och STI-test. I kapitlet gör vi en närmare analys av de män som är osäkra på sin hivstatus. Förutom dessa män är även de män som helt saknar erfarenhet av hivtest eller som inte testat sig under flera år, mycket viktiga grupper att nå i det preventiva arbetet.

Männens uppfattade hivstatus

I enkäten ombads männen att beskriva hur de uppfattade sin nuvarande hivstatus. Samtliga män gavs möjlighet att svara på denna fråga, även de män som de facto saknar erfarenhet av ett hivtest. Männen kunde välja mellan tre svarsalternativ: hivnegativ, hivpositiv eller osäker/vet inte.

I tabell 3.1 kan vi se resultatet från denna fråga fördelat på de olika åldersgrupperna. Fördelningen är i stort sett likadan som i MSM-enkäten 2006. De allra flesta – åtta av tio – uppfattar sin hivstatus som hivnegativ. Tre procent av männen som svarat på enkäten uppfattar sin hivstatus som hivpositiv. Drygt en tiondel är osäkra på sin hivstatus. Det finns skillnader mellan åldersgrupperna; andelen hivpositiva är större inom de två äldsta

åldersgrupperna och andelen som är osäkra är som störst inom den yngsta gruppen.

Tabell 3.1 Uppfattad hivstatus, andelar inom åldersgrupper i procent. N= 3843.

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 år och äldre
Hivnegativ	82	87	83	87
Hivpositiv	1	2	7	6
Osäker/vet inte	17	11	10	7
TOTALT	100	100	100	100

Tre procent av dem som svarade på enkäten beskriver sin hivstatus som hivpositiv. En jämförelse mellan de två enkäterna visar ingen signifikant skillnad när det gäller andelen som lever med hiv. Återspeglar denna procentsiffra prevalensen av hiv bland MSM i Sverige? I den danska *Sexlivsundersökelsen 2006* svarar åtta procent av de knappt 3 000 männen att de bar på hivviruset (Cowan & Haff, 2008). Även i den brittiska *Gay Men's Sex Survey 2006* uppger åtta procent av de knappt 12 000 männen att de är hivpositiva (Weatherburn et al., 2008). En studie i Skottland visar en hivprevalens på 4,4 procent bland MSM (Williamson & Hart, 2007). I den skotska studien genomförde man hivtester av 1 350 MSM. Resultatet visar att knappt hälften av männen som bar på viruset inte kände till att de var hivpositiva. Liknande resultat framkommer i andra brittiska studier (Dodds et al., 2007 samt Dodds et al., 2004).

Förekomsten av hiv är lägre i MSM-enkäten jämfört med de danska och brittiska enkäterna. Men prevalensen blir en helt annan om man tittar närmare på särskilda undergrupper av MSM. Bland de män i vår enkät som är över 35 år, bosatta i en av de tre största städerna och som betraktar sig själva som homosexuella utgör andelen hivpositiva hela tio procent. Detta visar att inom vissa delar av MSM-gruppen är hiv mycket mer förekommande. I en nederländsk studie, där man studerat incidensen av hivinfektion mellan åren 1984 och 2005, dvs. antalet nyupptäckta fall av hiv, visar att den inom den nederländska MSM-gruppen varierar mellan en och fyra per 100 personer och år (Dukers et al., 2007). Studien visar dessutom att ökningen främst sker bland äldre

MSM. Forskarna menar att man därför inom hivpreventionen särskilt bör fokusera på äldre MSM samt att man bör rutintesta för hiv samtidigt som personer testar sig för andra STI. Det vi ser i vår enkät – och som lyfts fram i den internationella forskningen – påminner oss om vikten av att rikta särskilda insatser till själv-identifierade homosexuella män boende i en storstad – en grupp som det är relativt lätt att nå via olika kanaler.

Vilka är männen som är osäkra på sin hivstatus? Som vi nämnde inledningsvis är dessa män en särdeles viktig grupp att nå med hivpreventiva insatser i allmänhet och hivtest i synnerhet. Drygt en tiondel av männen är osäkra på sin hivstatus; andelen är mer än dubbelt så stor inom den yngsta åldersgruppen jämfört med den äldsta. I MSM-enkäten 2006 kunde vi se att männen som var osäkra på sin hivstatus skiljde sig åt mellan åldersgrupperna när det gäller testerfarenheter. Bland de yngsta männen var det mer förekommande att man aldrig hivtestat sig. Bland de äldre osäkra männen låg det senaste hivtestet långt tillbaka i tiden. I MSM-enkäten 2008 är resultatet i stort sett detsamma; tre fjärdedelar av de yngsta männen som är osäkra på sin hivstatus har aldrig hivtestat sig. Inom de äldre åldersgrupperna utgör motsvarande andel knappt en tredjedel. Även bland dem som någon gång hivtestat sig, och som vid ifyllandet av den senaste enkäten var osäkra på sin hivstatus, finns åldersmässiga skillnader; de yngsta männen har i regel hivtestat sig under det senaste året medan de äldre männen gjorde sitt senaste hivtest för mer än två år sedan. Att vara osäker på sin hivstatus kan således ha flera orsaker. En anledning kan vara att man nyligen utsatt sig för specifika risker. En annan anledning kan vara att det förflutit en längre tid sedan det senaste testtillfället och att det därför blir svårt för männen att uttala sig om sin aktuella hivstatus.

Tabell 3.2 Kunskap om vart man kan vända sig för att ta ett hivtest, andelar inom åldersgrupper i procent. N= 3843.

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 år och äldre
Ja	80	93	95	96
Nej	20	7	5	4
TOTALT	100	100	100	100

I MSM-enkäten 2008 inkluderade vi en fråga som inte ställdes i den första enkäten. Frågan – som är en UNGASS-indikator (se kapitel 1) – handlar om männens kunskap om vart man kan vända sig för att genomföra ett hivtest. De allra flesta män, nio av tio, vet vart man går om man vill utföra ett hivtest. Skillnaden mellan de yngsta männen och övriga är dock markant.

Att hela tjugo procent av de yngsta männen inte vet vart de skall vända sig är allvarligt. Troligtvis vet de allra flesta att man genomför hivtest inom den allmänna sjukvården. Okunskapen handlar troligtvis mer om att man inte känner till en mottagning dit man kan vända sig utan problem och där man räknar med ett bra bemötande. Låt oss närmare betrakta de män som inte vet vart de skall vända sig. En regressionsanalys visar att sannolikheten är fem gånger så stor att en man i den yngsta åldersgruppen inte vet vart man kan vända sig jämfört med en man inom den äldsta gruppen.¹³ Att dessutom vara bosatt utanför en storstadsregion innebär en fördubblad sannolikhet. Det finns dessutom en skillnad när det gäller sexuella erfarenheter; de som haft sex med kvinnor under det senaste året är överrepresenterade bland dem som inte vet vart man kan vända sig för ett hivtest. Vad kan det senare bero på? En möjlig förklaring är att dessa män upplever det svårt att vända sig till den allmänna sjukvården eftersom man då riskerar att få frågor om orsaken till testet. Dessa män kan dessutom uppleva en barriär för att söka sig till specialmottagningar som är riktade till män som har sex med män.

Hivtesterfarenheter

Som vi tidigare nämnt är ett mål i det hivpreventiva arbetet att förkorta tiden mellan eventuell hivöverföring och diagnos. Det är därför viktigt att MSM testar sig regelbundet samt – vid behov – erhåller målgruppsanpassad rådgivning. I MSM-enkäten 2006 kunde vi se att testerfarenheterna skiljde sig åt mellan åldersgrupperna. Detsamma ser vi i 2008 års enkät.

¹³ Binär logistisk regressionsmodell. Beroende variabel= vet inte vart man kan vända sig för att genomföra ett hivtest. OR (15-25) 5.1, p<.0001; OR(26-35) 1.7, p<.02; OR(36-46) 1.2, ej signifikant; OR(47-), referenskategori; OR(bor utanför storstad) 1.7, p<.0001; OR(under senaste året haft sex med kvinnor) 2.1, p<.0001.

Tabell 3.3 Har hivtestat sig, andelar inom åldersgrupper i procent. N=3833.

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 år och äldre
Ja	50	83	85	83
Nej	50	17	15	17
TOTALT	100	100	100	100

Drygt åtta av tio män inom de äldre åldersgrupperna har någon gång hivtestat sig. Inom den yngsta gruppen har hälften en sådan erfarenhet. En jämförelse mellan de två enkäterna visar ingen statistiskt signifikant skillnad. I den förra enkäten kunde vi konstatera att den icke-testade mannen var yngre, i högre grad bosatt utanför storstadsregionerna samt oftare singel. Detsamma gäller i 2008 års enkät.

Hur ser erfarenheterna av testning ut bland dem som någon gång gjort ett test? Vi börjar med att titta på antalet hivtest man gjort fram till dess att man svarade på enkäten. Medelvärdet bland dem som svarat på enkäten är fyra hivtest (medianen är tre och standardavvikelsen sex). Av åldersmässiga skäl finns det skillnader mellan grupperna. En variansanalys visar att antalet hivtest stiger med ökad ålder men att de planar ut vid 30-årsåldern, så med andra ord finns det ingen statistiskt signifikant skillnad mellan de två äldsta åldersgrupperna.

Utifrån hivtestningsfrekvens och tidpunkt för senaste hivtest skapade vi vid analysen av MSM-enkäten 2006 fyra grupper med olika testerfarenheter (se även Knöfel Magnusson & Tikkanen, 2009). Gruppindelningen bygger på en kombination av frågorna om antalet gånger man testat sig samt när man senast testade sig. 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.¹⁴ En andra grupp är *förstagångstestarna*, dvs. de som testat sig för för-

¹⁴ 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 (23 år, dvs. sedan 1985) samt antalet gjorda hivtest räknat ut en kvot som motsvarar antal hivtest per år. Män med en årlig kvot på över 0.3 har kategoriserats som återkommande testare. En lägsta gräns för totalt antal test sattes vid tre för att undvika att felkategorisera unga män som testat sig vid två tillfällen.

sta 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. Förutom dessa tre grupper finns 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. Det är svårt att finna en lämplig benämning på dessa mäns testerfarenheter.

Även här är resultatet i stort sett detsamma som i MSM-enkäten 2006. Det är inte förvånande att vi finner den största andelen förstagångstestare inom den yngsta åldersgruppen. Att andelen glestestare stiger med ökad ålder såg vi redan i den förra enkäten (vi har exkluderat dem som testat sig och fått ett hivpositivt resultat eftersom flera av dem annars skulle felkategoriseras som glestestare).

Tabell 3.4. Olika testerfarenheter, andelar inom åldersgrupper i procent. N=2624

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 år och äldre
Återkommande testare	37	26	19	17
Förstagångstestare	33	12	5	6
Glestestare	1	6	15	24
Övriga testare	29	56	61	53
TOTALT	100	100	100	100

Vikten av att förkorta tiden mellan eventuell hivinfektion och diagnos betonas i en artikel av *The Quebec Primary HIV Infection Study Group* (Brenner et al., 2007). Forskarna har studerat ett antal personer som nyligen infekterats med hiv och uppvisat primärinfektioner samt personer som stått under behandling för hiv under en längre period. Genom att studera olika virusstammars förekomst (så kallad *genotyping*) drar man slutsatsen att majoriteten av hivöverföringen har skett från en person som hade en primärinfektion och som troligtvis inte kände till att han/hon bar på viruset. Resultat från en studie i Uganda pekar åt samma håll (Wawer et al., 2005). En viktig lärdom från dessa båda studier är hur viktigt det är med regelbunden hivtestning bland dem som ut-

sätter sig för sexuella risker. Att inte känna till sin hivinfektion då man är nysmittad (då hiv smittar som lättast) kan leda till att hivviruset förs vidare till flera andra (förutsatt att man har parallella partner under perioden). De båda MSM-enkäterna visar att en relativt stor andel av de yngsta männen aldrig hivtestat sig samt att andelen glestestare stiger med ökad ålder. Eftersom förekomsten av oskyddade samlag är så pass stor bland männen i studien (vilket vi kommer att se längre fram i rapporten) är det av mycket stor vikt att arbeta för regelbunden testning bland MSM som har oskyddade anala samlag. Amerikanska *Center for Disease Control (CDC)* rekommenderar årlig hiv- och STI-testning för sexuellt aktiva MSM (Branson et al., 2006). Om man har ett högriskbeteende rekommenderar man än tätare testning. Amerikanska forskare fann i en studie att hälften av männen som nyligen fått besked om att de bär på hiv inte testat sig under de senaste tolv månaderna. Dessutom hade männen haft ett större antal sexpartner under det senaste året, vilket ökar risken för att hivviruset förts vidare (Roark et al., 2005). Forskarna menar att resultatet från studien pekar mot att de rekommendationer som utfärdats av CDC är lämpliga om man vill förkorta tiden mellan infektion och diagnos och minska antalet nya fall av hiv.

Männens erfarenheter från det senaste testtillfället

Hivtestningstillfället bör kombineras med andra slags preventiva insatser. Då vi konstruerade frågorna till MSM-enkäten inkluderade vi ett frågebatteri som vi anser ger en indikation på kvalitén på bemötandet vid hivtest. Erbjuds man insatser utöver själva testet betraktar vi det som att man arbetar mer behovsorienterat på mottagningen. Vi frågade männen om de vid sitt senaste test erbjudits samtal/rådgivning vid testtillfället, återbesökstid för att få provsvar, samtal/rådgivning vid återbesöket, test av andra STI eller hepatitvaccination samt eventuell fortsatt samtalskontakt. Vi var intresserade av att få veta om dessa erbjudanden skiljde sig åt mellan olika slags mottagningar. Vi frågade därför männen om var de genomförde sitt senaste hivtest. I tabellen nedan kan vi till en början se resultatet på denna fråga.

Tabell 3.5 Mottagning där det senaste hivtestet skedde, andelar inom åldersgrupper i procent. N=2821.

	15-25 år	26-35 år	36-46 år	47 år och äldre
MSM-mottagning	26	43	43	40
Annan STI-mottagning	23	29	27	20
Ungdomsmottagning	35	3	1	0
Annan mottagning inom sjukvården	14	23	27	38
Utomlands	2	2	4	2
TOTALT	100	100	100	100

Den vanligast förekommande mottagningen är en mottagning som särskilt vänder sig till MSM. Sådana mottagningar finns i Stockholm, Göteborg och Malmö. Ytterligare en femtedel av männen gjorde sitt senaste test på en mottagning som är specialinriktad på STI. Drygt en tredjedel av männen inom den yngsta åldersgruppen testade sig på en ungdomsmottagning. En fjärdedel av dem som svarat på enkäten gjorde sitt senaste hivtest på en vårdcentral, en läkarstation eller ett sjukhus.

Det finns tydliga skillnader när det gäller bostadsort samt hur man betraktar sig själv sexuellt. Männen som är bosatta utanför storstadsregionerna har i betydligt högre grad gjort sitt senaste hivtest på en icke-specialiserad mottagning. Detsamma gäller de män som betraktar sig själva som heterosexuella eller experimentella eller som haft kvinnliga sexpartner under det senaste året. Dessa skillnader är viktiga att minnas när vi nu går vidare och tittar på de erbjudanden som männen fått i samband med hivtestet.

Tabell 3.6 Erbjudanden i samband med hivtest vid olika typer av mottagningar i procent. N=2814.

	MSM- mottagning	Annan STI- mottagning	Ungdomsmottagning	Övrig sjukvård
Samtal/rådgivning vid testtillfället	63	52	48	19
Återbesök för prov- svar	75	45	59	27
Samtal/rådgivning vid provsvar	50	36	34	14
Erbjudande om fortsatt samtalskon- takt	11	9	14	5
Erbjudande om test av andra STI	68	64	66	21
Erbjudanden om vaccination mot hepatit	35	18	9	6

I tabell 3.6 har vi korstabulerat de erbjudanden männen fått vid sitt senaste hivtest och de olika mottagningstyperna. Här framträder tydliga skillnader. Allra bäst på att erbjuda insatser utöver själva hivtestet är de särskilda MSM-mottagningarna. Därefter kommer andra specialiserade mottagningar (STI-mottagningar och ungdomsmottagningar). Betydligt sämre är icke-specialiserade mottagningar. Skillnaderna som vi ser är inte förvånande och en jämförelse mellan de olika mottagningarna är inte helt rättvis, eftersom de specialinriktade mottagningarna har fler möjligheter – och längre erfarenhet – av att erbjuda målgruppsanpassade insatser. De skillnader som framträder i tabellen är dock inte acceptabla, särskilt med tanke på att specialinriktade MSM-mottagningar saknas utanför storstadsregionerna. Vi har dessutom sett att MSM som inte definierar sig som homo- eller bisexuella i högre grad vänder sig till de icke-specialinriktade mottagningarna.

En utmaning för det framtida hivpreventiva arbetet är att kunna erbjuda målgrupps- och behovsanpassad rådgivning som är utformad så att den kan erbjudas på alla slags mottagningar där hivtest utförs. Här kan de specialinriktade mottagningarna utgöra viktiga aktörer för metodutveckling. Ett exempel är den sjuksköterskeledda strukturerade rådgivningen som sker i samband med hivtest med snabbsvar vid Venhälsan, på Södersjukhuset (Eriks-

son & Nilsson Schönnesson, 2009).¹⁵ Insatsen visar på ett bra resultat; majoriteten av testpersonerna känner sig respekterade och nöjda. Flera av dem som testat sig uppger att väntetiden för att få provsvaret vid konventionell hivtestning (cirka en vecka) har fått dem att avstå från att testa sig tidigare. Eriksson och Schönnesson (2009, s. 19) menar att:

[...] sjuksköterskeledd mottagning fungerar bra för denna typ av verksamhet, även när det gäller att ge ett hivpositivt testresultat. Detta förutsätter dock personal som både har intellektuell och emotionell kunskap genom att till exempel ha egen tidigare erfarenhet av att arbeta med hiv-infekterade personer och frågor relaterade till sexualitet och att vara väl insatta i rådgivnings- och testningsmetodiken.

I skrivande stund (2010) finns möjligheten att få hivtest med snabbsvar endast i Stockholm. I MSM-enkäten 2008 ställde vi frågan till samtliga män om de vill ha tillgång till denna typ av hivtest. Något mer än hälften av männen (55 procent) vill ha tillgång till hivtest med snabbsvar. Skillnaderna mellan de olika åldersgrupperna är små; de yngre männen tenderar att vara något mer positivt inställda. Detsamma gäller män bosatta inom en storstadsregion samt män som betraktar sig själva som homosexuella och som under det senaste året haft sex uteslutande med andra män.

Tabell 3.7 Önskad tillgång till hivtest med snabbsvar, andelar inom åldersgrupper i procent. N=3657.

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 år och äldre
Vill ha tillgång till hivtest med snabbsvar	58	61	52	47
Nej	42	39	48	53
TOTALT	100	100	100	100

¹⁵ Hivtest med snabbsvar innebär att man får ett provsvar inom 30 minuter.

Ett annat exempel på en framgångsrik insats som inkluderar hivstestning är den onsitetestning som Stophiv-gruppen har genomfört under Stockholm Pride under de senaste åren.¹⁶ Två enkäter genomfördes under Stockholm Pride 2007 (Knöfel Magnusson & Tikkanen, 2009). Den första enkäten undersökte hur onsitetestningsinsatsen uppmärksammats av festivalbesökarna i allmänhet. Den andra enkäten riktades till dem som testade sig under festivalen. Enkäterna visar att Stophiv-gruppens arbete med onsitetestning är känt inom målgruppen. Den förexponeering av insatsen som skett via internet har varit effektiv och nått ut till en stor andel av männen som besöker Stockholm Pride. Det finns anledning att anta att denna exponering har lett till att tankar väckts om att testa sig i allmänhet eller i Pride Park i synnerhet. Enkätresultatet visar dessutom att synliggörandet av insatsen på plats under festivalen kan fungera som ytterligare en påminnelse om vikten av att testa sig. Den typiske testaren i Pride Park är en man bosatt i stockholmsområdet som är i 30-årsåldern. Han har erfarenhet av sexuella riskhandlingar; majoriteten av dem som testade sig hade haft oskyddade anala samlag under det senaste året och en fjärdedel har haft OAS med en partner vars hivstatus var okänd. En femtedel av männen som nåddes av insatsen i Pride Park hivtestade sig för allra första gången och kunde tänka sig att testa sig på nytt i Pride Park kommande år. Enkätanalysen visar dessutom att man redan 2007 hade ett antal återkommande testare som testat sig i parken året innan. Sommaren 2009 utvecklades insatsen ytterligare genom att man under dagtid erbjuder hivtest med snabb svar vid det närliggande Södersjukhuset.

Test eller behandling av STI

Förutom frågor om hivtest ställde vi i enkäten frågor om människors erfarenheter av STI-test. I den förra MSM-enkäten hade något mer än hälften av männen någon gång testat sig för en STI. Ungefär en tredjedel hade gjort så under den senaste tolv månaders perioden.

¹⁶ Stophiv-gruppen är en samverkansgrupp mellan myndigheter och organisationer i Stockholms län som arbetar för att förebygga hiv och STI bland män som har sex med män. Onsitetestning innebär att man kan testa sig för hiv och olika sexuellt överförda infektioner på platser som inte har anknäring till vården utan till den plats där målgruppen vistas. Stophiv-gruppen har under flera år erbjudit onsitetestning i festivalområdet under Stockholm Pride.

En tiondel av männen hade haft en STI under samma tidsperiod. Hur ser motsvarande siffror ut i MSM-enkäten 2008?

I tabell 3.8 kan vi se att erfarenheterna av STI-testning inom de fyra åldersgrupperna inte skiljer sig så mycket från den förra enkäten. En relativt stor andel av männen har fortfarande aldrig testat sig för en STI – hälften av dessa män har inte heller hivtestat sig. Den största skillnaden vi kan se jämfört med den förra enkäten är att en något större andel i den näst yngsta generationen har STI-testat sig under det senaste året. Jämför man de två enkäterna sinsemellan finner man dock ingen signifikant ökning – eller minskning – när det gäller samtliga män. De siffror vi ser i MSM-enkäterna liknar de vi ser i utländska studier av MSM. En amerikansk studie där man analyserat enkäter från drygt 10 000 MSM visar att drygt en tredjedel testat sig för syfilis eller gonorré under det senaste året (Tai et al., 2008).

Tabell 3.8 Har någon gång testats eller behandlats för STI (under de senaste tolv månaderna inom parentes) andelar inom åldersgrupper i procent. N=3809 (respektive 3657 de senaste tolv månaderna).

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 år och äldre
Ja, vid något tillfälle (senaste tolv månaderna)	44 (34)	64 (43)	59 (34)	60 (30)
Nej, aldrig	56	36	41	40

En fråga som vi ställde redan vid förra rapporteringen var hur pass stort mörkertalet är bland MSM när det gäller icke-diagnostiserad STI. Med tanke på att man kan ha en STI utan symtom finns det anledning att vara orolig, särskilt med tanke på att förekomsten av STI bland vissa undergrupper av MSM är relativt stor. En studie från Venhälsan visar dessutom att man riskerar att missa hälften av klamydiafallen bland MSM om man endast gör ett urinprov, eftersom klamydia i ändtarm och svalg är vanligt förekommande bland MSM (Cullberg et al., 2009).

I MSM-enkäten 2006 kunde vi se att drygt en tiondel av männen haft en STI under de senaste tolv månaderna. Hur ser motsvarande siffra ut i MSM-enkäten 2008?

Tabell 3.9 Haft en STI under de senaste tolv månaderna, andelar inom åldersgrupper i procent. N=3657.

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 år och äldre
Har haft en STI under de senaste 12 månaderna	8	10	10	7

Nio procent av dem som svarade på den senaste enkäten har haft en eller flera STI under de senaste tolv månaderna. Siffran är relativt hög, även om vissa utländska studier visat en tjugoprocentig förekomst inom MSM-gruppen (Dodds et al., 2007). Precis som vid hiv, stiger förekomsten av STI om man särskilt betraktar vissa undergrupper. Sannolikheten är nästan fördubblad att en själv-identifierad storstadsboende homosexuell man i 30-årsåldern, som under det senaste året haft sex uteslutande med andra män, haft en STI jämfört med en man boende utanför storstadsregionerna, som under det senaste året haft sex med både män och kvinnor.¹⁷ Bland dem som är hivpositiva är sannolikheten tre gånger så stor att man haft en STI (förutom hiv) under det senaste året jämfört med de män som uppfattar sig själva som hivnegativa eller som är osäkra på sin hivstatus (hela 22 procent av de hivpositiva männen har haft en STI under det senaste året).¹⁸ En regressionsanalys visar dessutom en fyrdubblad sannolikhet för att de superaktiva männen (som haft över tjugo manliga sexpartner under de senaste tolv månaderna) haft en STI.¹⁹ Vi kommer längre fram i rapporten att återkomma till männen som haft en STI eftersom de är överrepresenterade när det gäller sexuellt risktagande.

De flesta av männen har haft en (1) STI under det senaste året; fyra procent av männen har haft två eller fler STI. I tabellen nedan kan vi se förekomsten av olika STI bland männen i studien.

¹⁷ Binär logistisk regressionsmodell. Beroende variabel= haft en STI under de senaste tolv månaderna. OR (15-25) 1.4, ej signifikant; OR(26-35) 1.6, p<.01; OR(36-46) 1.6, p<.02; OR(47-), referenskategori; OR(bor i Stockholm, Göteborg eller Malmö) 1.9, p<.0001; OR(under senaste året haft sex uteslutande med män) 1.4, p=.05.

¹⁸ Binär logistisk regression. Beroende variabel= haft en STI under de senaste tolv månaderna. OR (hivpositiv) 2.9, p<.0001.

¹⁹ Binär logistisk regression. Beroende variabel= haft en STI under de senaste tolv månaderna. OR (superaktiv) 4.1, p<.0001.

Tabell 3.10 Förekomsten av STI under de senaste tolv månaderna, andelar inom åldersgrupper i procent. N=3657.

	15 till 25 år	26 till 35 år	36 till 46 år	47 år och äldre
Klamydia	4	5	5	3
Gonorré	2	2	3	1
Syfilis	1	1	1	1
Kondylom	3	2	3	1
Könsherpes	1	1	1	1

Klamydia är den mest förekommande könssjukdomen bland männen i studien – precis som bland befolkningen i övrigt. Klamydia är en STI som till stor del drabbar ungdomar och unga vuxna. I tabellen ovan kan vi se att så inte är fallet bland männen som svarat på MSM-enkäten 2008. I Smittskyddsinstitutets statistik från 2008 rapporteras 386 fall av klamydia bland män som har sex med män (MSM), vilket är en minskning jämfört med 421 män under 2007. I MSM-enkäten 2008 har förekomsten av klamydia däremot ökat jämfört med den förra enkäten.

År 2008 anmäldes 725 fall av gonorré till Smittskyddsinstitutet, vilket är en ökning med tretton procent jämfört med år 2007. Andelen män som smittats homosexuellt ökade från 38 procent 2007 till 42 procent 2008 (Smittskyddsinstitutets rapportering från 2008). I MSM-enkäten 2008 uppger två procent (80 män) att de haft gonorré under det senaste året. Hälften så många (40 män) uppger att de haft syfilis.

I enkäten ställde vi frågor om bemötandet vid det senaste tillfället då man testades för en STI, dvs. vilka insatser man erbjöds förutom STI-testet. Frågorna var exakt desamma som de vi ställde om det senaste hivtestet. I analysen av MSM-enkäten 2006 kunde vi se att de allra flesta av männen hiv- och STI-testat sig vid samma typ av mottagning. Detsamma gäller i MSM-enkäten 2008. Låt oss därför gå vidare och jämföra bemötandet vid de olika typerna av test (jämför tabell 3.11 med tabell 3.6).

Tabell 3.11 Erbjudanden i samband med STI-test/behandling vid olika typer av mottagningar i procent. N=2126.

	MSM-mottagning	Amman STI-mottagning	Ungdomsmottagning	Övrig sjukvård
Samtal/rådgivning vid testtillfället	64	48	54	25
Återbesök för provsvar	76	44	44	28
Samtal/rådgivning vid provsvar	53	34	33	17
Erbjudande om fortsatt samtalskontakt	12	7	14	2
Erbjudande om test av hiv eller andra STI	63	51	39	23
Erbjudanden om vaccination mot hepatit	31	15	8	4

Vid en sådan analys kan vi, liksom i MSM-enkäten 2006, se att de särskilda MSM-mottagningarna och STI-mottagningarna inte skiljer sig nämnvärt åt när det gäller de olika typerna av tester; har man fått samtal/rådgivning vid tillfället när man hivtestade sig har man i regel även erbjudits detta då man STI-testade sig. Mycket talar för att det senaste hiv- och STI-testet skedde vid ett och samma tillfälle.

En mottagning som fungerar annorlunda när det gäller testtyp är ungdomsmottagningarna – detta kunde man även se i MSM-enkäten 2006. Skillnaden är att man är betydligt sämre på att erbjuda hivtest då männen vänder sig till mottagningen för STI-test (jämfört med det motsatta). 66 procent av männen som hivtestade sig på en ungdomsmottagning blev erbjudna STI-testning men endast 39 procent av de STI-testande ungdomarna blev erbjudna ett annat test (t.ex. hiv).

Ungdomsmottagningarna tillsammans med övriga mottagningar inom sjukvården är något bättre på att erbjuda samtal i samband med STI-test jämfört med ett hivtest på samma mottagning. Denna skillnad såg vi även i den förra enkäten. Då spekulerade vi om detta kan bero på en ovana att genomföra rådgivning i samband med hivtest eller okunskap om hur man bemöter MSM när det gäller hiv. I vilket fall som helst är detta något som skulle kunna förbättras genom att rådgivningen struktureras med hjälp av en

manual (som vid de hivtester med snabbsvar som genomförs vid Venhälsan, se Eriksson och Nilsson Schönnesson, 2009).

Hepatitvaccination

Det finns nationella riktlinjer för vaccination mot hepatit B (Socialstyrelsen, 2005). I riktlinjerna pekar man särskilt på att sjukvården i sina kontakter med MSM skall verifiera att männen har ett skydd mot hepatit B, och om så inte är fallet, se till att de får nödvändig vaccination. Mot bakgrund av detta ställer vi frågor om hepatitvaccination i MSM-enkäterna.

Drygt fyra av tio män är vaccinerade mot hepatit. Det gavs i enkäten möjlighet att specificera huruvida man är vaccinerad mot hepatit A eller B. De flesta av männen har angett att de är vaccinerade mot båda typerna av hepatit. En relativt stor andel (16 procent) har angett att de inte vet om de är vaccinerade eller inte. Svårigheterna att skilja mellan de olika typerna av hepatitvaccinationer kan ha bidragit till detta. En jämförelse mellan de två enkäterna visar ingen ökning när det gäller hepatitvaccination.

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

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 år och äldre
Vaccinerad mot hepatit	31	48	48	47

Det låga andelen hepatitvaccinerade – trots Socialstyrelsens riktlinjer – visar att mycket arbete kvarstår. Vi har sett att det är relativt ovanligt att man erbjudits hepatitvaccination – särskilt på de mottagningar som inte är specialinriktade på MSM. Däremot finns det ett stort intresse bland männen i studien att få tillgång till hepatitvaccination. Hela fyrtio procent av männen som idag saknar vaccinationsskydd uppger att de vill ha tillgång till en sådan insats.

Huvudsakliga resultat i kapitel tre

- De allra flesta, åtta av tio, uppfattar sin hivstatus som hivnegativ.
- Drygt en tiondel är osäkra på sin hivstatus. Andelen är som störst bland de yngre.
- Tre procent är hivpositiva. Andelen hivpositiva stiger till tio procent om man särskilt betraktar medelålders storstadsboende självidentifierade homosexuella män.
- Nio av tio män vet vart man skall vända sig för att hiv-testa sig. Färre av de yngsta männen vet vart man skall vända sig. Detsamma gäller dem som har bisexuella erfarenheter.
- Majoriteten av männen över 25 år, åtta av tio, har någon gång hivtestat sig. Bland de yngsta har endast hälften gjort detta.
- Den största andelen förstagångstestare finns bland de yngre männen och andelen så kallade glestestare stiger med ökad ålder.
- Det vanligast förekommande bland männen är att man gjort sitt senaste hiv- och STI-test vid en så kallad MSM-mottagning.
- De män som testat sig på en icke-specialiserad mottagning har fått betydligt färre hälsofrämjande erbjudanden i samband med testet.
- Mer än hälften av männen vill ha tillgång till hivtest med snabbsvar.
- En stor andel av männen har aldrig testat sig för en STI.
- Nio procent av männen har haft en STI under de senaste tolv månaderna. Vanligast förekommande är klamydia.
- Förekomsten av STI är högre bland storstadsboende självidentifierade homosexuella män som under det senaste året har haft ett större antal manliga sexpartner.

- Förekomsten av STI är betydligt större bland hivpositiva män.
- Fyra av tio män är vaccinerade mot hepatit. Fyra av tio män som idag saknar vaccination vill ha tillgång till sådant skydd.

4. DET SENASTE SEXTILLFÄLLET

I de två MSM-enkäterna har vi ställt frågor om det senaste tillfället då respondenten hade sex med en annan man. Totalt ställdes trettio frågor om hur man träffade den senaste sexpartnern, var man hade sex samt vilket slags sex man hade. Fördelen med sådana frågor är att man får en tvärsnittsbild av sexuella erfarenheter inom en grupp. Tvärsnittsbilden ger dessutom en fingervisning om förekomst över tid, eftersom det finns anledning att anta att vi får liknande resultat om vi hade ställt samma frågor vid ett annat tillfälle under samma tidsperiod. Om vi däremot ställer samma frågor några år senare kan tvärsnittsbilden se annorlunda ut och på så sätt ge oss kunskap om huruvida förändringar har skett. En studie av amerikanska ungdomar visar att det senaste sextillfället är ett tillförlitligt och giltigt mätinstrument när det gäller riskhandlingar och kondombruk (Younge et al., 2008).

Ytterligare en fördel med tvärsnittsbilden är att man får detaljerad information om såväl situation som handling och partner. Denna kunskap är viktig för att förstå sexuellt risktagande. En annan fördel är att det blir lättare för respondenten både 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. I MSM-enkäten 2006 visade det sig att de allra flesta har haft sitt senaste sextillfälle någon gång under månaden innan de fyllde i enkäten. I MSM-enkäten 2008 har sju av tio män haft sitt senaste sextillfälle under denna tidsperiod. Detta talar för att man lättare kan minnas och på så sätt besvara våra detaljerade frågor.

Partnern männen hade sex med

I enkäten ombads männen att beskriva partnern som man hade sex med. De som hade sex med fler än en person fick instruktionen att beskriva en av männen. I MSM-enkäterna har vi valt att bryta den ofta förekommande dikotomin mellan stadig och tillfällig partner genom att dels fråga om respondenten kände den tillfällige partnern sedan tidigare, dels fråga om partnern var en återkommande sexpartner (knullkompis).

Tabell 4.1 Typ av partner vid senaste sextillfället, andelar inom åldersgrupper i procent.²⁰ N=4013.

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 år och äldre
Pojkvän/partner	30	32	29	20
Återkommande sexuell partner	18	18	22	23
Tillfällig partner man kände	30	25	21	26
Tillfällig partner man inte kände	27	29	33	33

Knappt en tredjedel av männen hade sex med en partner som de inte kände sedan tidigare, och andelen stiger något med ökad ålder. Drygt en fjärdedel av männen hade sex med en stadig partner vid det senaste sextillfället. Detta är mer vanligt förekommande ju yngre männen är. En femtedel av männen hade sex med en återkommande partner. Att ha en återkommande sexpartner – ofta kallad knullkompis eller KK – brukar bland heterosexuella män och kvinnor vara förknippat med ungdomstiden. I MSM-enkäten kan vi nästan se det direkt motsatta; andelen som hade sex med en återkommande partner stiger med ökad ålder. Om man närmare betraktar de män som hade sex med en KK kan man se skillnader mellan äldre och yngre män, där män med KK-erfarenheter inom de två äldre åldersgrupperna i högre grad lever i en parrelation jämfört med männen inom de två yngre grupperna. Vi kommer i nästa kapitel att titta närmare på de män som lever i en parrelation när det gäller det sexuella risktagandet inom och utom parrelationen.

²⁰ Eftersom man kan ha haft sex med fler än en (1) person överstiger kolumnprocenten etthundra.

Tio procent av männen som svarat på enkäten hade sex med fler än en person vid det senaste sextillfället. Även här finns stora skillnader mellan de olika åldersgrupperna. Bland de yngsta männen (upp till och med 25 år) har fem procent sådan erfarenhet. Inom den äldsta åldersgruppen hade hela fjorton procent sex med fler än en person vid det senaste sextillfället.

Kontaktvägar och mötesplatser

Hur har männen mött sin senaste sexpartner? Var skedde det sexuella mötet? När det gäller kontaktvägar är detta egentligen endast intressant när det gäller de sexuella möten som har skett med en tillfällig partner (vi frågade männen hur de fick kontakt med partnern vid *detta specifika* tillfälle). I tabell 4.2 har vi därför valt att endast beskriva de män som vid det senaste sextillfället hade sex med en tillfällig partner (som man kände eller inte kände sedan tidigare).

Tabell 4.2 Kontaktvägar bland dem som hade sex med en tillfällig partner, andelar inom åldersgrupper i procent. N=2156.

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 år och äldre
Internet	52	51	48	46
Gaybar	7	10	8	6
Sexfrekvent miljö	3	9	23	20
Känd sedan tidigare	26	24	18	23
Annat sätt	12	6	3	5
TOTALT	100	100	100	100

I tabellen kan vi dels se skillnader, dels likheter mellan de olika åldersgrupperna. Att ha träffat sin senaste partner via internet eller via en gaybar är relativt lika vanligt förekommande inom alla åldersgrupperna. Internet som mötesplats är med andra ord inget ungdomsfenomen i MSM-enkäten 2008 (vi skall dock minnas att studien är genomförd via ett internetcommunity). Däremot tenderar männen som mött sin partner via nätet i något högre grad att vara bosatta utanför storstadsregionerna samt har erfarenhet av att haft sex med en kvinna under de senaste tolv månaderna.

Vi kan dock se skillnader mellan åldersgrupperna när det gäller möten i sexfrekventa miljöer (ragningsplatser, videoklubbar eller bastuklubbar). Att ha mött sexpartnern på någon av dessa platser är betydligt mer vanligt bland de äldre männen. De män som under det senaste året haft sex med kvinnor är också överrepresenterade bland dem som mötte sin senaste sexpartner i en sexfrekvent miljö.

Bland de yngsta männen har något mer än en tiondel av männen mött sin partner på annat sätt, t.ex. via den förening man tillhör eller via vänner. Detta är mer ovanligt bland de äldre männen.

Tabell 4.3 Plats där det sexuella mötet ägt rum, andelar inom åldersgrupper i procent. N=4076.

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 år och äldre
Hemmet	89	89	79	80
Sexfrekvent miljö	5	7	15	14
Annan plats	6	4	6	6
TOTALT	100	100	100	100

I tabell 4.3 har vi inkluderat samtliga män som svarat på enkätfrågan om var det sexuella mötet ägde rum, vilket förklarar att andelen som haft sex i en sexfrekvent miljö är lägre jämfört med den förra tabellen. Ungefär nio av tio sexuella möten som är beskrivna i enkäten har skett i någons hem, antingen respondentens, partners eller det gemensamma hemmet. Vi återkommer till att jämföra de olika mötesplatserna längre fram i rapporten.

Nio av tio män hade sitt senaste sexuella möte i Sverige. Troligtvis hade en större andel haft sex utomlands om vi genomfört enkäten under sommaren. Här medför tvärsnittsbilden vissa reliabilitetsproblem. Vi kan inte uttala oss om risktagande vid sexuella möten som skett utomlands utan att ha tillfrågat samtliga män om deras utlandserfarenheter. Sådana erfarenheter bör därför undersökas i en fokuserad studie, särskilt med tanke på att utlandsre-

senärer är en av de preventionsgrupper som lyfts fram i den nationella strategin för det hivpreventiva arbetet. I en sådan studie bör man särskilt undersöka männens erfarenheter av sexuella möten på reseområden där förekomsten av hiv är betydligt högre än i Sverige.

Sexuella handlingar

I enkäten frågade vi vad man gjorde sexuellt den senaste gången man hade sex med en man. I tabell 4.4 kan vi se hur männen svarat på denna fråga.

Tabell 4.4 Sexuella handlingar, andelar inom åldersgrupper i procent.²¹N=3847.

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 år och äldre
Ömsesidig onani	69	63	60	57
Oralsex	86	84	81	74
Anala samlag	58	58	48	47
Rimming	26	27	28	23
Fisting	2	3	2	2
Anala sexleksaker	5	5	7	8

Oralsex är den mest förekommande sexuella handlingen männen emellan; ungefär åtta av tio män praktiserade oralsex vid det senaste sextillfället. Oralsex är för övrigt en ”universell” sexuell handling på så sätt att den praktiseras lika ofta med alla typer av partner samt i alla slags miljöer. Ungefär hälften av männen hade ett analt samlag vid det senaste sextillfället. Denna handling – till skillnad från oralsex – är något man oftare praktiserar i vissa situationer samt med en viss typ av partner; anala samlag är mindre vanligt förekommande vid sexuella möten som sker i sexfrekventa miljöer samt med en partner som man inte känner sedan tidigare.

Rimming, dvs. oral-anal kontakt, har praktiserats av cirka en fjärdedel av männen. Fisting, dvs. att man för in hela eller delar

²¹ Rimming innebär oral-anal kontakt. Fisting innebär att man för in hela eller delar av handen i analen.

av handen i analen, tillhör de mer sällan förekommande sexuella handlingarna bland männen.

Oralsex är som sagt en mycket vanligt förekommande sexuell handling män emellan. Vi har inte frågat männen om kondomanvändning vid oralsex eftersom tidigare studier visat att det är mycket ovanligt att kondom används vid denna typ av samlag (se t.ex. Tikkanen & Månsson, 1999). Vi frågade däremot männen om de tog sperma i munnen vid det senaste sextillfället. I tabell 4.5 kan vi se förekomsten av denna handling, dels generellt, dels från någon som man inte kände sedan tidigare.

Tabell 4.5 Tagit sperma i munnen, andelar inom åldersgrupper i procent (från någon man inte kände sedan tidigare inom parentes). N=3761.

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 år och äldre
Tagit sperma i munnen (från någon man inte kände sedan tidigare inom parentes)	24 (6)	17 (4)	19 (5)	20 (5)

Mellan en femtedel och en fjärdedel av männen har tagit sperma i munnen från sin sexpartner vid det senaste sextillfället; de yngre har större erfarenhet av detta jämfört med de äldre. I tabellen ovan kan vi inom parentes se siffrorna för denna handling tillsammans med en partner man inte kände sedan tidigare; här finns det dock ingen statistiskt signifikant skillnad mellan åldersgrupperna.

Kondomanvändning vid anala samlag

En viktig indikator på ett framgångsrikt hivpreventivt arbete är ökad kondomanvändning vid anala samlag. I MSM-enkäten 2006 hade trettio procent av männen ett oskyddat analt samlag vid det senaste tillfället de hade sex med en annan man. Detta var en tvärsnittsbild av den sexuella praktiken bland MSM i Sverige år 2006. Hur ser den praktiken ut två år senare?

Tabell 4.6 Hade oskyddat analt samlag vid det senaste sextillfället. N= 3834.

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 år och äldre
Hade oskyddat samlag vid det senaste sextillfället	30	30	22	24

Drygt en fjärdedel, tjugosju procent, av männen som svarade på MSM-enkäten 2008 hade ett oskyddat samlag vid det senaste sextillfället; det innebär att en procentuell minskning har skett inom samtliga fyra åldersgrupper jämfört med 2006. Beror skillnaden vi ser på slumpen? En regressionsanalys där vi kontrollerar inverkan av ålder visar en statistiskt signifikant skillnad mellan de två enkäterna.

I den förra MSM-enkäten kunde vi se att männen som hade ett oskyddat samlag vid det senaste sextillfället var något yngre, definierade sig själva i högre grad som homosexuella, oftare levde i en parrelation med en annan man samt att flera hade hivstest sig regelbundet. I MSM-enkäten 2008 kvarstår dessa skillnader.²² Till skillnad från MSM-enkäten 2006 kan vi i 2008 års enkät dessutom se att männen som hade ett oskyddat samlag tenderar att ha haft fler manliga sexpartner samt i högre grad haft en STI under det senaste året. Regressionsanalysen visar dessutom en ökad sannolikhet för att männen som är osäkra på sin hivstatus haft ett oskyddat samlag jämfört med männen som känner till sin hivstatus (som negativ eller positiv). Däremot finns det – liksom i den förra enkäten – inga skillnader när det gäller bostadsort, sysselsättning eller utländsk härkomst.

Kan man utifrån de situationella variablerna i enkäten säga något om i vilken situation ett oskyddat samlag oftare sker? MSM-enkäten 2006 visade att oskyddade samlag oftare förekom i hemmet, med någon man kände sedan tidigare samt att man oftare utförde andra anala sexuella handlingar då man hade sex (rimming, fisting eller anala sexleksaker). Dessutom var det mer vanligt förekommande att någon av männen tog sperma i munnen.

En regressionsanalys av 2008 års enkät visar att sannolikheten är större för att ett oskyddat samlag skedde med någon man kände

²² Binär logistisk regressionsmodell. Beroende variabel= haft oskyddat samlag vid det senaste sextillfället med en man. OR (15-25) 1.9, p<.0001; OR(26-35) 1.8, p<.0001; OR(36-46) 1.0, ej signifikant; OR(47-), referenskategori; OR(lever i parrelation med en man) 2.4, p<.0001; OR(homosexuell) 1.7, p<.0001; OR(återkommande testare) 1.4, p=0.01; OR(superaktiv) 2.4, p<.0001; OR(haft STI) 2.1, p<.0001. OR(osäker på hivstatus) 1.6, p<.0001; OR(hivpositiv) 1.0, ej signifikant; OR(hivnegativ), referenskategori.

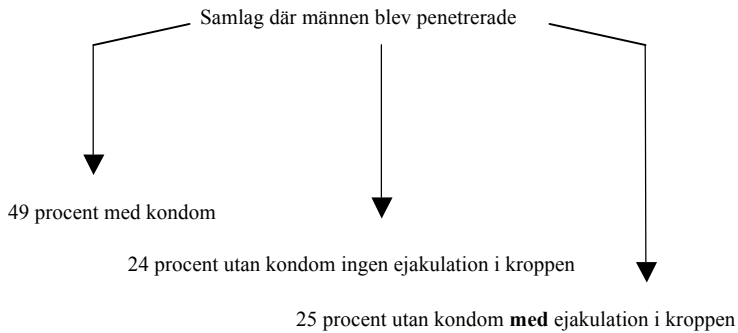
samt med vilken man även praktiserade rimming och tog sperma i munnen.²³ Däremot innebär varken fisting eller användande av anala sexleksaker en ökad sannolikhet för att ett oskyddat analt samlag skett mellan männen.

Hur är det med kontaktvägar samt plats för det sexuella mötet? För att en sådan analys skall vara rättvisande har vi valt att endast betrakta de män som vid det senaste sextillfället hade sex med en tillfällig partner (som man kände eller inte kände sedan tidigare). En sådan analys visar varken ökad eller minskad sannolikhet för att ett oskyddat samlag skett om det sexuella mötet ägt rum i en sexfrekvent miljö. Det finns inte heller någon skillnad mellan de möten där kontakten knutits via internet och de situationer då man mött den tillfällige partnern på annat sätt. Däremot kvarstår de skillnader som vi redan sett när det gäller ålder och praktiserandet av rimming och sperma i munnen.

Drygt en fjärdedel av männen hade som sagt ett oskyddat analt samlag då de senast hade sex med en annan man. Detta betyder att de resterande männen inte hade ett analt samlag eller använde kondom. Som vi inledningsvis nämnde är ökat kondombruk en indikator på ett framgångsrikt hivpreventivt arbete. Det blir därför intressant att särskilt titta på de män som praktiserade ett analt samlag vid det senaste sextillfället. I vår analys av kondom-användningen har vi, precis som vid analysen av MSM-enkäten 2006, utgått från samlagen där männen blev penetrerade (kondombruket vid de penetrerande samlagen är i stort sett detsamma).

²³ Binär logistisk regressionsmodell. Beroende variabel= haft oskyddat samlag vid det senaste sextillfället med en man. OR (15-25) 1.7, p<.0001; OR(26-35) 1.8, p<.0001; OR(36-46) 1.0, ej signifikant; OR(47-), referenskategori; OR(partner känd sedan tidigare) 1.5, p<.0001; OR(fisting) 1.6, ej signifikant; OR(rimming) 1.7, p=001; OR(anala sexleksaker) 1.0, ej signifikant; OR(tog sperma i munnen) 1.9, p<.0001.

Figur 4.1 Kondomanvändning och ejakulation.



I figur 4.1 kan vi se att kondom användes vid 49 procent av de anala samlagen.²⁴ Om man jämför med MSM-enkäten 2006 innebär detta en statistiskt signifikant ökning med sex procent. Till skillnad från den förra enkäten finns det i 2008 års enkät inga statistiskt signifikanta skillnader i kondombruk mellan de fyra åldersgrupperna.

Huruvida man använder eller inte använder kondom vid analt samlag är till stora delar beroende av relation och situation. I tabell 4.6 kan vi se att kondombruket varierar från 27 procent, med den man lever i parrelation med, till 64 procent, med en partner som man träffat via internet.

²⁴ I procentsatsen ingår endast de samlag där kondom användes under hela samlaget. Om kondom användes under delar av samlaget har vi valt att betrakta samlaget som oskyddat.

Tabell 4.6 Kondombruk och ejakulation vid analt samlag då respondenten blivit penetrerad, andelar av anala samlag med olika typer av partner och i olika slags situationer.

	konsekvent kondoman- vändning	ejakulation i kroppen	ejakulation utanför krop- pen
Med stadig partner	27	44	28
Med återkommande sexpartner (KK)	48	27	24
Med tillfällig känd sexpartner	61	15	23
Med tillfällig okänd sexpartner	63	15	19
Med tillfällig partner som man träffat via internet	64	13	21

Om vi återvänder till figur 4.1 kan vi se att vid ungefär hälften av de oskyddade samlagen har ejakulationen skett utanför kroppen, dvs. ett så kallat avbrutet samlag. Även förekomsten av denna handling varierar beroende på situation och relation. I tabell 4.6 kan vi se att männen i högre grad praktiserat avbrutet samlag tillsammans med någon man inte känner sedan tidigare. Ett avbrutet samlag är vad Wolitski och Branson (2002) kallar *gray area behaviors*, dvs. ett slags gråzonshandling som hamnar mellan säkrare och osäkert sex – åtminstone ur männens egna perspektiv. Som vi lyfte fram i vår förra rapport kan denna handling å ena sidan avfärdas som en produkt av okunskap eller å andra sidan vara ett resultat av en riskkalkyl utifrån sannolikhet för hivöverföring. Vi kommer att återkomma till hur männen resonerar kring risker vid oskyddade samlag i nästa kapitel.

Glidmedelsanvändning och kondomhaverier

Om en kondom skall vara ett framgångsrikt skydd mot hivöverföring krävs rätt typ av glidmedel. I enkäten frågade vi männen om de använde vatten- eller silikonbaserat glidmedel tillsammans med kondomen då de hade analt samlag. Vi frågade dessutom männen om kondomen gått sönder.

Tabell 4.7 *Avsaknad av ändamålsenligt glidmedel samt sprucken kondom vid det senaste sextillfället, andelar inom åldersgrupper i procent.*²⁵ N=1194 respektive 1198.

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 år och äldre
Inte använt vatten- eller silikonbaserat glidmedel tillsammans med kondom	13	9	8	10
Kondomen gick sönder	3	2	1	2

Ungefär en tiondel av männen använde inte ändamålsenligt glidmedel tillsammans med kondomen då de hade analt samlag. Vi kan se vissa skillnader jämfört med MSM-enkäten 2006; andelen är lägre bland de yngsta och högre bland de äldre. Förklaringen till dessa skillnader går inte att finna i enkäten.

Kondomhaverier är relativt sällsynta. Av de 1 198 anala samlag som beskrivs i enkäten har kondomen brustit i 26. Det är svårt att dra slutsatser utifrån så få fall. En närmare granskning visar dock att i en fjärdedel av fallen användes inte ändamålsenligt glidmedel.

²⁵ I tabellen ingår endast de män som använt kondom vid samlaget.

Huvudsakliga resultat i kapitel fyra

- Knappt en tredjedel av männen hade vid det senaste sextillfället sex med en partner som de inte kände sedan tidigare. Detta är mer vanligt förekommande ju äldre männen är.
- Att ha träffat sin senaste sexpartner via internet är lika vanligt förekommande inom alla åldersgrupperna.
- Att ha träffat sin senaste sexpartner i en sexfrekvent miljö (ragningsplats, videoklubb eller bastuklubb) är mer vanligt förekommande ju äldre man är.
- Nio av tio sexuella möten sker i hemmet.
- Oralsex är den mest förekommande sexuella handlingen män emellan. Oralsex praktiseras lika ofta med alla typer av partner samt vid sexuella möten i alla slags miljöer.
- Vid ungefär hälften av de sexuella mötena män emellan sker ett analt samlag.
- Mellan en femtedel och en fjärdedel av männen tar sperma i mun då de har sex. Det allra flesta gör detta från en partner som de känner sedan tidigare.
- Vid drygt en fjärdedel av sexuella möten män emellan sker ett oskyddat samlag. Detta är en minskning med några procent sedan den förra enkäten.
- Det är mer sannolikt att ett oskyddat analt samlag sker med någon som man känner sedan tidigare.
- Vid tillfälliga kontakter är det ingen skillnad i kondombruk mellan de möten som sker i hemmet och de som sker i sexfrekventa miljöer.
- Vid hälften av de anala samlag som sker används kondom under hela samlaget. Kondombruket varierar stort mellan olika typer av partner.
- Vid hälften av de oskyddade anala samlagen sker ejakulationen utanför kroppen, ett så kallat avbrutet samlag. Detta är mer vanligt förekommande med någon som man inte känner sedan tidigare och det handlar med all sannolikhet om en riskreducerande åtgärd.

- Ungefär en tiondel av männen använder inte ändamåls-
enligt glidmedel tillsammans med kondomen då de har
analt samlag. Detta har i några fall resulterat i kon-
domhaveri.

5. SEXUELLT RISKTAGANDE

Vi har nu kommit till rapportens centrala kapitel. I detta kapitel skall vi titta närmare på sexuellt risktagande bland männen. Eftersom oskyddade anala samlag är den främsta vägen som hiv överförs på mellan två män har vi fokuserat på männens erfarenheter av sådana samlag.

Män som har haft oskyddade samlag under de senaste tolv månaderna

I förra kapitlet kunde vi se att drygt en fjärdedel av männen hade ett oskyddat analt samlag vid sitt senaste sextillfälle. Som vi tidigare nämnt är detta ett tvärsnittsmått, vilket innebär att man utifrån resultatet kan anta att drygt en fjärdedel av de sexuella möten som sker mellan män i Sverige inkluderar ett oskyddat analt samlag. I förra kapitlet kunde vi även se att anala samlag, skyddade eller oskyddade, praktiseras vid ungefär hälften av de sexuella möten som sker män emellan (och att kondom används vid hälften av dessa samlag).

Anala samlag är inte något som alltid praktiseras vid sexuella möten män emellan. Vissa har aldrig haft anala samlag medan andra har det oftare. Som ett komplement till kondomanvändning vid det senaste sextillfället skall vi därför se hur stor andel som haft oskyddade samlag under de senaste tolv månaderna. I MSM-enkäterna har vi valt att ställa frågor om de senaste tolv månaderna. Catania et al. (1993) menar att den retrospektiva periodens längd påverkar individens möjlighet att korrekt återge vad han/hon har gjort sexuellt. Ett sätt att hantera denna problematik

är att använda ett kortare retrospektivt tidsintervall. Det finns då emellertid en risk att de män som under denna tidsperiod inte haft sexuella kontakter kategoriseras som sexuellt inaktiva, trots att de under den resterande delen av året haft sex. De flesta sexvanestudier använder de senaste tolv månaderna som en retroaktiv period.

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 parentes). N=3750.

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 år och äldre
OAS det senaste året	55	60	48	45
Antal partner man haft OAS med	3 (4.6)	3 (6.1)	4 (11.0)	3 (5.3)

Om man betraktar den senaste tolv månadersperioden utgör andelen som haft oskyddade samlag drygt hälften av männen (53 procent). I tabell 5.1 kan vi se att dessa andelar är som störst inom de två yngsta åldersgrupperna.

Vilka är de män som *inte* har haft oskyddade samlag under de senaste tolv månaderna? Resultatet från den förra enkäten visade att männen som inte haft oskyddade anala samlag i högre grad var yngre män med bisexuell sexuell praktik samt äldre singlar. I MSM-enkäten 2008 finns inte dessa skillnader mellan åldersgrupperna. Det enda som skiljer dem som inte haft oskyddade samlag från övriga män är att en större andel av dessa män har haft sexuella erfarenheter med kvinnor under de senaste tolv månaderna samt att färre lever i en parrelation med en man.

Att endast titta på förekomsten av oskyddade anala samlag är ett trubbigt instrument om vi vill urskilja män som i högre grad än andra män utsätter sig själva och andra för sexuella risker. Vi kommer därför att i detta kapitel betrakta undergrupper av de män som haft oskyddade anala samlag. Vi börjar med de män som haft oskyddade anala samlag med ett större antal partner under de senaste tolv månaderna.

I tabell 5.2 har vi delat upp männen i fyra grupper utifrån erfarenheter av oskyddade anala samlag. Förekomsten av dessa erfarenheter har vi sedan jämfört mellan de fyra åldersgrupperna.

Tabell 5.2 Antal partner respondenten haft oskyddat analt samlag med de senaste 12 månaderna, andelar inom åldersgrupper i procent. N=3747.

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 år och äldre
Inte haft OAS de senaste 12 månaderna	44	41	52	54
En man	26	34	28	23
Två till tre män	18	16	11	14
Fyra män eller fler	12	9	9	9
TOTALT	100	100	100	100

I tabellen kan vi se det vi redan konstaterat, nämligen att andelen som haft oskyddade samlag generellt har minskat jämfört med den förra enkäten. En jämförelse mellan de två enkäterna visar dock ingen skillnad när det gäller antalet OAS-partner.²⁶ Vi kan dock se en liten ökning inom den näst äldsta åldersgruppen när det gäller antalet OAS-partner (se medelvärden i tabell 5.1). Vi kan dessutom konstatera att det inom den näst äldsta åldersgruppen finns störst spridning när det gäller antalet OAS-partner (se standardavvikelser i tabell 5.1).

Utifrån ett riskperspektiv är det intressant att titta närmare på de män som haft oskyddade anala samlag med ett större antal partner. Vid analysen av den förra MSM-enkäten valde vi att skilja ut den tionde decentilen, dvs. de tio procent som haft flest OAS-partner. I MSM-enkätena 2006 och 2008 innebär den tionde decentilen att man haft fyra OAS-partner eller fler under den föregående tolv månadersperioden. I tabell 5.2 kan vi se att de yngsta männen är överrepresenterade inom denna riskgrupp.

Låt oss gå vidare och betrakta de män som haft ett större antal OAS-partner. Dessa män skiljer sig *inte* från övriga när det gäller bostadsort, sysselsättning, invandrarbakgrund eller sexuell lägg-

²⁶ T-test, $t=1.132$, $p=.89$.

ning. Däremot är de överrepresenterade bland dem som haft ett större antal manliga sexpartner, bland hivpositiva samt bland dem som är osäkra på sin hivstatus.²⁷ Dessutom är andelen som har haft en STI under de senaste tolv månaderna betydligt större bland dem som haft ett större antal OAS-partner (21 procent jämfört med 9 procent bland övriga män). Även när det gäller erfarenheter av hivtest skiljer sig grupperna åt; andelen så kallade återkommande testare är större bland dem som haft ett större antal OAS-partner.

Vilka slutsatser kan vi dra när det gäller de män som haft oskyddade samlag med ett större antal män? För det första kan vi konstatera att de utgör en relativt liten andel av det totala antalet män. För det andra är männen varken under- eller överrepresenterade när det gäller de flesta bakgrundsvariabler. Däremot är de mer vanligt förekommande inom vissa undergrupper (se ovan). Genom att intensifiera det hivpreventiva arbetet riktat till män inom dessa undergrupper når man dem som i högre grad utsätter sig för sexuella risker. Vi kommer längre fram i rapporten att se att dessa män är överrepresenterade även när det gäller andra typer av sexuellt risktagande.

Män som haft ett oskyddat samlag där hivstatusen var okänd
Att endast använda antalet OAS-partner som ett mått på ett sexuellt risktagande är inte rättvisande, eftersom det inte ger oss någon information om hur männen hanterade frågor kring hivstatus i samband med de oskyddade samlagen. Inom hivpreventionen används begreppet *serosorting* för att beskriva den strategi som vissa män använder för att reducera risker för hivöverföring. Strategin innebär att personen väljer att avstå från att använda kondom med en partner som man antar har samma hivstatus som en själv (se t.ex. Eaton et al., 2007). Forskarlaget runt Eaton fann att de män som använde kännedom om hivstatus som beslutsunderlag hade själva hivtestat sig så pass sällan att det i stort sett var omöj-

²⁷ 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=.004; OR(26-35) 1.0, ej signifikant; OR(36-46) 0.7, p=.05; OR(47-), referenskategori; OR(superaktiv) 7.6, p<.0001; OR(haft STI) 1.9, p<.0001; OR(hivnegativ) referenskategori, OR(hivpositiv) 3.7, p<.0001; OR(osäker på hivstatus) 2.5, p<.0001.

ligt för dem att ha aktuell kunskap om deras egen hivstatus. Dessutom var det relativt vanligt förekommande att man hade haft ett större antal OAS-partner, vilket ökade osäkerheten om hivstatusen. Vid analysen av MSM-enkäten använde vi den information som männen lämnade om sitt senaste sextillfälle, för att urskilja män som hade ett oskyddat samlag där hivstatusen var okänd. Rent konkret kombinerade vi information om männens kondombruk med information som de lämnat om sin egen och den andres hivstatus. I ett första steg urskiljde vi de män som hade ett oskyddat samlag vid det senaste sextillfället – som vi redan sett utgör dessa män drygt en fjärdedel av det totala antalet män. I ett andra steg valde vi att plocka ut de män som inte kände till sin partners hivstatus, där totalt 340 män (nio procent) av männen uppfyllde dessa två kriterier. I ett tredje steg valde vi att lägga till de män som hade ett oskyddat samlag vid det senaste sextillfället och som i enkäten angett att de inte kände till sin egen hivstatus, vilket innebar ytterligare 27 män.²⁸ Totalt har vi 367 män som vid det senaste sextillfället hade ett oskyddat analt samlag där den egna eller partnerns hivstatus var okänd. Dessa män utgör ungefär tio procent av det totala antalet män som svarat på MSM-enkäten 2008.

Innan vi går närmare in på dessa män skall vi titta på de män som hade ett oskyddat samlag med någon som man *kände till* hivstatusen hos. Dessa 689 män (ungefär 17 procent av det totala antalet män i studien) har i enkäten angett hur de fick kunskap om sin sexpartners hivstatus. I tabell 5.3 kan vi se att majoriteten kände till hivstatusen sedan tidigare. I en femtedel av fallen berättade partnern som man hade sex med detta och i lika många fall frågade partnern om respondentens hivstatus. Vi kan i tabellen se att skillnaderna mellan åldersgrupperna är relativt små. De skillnader som finns kunde vi även se i den förra MSM-enkäten; att männen i den yngsta åldersgruppen i högre grad diskuterat hivstatus i samband med den sexuella situationen.

²⁸ Faktum är att nästan en tredjedel av de 340 männen, som vi redan urskiljt i de två första stegen, har i enkäten angett att de inte känner till sin egen hivstatus.

Tabell 5.3 Hur respondenten (den som svarat på enkäten) fick kännedom om partnerns hivstatus, andelar inom åldersgrupper (bland dem som hade OAS vid senaste sextillfället) i procent. N=689.

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 och äldre
Respondenten frågade	25	21	18	20
Partnern berättade	21	12	18	18
Respondenten kände till	50	67	64	62
Annat sätt	4	0	0	0
TOTALT	100	100	100	100

Att de flesta kände till hivstatusen sedan tidigare beror ofta på att man hade sex med någon som man kände – i de flesta fall den som man lever i en parrelation med. Det blir därför mer intressant att endast titta på dem som hade ett oskyddat samlag med en tillfällig partner. I tabell 5.4 ingår endast 155 män, vilket visar att de allra flesta av männen i föregående tabell (5.3) hade ett oskyddat samlag med någon som man kände sedan tidigare.

Tabell 5.4 Hur respondenten (den som svarat på enkäten) fick kännedom om partnerns hivstatus, andelar inom åldersgrupper (bland dem som hade OAS vid senaste sextillfället med en tillfällig partner) i procent. N=155.

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 år och äldre
Respondenten frågade	36	39	39	27
Partnern berättade	32	20	32	24
Respondenten kände till	26	41	29	49
Annat sätt	6	0	0	0
TOTALT	100	100	100	100

Det som framkommer i tabellen ovan är att i drygt hälften av de situationer då man dragit slutsatser om hivstatusen hos den tillfällige partnern har kommunikation skett under det sexuella mötet. Det finns inga statistiskt signifikanta skillnader mellan de olika åldergrupperna. Vi behöver mer kunskap om serosorting bland MSM i Sverige. Frågor som är viktiga att belysa är följande: Är kommunikationen som skett mellan männen explicit eller implicit när det gäller risker? Hur kan man i det hivpreventiva arbetet för-

bättra männens möjligheter att kommunicera om sexuella risker i allmänhet och hivstatus i synnerhet?

Tabell 5.5 Andel män som vid det senaste sextillfället haft oskyddat analt samlag där hivstatusen var okänd, andelar inom åldersgrupper i procent. N=3834.

	15-25 år	26-35 år	36-46 år	47 år och äld- re
Haft OAS där hivstatusen var okänd	14	10	7	7

Vi återgår till de män som vid det senaste sextillfället hade ett oskyddat analt samlag där partners, eller den egna, hivstatusen var okänd. Som vi tidigare nämnt utgör dessa män ungefär tio procent av det totala antalet män som svarat på MSM-enkäten 2008. I tabell 5.5 kan vi se att andelen skiljer sig åt mellan de fyra åldersgrupperna på så sätt att den är signifikant högre bland de yngre. Detsamma såg vi i den förra enkäten. Om vi fortsätter att jämföra de två enkäterna kan vi se en statistiskt signifikant minskning när det gäller denna riskhandling. Vid en närmare analys visar det sig dock att skillnaden mellan enkäterna främst finns inom den näst äldsta åldersgruppen. Bland de övriga männen har andelen varken minskat eller ökat.

Vilka är de män som vid det senaste sextillfället hade ett oskyddat samlag och där hivstatusen var okänd? I MSM-enkäten 2006 kunde vi se att männen i högre grad var singlar, hade haft ett större antal manliga sexpartner i allmänhet och OAS-partner i synnerhet samt hade mindre erfarenheter av hivtest. När det gäller de faktorer som har med det sexuella mötet att göra var det något mer vanligt förekommande att det oskyddade samlaget skett med en tillfällig sexpartner som man inte kände sedan tidigare samt att man även praktiserat gruppsex eller fisting vid det senaste sextillfället. Dessutom var avsaknaden av ändamålsenligt glidmedel betydligt högre vid dessa sexuella möten.

I MSM-enkäten 2008 kan följande variabler användas för att urskilja de män som i högre grad haft OAS, där hivstatusen var okänd: antal partner, sex med en tillfällig partner man inte kände, sex på gaysauna samt praktiserande av gruppsex. En stor an-

del (30 procent) av männen har dessutom haft ett större antal OAS-partner under de senaste tolv månaderna; det finns med andra ord en överlappning mellan de olika typerna av risktagande som vi hitintills beskrivit.²⁹

I båda MSM-enkäterna är de män som inte använde ändamålsenligt glidmedel överrepresenterade bland männen som hade ett oskyddat samlag och där hivstatusen var okänd. Vad kan detta bero på? En närmare analys (av båda enkäterna) visar att de flesta av dessa män hade sex med en tillfällig partner de mött via internet. Det sexuella mötet hade skett hemma hos någon av männen. En stor andel praktiserade avbrutet samlag. Sammantaget talar detta för att de oskyddade samlagen inte var planerade, att kondomer inte fanns tillgängliga samt att männen kan ha använt det avbrutna samlaget som ett sätt att reducera riskerna för hivöverföring.

Oskyddade samlag inom och utom parrelationen

Drygt 40 procent av männen som svarat på enkäten lever i en relation, de allra flesta med en man. Inom samtliga åldersgrupper finns dessutom en andel som lever i en parrelation med en kvinna (mellan 4 procent inom den yngsta åldersgruppen till 14 procent inom den äldsta), samt en liten andel som lever i en relation med fler än en person (2 procent inom de två yngsta åldersgrupperna och 4 procent inom de två äldsta).

Tidigare forskning har visat att det är vanligt förekommande inom parrelationer mellan män att ha överenskomna sexuella kontakter utanför relationen (se bland annat Tikkanen, 2003; Weeks, Heaphy & Donovan, 2001). Något mindre än hälften av männen som lever i en parrelation med en annan man har haft sexuella kontakter utanför relationen under de senaste tolv må-

²⁹Binär logistisk regressionsmodell (bakgrundsvariabler). Beroende variabel= vid senaste sextillfället oskyddat samlag där hivstatusen var okänd. OR (15-25) 1.6, p=.01; OR(26-35) 1.4, ej signifikant; OR(36-46) 1.0, ej signifikant; OR(47-), referenskategori; OR(haft ett större antal OAS-partner) 5.0, p<.0001; OR(inte hivtestat sig) 2.3, p<.0001. Binär logistisk regressionsmodell (situationsvariabler). Beroende variabel= vid senaste sextillfället oskyddat samlag där hivstatusen var okänd. OR (15-25) 1.6, p=.01; OR(26-35) 1.2, ej signifikant; OR(36-46) 0.9, ej signifikant; OR(47-), referenskategori; OR(hade gruppsex med andra män) 1.7, p=.005; OR(använde inte ändamålsenligt glidmedel) 3.0, p<.0001.

naderna. Här är skillnaderna mycket stora mellan åldersgrupperna: från 20 procent inom den yngsta åldersgruppen till 65 procent inom den äldsta. Troligtvis är det inte åldern, utan relationens längd, som bidrar till de skillnader som vi ser.

Tabell 5.6 Kondomanvändning vid anala samlag inom relationen, andelar inom åldersgrupper i procent. N=1317.

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 år och äldre
Ja, alltid kondom	16	16	18	18
Nej ³⁰	77	76	67	54
Har inte haft anala samlag inom parrelationen under det senaste året	7	8	15	28
TOTALT	100	100	100	100

Att de flesta oskyddade anala samlag sker inom en parrelation är något som vi vet från tidigare studier. Vi vet dessutom att det oskyddade samlaget är en intimitetsmarkör som för männen har en symbolisk betydelse av tillit (Tikkanen, 2003). Det är därför är inte förvånande att de flesta män som praktiserar anala samlag inom en parrelation gör detta utan kondom.

I tabell 5.6 ser vi att konsekvent användning av kondom inom en parrelation är relativt ovanligt – knappt två av tio män använder kondom vid anala samlag med sin manliga partner. Andelarna vi ser skiljer sig inte så mycket från den förra enkäten. Den skillnad vi kan se är att fler män (framför allt inom den äldsta åldersgruppen) har haft anala samlag inom parrelationen.

Tabell 5.7 Använder kondom vid anala samlag utanför relationen, andelar inom åldersgrupper i procent. N=1316.

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 år och äldre
Ja, alltid kondom	17	32	41	42
Nej ³¹	14	16	19	18

³⁰ Procentsatsen är en sammanslagning av svarsalternativen ”nej, aldrig kondom”, ”ja, ibland kondom” samt ”ja, oftast kondom”.

³¹ Procentsatsen är en sammanslagning av svarsalternativen ”nej, aldrig kondom”, ”ja, ibland kondom” samt ”ja, oftast kondom”.

Har inte haft anala samlag utanför parrelationen under det senaste året	69	52	40	40
TOTALT	100	100	100	100

I tabell 5.7 kan vi se männens kondombruk under de senaste tolv månaderna vid de sexkontakter man haft med andra män utanför parrelationen. Här är situationen i stort sett den omvända jämfört med vad vi såg i den förra tabellen. En stor andel har överhuvudtaget inte haft anala samlag utanför parrelationen och när man väl haft samlag har man i regel konsekvent använt kondom. Ju äldre männen är, desto större erfarenhet har de av oskyddade samlag utanför relationen.

Alkohol, droger och poppers

Rusets betydelse för sexuellt risktagande är något som man ofta återkommer till inom hivpreventionen. Om det är drogruset i sig eller de förväntningar som är knutna till ruset som resulterar i ett risktagande är omdiskuterat. Innan vi går in på männens egna upplevelser skall vi se hur pass förekommande olika droger är i samband med sex.

Tabell 5.8. Användning av alkohol, droger och poppers i samband med senaste sextillfället, andelar inom åldersgrupper i procent. N=3762, N=3783 respektive 3783.

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 år och äldre
Använt alkohol i samband med senaste sextillfället	30	28	23	22
Använt droger i samband med senaste sextillfället	2	3	1	1
Använt poppers i samband med senaste sextillfället	3	8	12	7

Drygt en fjärdedel av männen hade druckit alkohol i samband med det senaste sextillfället. Några få procent hade använt andra droger. Något mindre än en tiondel av männen hade använt poppers (amylnitrit) då de senast hade sex. Alkohol- och drogbruk är något mer vanligt förekommande bland de yngre och poppersbruk bland de äldre.

Hur ser det sexuella risktagandet ut bland männen som använt dessa rusmedel? En regressionsanalys visar en ökad sannolikhet för att man hade ett oskyddat samlag där hivstatusen var okänd, om man var påverkad av alkohol eller andra droger.³² Poppersbruk kan däremot inte användas för att predicera denna specifika risksituation. Däremot visar en regressionsanalys en tredubbel ökning av sannolikheten för att personer som använt poppers vid sitt senaste sextillfälle haft ett större antal OAS-partner under de senaste tolv månaderna.³³ Detsamma gäller drogbruk i samband med det senaste sextillfället.

Regressionsanalyserna visar att drogrus dels är kopplat till en risksituation, dels mer vanligt förekommande hos de män som i större omfattning utsätter sig själva och andra för sexuella risker. Som vi tidigare nämnde kan de förväntningar som finns på ruset legitimeras ett risktagande som kanske ändå skulle ha skett i ett nyktert tillstånd. Hur uppfattar männen själva drogruset? Upplever de att det bidrog till ett risktagande?

Tabell 5.9. Upplevelse av att alkohol-, drog- eller poppersruset inverkar på risktagandet, andelar inom åldersgrupper i procent (bland dem som använt alkohol, droger eller poppers i samband med det senaste sextillfället). N=984, N=74 respektive 283.

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 år och äldre
Upplevde att alkoholen hade en inverkan på risktagandet	62	55	45	48
Upplevde att drogen hade en inverkan på risktagandet	61	72	46	63
Upplevde att poppers hade en inverkan på risktagandet	41	53	43	46

³² Binär logistisk regression. Beroende variabel= vid senaste sextillfället oskyddat samlag där hivstatusen var okänd. OR (druckit alkohol) 1.5, p=.001; Binär logistisk regression. Beroende variabel= vid senaste sextillfället oskyddat samlag där hivstatusen var okänd. OR (använt annan drog) 2.7, p=.001, Binär logistisk regression. Beroende variabel= vid senaste sextillfället oskyddat samlag där hivstatusen var okänd. OR (använt poppers) 1.3, ej signifikant.

³³ Binär logistisk regression. Beroende variabel= haft oskyddade anala samlag med fyra partner eller fler under de senaste tolv månaderna. OR (druckit alkohol) 1.3, p=.04; Binär logistisk regression. Beroende variabel= haft oskyddade anala samlag med fyra partner eller fler under de senaste tolv månaderna. OR (använt annan drog) 3.5, p<.0001. Binär logistisk regression. Beroende variabel= haft oskyddade anala samlag med fyra partner eller fler under de senaste tolv månaderna. OR (använt poppers) 3.2, p<.0001.

I tabell 5.9 kan vi se att så är fallet. En stor andel av de män som använt något slags rusmedel har i enkäten också angett att bruket inverkade på att man tog större risker än vad man annars skulle ha gjort. Detta talar för att dessa män är mottagliga för hivpreventiva insatser som fokuserar på risktagande i samband med rus.

Männens egna riskbedömningar

I MSM-enkäten 2006 kunde vi se att män som utsätter sig själva och andra för sexuella risker i högre grad tenderar att avdramatisera de risker som är förbundna med oskyddade samlag. I MSM-enkäterna har vi ställt frågor om hur männen bedömer risken för hivöverföring vid tre sexuella handlingar: oralsex utan kondom där sperman hamnar i munnen, penetrerande oskyddade anala samlag (då man ”sätter på”) samt avbrutna oskyddade anala samlag där sperman hamnar utanför kroppen. Dessa tre handlingar utgör vad Wolitski och Branson (2002) kallar gråzonshandlingar som utifrån männens egna perspektiv hamnar mellan säkrare och osäkert sex.

En knapp tredjedel av männen uppfattar risken för hivöverföring som liten eller obefintlig vid oralsex där man tar sperman i munnen. En dryg tiondel bedömer att penetrerande oskyddade samlag (där man ”sätter på”) har låg risk. Några få procent gör samma bedömning när det gäller avbrutna anala samlag. När det gäller oralsex med ejakulation är skillnaderna mellan åldersgrupperna inte så stora. Däremot skiljer sig de yngsta männen från de övriga när det gäller riskbedömningar av de två senare handlingarna, på så sätt att en större andel av de yngsta männen avdramatiserar riskerna för hivöverföring.

Tabell 5.9 Upplevd risk vid olika sexuella handlingar, andelar inom åldersgrupper i procent. N=3658, 3666 respektive 3660.

	15– 25 år	26–35 år	36– 46 år	47 år och äldre
Liten eller ingen risk att ta sperma i munnen	32	32	27	30
Liten eller ingen risk att ha penetrerande anala samlag utan kondom	16	12	13	13
Liten eller ingen risk att ha avbrutet analt samlag (bli penetrerad utan ejakulation)	10	5	5	6

När det gäller ovanstående tre påståenden kunde männen svara utifrån en sexgradig skala (från ingen risk till mycket stor risk). Om man reliabilitetstestar de tre frågorna finner man att männen bedömt dessa tre handlingar på liknande sätt, dvs. bedömer man avbrutna samlag som mindre riskfyllda så har man oftast även bedömt de två andra handlingarna på liknande sätt.³⁴ Vi har i vår analys summerat männens värden på de tre frågorna och sedan räknat ut ett medelvärde, där ett lågt värde innebär att man tenderar att avdramatisera riskerna och ett högt att man bedömer de tre handlingarna som riskfyllda.³⁵ Vi har sedan gått vidare och jämfört män som har erfarenhet av riskhandlingar med övriga män när det gäller värden på denna skala. Resultatet visar att de män som haft ett större antal OAS-partner samt de män som vid det senaste sextillfället hade ett OAS där hivstatusen var okänd tenderar att avdramatisera riskerna. Däremot finns det ingen skillnad när det gäller de män som under de senaste tolv månaderna haft en STI och övriga män när det gäller riskbedömningar.

Barebacking

I slutet av 1990-talet myntades begreppet *barebacking*. Den amerikanske forskaren Gordon Mansergh, som är verksam vid amerikanska Centre for Disease Control and Prevention (CDC), har i flera publikationer empiriskt undersökt och diskuterat barebacking-fenomenet. 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). Utifrån Manserghs definition ställde vi två frågor om barebacking i MSM-enkäten: om man letat efter barebackingpartner på internet samt om man själv praktiserat.

³⁴ Ett reliabilitetstest visar: Cronbach Alpha: .65.

³⁵ Det minsta värdet är 1 (avdramatiserar risker i hög grad) och det högsta värdet är 6 (bedömer handlingarna som riskfyllda), medelvärde=4.8, median= 5.0, standardavvikelse=0.89.

Tabell 5.12 *Avsiktliga oskyddade samlag med tillfällig partner, olika erfarenheter under de senaste 12 månaderna, andelar inom åldersgrupper i procent. N=3857 respektive 3771.*

	15–25 år	26– 35 år	36–46 år	47 år och äld- re
Har medvetet sökt efter tillfällig partner på internet att ha oskyddat analt samlag med	15	13	12	16
Har haft oskyddat samlag med tillfällig partner där man innan samlaget kommit överens om att inte använda kondom	9	8	10	11

Fjorton procent av männen har under de senaste tolv månaderna sökt efter en barebacking-partner på internet, och tio procent har under samma period träffat en tillfällig partner med vilken man på förhand kommit överens om att inte använda kondom vid analt samlag. 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. Att leta efter barebacking på internet behöver således inte alltid leda till att man omsätter det i handling. En jämförelse med MSM-enkäten 2006 visar en signifikant ökning när det gäller sökandet efter en barebacking-partner via internet, men inte när det gäller praktiserandet.³⁶

Förekomsten av barebacking ligger kvar på samma nivå som i den förra enkäten. Vi kunde då se att männen som ägnat sig åt barebacking var överrepresenterade bland dem som utsatt sig för sexuella risker. Detsamma gäller i MSM-enkäten 2008. En regressionsanalys visar en ökad sannolikhet för att de män som haft ett större antal OAS-partner, samt de män som vid senaste sextillfället hade ett oskyddat samlag där hivstatusen var okänd, också ägnat sig åt barebacking under de senaste tolv månaderna.³⁷ Detsamma gäller dem som under de senaste tolv månaderna haft en STI.

³⁶ Binär logistisk regression. Beroende variabel= sökt efter tillfällig partner på internet för ett oskyddat analt samlag, OR (MSM-enkäten 2008) 1.7, p<.0001; Binär logistisk regression. Beroende variabel= praktiserat barebacking, OR (MSM-enkäten 2008) 1.1, ej signifikant.

³⁷ Binär logistisk regression. Beroende variabel= praktiserat barebacking, OR (haft ett större antal OAS-partner) 10.4, p<.0001. Binär logistisk regression. Beroende variabel= praktiserat barebacking, OR (haft ett oskyddat analt samlag där hivstatusen var okänd) 3.1, p<.0001. Beroende variabel= praktiserat barebacking, OR (haft en STI under de senaste 12 månaderna) 2.5, p<.0001.

Huvudsakliga resultat i kapitel fem

- Drygt hälften av männen har haft oskyddade anala samlag under den senaste tolv månadersperioden. Andelen är något större bland de yngre.
- Andelen som haft oskyddade samlag har minskat jämfört med den förra enkäten. Däremot finns det ingen skillnad när det gäller antalet partner man haft oskyddat sex med.
- Männen som haft oskyddade samlag med ett större antal partner under de senaste tolv månaderna är överrepresenterade bland dem som haft ett större antal partner, bland hivpositiva, bland dem som är osäkra på sin hivstatus samt bland dem som haft en STI under de senaste tolv månaderna.
- Tio procent av männen hade vid det senaste sextillfället ett oskyddat analt samlag där hivstatusen var okänd, vilket är en minskning jämfört med den förra enkäten. Männen är något yngre, i högre grad singlar, har mindre erfarenheter av hivtest samt har haft ett större antal sexpartner under de senaste tolv månaderna.
- Hälften av männen i studien lever i en parrelation. Knappt två av tio använder konsekvent kondom vid anala samlag med partnern. Cirka två av tio har under de senaste tolv månaderna haft oskyddade anala samlag utanför parrelationen.
- Drygt en fjärdedel har druckit alkohol i samband med det senaste sextillfället. En tiondel använde poppers. Några få procent använde andra droger.
- Alkohol- och drogbruket medför en större sannolikhet för att man hade ett oskyddat samlag där hivstatusen var okänd vid det senaste sextillfället.
- Bruk av poppers är mer vanligt förekommande bland dem som under det senaste året haft oskyddade anala samlag med ett större antal partner.
- De män som utsatt sig för sexuella risker tenderar i högre grad att avdramatisera riskerna med oskyddade anala samlag.

- Tio procent av männen har under de senaste tolv månaderna träffat en tillfällig partner med vilken de på förhand kommit överens om att inte använda kondom. Andelen är lika stor som vid den förra enkäten.

6. BEHOVSGRUNDAD HIV- PREVENTION

I detta kapitel skall vi dels titta närmare på de kunskaps- och insatsbehov som finns bland männen, dels se vilka kontakter männen haft med det hivpreventiva arbetet. Vi börjar med männens kunskapsbehov.

Männens kunskapsbehov

För att det hivpreventiva arbetet skall bli effektivt och leda till minskat sexuellt risktagande och ökad sexuell hälsa måste man tillgodose de kunskapsbehov som finns. Arbetet med MSM-enkäterna har inspirerats av den brittiska forskargruppen Sigma, som genomfört ett stort antal forsknings- och metodutvecklingsprojekt inom hivpreventionen. Sigmaforskarna menar att en grundförutsättning för minskade riskbeteenden bland MSM är att hivpreventionen möter de faktiska behov som männen har. Att behovsbaserade insatser är viktiga – och inte alltid förekommande – visar en brittisk rapport publicerad vid det brittiska EPPI-Centre.³⁸ Forskarna har speglat brittiska hivpreventiva insatser mot vad forskningen säger om behov bland brittiska MSM (Rees et al., 2004). Resultatet visar att få behov var tillfullo matchade med hjälp av insatser. Hur ser kunskapsbehoven ut bland männen som svarat på MSM-enkäten 2008? I tabell 6.1 kan vi se resultatet.

³⁸ 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.

Tabell 6.1 Vad man anser sig ha otillräckliga kunskaper om, andelar inom åldersgrupper i procent. N=3720.

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 år och äldre
Om hiv	44	35	30	30
Om STI	46	38	38	32
Om säkrare sex	17	12	15	15
Om olika sextekniker	39	23	23	18
Hur man undviker trasig kondom	33	21	19	17
Hur det är att leva med hiv	62	53	41	39
Om PEP (postexponeringsprofylax)	47	46	40	31
Hur man berättar om hivstatus	21	17	18	14
Hur man frågar om hivstatus	37	31	29	26
Hur man hittar någon att inleda relation med	36	30	24	21
Hur man får en relation att fungera	38	35	31	22
Hur man ”raggar”	34	24	21	18
Hur man hanterar homofobi i vardagen	41	30	29	22
Hur man berättar för andra att man är homo- eller bisexuell	35	24	23	25

De flesta kunskapsbehov ligger på samma nivå som i den förra enkäten. En jämförelse mellan de två enkäterna visar några få statistiskt signifikanta skillnader. Kunskapsbehovet när det gäller säkrare sex har ökat något. Detsamma gäller hur man undviker trasig kondom. Den jämförande analysen visar också signifikanta minskningar i kunskapsbehov när det gäller STI, olika slags sextekniker, hur man får en relation att fungera, hur man hanterar homofobi, hur man berättar att man är homo- eller bisexuell samt hur man frågar om hivstatus. Dessa minskningar är dock mycket små. Däremot är det betydligt färre i MSM-enkäten 2008 som anger att de saknar tillräckliga kunskaper om PEP (42 procent jämfört med 76 procent i den förra enkäten).¹ Det finns en förklaring till detta. I den förra enkäten ställde vi innan behovsfrågorna en separat fråga om huruvida man hört talas om PEP. För de allra flesta var PEP något man aldrig hört talas om, vilket med all san-

¹ 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 det att man utsatts för stor smittrisk men det finns ingen garanti för att den verkar (www.rfsl.se/halsa).

sannolikhet medförde att flera senare valde att ange att man hade otillräckliga kunskaper om detta. I MSM-enkäten ställdes inte denna inledande fråga. Vi kan trots detta se att en stor andel av männen upplever sig ha otillräckliga kunskaper inom detta område.

En jämförelse mellan åldersgrupperna visar att kunskapsbehoven är som störst inom den yngsta åldersgruppen – något som vi även såg i den förra enkäten. Det finns fortfarande ett stort behov att möta när det gäller kunskapshöjande insatser riktade till unga MSM. Hur är kunskapsbehoven bland männen som utsatt sig för sexuella risker?

När vi närmare granskar de män som under de senaste tolv månaderna haft en STI, de män som under samma period haft ett större antal OAS-partner samt de män som vid det senaste sextillfället hade ett oskyddat samlag där hivstatusen var okänd, så framträder vissa skillnader i kunskapsbehov. När det gäller de män som haft en STI samt de män som haft ett större antal OAS-partner finns få signifikanta skillnader jämfört med övriga män. Skillnaden som finns är att dessa män i högre grad har otillräckliga kunskaper om hur man berättar om sin hivstatus – dock inte om hur man frågar. Något som bidrar till denna skillnad är att andelen hivpositiva är större inom dessa två grupper (vilket inte är fallet bland dem som vid det senaste sextillfället hade ett oskyddat samlag där hivstatusen var okänd). De hivpositiva männen som svarat på enkäten har för övrigt färre kunskapsbehov jämfört med övriga män. Förutom när det gäller just att berätta om sin hivstatus; här uppger hälften av de hivpositiva männen att de har otillräckliga kunskaper! Bland de hivnegativa männen är motsvarande andel femton procent. Här finns ett angeläget behov att möta med lämpliga preventiva insatser.

Om skillnaderna i kunskapsbehov är få mellan männen i allmänhet och de män som haft en STI/ haft ett större antal OAS-partner, är skillnaderna desto större när det gäller de män som vid det senaste sextillfället hade ett oskyddat analt samlag där hivstatusen var okänd. Dessa män uttrycker i enkäten ett signifikant större

behov när det gäller i stort sett alla kunskapsaspekter. Vi kan till exempel se att 43 procent har otillräckliga kunskaper om hur man frågar en sexpartner om dennes hivstatus. Detta talar för att männen själva uppfattar att de har en kunskapsbrist som kan leda till ett sexuellt risktagande, vilket är en god förutsättning för lyckade hivpreventiva insatser riktade till dessa män.

Det kunskapsbehov som flest män uttrycker att man har otillräckliga kunskaper om är hur det är att leva med hiv – detta såg vi redan i den förra MSM-enkäten. Bland de yngsta männen är kunskapsbehovet som störst. Detta är ett behov som fortfarande inte blivit tillräckligt tillgodosett med hjälp av hivpreventiva insatser. Med tanke på att det är ett behov som många har bör särskilda insatser göras inom detta område.¹

Männens önskade tillgång till olika hivpreventiva insatser

En kunskapsöversikt publicerad av Socialstyrelsen visar att insatser som möjliggör samtal kring sexualitet och risk oftare leder till beteendeförändringar (Tikkanen, 2007). Samma översikt visar att insatser som består av olika delar och som möter olika slags behov är framgångsrika när det gäller att minska sexuellt risktagande. I de båda MSM-enkäterna har vi frågat männen om vilka insatser de vill ha tillgång till. Frågan var ställd på så sätt att både de som saknar denna tillgång och de som vill ha fortsatt tillgång kunde svara.

¹ Ett exempel på en hivpreventiv insats som fokuserar på hur det är att leva med hiv är "HIV stops with us" www.hivstopswithus.org. I kampanjen används hivpositiva och hivnegativa förebilder som förutom att förespråka säkrare sex även berättar om hur det är att leva ett vardagsliv med hiv.

I tabell 6.2 kan vi se hur stor andel av männen som vill ha tillgång till olika typer av insatser. Här är skillnaderna mellan åldersgrupperna små. Liksom i den förra enkäten är männen positivt inställda till insatser via internet. Detta kanske inte är så förvånande eftersom rekryteringen av männen till enkäten skedde just via internet. En jämförelse mellan de två enkäterna visar en liten – men statistiskt signifikant – nedgång i efterfrågan på samtliga insatser förutom två: deltagande i utbildning i grupp samt samtalsgrupp som berör frågor/problem kring sexualitet och hälsa (det är dock en relativt liten andel män som efterfrågar dessa två insatser). Det är svårt att utifrån enkäten säga vad som orsakat nedgången i efterfrågan.

Tabell 6.2 Insatser man vill ha tillgång till, andelar inom åldersgrupper i procent.
N=3704.

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 år och äldre
Internetinformation	47	47	47	50
Broschyrer	30	27	25	24
Chatt med rådgivare	33	32	30	27
Samtal med rådgivare	22	22	18	16
MSM-mottagning	43	47	45	43
Hivtest med snabb svar	58	61	52	47
Kondomer på träffplatser	38	43	41	40
Glidmedel på träffplatser	34	40	39	36
Hemleverans av kondomer	49	42	35	27
Hemleverans av glidmedel	46	42	35	26
Utbildning i grupp	15	11	9	9
Samtalsgrupp	15	11	9	9
Samtal med kurator	17	15	11	9

Hur ser insatsbehoven ut bland de riskutsatta männen? För det första kan vi konstatera att männen som utsatt sig för risker för hivöverföring har lika stora behov av insatser som övriga män. De skiljer sig dock åt på några punkter. Männen som under de senaste tolv månaderna haft en STI efterfrågar i högre grad individuell rådgivning – både på och utanför internet. Dessutom efter-

frågar en större andel av dessa män en kuratorskontakt för att hantera frågor om sexualitet och hälsa. En slutsats som vi kan dra av detta är att de män som testar sig positivt för en STI skall erbjudas individuell rådgivning när det gäller hiv, andra STI och säkrare sex.

När det gäller övriga män med erfarenheter av riskhandlingar (ett större antal OAS-partner samt oskyddat samlag där hivstatusen var okänd) kan vi se att dessa i högre grad än övriga efterfrågar hivtest med snabbsvar. Dessa män är dessutom överrepresenterade när det gäller dem som efterfrågar samtalsgrupper som berör frågor om sexualitet och hälsa. Detta visar att sådana insatser särskilt bör riktas till just dessa män. Detta är särskilt viktigt eftersom vi vet sedan tidigare att sådana insatser är särskilt framgångsrika när det gäller att åstadkomma beteendeförändringar (Tikkanen, 2007).

Männens möten med det hivpreventiva arbetet

I MSM-enkäten 2008 inkluderade vi fyra frågor som handlade om männens möten med det hivpreventiva arbetet. Frågorna utgår från en UNGASS-indikator (se kapitel 1) som mäter hur många som under de senaste tolv månaderna tagit emot gratis kondomer. Vi beslöt oss för att dels komplettera UNGASS-frågan med ytterligare frågor, dels inkludera fler svarsalternativ. I tabellen nedan kan vi se hur stor andel av männen inom de olika åldersgrupperna som haft kontakt med det hivpreventiva arbetet under de senaste tolv månaderna.

Tabell 6.2 Männens kontakter med det hivpreventiva arbetet under de senaste 12 månaderna, andelar inom åldersgrupper i procent. N=3767, N=3771 respektive N=3759.

	15–25 år	26–35 år	36–46 år	47 år och äldre
Talat med hivpreventör	31	33	31	30
Tagit emot kondomer från någon som arbetar med prevention	67	58	54	50
Besökt internetsida som handlar om hiv, STI eller säkrare sex	69	66	64	62
Läst broschyr eller liknande som handlar om hiv, STI eller säkrare sex	54	44	45	49

Skillnaderna mellan de olika åldersgrupperna är inte så stora. Däremot kan vi se att vissa typer av insatser har nått fler män. Mer än hälften av männen har tagit emot gratis kondomer eller besökt en internetsida som handlar om hiv, STI eller säkrare sex. En tredjedel av männen har under de senaste tolv månaderna talat med en hivpreventör.

Hur stor andel har inte haft någon kontakt alls med det hivpreventiva arbetet under de senaste tolv månaderna? Männens sammanlagda svar på de fyra frågorna visar att mellan tio procent (inom den yngsta åldersgruppen) och sexton procent (inom de två äldsta åldersgrupperna) helt saknar sådana kontakter. En jämförande analys visar att andelen som helt saknar kontakter varken är större eller mindre bland dem som utsatt sig för sexuella risker. Man kan utifrån detta dra slutsatsen att man i det hivpreventiva arbetet varit framgångsrik när det gäller att nå målgruppen.

Eftersom vi använde oss av tre svarsalternativ i de fyra frågorna om möten med det hivpreventiva arbetet kan vi få en fingervisning om hur pass täta kontakterna varit.¹ Genom att tilldela dem som haft flera kontakter med preventionen högre värden får vi en totalsumma på de fyra frågorna som varierar mellan 0 och 8. Vi kan sedan använda dessa summor vid t-test och variansanalys för att jämföra olika grupper sinsemellan.

¹ Svarsalternativen är: Ja, flera gånger, ja, någon gång samt nej.

Medelvärde för samtliga män som svarat på de fyra frågorna är 3.4. En variansanalys visar att det finns en liten, men signifikant, skillnad mellan de yngsta männen och övriga. Skillnaden består i att de yngsta männen har något tätare kontakter med det hivpreventiva arbetet jämfört med de äldre.¹ När det gäller de riskutsatta männen finns inga signifikanta skillnader när det gäller männen som haft ett större antal OAS-partner samt de män som vid senaste sextillfället hade ett oskyddat analt samlag där hivstatusen var okänd. Däremot visar ett t-test att männen som under de senaste tolv månaderna testats positivt för en STI har haft tätare kontakter med det hivpreventiva arbetet jämfört med övriga män.²

På vilka arenor kan man nå de riskutsatta männen med hivpreventiva insatser?

En fråga som inställer sig är var man lättast når de riskutsatta männen. I MSM-enkäterna frågade vi männen hur ofta de under de senaste tolv månaderna läst vissa tidningar, besökt vissa platser etc. Sammantaget ger dessa frågor oss en bild av männens kontakter med HBTQ-samhället.

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. Vi har valt att omvandla svaren till en 0–100-skala (se Djurfeldt et al., 2003). Förenklat innebär tillvägagångssättet att svaren på de olika frågorna överförs till en gemensam skala som varierar mellan noll och etthundra. 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 etthundra. Vad innebär ett högt eller lågt värde på skalan? Ett högt medelvärde betyder att männen har täta kontakter med HBTQ-samhället via den specifika arenan; ett lågt me-

¹ ANOVA, $F=7.57$, $p<.0001$.

² T-test, $t=-7.1$, $p<.0001$.

delvärde innebär det motsatta. Tumregeln är: ett högre medelvärde innebär att man där lättare når männen.

Tabell 6.3 Männens kontakter med HBTQ-samhället under de senaste 12 månaderna, Medelvärden på en 0 till 100-skala.

	<i>Haft ett större antal OAS-partner</i>	<i>Haft OAS där hivstatusen var okänd</i>	<i>Haft STI</i>
Tidningarna QX/Kom ut	58/27	43/17	61/26
RFSL/Andra organisationer	13/11	10/8	10/15
Pride/annat gayarrangemang	44/18	34/11	53/15
Gaybarer	48	36	52
Videoklubb/sauna/cruising	23/13/18	14/9/15	19/13/16
Qruiser	89	85	88
Total kontakt HBTQ-samhället	30	23	30

I tabell 6.3 kan vi se att de riskutsatta männen har haft rätt täta kontakter med HBTQ-samhället under de senaste tolv månaderna. Vi kan i tabellen se att QX förlag är en viktig aktör eftersom en stor andel av männen kan nås via tidningen QX samt internet-communityt Qruiser. Preventionssajten Sentry, som är länkad till Qruiser är därför en viktig arena för att nå de riskutsatta männen. Detta är särskilt lämpligt med tanke på att en relativt stor andel av just dessa män vill ha tillgång till information via internet. Ett annat tillfälle då man når en stor andel av dessa risktagande män är under olika pridedfestivaler. Insatser liknande den som genomförs av Stophiv-gruppen under Stockholm Pride är därför viktiga (se Knöfel Magnusson & Tikkanen, 2009).

Längst ner i tabell 6.3 kan vi se ett mått på männens totala kontakter med HBTQ-samhället.¹ Männen som vid det senaste sextillfället hade ett oskyddat samlag där hivstatusen var okänd har något mindre kontakter jämfört med de två andra grupperna, vilket visar att det är något svårare att nå dem via HBTQ-arenor.

¹ Viktigt att minnas är att en och samma person kan tillhöra samtliga tre grupper.

Utifrån skillnaderna i tabellen kan man få en fingervisning om vilka arenor man kan göra intensifierade insatser på för att nå riskutsatta män. Vi har redan konstaterat att HBTQ-medier, Quiser samt pridefestivaler är viktiga arenor. Vi kan i tabellen dessutom se att man genom gaybarer särskilt når de män som haft en STI och/eller som haft ett större antal OAS-partner. Den senare gruppen når man även i sexfrekventa miljöer, särskilt på videoklubbar.

Huvudsakliga resultat i kapitel sex

- De flesta kunskapsbehov ligger i stort sett på samma nivå som i den förra enkäten.
- Liksom i den förra enkäten är kunskapsbehoven som störst bland de yngsta männen.
- Bland de män som haft en STI och de män som haft oskyddade samlag med ett större antal partner finns ett något större kunskapsbehov om hur man berättar om sin hivstatus.
- De män som vid det senaste sextillfället hade ett oskyddat analt samlag där hivstatusen var okänd har generellt större kunskapsbehov jämfört med övriga män.
- Det finns ett stort kunskapsbehov om hur man kommunicerar om hivstatus bland hivpositiva män.
- Den största kunskapsluckan hos samtliga män i studien handlar om hur det är att leva med hiv.
- Männen som under de senaste tolv månaderna haft en STI efterfrågar i högre grad rådgivning samt samtalskontakt.
- Övriga män som har utsatt sig för sexuella risker efterfrågar i högre grad samtalsgrupper som rör sexualitet och hälsa.
- Ungefär nio av tio män har under det senaste året haft kontakt med det hivpreventiva arbetet. Mer än hälften har tagit emot gratis kondomer. En tredjedel har talat med en hivpreventör. De riskutsatta männen har lika omfattande kontakter med det hivpreventiva arbetet som övriga män.

7. SAMMANFATTANDE REFLEKTIONER

Vi har nu kommit till rapportens avslutande kapitel. I detta kapitel skall vi göra en översiktlig summering av vad som framkommit vid analysen av MSM-enkäten 2008.

MSM-enkäten 2008 visar i stort sett ett likadant resultat som MSM-enkäten 2006. I flera fall kan vi se att procentsatserna är exakt likadana. Detta talar för enkätens reliabilitet, trots att det gått två år mellan enkäterna.

Vid ungefär hälften av de sexuella mötena män emellan sker ett analt samlag. Vid drygt en fjärdedel av sexuella möten män emellan sker ett oskyddat samlag. Detta är en minskning med några procent sedan den förra enkäten. Vi kan också se att kondomanvändningen i stort sett ligger kvar på samma nivå som i den förra enkäten.

Vid hälften av de anala samlag som sker används kondom under hela samlaget. Kondombruket varierar stort mellan olika typer av partner. Vid hälften av de oskyddade anala samlagen sker ejakulationen utanför kroppen, ett så kallat avbrutet samlag. Denna typ av samlag är mer vanligt förekommande med någon som man inte känner sedan tidigare och handlar med all sannolikhet om en riskreducerande åtgärd.

Drygt hälften av männen har haft oskyddade anala samlag under den senaste tolv månadersperioden. Andelen är något större bland

de yngre. Andelen som haft oskyddade samlag har minskat jämfört med förra enkäten. Däremot finns det ingen skillnad när det gäller antalet partner man haft oskyddat samlag med.

Nio procent av männen har haft en STI under de senaste tolv månaderna. Vanligast förekommande är klamydia. Förekomsten av STI är större bland storstadsboende självidentifierade homosexuella män som under det senaste året har haft ett större antal manliga sexpartner. Förekomsten av STI är dessutom betydligt större bland hivpositiva män.

Männen som haft oskyddade samlag med ett större antal män under de senaste tolv månaderna är överrepresenterade bland dem som haft ett större antal sexpartner, bland hivpositiva, bland dem som är osäkra på sin hivstatus samt bland dem som haft en STI under de senaste tolv månaderna.

Tio procent av männen hade vid det senaste sextillfället ett oskyddat analt samlag där hivstatusen var okänd, vilket är en minskning jämfört med den förra enkäten. Männen som har erfarenhet av denna handling är något yngre, i högre grad singlar, har mindre erfarenheter av hivtest samt har haft ett större antal sexpartner under de senaste tolv månaderna.

Som vi tidigare nämnt finns det en viss överlappning när det gäller de tre specifika riskgrupperna som vi lyft fram i vår analys. De tre grupperna är ungefär lika stora till antalet, cirka 300 män. Den största överlappningen är mellan männen som haft ett större antal OAS-partner och männen som vid det senaste tillfället hade oskyddat analt samlag där hivstatusen var okänd; ungefär trettio procent av männen tillhör båda dessa grupper. Överlappningen mellan dem som haft en STI och övriga två grupper är mindre; tio procent har haft en STI och ett oskyddat samlag där hivstatusen var okänd och tjugo procent har haft ett större antal OAS-partner.

MSM-enkäten 2008 har visat att MSM i allmänhet och risktagande män i synnerhet har haft relativt täta kontakter med det

hivpreventiva arbetet under de senaste tolv månaderna. Detta talar för att det finns en möjlighet att nå männen med hälsofrämjande insatser. De risktagande männen uttrycker dessutom lika stora behov som övriga män när det gäller hivpreventiva insatser. Vi finner bland dessa män till och med en större efterfrågan på samtal kring sexualitet och risk, både enskilt och i grupp. En utmaning i det kommande arbetet är att matcha männens behov med lämpliga insatser. En sådan matchning kommer med all sannolikhet att leda till ett minskat sexuellt risktagande.

Det har i rapporten framkommit att det finns ett stort behov av preventiva insatser bland MSM i allmänhet och bland vissa risktagande män i synnerhet. Vi vet dessutom att det finns metoder som är effektiva och som lämpar sig mycket väl i det preventiva arbetet riktat till MSM i Sverige. För att det hälsofrämjande arbetet till syvende och sist skall bli effektivt måste vi som preventörer vara medvetna om de normer som inverkar på sexualiteten. Sexualiteten kan betraktas som en social konstruktion där skilda betydelser knyts till en och samma handling. Man kan på så sätt inte tala om *en* sexualitet utan snarare om sexualiteter i pluralis. Gayle Rubin (1984) menar att många är "omedvetna" om de normsystem som existerar i samhället. En följd av detta blir, enligt Rubin, en sexuell essentialism, där en viss typ av sexualitet (oftast den egna) framstår som naturlig och hälsosam och allt det som faller utanför upplevs som avvikande och farligt.

Mycket har hänt sedan Gayle Rubin skrev sin artikel i början av 1980-talet. Under de senaste decennierna har allt fler blivit mer medvetna om de normsystem som kringgärdar sexualiteten. Det hälsofrämjande arbetet gynnas av normkritik. Vår förhoppning är att resultaten från MSM-enkäterna, kombinerat med ett normkritiskt förhållningssätt, skall leda till en förbättrad hivprevention som på ett effektivt sätt möter männens behov.

8. ENGLISH SUMMARY

In this report the result from the MSM-Survey 2008 is presented. The first survey, the MSM-Survey 2006, was conducted in 2006 and the next is planned in 2012. The same questions (with a few exceptions) are used in both surveys.

The 2008 questionnaire was administered through the Swedish web site QX.se (<http://www.qx.se>), which is a web site primarily for lesbian, gay, bisexual, transgender and queer (LGBTQ) persons. One part of the web site is the Quiser community (<http://www.quiser.com>), which is the largest LGBTQ web community in the Nordic countries with over 100 000 members. At the time for the study, the Quiser community had 51 814 members (member accounts) who met the criteria for being included in the current study, i.e. being men, 15 years or older, and using Swedish as the preset language in the community. The data collection took place between the 28th of March and the 9th of April 2008. During this period of time, members who met the criteria for being included in the current study were exposed to random banner and pop-up advertisements asking them to participate in a study with a possibility to participate in a competition for travel vouchers if completing the whole questionnaire. Furthermore, the advertisements included the Malmö University logotype. In this 13-day period, approximately 50 percent of the members who met the criteria logged in at least once.

By clicking on the banner or pop-up advertisement, members were linked to a web site with a more detailed explanation of the study, its purpose, the questionnaire, the researchers and the ethical principles guiding the study. The ethical committee at Malmö University has ethically approved of the study. Participation was voluntary, anonymous, and restricted to those 15 years or older. A total of 7 591 members visited this information site; 2 289 (30 percent) were linked from the banners and 5 302 (70 percent) from the pop-ups, making pop-ups the most efficient way of recruitment regarding the number of respondents. Of the 7 591 who visited the information web page, 4 715 (62 percent), 876 respondents from the link and 3 839 from the pop-up, agreed to participate under the conditions mentioned above, and by clicking a button they were linked to the questionnaire which was physically located on a server owned and administered by the company Easyresearch, who were responsible for overseeing the data collection procedure and managing the technical aspects of running the questionnaire, including safety back-ups and data delivery to the researchers.

Of the 4 715 respondents who started to fill out the questionnaire, 163 questionnaires were removed due to the fact that the reported never to have had sex with a man and defining themselves as heterosexual. Another 204 respondents were removed because they had dropped out in the demographic section in the beginning of the questionnaire. 10 respondents were removed because they did not meet the age criteria. 65 respondents were judged as not being sincere due to inconsistencies in the way they had filled in the questionnaire. In total 442 respondents (9 percent) were removed by the researchers before the data analysis.

In the dataset we have 4 273 respondents who started to fill in the questionnaire and by question 79 (of 80) 562 respondents (13 percent) had dropped out. Compared to similar studies, this retention rate has to be considered as remarkably high. The high retention rate in the current study can possibly be explained by the fact that incentives were used (the possibility to win travel

vouchers) as well as the subject of the study might have motivated the men to participate and complete the questionnaire.

The questionnaire, administered in Swedish, comprised 80 questions in total, which was divided into four subsections. The first section included socio-demographic questions such as age, sexual orientation, education, occupation, residence, and nationality. It also included questions on the respondents' present relationship status and sexual behaviour within and/or outside the relation. The first subsection ended with a question whether the respondent had ever had sex with a man.

The second subsection focused on sexual behaviours, emphasizing that the respondents should refer to the latest sexual encounter with a man. Questions were asked about when the respondents had this encounter, where this encounter took place, who and how many were involved in this latest encounter, how they met, and sex partners' age. Furthermore, questions were asked about their sex partners' HIV-status, if they told them about their own HIV-status. Also questions were asked about what kind of sexual activities they engaged in on the latest encounter, about condom and lubrication use, and if they were under the influence of alcohol and/or drugs.

The third subsection focused on respondents' sexual behaviour and HIV/STI experience during the last 12 months, including questions about the number of male and female sex partners and if they have had intentional unprotected anal intercourse with a casual partner during the past 12 months. Furthermore, questions were asked about their HIV-status and if they had had any STIs, their HIV/STI testing habits, and about the actual testing situation (where they were tested and how the results were being followed up). Also, questions were asked about how many persons living with HIV they knew of, how many they have known who have died of AIDS, and if they knew of Post Exposure Prophylaxis. Section three ended with a set of attitude questions regarding HIV.

In section four two sets of questions were asked about the respondents' need for information and services with regard to HIV, STI, and safer sex. The final section comprised questions about the respondents' contact with HIV prevention interventions during the past 12 months, as well as involvement in the LGBTQ-community, online as well as offline, during the same time period. The questionnaire ended with a possibility for the respondents to comment on the study and to supply any additional information they thought might be of importance.

The age of the respondents ranged from 15 to 77 years and the mean age was 34.6 years (SD = 12.6). Compared with the general Internet population in Sweden, the age distribution was similar in the current study for respondents over 25 years, while respondents between 15 and 24 were underrepresented. Among the respondents, 71 percent identified themselves as homosexual, 19 percent identified themselves as bisexual, and 1.1 percent identified themselves as heterosexuals. Approximately two thirds of the respondents lived in one of the three largest cities in Sweden (Stockholm, Göteborg, Malmö).

The majority, eight out of ten, perceives their HIV-status as HIV-negative. One out of ten is unsure of his current status and three percent are HIV-positive. The HIV-prevalence rises to ten percent when looking at middle aged self-identified homosexual men residing in a metropolitan area.

Nine out of ten men know where to go if they want to get tested for HIV. There are fewer men under 25 who know where to get tested.

The majority of men over 25 have been tested for HIV. Among the youngest men only 50 percent have this experience. It is most common among the men to have taken the latest HIV and/or STI test at a clinic that is specialized on MSM. Most of these men have been offered additional services, such as counseling, in connection with their latest test. The offering of such additional services is less common at a non-specialized clinic.

More than half of the respondents in the MSM-Survey 2008 want access to rapid HIV-testing.

About half of the men have never been tested for a STI. Nine percent have had a STI during the past 12 months. The most common STI among the men is Chlamydia. STI is more common among self-identified homosexual men residing in a metropolitan area who have had many male sex partners during the past 12 months.

The incidence of STI is much higher among HIV-positive men.

Anal intercourse is practiced in approximately half of the sexual encounters that take place between the men. Condoms are consistently used during half of these anal intercourses.

About 50 percent of the men in the study have had unprotected anal intercourse during the past 12 months. Ten percent of the men have had so with four different men or more. This is more common among those who have a large number of sex partners, who are HIV-positive or unsure of their HIV-status and among those who have had a STI during the past 12 months.

Ten percent of the men had an unprotected anal intercourse during the latest sexual encounter where the HIV status of the sex partner (or the respondent) was unknown. These men are more likely to be younger, single, to have less experience of HIV-testing, and to have had a large number of sex partners during the past 12 months.

Half of the men in study live in a committed relationship. Approximately two out of ten use condoms consistently when having anal intercourse with their partner. Two out of ten have had unprotected anal intercourse outside the relationship during the past 12 months.

Most of the men in the study have had contact with HIV-prevention during the past 12 months. There are, however, still

some preventive needs that has to be met with accurate interventions. For example, the men who have experience of sexual risk taking want access to interventions that improve their skills in communication about HIV-status.

REFERENSER

- Branson, B.M., Handsfield, H.H., Lampe, M.A., Janssen, R.S., Taylor, A.W., Lyss, S.B., Clark, J.E. (2006) *Revised Recommendations for HIV Testing of Adults, Adolescents, and Pregnant Women in Health-Care Settings*. MMWR Recommendations and Reports, 22 september 2006.
- Brenner, B.G., Roger, M., Routy, J.P., Moisi, D., Ntemgwa, M., Matte, C., Baril, J.G., Thomas, R., Rouleau, D., Bruneau, J., Leblanc, R., Legault, M., Tremblay, C., Charest, H., Wainberg, M.A. (2007) High rates of forward transmission events after acute/early HIV-1 infection. *Journal of Infectious Diseases*, 195, s. 951–9.
- Catania, J., Turner, H., Pierce, R.C. et al. (1993) Response Bias in Surveys of AIDS-Related Sexual Behavior. Publicerad i *Methodological Issues in AIDS Behavioral Research* Ostrow, D.G., Kessler, R.C. (red.). New York: Plenum Press.
- Cowan, S.A., Haff, J. (2008) HIV and risk behaviour among men who have sex with men in Denmark – the 2006 Sex Life Survey. *Euro Surveillance*, vol 13 issue 48.
- Cullberg, M., Karlsson, A., Bratt, G., Pettersson, F. (2009) Klamydia i ändtarm och svalg vanlig bland män som har sex med män. *Läkartidningen*, vol 106, nr 1-2, s. 24–27.
- Djurfeldt, G., Larsson, R. & Stjärnhagen, O. (2003) *Statistisk verktyglåda – 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. *Sexually Transmitted Infections*, 80, s. 236–240.
- 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.

- Dukers, N.H., Fennema, H.S., van der Snoek, E.M., Krol, A., Geskus, R.B., Pospiech, M., Jurriaans, S., van der Meijden, W.I., Coutinho, R.A., Prins, M. (2007) HIV incidence and HIV testing behavior in men who have sex with men: using three incidence sources, The Netherlands, 1984-2005. *AIDS*, 21(4), s. 491–9.
- 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, L.E. & Nilsson Schönnesson, L. (2009) *Sjuksköterskeledd öppen mottagning för strukturerad HIV-rådgivning och snabbtest*. Projektrapport. Venhälsan Södersjukhuset/Karolinska institutet.
- FHI (2005) *Homosexuellas, bisexuellas och transpersoners hälsosituation. Åtterrapporering av regeringsuppdrag att undersöka och analysera hälsosituationen bland hbt-personer*. Statens folkhälsoinstitut, rapport A 2005:19.
- 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.
- Knöfel Magnusson, A. & Tikkanen, R. (2009) *Stop HIV! Erfarenheter av kampanjsamverkan och onsitetestning riktad till män som har sex med män*. FOU-rapport. LAFA 1:2009.
- Lewin, B., Fugl-Meyer, K., Helmius, G., Lalos, A., Månsson, S.-A. (1998) *Sex i Sverige – om sexuallivet i Sverige 1996*. Folkhälsoinstitutet.
- 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.
- Rees, R., Kavanagh, J., Burchett, H. et al. (2004) *HIV Health promotion and men who have sex with men (MSM): A systematic 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.
- Roark, R., Webster, R., Darrow, W., Stempel, R. (2005) HIV Testing Among Men Who Have Sex With Men: How Often Should One Test? *Journal of Public Health Management and Practice*, vol 11, s. 18–24.
- Rubin, G. (1984) Thinking Sex: Notes for a Radical Theory of the Politics of Sexuality. I Vance (red.), *Pleasure and Danger*. New York: Routledge.
- SCB (2006) *Ohälsa och sjukvård 1980–2005. Levnadsförhållanden rapport 113*. Statistiska centralbyrån.
- Socialstyrelsen (2005) *Rekommendationer för profylax mot hepatit B – Profylax med vaccin och immunoglobulin - före och efter exposition*.

- Tai, E., Sanchez, T., Lansky, A., Mahle, K., Heffelfinger, J., Workowski, K. (2008) Self-reported syphilis and gonorrhoea testing among men who have sex with men: national HIV behavioural surveillance system, 2003-5. *Sexually Transmitted Infections*, 84(6), s. 478–82.
- 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 riktad till män som har sex med män. En sammanfattning och diskussion utifrån sex internationella kunskapsöversikter*. Socialstyrelsen. www.socialstyrelsen.se/publicerat
- Tikkanen, R. (2008) *Person, relation och situation. Riskhandlingar, hivtest och preventiva behov bland män som har sex med män*. FoU-rapport 2008:1. Malmö högskola, Hälsa och samhälle.
- Tikkanen, R. & Månsson, S.-A. (1999) *Förhandlad säkerhet och kalkylerade risker*. Göteborgs universitet: Institutionen för socialt arbete. Skriftserien.
- Wawer, M.J., Gray, R.H., Sewankambo, N.K., Serwadda, D., Li, X., Laeyendecker, O., Kiwanuka, N., Kigozi, G., Kiddugavu, M., Lutalo, T., Nalugoda, F., Wabwire-Mangen, F., Meehan, M.P., Quinn, T.C. (2005) Rates of HIV-1 transmission per coital act, by stage of HIV-1 infection, in Rakai, Uganda. *Journal of Infectious Diseases*, 191, s. 1403-9.
- Weatherburn, P., Hickson, F., Reid, D., Jessup, K., Hammond, G. (2008) Multiple chances. Findings from the United Kingdom Gay Men's Sex Survey 2006. Sigma Research Publications. www.sigmaresearch.org.uk
- Weeks, J., Heaphy, B. & Donovan, C. (2001) *Same Sex Intimicities: Families of Choice and other Life Experiments*. London: Routledge.
- Williamson, L.M. & Hart, G.J. (2007). HIV prevalence and undiagnosed infection among a community sample of gay men in Scotland. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 45, s. 224–230.
- 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.
- Younge, S., Salazar, L., Crosby, R., DiClemente, R., Wingood, G. & Rose, E. (2008) Condom use at last sex as a proxy for other measures of condom use: is it good enough? *Adolescence*, 43, s. 927-31.

ENKÄT

1. **Var bor du?** () Stockholmsområdet (inklusive kranskommuner) () Göteborgsområdet (inklusive kranskommuner) () Malmöområdet (inklusive kranskommuner) () Annan svensk stad eller större ort () Mindre svensk ort (under 10.000 invånare) eller svensk landsbygd () Norge, Danmark, Finland () Land utanför Norden () Svårt att precisera bostadsort
2. **Vilket län?** De 21 svenska länen som svarsalternativ.
3. **Vad har du för utbildning?** (tänk på den högsta utbildning som du slutfört) () Inte slutfört grundskola/obligatorisk skola () Grundskola/endast obligatorisk skola () Gymnasieskola eller motsvarande () Universitets- eller högskolekurs/examen () Annan utbildning:
4. **Vad har du för närvarande för huvudsaklig sysselsättning?** () Hel- eller deltidsarbete () Studerande () Arbetslös/arbetsökande () Långtidssjukskriven på hel- eller deltid () Sjukpensionär/förtidspensionär () Ålderspensionär () Annan sysselsättning:
5. **Hur gammal är du?** ____
6. **Är du född utomlands?** () Ja () Nej
7. **Var är du född?** (Meny med regioner)
8. **Hur många år har du bott i Sverige?** (ungefärligt antal år) ____
9. **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
10. **Betraktar du dig idag som:** () Homosexuell () Bisexuell () Heterosexuell () Queer () Experimentell () Vet inte () Annat:
11. **Lever du i en relation?** () Ja, med en man () Ja, med en kvinna –till fråga 17 () Ja, med flera personer () Nej
12. **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:
13. **Har du sexuella kontakter utanför er relation?** (här kan du kryssa i flera svarsalternativ) () Ja, tillfälliga partners () Ja, knullkompis/ar eller älskare/älskarinna () Nej
14. **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
15. **Har du någon gång haft sex med en man?** () Ja () Nej
16. **När hade du senast sex med en man?** (gör en uppskattning om du är osäker) () Under de senaste två veckorna () 2-4 veckor tillbaka () 1-6 månader tillbaka () 7-12 månader tillbaka () Mer än 12 månader tillbaka () Minns inte
17. **Var hade du sex vid det senaste tillfället?** () Hemma hos dig eller sexpartnern () Bastuklubb () Videoklubb/sexbio () Ragningsplats (t.ex. park, badplats, toalett eller badhus) () Annan plats:
18. **Var hade du sex vid det senaste tillfället?** () Sverige () Annat nordiskt land () Annat europeiskt land () Någon annanstans i världen
19. **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
20. **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:
21. **Hur gammal var han du sex med vid detta senaste tillfälle?** (uppskatta åldern om du är osäker; hade du sex med fler än en person väljer du att beskriva en av männen)
22. **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 gaystuderenter) () Bastuklubb () Videoklubb/sexbio () Privat fest eller genom vänner () Ragningsplats (t.ex. park, badplats, toalett eller badhus) () Arbetsplats/skola () Annat sätt:
23. **Kände du till hans hivstatus innan ni hade sex** (om han var hivnegativ eller hivpositiv)? () Ja () Nej – slussat till fråga 28 () Minns inte
24. **Vad var hans hivstatus (som du kände till den)?** () Hivnegativ (hade inte hiv) () Hivpositiv (hade hiv)
25. **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):

26. Kände han till din hivstatus innan ni hade sex? () Ja () Nej () Minns inte
27. 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):
28. Vad gjorde ni sexuellt? (här kan du kryssa i flera svarsalternativ) () Analt samlag () Oralt samlag () Runksex () Slickade anal (rimming) () Blev slickad anal (rimming) () Fistade () Blev fistad () Använde sexleksaker anal (t.ex. dildo/löspenis/buttplug) () Annat:
29. Blev du påsatt av honom (penetrerad anal)? () Ja () Nej () Minns inte
30. Använde ni kondom när du blev påsatt? () Ja, hela tiden () Ja, men inte hela tiden () Nej () Vet inte/minns inte
31. Fick du hans sperma i dig anal när du blev påsatt (utan kondom)? () Ja () Nej () Vet inte/minns inte
32. Satte du på (penetrerade honom anal)? () Ja () Nej () Vet inte/minns inte
33. Använde ni kondom när du satte på honom? () Ja, hela tiden () Ja, men inte hela tiden () Nej () Minns inte
34. Kom du i honom när du satte på (sprutade sperma i hans anal utan kondom)? () Ja () Nej () Minns inte
35. Använde ni vatten- eller silikonbaserat glidmedel då ni hade anal samlag? () Ja () Nej () Hade inte anal samlag () Vet inte/minns inte
36. Gick kondomen sönder när ni hade anal samlag? () Ja () Nej () Vi använde inte kondom då vi hade anal samlag () Vi hade inte anal samlag () Vet inte/minns inte
37. Tog du sperma i munnen? () Ja () Nej () Vet inte/minns inte
38. Sprutade du sperma i hans mun? () Ja () Nej () Vet inte/minns inte
39. Hade du druckit alkohol innan du hade sex? () Ja () Nej ()
40. 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
41. Hade du tagit någon annan drog (inkl poppers) i samband med att du hade sex? () Ja () Nej () Vet inte/minns inte
42. Vilken drog? (här kan du kryssa i flera svarsalternativ) () Poppers () Cannabis (hasch, marijuana) () Amfetamin () Kokain () GHB () Ecstasy () LSD () Heroin () Annat:
43. 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
44. Hur många män har du haft sex med de senaste 12 månaderna? (gör en uppskattning om du är osäker på det exakta antalet) _____ män
45. Hur många kvinnor har du haft sex med de senaste 12 månaderna? (gör en uppskattning om du är osäker på det exakta antalet) _____ kvinnor
46. 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
47. Har du under de senaste 12 månaderna medvetet SÖKT efter någon på internet att ha oskyddat anal samlag med? () Ja () Nej
48. 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
49. Vet du vart du skall vända dig för att ta ett hivtest? () Ja () Nej
50. Vad är din uppfattning om din hivstatus? () Jag har *inte* hiv (är hivnegativ) () Jag har hiv (är hivpositiv) () Osäker/vet inte
51. Har du hivtestat dig någon gång? () Ja () Nej () Minns inte
52. Hur många gånger har du hivtestat dig? (gör en uppskattning om du är osäker på det exakta antalet) _____
53. När fick du senast svar på ett hivtest? () Mindre än 6 månader sedan () 6-12 månader sedan () 1 till 2 år sedan () 2-5 år sedan () Mer än 5 år sedan
54. 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)
55. Fick du vid detta senaste hivtest möjlighet till nedanstående? (här kan du kryssa i flera svarsalternativ) () Samtal/rådgivning vid testtillfället () Återbesök för provsvar () Samtal/rådgivning vid provsvar () Erbjudande om test av andra könssjukdomar () Erbjudande om vaccination mot hepatit (gulsot) () Erbjudande om fortsatt samtalskontakt

56. Har du vaccinerat dig mot hepatit (gulsot)? () Ja, hepatit A () Ja, hepatit B () Ja, både hepatit A och B () Nej () Vet inte/minns inte
57. Har du någon gång testat dig (eller fått behandling) för en annan könssjukdom än hiv (t.ex. gonorré, klamydia, syfilis, kondyлом eller könsherpes)? () Ja () Nej () Minns inte
58. Var testade du dig senast (eller fick behandling) för en annan könssjukdom än hiv (t.ex. gonorré, klamydia, syfilis, kondyлом 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
59. 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
60. 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 () Kondyлом (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
61. Har du någon gång under de senaste 12 månaderna talat om hiv, STI eller säkrare sex med någon som arbetar med hivprevention eller hivtest? () Ja, flera gånger () Ja, någon gång () Nej
62. Har du någon gång under de senaste 12 månaderna fått gratis kondomer (t.ex. från kondomutdelare eller då du testat dig)? () Ja, flera gånger () Ja, någon gång () Nej
63. Har du någon gång under de senaste 12 månaderna besökt en internetsida som berör hiv, STI eller säkrare sex (t.ex. www.sentry.nu eller rfs.l.se/halsa) ? () Ja, flera gånger () Ja, någon gång () Nej
64. Har du någon gång under de senaste 12 månaderna läst en broschyr eller annan tryckt information som berör hiv, STI eller säkrare sex (t.ex. www.sentry.nu eller rfs.l.se/halsa) ? () Ja, flera gånger () Ja, någon gång () Nej
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. 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
68. 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
69. 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
70. 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 raggas (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 hanterar homofobi i vardagen () Hur man berättar för andra att man är homo- eller bisexuell () Hur man berättar för en sexpartner om sin hivstatus () Hur man frågar en sexpartner om hans/hennes hivstatus () Annat:
71. Vilka tjänster vill du ha tillgång till? (här kan du kryssa i flera svarsalternativ)() Broschyror 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 () snabbtest för hiv (provsvar samma dag) () 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 platser där män som har sex med män träffas () Glidmedelsutdelning på platser där män som har sex med män träffas () Samtalskontakt med kura-

tor om sexualitet och hälsa () Samtalsgrupp som behandlar frågor/problem kring sexualitet och hälsa () Annat:

72. 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

73. 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

74. 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

75. 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

76. Hur ofta är du inloggad på Qruiser? () I stort sett varje dag () Några gånger per vecka () Några gånger per månad () Inte alls

77. 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


78. Hur många män i din vänskapskrets är homo- eller bisexuella? () Ingen () Några () Ganska många () Många () I stort sett alla

79. 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.

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 Östman, M. red. 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.
- 2008:1 Tikkanen, R. Person, relation och situation. Riskhandlingar, hivstesterfarenheter och preventiva behov bland män som har sex med män.
- 2008:2 Östman, M. och Afzelius, M. Barnombud i psykiatri – i vems intresse?
- 2008:3 Andersson, F. och Mellgren, C. Processutvärdering av "Trygga gatan". Ett projekt för minskad brottslighet och ökad trygghet i nöjeslivsmiljö.
- 2008:4 Östman, M. red. Migration och psykisk ohälsa.
- 2008:5 Berglund, S. Competing Everyday Discourses – And the Construction of Heterosexual Risk-taking Behaviour among Adolescents in Nicaragua: Towards a Strategy for Sexual and Reproductive Health Empowerment.
- 2008:6 Björngren Cuadra, C. Variationens spektrum – en studie av sensibilitet, tillit och vårdetik i hemsjukvård.
- 2008:7 Mallander, O. Nära Vänskap? En analys av kontaktperson enligt LSS.
- 2009:1 Hamit-Eminovski, J. Interactions of Biopolymers at Biological Interfaces – Examples from Saliva and Bacterial Surfaces. (Licentiatavhandling)
- 2009:2 Andersson, O. Hållplats 8. En social intervention för unga kriminella i stadsdelen Rosengård, Malmö stad.
- 2009:3 Johndotter, S. Discrimination of certain ethnic groups? Ethical aspects of the implementation of FGM legislation in Sweden.
- 2009:4 Danielsson, M. Transpersona non grata. Den ogiltigförklarade livserfarenheten.
- 2009:5 Eriksson-Sjöo, T. och Ekblad, S. Stress, sömn och livskvalitet – en studie bland flyktingar i SFI-utbildning, lärare och handläggare i Fosie stadsdel, Malmö.
- 2010:1 Gregersen, P. Utopia - utopier som pedagogiskt medel, och deras användning inom akademiskt lärande och kritiskt tänkande.
- 2010:2 Scaramuzzino, R., Heule, C., Johansson, H. och Meeuwisse, A. EU och den ideella sektorn – En studie av det svenska Equalprogrammet.
- 2010:3 Björngren Cuadra, C. Kartläggning av preventiva hiv/STI-insatser i Skåne ur ett migrationsperspektiv - AAAQ och grundad tillgänglighet.

Publikationen finns även elektroniskt,
se www.mah.se/muep



Rapporten innehåller en presentation av resultat från MSM-enkäten 2008. Syftet med MSM-enkäten är att kartlägga sexuella beteenden, hivtestningsvanor, kunskapsbehov samt behov av hiv/STIpreventiva insatser bland män som har sex med andra män. Resultatet från enkäten utgör ett underlag för utformandet av en uppdaterad hivprevention.

Ronny Tikkanen är filosofie doktor i socialt arbete och verksam som forskare vid Göteborgs universitet och Malmö högskola inom ramen för forskningsprogrammet Kön, sexualitet och socialt arbete. Förutom frågor som berör hivprevention har han även ägnat sig åt internetforskning samt studerat vad som sker när anställda inom människovårdande organisationer för fram kritik om missförhållanden på arbetsplatsen.

ISBN/ISSN 978-91-7104-240-8/1650-2337

MALMÖ HÖGSKOLA
205 06 MALMÖ, SWEDEN
WWW.MAH.SE