

# **Sexlivsundersøgelsen 2010**

**Danske resultater af den europæiske  
sexlivsundersøgelse EMIS**

**Hiv og sex**

**blandt mænd, der har sex med mænd.**

**Baggrund, fremgangsmåde og danske resultater  
af spørgeskemaundersøgelsen EMIS (European  
MSM Internet Survey) i 2010.**

---

**Jakob Haff og Susan Cowan**

**STOP AIDS – Bøssernes hiv-organisation &  
Epidemiologisk afdeling, Statens Serum Institut  
September 2012**

## Forord

Sexlivsundersøgelsen 2010 handler om hiv og sex mellem mænd.

Data stammer fra EMIS – The European MSM Internet Survey, som er det største internationale studie der hidtil er foretaget blandt mænd der har sex med mænd. Undersøgelsen gennemførtes via et spørgeskema på internettet i sommeren 2010, og der indkom besvarelser fra flere end 180.000 mænd i 38 europæiske lande.

Rapporten her behandler danske data. I kapitel 5 findes resultaterne, og der sammenlignes med de tidligere danske Sexlivsundersøgelser, men rapporteres også resultater som er særlige for 2010 (fra afsnit 5.6 og frem).

Undertegnede har fra dansk side deltaget i EMIS-projektet som repræsentanter for henholdsvis STOP AIDS og Statens Serum Institut, som ligeledes har stået bag de hidtidige Sexlivsundersøgelser, der er gennemført siden 2000.

Vi håber at rapporten vil finde anvendelse blandt alle som arbejder med og interesserer sig for forebyggelse og overvågning af hiv blandt mænd der har sex med mænd i Danmark, og at dens resultater vil komme den berørte gruppe til gavn.

Tak til Klaus Legau, Ole Møller Markussen, Francois Pichon og Per Slaaen Kaye fra STOP AIDS for at give kommentarer til rapporten. Også tak til overlæge, dr. med. Kåre Mølbak fra SSI for kritisk gennemlæsning.

Tak til AIDS-Fondet, som har ydet økonomisk støtte til rapportens udarbejdelse. Tak til vore europæiske kolleger for et godt samarbejde og inspirerende sparring.

Og tak til de mange mænd som har besvaret spørgeskemaet.

Jakob Haff og Susan Cowan

*Jakob Haff er kultursociolog, cand.mag. Han har arbejdet med hiv-forebyggelse blandt mænd der har sex med mænd siden 1991 og har deltaget i tilrettelæggelsen og bearbejdningen af de hidtidige sexlivsundersøgelser.*

*Susan Cowan er afdelingslæge i Infektions-epidemiologisk afdeling på Statens Serum Institut, og har ansvaret for den nationale overvågning af hiv og aids i Danmark.*

# Indhold

<b>1 Formål og baggrund</b>	5
1.1 Undersøgelsens formål	5
1.2 Baggrund for undersøgelsen	5
1.3 Tidligere undersøgelser	6
<b>2 Metode</b>	8
2.1 Generaliserbarhed og gyldighed	8
2.2 Dataanalyse	9
2.3 Metodeproblem vedrørende hiv-status	10
<b>3 Fremgangsmåde</b>	14
3.1 Udformning af spørgeskemaet	14
3.2 Indsamling af spørgeskemaer	15
3.3 Inklusionskriterier	16
<b>4 Beskrivelse af respondentgruppen</b>	18
4.1 Alder	18
4.2 Uddannelsesniveau	18
4.3 Bopæl	19
4.4 Homo-/biseksuel adfærd	19
4.5 Hiv-status	19
4.6 Etnicitet	20
4.7 Udvikling i respondenternes sammensætning	21
4.7.1 Konklusion	22
<b>5 Undersøgelsens resultater</b>	23
5.1 Seksuel adfærd	23
5.1.1 Analsex og antal analsexpartnere	23
5.1.2 Ubeskyttet analsex	25
5.2 Usikker sex	26
5.2.1 Omfanget af usikker sex	26
5.2.2 Determinanter for usikker sex	27
5.3 Opsamling på sexadfærd, usikker sex og udviklingen siden 2009	31
5.4 Hiv-behandling	33

---

5.5 Virustal	34
5.6 Test-adfærd	34
5.6.1 Teststeder og kvalitet	35
5.7 Kondom-problemer	37
5.8 Købesex	39
5.9 Sex i udlandet	39
5.10 Viden og information	40
5.11 PEP (post exposure profylakse)	42
5.12 Reduceret smitsomhed	43
5.13 Stigmatisering af hiv-smittede	44
<b>6 Resume og perspektiver</b>	<b>45</b>
<b>7 English Summary</b>	<b>49</b>
Bilag:	
Ordforklaring	
Litteraturliste	

# 1 Formål og baggrund

## 1.1 Undersøgelsens formål

Undersøgelsens formål er, gennem forøget viden og indsigt i risikofaktorer og risikoadfærd, at styrke forebyggelsen af hiv blandt mænd der har sex med mænd, samt at bidrage til overvågningen af epidemiens udvikling i denne gruppe.

## 1.2 Baggrund for undersøgelsen

Denne rapport præsenterer resultater af den danske del af EMIS – The European MSM Internet Survey. Vi har valgt at kalde den "Sexlivsundersøgelsen 2010" fordi rapporten er tilrettelagt sådan at den i vidt omfang relaterer resultaterne til de foregående danske undersøgelser.

EMIS er et flerårigt, europæisk forskningsprojekt, som påbegyndtes i 2009. Projektet er finansieret af blandt andre EU-kommissionen samt en række nationale bidragydere blandt sundhedsmyndigheder og deltagende forskningscentre i blandt andet de fem ledende lande (associated partners).

Se fuldstændige beskrivelser af projektet på [www.emis-project.eu](http://www.emis-project.eu).

Projektet styres af fem ledende europæiske hiv-forskningscentre (associated partners):

Tyskland: Robert Koch Institute (RKI)

Italien: Regione del Veneto

Holland: University College Maastricht (UCM)

Spanien: Catalan Centre for Epidemiologic Studies on AIDS and STIs (CEEISCat)

England: Sigma Research (London School of Hygiene and Tropical Medicine)

Disse forskningscentre er blandt andet ansvarlige for projektets ledelse, herunder den videnskabelige ledelse, samt udarbejdelse og publicering af fælles-europæiske analyser af undersøgelsens resultater.

Siden indsamlingen af spørgeskemaer i 2010 er der blandt andet udgivet to mindre "community reports" om fælles europæiske resultater, som er oversat til dansk og kan læses på EMIS' hjemmeside. Nationale rapporter (inklusive nærværende rapport) kan ligeledes findes her: [www.emis-project.eu](http://www.emis-project.eu).

Den endelige fælles-europæiske rapport forventes publiceret i november 2012.

EMIS har etableret et netværk af flere end 80 partnere blandt sundhedsmyndigheder, forskningscentre og ngo'er i 35 europæiske lande. For Danmark har Statens Serum Institut (SSI) ved Susan Cowan deltaget som national partner, mens STOP AIDS ved Jakob Haff har deltaget som ngo-partner.

EMIS kan således siges at være en fælles-europæisk udgave af de Sexlivsundersøgelser som SSI og STOP AIDS har foretaget på dansk niveau siden 2000. EMIS har skabt et enestående, internationalt fællesskab af forskere, ngo'er og sundhedsmyndigheder med fokus på MSM og hiv. Projektet har forenet en lang række partnere, som for en dels vedkommende, hver især gennem mange år har gennemført adfærdsundersøgelser blandt MSM efter samme principper som de danske Sexlivsundersøgelser.

Baggrunden for såvel de danske undersøgelser som EMIS er at MSM, i Danmark og på europæisk plan, udgør en særlig risikogruppe med særlig høj prævalens og incidens af hiv.

### **1.3 Tidligere undersøgelser**

Statens Serum Institut og STOP AIDS har tidligere gennemført fem kvantitative Sexlivsundersøgelser samt en kvalitativ undersøgelse.

De kvantitative undersøgelser er udført i 2000, 2001, 2002, 2006 og 2009. Den kvalitative undersøgelse blev udført i 2003.

De fem danske kvantitative undersøgelser har været tilrettelagt efter ensartede principper, og med gentagelse af en del spørgsmål for at muliggøre sammenligninger fra år til år. EMIS har været tilrettelagt efter principper svarende til de danske på det overordnede plan (for eksempel angående formål, forskningsinteresse (emner),

sampling og rekruttering) og i vid udstrækning også med hensyn til formuleringen af spørgsmålene.

I årene 2000, 2001, 2002, 2006 og 2009 resulterede indsamlingerne i henholdsvis 1.745, 1.469, 1.538, 3.141 og 1.310 brugbare svar, som indgik i analyserne.

Resultaterne af undersøgelserne er publiceret via SSI's hjemmeside, STOP AIDS' nyhedsbrev og hjemmeside, artikler i homoseksuelle medier, anden PR i MSM-/hiv-miljøer og presseomtale i almene medier samt via udførlige trykte rapporter. Der er publiceret videnskabeligt i tidsskrifter og i forbindelse med internationale konferencer. Se litteraturlisten og links bagest i rapporten.

## 2 Metode

### 2.1 Generaliserbarhed og gyldighed

Dette er ikke en repræsentativ undersøgelse. Det ville principielt forudsætte at man kendte omfanget og sammensætningen af baggrundspopulationen (alle mænd der har sex med mænd i Danmark) og dermed kunne sikre en repræsentativ udvælgelse af respondenter, hvilket ikke er tilfældet. Blandt andet på grund af at homoseksuel adfærd til dels er stigmatiseret og at en del MSM skjuler deres seksuelle interesse i mænd, er det fortsat udelukket at opnå kontakt med og respons fra enhver MSM i Danmark og således foretage en virkelig repræsentativ undersøgelse i denne gruppe. I undersøgelsen her er endvidere valgt en afgrænsning som udelukkende er baseret på adfærd og ikke på identitet/selvopfattelse, og som desuden kræver at personen har været homoseksuel aktiv inden for de seneste 12 måneder. Undersøgelsen kan af den grund heller ikke siges at dække alle mænd med homoseksuelle lyster (eller selvopfattelse) i Danmark.

Til gengæld er den valgte afgrænsning hensigtsmæssig fordi den tjener til belysning af den adfærd som er relevant for spredningen af hiv. Det er den omstændighed at en mand har sex med andre mænd som så at sige gør ham interessant både epidemiologisk og forebyggelsesmæssigt - og så er det mindre relevant hvordan han opfatter sin seksuelle identitet.

Det er ikke muligt at udregne en besvarelsesprocent eller at beregne og undersøge frafaldet eftersom skemaet er lagt til fri afbenyttelse på internettet, hvilket gør det umuligt at beregne brutto-modtagerantal og frafald.

Den manglende viden om baggrundspopulationen og de manglende muligheder for at udforske frafaldet betyder at man ikke kan vide hvor skævt sammensat respondentgruppen her er i forhold til baggrundspopulationen, ligesom man heller ikke kan udtale sig om i hvor høj grad undersøgelsen måtte være repræsentativ.

Som det fremgår, kan resultaterne i denne undersøgelse ikke ukritisk tolkes som udtryk for viden, adfærd med videre blandt alle mænd der har sex med mænd i Danmark.



Det at rekruttere respondenter til MSM-/hiv-adfærdsundersøgelser via MSM-orienterede medier, træffesteder m.v. ("convenience sampling", som de tidligere danske Sexlivsundersøgelser såvel som EMIS har anvendt) er langt den mest gængse metode til at udføre hiv-adfærds- og -overvågningsstudier blandt MSM i Europa. Det er den metode de fleste europæiske forskningscentre gennem hiv-epidemiens tre årtier har benyttet. Dette fremgår af et større studie foretaget af ECDC i 2009 (se Elford, henvisning i litteraturlisten bagest i rapporten).

Trods de nævnte begrænsninger er det værd at understrege at undersøgelser af denne type, skønt de ikke er repræsentative, må antages at belyse adfærden hos en væsentlig del af den samlede MSM-gruppe, nemlig de seksuelt meget aktive.

## 2.2 Dataanalyse

Data i undersøgelsen stammer fra EMIS-undersøgelsen, som blev gennemført i en række europæiske lande i sommeren 2010. Rapporten behandler kun danske data, hvilket defineres som data fra mænd som bor i Danmark. Se også afsnit 3.3. om inklusionskriterier.

I de hidtidige Sexlivsundersøgelser er det tilstræbt at spørge ensartet for at muliggøre sammenligninger mellem årene. Skønt EMIS i sin tematik og måde at formulere de enkelte spørgsmål på, i vid udstrækning har lignet de danske undersøgelser, er der langt fra fuldkommen overensstemmelse. Nogle spørgsmål har haft en formulering helt identisk med de tidligere danske, mens andre har været anderledes. Endvidere bestod EMIS-spørgeskemaet af mange flere spørgsmål end de tidligere danske, ofte flere spørgsmål om et emne som for eksempel kun belystes med et enkelt spørgsmål i de danske undersøgelser.

Det har været et styrende princip for vores dataanalyse at skabe størst mulig sammenlignelighed mellem EMIS-dataene og de tidligere danske data, navnlig fra 2009-undersøgelsen. Vi har i en del tilfælde opnået dette ved at konstruere nye variable eller omklassificere svarene. (Et særligt problem knytter sig til det at fastslå respondentens hiv-status, se afsnit 2.3 nedenfor). I nogle tilfælde stammer data som i de danske Sexlivsundersøgelser kom fra et enkelt spørgsmål, fra flere forskellige EMIS-spørgsmål.

Hvor vi i de tidligere rapporter løbende har citeret de spørgsmål de forskellige resultater stammer fra, er dette på grund af omfanget (nogle variable bygger på data fra adskillige EMIS-spørgsmål) ikke muligt i nærværende rapport.

Alle de sammenhænge som er beskrevet i rapporten, er statistisk signifikante med mindre andet er angivet. Signifikansniveauet er 5% hvilket er et gængs niveau i lignende undersøgelser. Det udtrykkes som en p-værdi, som skal være mindre end 0,05 for at sammenhængen anses for at være signifikant. Det betyder at der er mindre end 5% risiko for at den fundne sammenhæng skyldes tilfældigheder. P-værdien er typisk angivet under den pågældende tabel (for eksempel:  $p=0,01$ ).

Der er udført chi<sup>2</sup>-test ved alle sammenhænge. Desuden er logistisk analyse (logistisk regression) anvendt enkelte steder hvor en dikotom sammenhæng ønskes belyst i forhold til hvilke variable der har selvstændig forklaringskraft, og hvilke der er påvirket af andre variable, såkaldte confoundere (der er for eksempel anvendt logistisk analyse vedrørende usikker sex, se afsnit 5.2).

Samtidig er det vigtigt at bemærke at de fundne sammenhænge er såkaldte statistiske korrelationer. De statistiske analyser siger ikke noget om hvorvidt der er tale om årsagssammenhænge.

## 2.3 Metodeproblem vedrørende hiv-status

Som nævnt i afsnit 2.2 er der i EMIS stillet spørgsmål, som i deres udformning ikke har været identiske med de tilsvarende spørgsmål i de tidligere danske undersøgelser. Et helt særligt problem består i at der er spurgt til respondentens hiv-status på forskellige måder.

I Sexlivsundersøgelsen har vi i 2009 (og i årene før) spurgt: "Er du hiv-smittet?", med mulighed for at svare "ja", "nej" eller "ved ikke" (altså hiv-positiv, hiv-negativ eller ukendt hiv-status).

I EMIS blev respondenterne spurgt: "Hvad tror du din nuværende hiv-status er?". Der var ikke tre, men fem svarmuligheder, se tabel 2.3.1.

**Tabel 2.3.1: Respondenter fordelt på hiv-status, fem svarmuligheder**

	<b>Antal</b>
Helt sikkert negativ (jeg har ikke hiv)	969
Formentlig negativ	474
Ikke sikker/ved ikke	33
Formentlig positiv	6
Helt sikkert positiv (jeg har hiv)	147
I alt	1.629
Ubesvaret	7

For at kunne sammenligne resultaterne af 2010-undersøgelsen (EMIS) med 2009-undersøgelsen er det nødvendigt at ensarte hiv-statusgrupperne så der kun er tre (positive, negative og ukendt status). Problemet er at man så må tage stilling til om de to "formentlig-grupper" skal henregnes til "ved ikke" eller til henholdsvis de negative og de positive.

Som det ses, er gruppen der svarer "formentlig positiv" forsvindende lille, så det har stort set ingen betydning om man lægger den til de positive eller til ved ikke. Derimod har det overordentlig stor betydning om man vælger at henregne de 474 "formentlig negative" til de negative eller til dem med ukendt status ("ved ikke").

Efter vores vurdering er det ikke mere korrekt eller logisk at gøre det ene frem for det andet. Det er ikke muligt at bedømme hvad mænd der har svaret "formentlig", ville have valgt at svare hvis der kun var de sædvanlige tre svarmuligheder. Nogle kan måske synes at "formentlig" rent sprogligt minder mest om "ved ikke", men andre vil sikkert synes at det mere nærmer sig de klare kategorier, positiv/negativ.

Nedenfor viser vi i tabel 2.3.2 hvordan respondenterne fordeler sig hvis man vælger metode 1, hvor man henregner "formentlig" til henholdsvis negative og positive, og hvordan de fordeler sig ved metode 2 hvor "formentlig" betragtes som "ved ikke".

**Tabel 2.3.2: Respondenter fordelt på hiv-status, to opgørelsesmetoder**

	Antal	Metode 1 (%)	Metode 2 (%)
Helt sikkert negativ (jeg har ikke hiv)	969	1.443 (89)	969 (59)
Formentlig negativ	474	-	-
Ikke sikker/ved ikke	33	33 (2)	513 (31)
Formentlig positiv	6	-	-
Helt sikkert positiv (jeg har hiv)	147	153 (9)	147 (9)
I alt	1.629	1.629 (100)	1.629 (100)*
Ubesvaret	7		

\* <100 pga. decimal-afkorting

Tabel 2.3.3 viser hvor store andelen af hiv-positive, hiv-negative og ukendt status bliver - sammenlignet med de samme grupper i 2009 - afhængigt af om man vælger metode 1 eller 2.

**Tabel 2.3.3 Respondenter fordelt på hiv-status, andele (i %) 2009 samt metode 1 og 2, 2010**

	SLU 09 (%)	Metode 1 (%)	Metode 2 (%)
Hiv-positiv	9	9	9
Hiv-negativ	78	89	59
Ukendt status	12	2	31
I alt	* 100	100	100

\* <100 pga. decimal-afkorting

Som det ses, får man ved metode 1 en meget lille gruppe med ukendt status og en meget stor gruppe hiv-negative. Ved metode 2 får man omvendt en meget stor gruppe med ukendt status og en tilsvarende mindre gruppe hiv-negative.

Vi har i rapporten valgt at bruge metode 2 fordi vi foretrækker at kalkulationerne af usikker sex giver for høj en procent frem for en for lav procent.

Bemærk at andelen af hiv-positive er den samme uanset om man vælger metode 1 eller 2.

Det er vigtigt at notere sig at dette valg har konsekvenser for en række forhold hvor hiv-status spiller ind. I særdeleshed for opgørelsen af usikker sex som er afhængig af respondentens egen hiv-status (samt hans partners hiv-status), idet usikker sex ikke indbefatter den ubeskyttede sex respondenten har haft med partnere som har

samme hiv-status som han selv (er konkordante) (Se indledningen til afsnit 5.2). Med andre ord hvis svarpersonen skriver at han er hiv-negativ og har haft ubeskyttet sex med partnere som også er hiv-negative, så regnes det ikke (i denne rapport og heller ikke i alle de tidligere Sexlivsundersøgelser) for usikker sex. Ligeledes regnes det ikke for usikker sex når en hiv-positiv angiver at have haft ubeskyttet sex med en anden hiv-positiv. Derimod regnes al ubeskyttet sex som en svarperson med ukendt status har, for usikker sex.

Set i det lys er det jo afgørende om man klassificerer "formentlig"-gruppen som hiv-negative eller som ukendt status - for kun de respondenter som kaldes negative, kan være konkordante (med deres negative partnere). Med metode 1 vil beregningen af usikker sex blive kunstigt lav, mens den med metode 2 vil blive kunstigt høj. Da vi har valgt metode 2, får vi altså en kunstigt høj usikker sex-procent.

Også andre analyser påvirkes som nævnt af dette valg, nemlig der hvor respondentens hiv-status spiller en rolle.

## 3 Fremgangsmåde

### 3.1 Udformning af spørgeskemaet

Spørgeskemaet blev udarbejdet af de fem ledende forskningscentre (associated partners) med deltagelse af de involverede lande, herunder Danmark. Det fælles skema blev udarbejdet på engelsk og siden oversat til de øvrige europæiske sprog og prætestet før det blev lagt tilgængeligt på nettet.

Spørgeskemaets centrale temaer var: Faktorer som bidrager til udsættelse for smitte (risiko) og smitteoverførsel samt (manglende) dækning af behov for forebyggelse m.v. blandt MSM.

Disse temaer blev belyst gennem en række spørgsmål der dækkede følgende hovedemner, idet respondenterne generelt blev bedt om at beskrive perioden der gik 12 måneder bagud fra tidspunktet for udfyldelsen af skemaet.

#### **Hovedemner i spørgeskemaet:**

Antal sexpartnere

Brug af kondom med henholdsvis faste og løse partnere (samt disses hiv-status)

Hiv-testning og aktuel hiv-status

Fået konstateret samt blevet vaccineret for seks sygdomme

CD4-tal og virusmængde (for hiv-positive respondenter)

Viden om hiv (smitteveje, risiko, sikker brug af kondom, PEP og hiv-behandling)

Brug af alkohol, stoffer og andre stimulanser

Barrierer for adgang til tidlig hiv-behandling

Hiv-relateret diskrimination

Diskrimination af MSM, internaliseret homonegativitet

Adgang til MSM-specifik information

Adgang til kondomer

Brug af testning samt teststeders kvalitet

Forhold, ensomhed, venskaber

Seksuel tilfredshed og holdninger til et godt sexliv

Uddannelsesniveaue, alder, bopæl, seksuel orientering, etnicitet

Spørgeskemaet rummede mere end 260 spørgsmål. Til sammenligning havde Sexlivsundersøgelsen i 2009 29 spørgsmål. I denne rapport har vi blandt andet af ressourcemæssige grunde valgt at fokusere især på de spørgsmål som er relevante ved sammenligninger med tidligere Sexlivsundersøgelser, mens en del af spørgeskemaets emner ikke belyses. Vi rapporterer dog også en række resultater som ikke sammenlignes med tidligere danske undersøgelser.

## 3.2 Indsamling af spørgeskemaer

Indsamlingen fandt sted fra 4. juni til 31. august 2010, det vil sige i denne periode var skemaet åbent for besvarelser. Skemaet kunne kun udfyldes på internettet, og respondenterne kunne vælge at besvare skemaet på et af 25 europæiske sprog. Nettilgængeligheden indebar at man kunne besvare skemaet uanset hvor i verden man befandt sig. Skemaet kunne dermed besvares af for eksempel danskere som midlertidigt opholdt sig eller var på ferie i andre lande, og også af ikke-europæere (som blev sorteret fra). I de fælles-europæiske analyser indgår kun MSM som er bosiddende i et europæisk land (jævnfør WHO's definition af Europa).

Undersøgelsen blev navnlig promoveret via bannere og direkte links på hjemmesider som henvender sig til MSM, herunder dating-sites. På europæisk plan gav dette mange besvarelser fra store sites såsom Gaydar, Qruiser og GayRomeo. Blandt danske MSM blev en meget stor del rekrutteret via dating-sitet Boyfriend, som også har rekrutteret en væsentlig del af respondenterne til tidligere Sexlivsundersøgelser. Dette skete blandt andet via bannere med direkte links til spørgeskemaet.

Undersøgelsen blev desuden af STOP AIDS – og dennes kontakter blandt andre hiv- og homoorganisationer – promoveret blandt andet ved tydelige opfordringer til at deltage i undersøgelsen, som der også var et link til direkte fra STOP AIDS' hjemmeside. Desuden blev undersøgelsen promoveret via Facebook.

Denne måde at rekruttere respondenter på svarer helt til måden der tidligere er rekrutteret på til Sexlivsundersøgelserne. Der indkom 1.636 brugbare svar fra danske MSM (se også afsnit 3.3. om inklusionskriterier), hvilket er på niveau med de tidligere Sexlivsundersøgelser.

Totalt indkom der besvarelser fra flere end 180.000 mænd der har sex med mænd, fra 38 europæiske lande. Dermed er EMIS det største internationale studie som nogensinde er foretaget blandt mænd der har sex med mænd.

### **3.3 Inklusionskriterier**

Rapporten bygger på svar fra i alt 1.636 mænd. Disse udgør således den samlede respondentpopulation. Men en del flere har besvaret spørgeskemaet, nemlig i alt 1.800.

Nedenfor beskrives hvilke kriterier der er anvendt til at sortere ikke-brugbare besvarelser fra. En del af sorteringen er sket allerede under besvarelsen af spørgeskemaet (for eksempel hvis svarpersonen oplyste at hun var en kvinde, blev hun ekskluderet straks), en del er foretaget af EMIS-forskerne før vi fik de danske data udleveret, og en del har vi selv foretaget.

Der er i det store og hele fulgt samme retningslinjer for inklusion som i de hidtidige Sexlivsundersøgelser.

Der indgår kun svar fra personer som har haft sex med en mand inden for de seneste 12 måneder. I modsætning hertil har for eksempel den norske EMIS-gruppe valgt at inkludere mænd, som ikke havde haft sex med en mand inden for de seneste 12 måneder, men som opfattede sig selv som homo- eller biseksuelle.

Der indgår kun svar fra personer på 15 år og derover.

Der indgår kun svar fra personer der bor i Danmark, herunder 11 som bor i Grønland.

EMIS-forskerne har fundet et antal svarpersoner, som har svaret "diskrepant" (ulogisk) på 2 eller flere af spørgsmålene vedrørende alder/hiv-testning/seksuelt overførte infektioner (SOI) og/eller sex med henholdsvis faste og løse partnere. Disse "multi-diskrepante" besvarelser har vi valgt at ekskludere.

Der er ikke foretaget vurdering af om der er konsistens i alle svarene hos den enkelte respondent.



Det er helt almindeligt at respondenter ikke udfylder alle spørgsmål i undersøgelser som denne, og også at de til en vis grad svarer inkonsistent.

Det vil løbende i rapporten blive oplyst hvor mange der besvarede hvert enkelt spørgsmål.

## 4 Beskrivelse af respondentgruppen

Det totale antal respondenter er 1.636 (se også afsnit 3.3).

### 4.1 Alder

Alle 1.636 respondenter opgav deres alder. Gennemsnitsalderen var 36 år, og medianalderen var 34. Den yngste respondent var 15 år og den ældste 87.

Grupperne med flest respondenter udgjordes af de 21-30-årige (30%) og de 31-40-årige (27%). Se tabel 4.1.1.

**Tabel 4.1.1: Respondenter fordelt på alder**

Alder	Antal	Procent
15-20 år	150	9
21-30 år	492	30
31-40 år	437	27
41-50 år	334	20
> 50 år	223	14
I alt	1.636	100
Ubesvaret	0	-

### 4.2 Uddannelsesniveau

I alt 1.631 (99,69%) oplyste sidst afsluttede eller igangværende uddannelse. Heraf havde 50% afsluttet eller var i gang med en lang eller mellemlang uddannelse. Se tabel 4.2.1.

**Tabel 4.2.1: Respondenter fordelt på uddannelsesniveau**

Sidste afsluttede eller igangværende uddannelse	Antal	Procent
Grundskole/folkeskole	184	11
Gymnasial uddannelse	277	17
Erhvervsfaglig uddannelse	356	22
Mellemlang videregående uddannelse	406	25
Lang videregående uddannelse	408	25
I alt	1.631	100
Ubesvaret	5	-

Uddannelsesniveaulet blandt respondenterne er højere end for befolkningen generelt. Denne tendens er også fremtrædende i de tidligere Sexlivsundersøgelser og i andre undersøgelser blandt mænd der har sex med mænd.

### 4.3 Bopæl

1.443 respondenter (88%) oplyste bopæl (kommune). Blandt disse var 55% bosat i københavnsområdet. Se tabel 4.3.1.

**Tabel 4.3.1: Respondenter fordelt på bopæl**

Bopæl	Antal	Procent
København	797	55
Odense	60	4
Århus	124	9
Ålborg	38	3
Uden for de større byer	424	29
I alt	1.443	100
Ubesvaret	193	-

### 4.4 Homo-/biseksuel adfærd

Da det var et inklusionskriterium at have haft sex med en mand inden for de seneste 12 måneder, havde alle respondenter besvaret dette spørgsmål.

Blandt samtlige 1.636 respondenter havde 196 (12%) haft sex med både mænd og kvinder (biseksuel adfærd), mens de resterende 1.440 (88%) udelukkende havde haft sex med mænd (homoseksuel adfærd). I rapporten her omtales disse mænd nogle steder som henholdsvis "biseksuelle" og "homoseksuelle".

### 4.5 Hiv-status

1.629 (99,57%) besvarede spørgsmålet om hiv-status. Blandt disse svarede 9% at de var hiv-positive, 59% at de var hiv-negative og 31% at de ikke kendte deres hiv-status, (se afsnit 2.3). Se tabel 4.5.1.

Hiv-positive er, som i tidligere år, overrepræsenterede i undersøgelsen i forhold til den estimerede prævalens blandt mænd der har sex med mænd, som er 5%.

**Tabel 4.5.1: Respondenter fordelt på hiv-status**

Hiv-status	Antal	Procent
Smittet	147	9
Ikke smittet	969	59
Ved ikke	513	31
I alt	1.629	*100
Ubesvaret	7	-

\* <100% pga. decimal-afkorting

Bemærk at der er tale om mændenes selvoplyste hiv-status, ikke om et ydre mål, for eksempel testning.

Dette betyder blandt andet at skillelinjen mellem "hiv-negative/ikke smittede" og mænd med "ukendt hiv-status" i en vis forstand er vilkårlig. En del af de mænd som selv opfatter sig som hiv-negative, kunne med lige så god ret opfatte sig som "ved ikke" – og omvendt (data viser for eksempel at nogle mænd som har skrevet "hiv-negativ", har haft usikker sex efter deres seneste hiv-test. Se afsnit 5.6). Dertil kommer problemet med at klassificere de respondenter som har skrevet "formentlig hiv-negativ" (se afsnit 2.3).

Vi behandler derfor ikke de tre statusgrupper som uafhængige baggrundsvariable i alle sammenhænge. I nogle tilfælde har vi valgt at modstille hiv-positive over for de øvrige ("ikke-positive"), i andre tilfælde opererer vi med alle tre grupper.

## 4.6 Etnicitet

I skemaet spørges der til hvilket land respondenteren er født i. 240 respondenter oplyser at de er født i et andet land end Danmark. Men den altovervejende del viser sig at være født i vestlige lande, mens kun en meget begrænset minoritet (under 20 respondenter) er født i lande som klart kan betegnes som "ikke-vestlige".

Skemaet stillede ikke spørgsmål om respondentens forældres etniske baggrund, så det er ikke muligt at identificere andengenerationsindvandrere.

Derfor er det ikke muligt at foretage analyser med etnicitet som baggrundsvariabel.

## 4.7 Udvikling i respondenternes sammensætning (sammenlignelighed)

Når vi skal sammenligne resultaterne af den aktuelle undersøgelse med Sexlivsundersøgelsen i 2009, er det relevant at vide om populationerne ligner hinanden med hensyn til fordeling på visse variable.

Sammenholder man de to populationer, viser der sig nogle mindre forskelle i forhold til følgende variable: bopæl og uddannelse. Fordelingen på hiv-status er markant forskellig, hvilket skyldes de forhold, der er beskrevet i afsnit 2.3.

### Bopæl:

Der er flere provinsboere i 2010-undersøgelsen, nemlig 29%, hvor andelen i 2009 var 22%. Alle de øvrige grupper er svundet lidt. Københavnerne, som i 2009 udgjorde 58% af alle respondenter, udgør i 2010 kun 55%. Også andelen af indbyggere fra Odense, Århus og Ålborg er faldet 1-2 procentpoint. Provinsboere er i denne undersøgelse defineret som alle, der opgav at være bosat uden for de fire største byer.

### Uddannelse:

Der er flere med kort uddannelse i 2010-undersøgelsen end i 2009. Andelen med kort uddannelse (folkeskole/gymnasial uddannelse/erhvervsfaglig uddannelse) er steget fra 45% i 2009 til 50% i 2010, mens andelen som har lang uddannelse (mellemlang eller lang videregående uddannelse), er faldet fra 55% til 50% ( $p=0,01$ ).

### Hiv-status:

Andelen af hiv-negative og mænd med ukendt hiv-status er betydelig anderledes i 2010- end i 2009-undersøgelsen. Mens der i 2009 var 78% hiv-negative og 12% med ukendt status, er der i 2010 kun 59% hiv-negative og hele 31% med ukendt status.

Dette skyldes som beskrevet i afsnit 2.3 måden der i EMIS er spurgt til hiv-status samt den måde vi har valgt at gøre svarene op på.

Til gengæld er andelen af hiv-positive den samme i begge årene, nemlig 9% (i 2006 var den 8%).

For de øvrige to baggrundsvariable, alder og homo-/biseksuel adfærd, gælder at sammensætningen af svarpopulationen i 2010 svarer til den i 2009.

Alder:

Hvad angår alder, er der ingen forandring sket fra 2009- til 2010-undersøgelsen. Gennemsnitsalderen er uforandret 36 år, og medianen er igen 34 år.

Fordelingen på aldersgrupper i de to årgange fremgår af tabel 4.7.1.

**Tabel 4.7.1: Respondenter fordelt på alder år 2009 og 2010**

Aldersfordeling i %	2009	2010
15-29 år	36	36
30-49 år	49	49
50 år og derover	15	15
I alt	100	100

(p=0,99)

Homo-/biseksuelle:

Andelene af homo- og biseksuelle er også nøjagtig de samme som i 2009-undersøgelsen, nemlig henholdsvis 88% og 12%. Dette er i øvrigt samme fordeling som i 2006-undersøgelsen.

### 4.7.1 Konklusion

Svarpopulationen i 2010 er lidt anderledes end den var i 2009 med hensyn til bopæl og uddannelse, idet der er flere provinsboere og flere med kort uddannelse i 2010.

Hvad angår hiv-status, er populationen i 2010 meget anderledes.

Dette har betydning for sammenligninger mellem de to år (for så vidt som bopæl, uddannelse og hiv-status kan have indflydelse på det forhold der sammenlignes).

Disse forskelle har vi taget højde for ved at stratificere på bopæl, uddannelse og hiv-status samt ved at udføre logistiske regressionsanalyser.

I forhold til alder og fordeling på homo-/biseksuelle er der ingen forskelle mellem 2009 og 2010.

I det hele taget er der bemærkelsesværdig stor stabilitet i svarpopulationerne, også når man ser tilbage til tidligere Sexlivsundersøgelser.

## 5 Undersøgelsens resultater

I dette kapitel gennemgås undersøgelsens resultater.

### 5.1 Seksuel adfærd

#### 5.1.1 Analsex og antal analsexpartnere

##### Hvor mange har haft analsex

1.617 (99%) angav oplysning om hvorvidt de havde haft analsex inden for de seneste 12 måneder.

Blandt disse angav 1.500 (93%) at de havde haft analsex, mens 117 (7%) ikke havde haft analsex.

##### Antal analsexpartnere

1.547 (95%) opgav hvor mange analsexpartnere de havde haft.

Blandt disse angav 8% at de ikke havde haft nogen analsexpartner i de forgangne 12 måneder. Se tabel 5.1.2.

25% havde haft analsex med én mand, og 67% havde haft analsex med to eller flere partnere.

Medianen blandt disse 1.547 mænd var 3. (Det er ikke muligt at udregne gennemsnittet, da respondenter som har haft over 10 partnere, har angivet dette i intervaller).

Enkelte af de respondenter der havde angivet, at de havde haft analsex inden for de seneste 12 måneder, angav (ulogisk) at de ikke havde haft nogen analsexpartnere, og nogle besvarede ikke spørgsmålene om antallet af analsexpartnere. Der er derfor ikke overensstemmelse mellem de to andele: 93% havde haft analsex, mens 92% havde haft mindst en analsexpartner.

**Tabel 5.1.1.1: Antal analsexpartnere fordelt på intervaller**

Antal analsexpartnere	Antal	Procent
0	128	8
1	380	25
2-5	536	35
6-9	159	10
10 og derover	344	22
I alt	1.547	100
Ubesvaret: 89		

### Sammenligning med 2009

Andelen som har haft mindst én analsexpartner, er faldet lidt i forhold til den seneste undersøgelse, nemlig fra 94% til 92% ( $p=0,05$ ), hvilket svarer til niveauet i den forrige undersøgelse fra 2006.

Medianen er faldet fra 4 til 3, hvilket ligeledes svarer til niveauet i 2006.

I 2000-02 var medianen 2 partnere.

Nedgangen i antallet af analsexpartnere var mere markant blandt respondenter i provinsen end i resten af landet og blandt respondenter med korterevarende uddannelser end med længere uddannelser (hvilket ses i stratificerede analyser). I 2010-undersøgelsen var der som bekendt både en større andel respondenter der var bosat i provinsen, og en større andel respondenter med korterevarende uddannelser end der var i 2009-undersøgelsen (se afsnit 4.7). Imidlertid viser en logistisk regressionsanalyse at der fra 2009 til 2010 er et statistisk signifikant fald i andelen af respondenter der har over 3 partnere, selv når der tages højde for forskydningen i populationen med hensyn til bopæl og uddannelse.

Så selv om en del af faldet i antallet af analsexpartnere skyldes at der er flere provinsboere og mænd med kort uddannelse i 2010, er det ikke hele forklaringen - der er tale om et reelt fald.



### 5.1.2 Ubeskyttet analsex

1.616 (99%) respondenter besvarede spørgsmålene om ubeskyttet analsex.

Af disse svarede 1.003 (62%) bekræftende på at have haft ubeskyttet analsex, mens 613 (38%) angav ikke at have haft ubeskyttet analsex.

I 2009 var andelen som havde haft ubeskyttet analsex, 69%, og i 2006 var den 58%.

Nedgangen i andelen af respondenter der havde haft ubeskyttet analsex i forhold til 2009-undersøgelsen, var mere markant blandt respondenter i provinsen end i resten af landet (hvilket ses i stratificerede analyser). I 2010 er der som bekendt en større andel respondenter, der er bosat i provinsen end der var i 2009 (se afsnit 4.7). Imidlertid viser en logistisk regressionsanalyse at bopæl ikke har nogen selvstændig betydning for sandsynligheden for at have ubeskyttet analsex. Det øgede antal provinsboere bidrager derfor ikke til den samlede nedgang i ubeskyttet analsex.

Der er også i 2010 flere kortuddannede end der var i 2009-undersøgelsen. Den logistiske regressionsanalyse viser at uddannelsesniveaue har en selvstændig betydning for sandsynligheden for at have ubeskyttet analsex - men analysen viser at kortuddannede har *større* sandsynlighed for at have ubeskyttet analsex end langtuddannede. Det betyder at ikke alene kan nedgangen i ubeskyttet analsex ikke forklares af det øgede antal kortuddannede - tværtimod trækker de i den anden retning, hvilket gør faldet i ubeskyttet analsex så meget desto mere bemærkelsesværdigt.

Så faldet i ubeskyttet analsex skyldes ikke den ændrede populations sammensætning, men er reelt.

Ved ubeskyttet analsex forstås analsex uden brug af kondom. Der skelnes i dette afsnit og generelt i rapporten ikke mellem modtagende (receptiv) og indtrængende (insertiv) analsex.

Bemærk at ubeskyttet analsex ikke er det samme som *usikker* sex. I definitionen af usikker sex indgår respondentens og partnerens hiv-status (se også afsnit 5.2).

## Ubeskyttet analsex og hiv-status

Blandt de 1.609 respondenter der oplyste deres hiv-status og om de havde haft ubeskyttet analsex, havde 85% af de hiv-smittede haft ubeskyttet analsex i de forgangne 12 måneder, mod 59% af de ikke-hiv-smittede og 61% af dem der ikke kendte deres hiv-status ( $p < 0,00$ ).

## 5.2 Usikker sex

For en grundigere gennemgang af begreber m.v. vedrørende usikker sex, se 2009-rapporten, afsnit 5.2.

Ved usikker sex forstås ubeskyttet analsex med en eller flere partnere med modsat eller ukendt hiv-status (se også afsnit 5.1.2 om ubeskyttet analsex).

Respondenten anses for at have haft usikker sex hvis han inden for de seneste 12 måneder har haft ubeskyttet analsex mindst én gang med en partner med modsat eller ukendt hiv-status. Har respondenter selv ukendt hiv-status, tæller *a/* ubeskyttet analsex som usikker sex. Det store antal respondenter med ukendt hiv-status påvirker således usikker sex-procenten og gør den kunstigt høj sammenlignet med Sexlivsundersøgelsen 2009, se afsnit 2.3.

### 5.2.1 Omfanget af usikker sex

Sexlivsundersøgelsens centrale resultat drejer sig om hvor stor en andel af respondenterne som har haft usikker sex, og hvor mange som ikke har.

1.147 (88%) besvarede spørgsmålet om analsex, ubeskyttet analsex og om egen og partners hiv-status.

Blandt disse havde 37% haft usikker sex. Se tabel 5.2.1.1.

**Tabel 5.2.1.1: Usikker sex**

Usikker sex	Antal	Procent
Har haft usikker sex	543	37%
Har ikke haft usikker sex	906	63%
I alt	1.449	100%
Ubesvaret	187	

I det følgende vil vi belyse usikker sex fra forskellige vinkler og inddrage en lang række data som vedrører det samlede billede af usikker sex i forhold til den seksuelle adfærd, determinanterne for usikker sex og sammenligning med 2009-undersøgelsen.

### **5.2.2 Determinanter for usikker sex**

Ved at sammenholde data i skemaet kan man sige noget om "hvem" der i særlig grad havde usikker sex.

Vi har dels foretaget bivariate analyser, det vil sige analyser hvor faktoren usikker sex krydses med andre faktorer én ad gangen. Og dels en logistisk regressionsanalyse, hvor udvalgte faktorer underkastes en fælles analyse. Derved frasorteres faktorer (determinanter) som ikke har selvstændig sammenhæng med usikker sex.

Selv om der viser sig en sammenhæng, kan man ikke vide om det er en årsagssammenhæng.

Nedenfor følger først resultaterne af den logistiske analyse og derpå, for fuldstændighedens skyld, resultaterne af de bivariate analyser.

#### **Resultat af logistisk regressionsanalyse**

Blandt de mange variable i undersøgelsen har vi udvalgt seks, som vi lod indgå i den logistiske regressionsanalyse. Det vigtigste kriterium var om variabelen er relevant i forhold til at udsige noget om sikker/usikker sex. Analysen viste at tre af variablene har selvstændig betydning.

De forhold, der – efter regressionsanalyse – hver især havde selvstændig betydning for andelen af respondenter der havde usikker sex, var:

- Antal analsexpartnere (flere partnere – større sandsynlighed for usikker sex)
- Hiv-status (hiv-positive større sandsynlighed for usikker sex end hiv-negative)
- Uddannelse (kortere uddannelse – større sandsynlighed for usikker sex)

Se nedenfor under gennemgangen af de bivariate analyser, hvor hver af disse tre faktorer belyses.

De tre faktorer der *ikke* havde selvstændig betydning, var:

- Bopæl
- Homo-/biseksuel adfærd
- Alder

Hvor i landet man bor, har med andre ord ikke i sig selv nogen betydning for om man har usikker sex.

Der er heller ingen selvstændig sammenhæng mellem hvorvidt man har homoseksuel adfærd (sex med kun mænd) eller biseksuel adfærd (sex med både mænd og kvinder) på den ene side, og usikker sex på den anden side.

Endelig har det ingen selvstændig betydning hvor gammel man er.

I de tidligere Sexlivsundersøgelser har variabelen sexhyppighed indgået i den logistiske regressionsanalyse, men i 2010-undersøgelsen er der ikke spurgt til dette.

### **Sammenligning med foregående undersøgelser (determinanter)**

Der er ingen tvivl om at både antallet af analsexpartnere og hiv-status er meget stærke determinanter for usikker sex. Begge faktorer har vist sig at have selvstændig betydning i alle de fem foregående Sexlivsundersøgelser – og på samme måde som i alle årene (henholdsvis at mange partnere og det at være hiv-positiv giver større sandsynlighed for usikker sex).

Alderen er derimod ikke en konsistent faktor. I 2000 og 2001 var der sammenhæng mellem lavere alder og usikker sex, i 2002 var der ingen sammenhæng, i 2006 havde dem under 30 år større sandsynlighed for at have haft usikker sex, i 2009 var det de 30-49-årige som havde forøget risiko for at have haft usikker sex - og i 2010 var der igen ingen sammenhæng mellem alder og usikker sex.

Uddannelsesniveaulet havde ikke selvstændig betydning i 2000-2002. Men siden 2006 har der været sammenhæng mellem kortere uddannelse og usikker sex – dette gjaldt i 2009-undersøgelsen og gør sig atter gældende i 2010.

Bopælen har stort set ikke vist sig betydningsfuld. Kun i 2001 viste der sig en sammenhæng, sådan at københavnere havde forøget risiko for at have usikker sex. I

2000, 2002, 2006, 2009 og 2010 viser der sig ingen sammenhæng mellem hvor i landet man bor og om man har usikker sex.

Endelig har en faktor vist sig konsistent at være uden betydning, nemlig om mændene havde homoseksuel eller biseksuel adfærd. I ingen af de seks år, og altså heller ikke i 2010 var der forskel på hyppigheden af usikker sex mellem homoseksuelle og biseksuelle.

## Resultater af bivariate analyser

Nedenfor følger resultaterne af de bivariate analyser.

### Usikker sex og antal analsexpartnere:

#### Sammenhæng fundet i både logistisk regressionsanalyse og bivariat analyse

Der er både i den bivariate analyse og i den logistiske regressionsanalyse en meget stærk og tydelig sammenhæng mellem analsexpartnerantal og usikker sex, således at et stigende antal partnere hænger sammen med større sandsynlighed for at have haft usikker sex. Se tabel 5.2.3.1.

**Tabel 5.2.2.1: Analsexpartnerantal og usikker sex**

Antal analsex-partnere	Ikke usikker sex	Procent	Usikker sex	Procent	I alt	Procent
1	288	(81)	66	(19)	354	(100)
2-5	271	(58)	197	(42)	468	(100)
6-9	72	(51)	69	(49)	141	(100)
10 og derover	102	(34)	199	(66)	301	(100)
I alt	733	(58)	531	(42)	1.264	(100)

$p < 0,001$

Note: I tabellen er ikke medregnet respondenter som har angivet 0 analsexpartnere eller som har undladt at besvare spørgsmål om analsexpartnerantallet. Derfor er usikker sex-procenten højere end den samlede procent, som er 37.

### Usikker sex og hiv-status:

#### Sammenhæng fundet i både logistisk regressionsanalyse og bivariat analyse

Tabel 5.2.3.2 viser resultatet af den bivariate analyse af de tre smittestatus-grupper. Blandt hiv-positive respondenter havde 65% haft usikker sex, mens dette gjaldt for

18% af de hiv-negative. Blandt respondenter der ikke kendte deres hiv-status, havde 63% haft usikker sex.

**Tabel 5.2.2.2: Hiv-status og usikker sex**

Hiv-status	Ikke US	Procent	US	Procent	I alt	Procent
Hiv-positiv	43	(35)	79	(65)	122	(100)
Hiv-negativ	672	(82)	150	(18)	822	(100)
Ukendt hiv-status	186	*(37)	312	*(63)	498	(100)
I alt	901	*(62)	541	*(38)	1.442	(100)
Ubesvaret: 194						

$p < 0,001$

\* Procenten for usikker sex afviger fra den generelle på 37 fordi sammensætningen af svarpersoner i dette spørgsmål er anderledes. For personer med ukendt hiv-status afviger procenten fra de 61% ubeskyttet analsex (afsnit 5.1.3) af samme grund.

### **Usikker sex og uddannelse: Sammenhæng fundet i både logistisk regressionsanalyse og i bivariat analyse**

I den bivariante analyse tegner der sig et mønster af at længere uddannelse hænger sammen med mindre usikker sex. Der viser sig desuden en klar sammenhæng når variabelen indgår i den logistiske regressionsanalyse (således at respondenter med mellemlang og lang videregående uddannelse har mindre usikker sex end dem som har en kortere uddannelse).

### **Usikker sex og alder: Sammenhæng fundet i bivariat analyse, men ikke i logistisk regressionsanalyse**

Mænd mellem 30 og 49 år fandtes i den bivariante analyse at have større sandsynlighed for at have haft usikker sex end mænd i de yngre og ældre aldersgrupper. Det ses i tabel 5.2.3.3 nedenfor.

Samme mønster fandtes i 2009-undersøgelsen (både i bivariat analyse og logistisk regressionsanalyse). I 2010 gør denne sammenhæng sig imidlertid ikke gældende i den logistiske regressionsanalyse, hvor alder viser sig ikke at have selvstændig betydning. Det er altså ikke deres alder som betinger at de 30-49-årige har mere usikker sex, men i og med at de faktisk har mere usikker sex end de øvrige aldersgrupper, kan der eventuelt være ide i at opfatte dem som særlig målgruppe for forebyggelsen.

**Tabel 5.2.2.3: Alder og usikker sex**

Alder	Ikke US	Procent	US	Procent	I alt	Procent
Under 30 år	340	(65)	187	(35)	527	(100)
30-49 år	425	(59)	291	(41)	716	(100)
50 år og derover	141	(68)	65	(32)	206	(100)
I alt	906	(63)	543	(37)	1.449	(100)

Ubesvaret: 187

p=0,03

### **Usikker sex og bopæl: Ingen sammenhæng fundet i bivariat analyse eller logistisk regressionsanalyse**

Der var ingen sammenhæng i den bivariante analyse mellem hvor i landet man bor og usikker sex, og som nævnt ovenfor heller ikke i den logistiske regressionsanalyse (hverken københavnere over for ikke-københavnere eller provinsboere over for ikke-provinsboere).

### **Usikker sex og seksuel præference: Sammenhæng fundet i bivariat analyse men ikke i logistisk regressionsanalyse**

I den bivariante analyse viste der sig en sammenhæng mellem om svarpersonen havde homoseksuel eller biseksuel adfærd på den ene side og usikker sex på den anden side, sådan at homoseksuelle havde større sandsynlighed for at have usikker sex end biseksuelle. Denne sammenhæng blev ikke genfundet i den logistiske regressionsanalyse.

## **5.3 Opsamling på sexadfærd, usikker sex og udviklingen siden 2009**

Et af undersøgelsens centrale resultater er andelen som har haft usikker sex, nemlig 37%. Dette er helt på linje med resultatet af Sexlivsundersøgelsen 2009, hvor andelen ligeledes var 37%.

Imidlertid skal dette resultat tages med et forbehold. Respondent-populationerne er relativt ensartede i de to år. Men på to væsentlige punkter er de forskellige. Især forskellen i andelen af hiv-negative og mænd med ukendt hiv-status gør det problematisk at sammenligne usikker sex-andelen i de to år. Det skyldes det tidligere omtalte problem med måden, der er spurgt til selvopfattet hiv-status på i EMIS-

spørgeskemaet (se afsnit 2.3). Som beskrevet har vi valgt at slå de respondenter der svarede at de "formentlig" var hiv-negative sammen med dem der svarede at de ikke vidste hvad deres hiv-status var, frem for at slå dem sammen med dem der "helt sikkert" var negative. Det resulterer i en større andel respondenter med "ukendt hiv-status", hvilket igen resulterer i en større andel respondenter hvis ubeskyttede analsex henregnes til usikker sex, uanset partnernes hiv-status. Med andre ord kalkuleres der med et kunstigt højt antal respondenter der har haft usikker sex. Usikker sex-procenten er altså højere end den ville have været, alt andet lige, hvis der var spurgt til hiv-status på samme måde som i 2009.

Et mindre problem gælder skævheden i sammensætningen af respondentpopulationerne med hensyn til uddannelse. I 2010 er der flere med kort uddannelse end der var i 2009-undersøgelsen, og disse har større sandsynlighed for usikker sex end dem med længere uddannelse. Også dette bidrager til at gøre usikker sex-procenten kunstigt høj.

Vi er ikke i tvivl om at de 37% dermed er for højt sat i forhold til 2009 og at den reelle procent er lavere. Hvor meget lavere er ikke muligt at sige, da det blandt andet ville kræve at man var i stand til at fordele de "formentlig hiv-negative" mellem "ukendt hiv-status" og "hiv-negative", og det er som bekendt ikke muligt.

### **Samlet om sexadfærden i 2010**

Når vi samlet ser på sexadfærden i 2010 – sammenholdt med 2009 – viser resultaterne at det at have analsex stadig er uhyre almindeligt, idet næsten samtlige respondenter har haft analsex inden for de seneste 12 måneder.

Men der er sket et fald hvad angår antallet af analsexpartnere, idet medianen er faldet fra 4 partnere til 3 partnere.

Endvidere er der sket et fald i ubeskyttet analsex, idet andelen som har haft ubeskyttet analsex, er faldet fra 69% i 2009 til 62% i 2010.

Hvad angår usikker sex, har undersøgelsen i 2010 vist at hiv-positive fortsat har mere usikker sex end hiv-negative. Dette resultat skal dog læses med et vigtigt forbehold, idet undersøgelsen – i overensstemmelse med andre data på dette område – viser at den overvejende del af de hiv-positive er velbehandlede (se afsnit 5.4. og 5.5). Der er derfor, trods betegnelsen "usikker sex" reelt ikke er tale om en nævneværdig smitterisiko.



Undersøgelsen viser også, i lighed med alle tidligere undersøgelser, at sandsynligheden for at have usikker sex stiger med antallet af analsexpartnere.

Endelig er der større sandsynlighed for at have usikker sex hvis man har en kort uddannelse end hvis man har en lang uddannelse. Dette fund er markant, fordi det bekræfter den tendens som er set i 2006 og i 2009.

Derimod er der ikke belæg for at sige at unge har mere usikker sex end ældre. Hverken i 2009 eller 2010 er dette tilfældet. Der er heller ikke belæg for den gængse antagelse om at usikker sex bliver mere udbredt for hver ny generation. Samlet set viser Sexlivsundersøgelserne fra 2000 til 2010 ingen sådan sammenhæng. Ganske vist er usikker sex steget støt fra 2000-2009, men denne stigning har fundet sted på tværs af aldersgrupperne.

Der er heller ikke belæg for antagelser om at biseksuelle skulle have mere usikker sex end homoseksuelle (eller omvendt), og heller ikke for at provinsboere skulle have mere usikker sex end københavnere (eller omvendt). Der er ingen forskelle fundet igennem de ti års Sexlivsundersøgelser.

Vi finder faldene i analsexpartnerantal, ubeskyttet analsex og usikker sex fra 2009 til 2010 bemærkelsesværdige. På disse tre områder er der i hele det forgangne tiår set stigninger, og 2010-undersøgelsen er den første som viser et fald på alle tre områder. En ny Sexlivsundersøgelse bør gennemføres for at afklare om disse tendenser fortsætter.

## 5.4 Hiv-behandling

Af de 147 hiv-positive respondenter har 144 besvaret spørgsmål om (hvorvidt de nogensinde har været i hiv-behandling samt) hvorvidt de for tiden er i hiv-behandling. Af disse var 126 (88%) for tiden i behandling, mens 18 (13%) ikke var i behandling (andelene giver mere end 100% tilsammen p.g.a. decimalafkorting). Dette svarer til den generelle andel af diagnosticerede hiv-positive i Danmark, som er i behandling (jævnfør data fra den danske hiv-kohorte, se henvisning i litteraturlisten).

## 5.5 Virustal

De 126 hiv-positive respondenter som er i hiv-behandling, blev spurgt hvad deres virustal (hiv-RNA) var da det senest blev målt. Svarmulighederne var "måleligt", "umåleligt" eller at respondenteren ikke fik det oplyst eller ikke kan huske det. Blandt disse 126 svarede 116 at det var måleligt eller umåleligt. Blandt de 116 havde 103 (89%) umåleligt virustal, mens 13 (11%) svarede at det var måleligt.

Ligesom med hensyn til andelen som er i behandling, ser gruppen af hiv-smittede ud til på dette punkt at spejle hiv-positive i almindelighed.

I en bivariat analyse har det vist sig at der for hiv-positive respondenter i behandling ingen sammenhæng var mellem at have umåleligt virustal og usikker sex. Mænd med umåleligt virustal har altså ikke haft hyppigere usikker sex end mænd som har et højere virustal.

## 5.6 Test-adfærd

Mændene blev spurgt om de nogensinde havde fået taget en hiv-test og om hvornår de senest var blevet hiv-testet (for hiv-positives vedkommende blev der spurgt hvornår de var blevet konstateret hiv-positive). I alt 1.629 (99,6%) besvarede disse spørgsmål. Af disse havde 1.253 (77%) fået taget en hiv-test, mens 376 (23%) aldrig var blevet testet.

I 2009-undersøgelsen var andelen som nogensinde var hiv-testet, 79% (det lille fald er ikke statistisk signifikant).

Vi har også set på hvor mange som er testet "for nylig", defineret som inden for de seneste 12 måneder. (Her ser vi bort fra hiv-positive svarpersoner, som jo kan være testet positive for mange år siden og derfor ikke bør tælle med i opgørelsen).

Blandt de 1.311 ikke-positive respondenter som besvarede spørgsmålet om seneste hiv-test, var 556 (42%) testet inden for de seneste 12 måneder.

I 2009 var 57% testet "for nylig", hvilket dækkede over svarpersoner, der var testet inden for de seneste 16 måneder. Dette svarer til at 43% ville have været testet inden for de seneste 12 måneder. Der er altså ikke nogen forskel på andelen af respondenter i henholdsvis 2009 og 2010, der er testet inden for de seneste 12 måneder.

Vi har sammenholdt oplysningerne om seneste hiv-test med svarpersonens opfattelse af egen hiv-status for de ikke-positives vedkommende for at se om det at være testet eller ikke afspejler sig i svarpersonernes opfattelse af deres hiv-status.

Som beskrevet i afsnit 2.3, kunne man som svar på spørgsmålet om hiv-status angive "helt sikkert hiv-negativ", "formentlig hiv-negativ" eller "ved ikke" (samt "helt sikkert hiv-positiv" eller "formentlig hiv-positiv"). Analysen viser en meget tydelig sammenhæng, således at usikkerheden om egen hiv-status stiger med faldende andele som er testet for nylig. Se tabel 5.6.1.

**Tabel 5.6.1: Andele af ikke-hiv-positive der er testet inden for de seneste 12 måneder, fordelt på angivet hiv-status**

	Antal testet for nylig	N	%
Helt sikkert hiv-negativ	403	856	47
Formentlig hiv-negativ	145	416	35
Ved ikke	6	31	19
I alt	554	1.303	43
Ubesvaret 173			

$p < 0,001$

En analyse viser dog også at 14% af de mænd der angiver at de er hiv-negative, og som ikke er hiv-testet inden for de seneste 12 måneder, har haft usikker sex i samme periode.

Dette viser at skønt optaget af hiv-testning er relativt stort, er der stadig grupper af mænd som har risiko uden efterfølgende hiv-testning.

### 5.6.1 Teststeder og kvalitet

I undersøgelsen er der spurgt til hvor mændene er blevet hiv-testet og om deres tilfredshed med den behandling de har fået i forbindelse med testning. Hiv-positive og hiv-negative blev spurgt hver for sig.

Hiv-positive mænd blev spurgt hvor de var blevet konstateret hiv-positive. Langt de fleste svarede i ambulatoriet på et hospital (40%), hos egen læge (37%), eller under indlæggelse på et hospital (14%).

Meget få svarede: Hos en anden praktiserende læge/speciallæge (5%), andet hiv-test-sted (ikke hos en læge eller på et hospital) (3%) eller i blodbanken som bloddonor (0,68% - 1 svarperson).

Ingen svarede: Jeg brugte en hjemmetest, på en bar eller en sauna eller mobilt test-sted.

Mænd som havde svaret at de ved den seneste hiv-test havde testet negative, blev ligeledes spurgt hvor de var blevet testet. Langt de fleste svarede hos egen læge (47%), i ambulatoriet på et hospital (34%) eller på et andet hiv-test-sted (ikke hos en læge eller på et hospital) (10%).

Meget få svarede: Under indlæggelse på et hospital (4%), hos en anden praktiserende læge/speciallæge (3%), i blodbanken som bloddonor (2%), på et mobilt test-sted (0,45% - 5 svarpersoner), jeg brugte en hjemmetest (0,09% - 1 svarperson) eller på en bar eller en sauna (0,09% - 1 svarperson).

I undersøgelsen blev der stillet en række spørgsmål til belysning af kvaliteten af processen i forbindelse med hiv-testningen og om svarpersonens tilfredshed. Vi har set på hvad mændene har svaret vedrørende de tre hyppigste teststeder som er benyttet (for de hiv-positive var det ambulatorium, egen læge og under indlæggelse, for de hiv-negative var det egen læge, ambulatorium eller på et "andet teststed").

Overordnet er der ikke forskel på kvalitet og tilfredshed mellem de forskellige typer teststeder.

Blandt de hiv-positive svarede langt de fleste at de var tilfredse eller meget tilfredse med teststedets håndtering af fortrolige oplysninger (81%) og med den grad af respekt de blev behandlet med (86%).

På spørgsmålet om hvorvidt de var tilfredse med den rådgivning de havde fået i forbindelse med testningen, svarede 74% at de var tilfredse eller meget tilfredse, 15% var utilfredse eller meget utilfredse, og 11% svarede at de ikke havde modtaget rådgivning. (Disse informationer kan gælde erfaringer der er gjort for mange år siden, eftersom de hiv-positive kan være diagnosticeret siden 1980'erne).

Blandt de hiv-negative svarede ligeledes langt de fleste at de var tilfredse eller meget tilfredse med teststedets håndtering af fortrolige oplysninger (95%) og med den grad af respekt de blev behandlet med (94%).

På spørgsmålet om hvorvidt de var tilfredse med den rådgivning de havde fået i forbindelse med testningen, svarede 60% at de var tilfredse eller meget tilfredse, 6% var utilfredse eller meget utilfredse, og 34% svarede at de ikke havde modtaget rådgivning.

Ser man udelukkende på de mænd som har testet hiv-negative inden for de seneste fem år, er det 62% som er tilfredse eller meget tilfredse med rådgivningen, mens 33% ikke har modtaget rådgivning. Der er altså ikke sket nogen udvikling hverken i positiv eller negativ retning i de seneste år.

Det samlede billede som tegner sig for de ikke-positive mænds hiv-testning, er at de hyppigst benytter egen læge, ambulatorierne samt "andre teststeder". De tilkendegiver høj grad af tilfredshed med håndteringen af fortrolige oplysninger og med den respekt de er blevet behandlet med, og ligeledes med den rådgivning de har modtaget. Dette gælder også mænd som er testet inden for de seneste fem år. Det skal dog bemærkes at der kun er stillet et enkelt spørgsmål om hvert emne.

Endvidere er der bemærkelsesværdigt mange som angiver at de ikke har modtaget rådgivning i forbindelse med deres hiv-test. "Rådgivning" er dog ikke defineret i spørgeskemaet.

## 5.7 Kondom-problemer

I undersøgelsen blev der spurgt "Hvornår har du sidst ønsket at du havde et kondom (men ikke havde det)?" Blandt de 1.623 mænd som besvarede dette spørgsmål, svarede 353 (22%) at det havde de oplevet inden for de seneste 12 måneder, 192 (18%) havde oplevet dette for mere end 12 måneder siden, og 978 (60%) havde aldrig oplevet dette.

Der blev også spurgt: "Hvornår har du senest haft ubeskyttet analsex fordi du ikke havde et kondom?". Blandt de 1.633 mænd som besvarede dette spørgsmål, svarede 174 (11%) at det havde de oplevet inden for de seneste 12 måneder, 223 (14%)

havde oplevet dette for mere end 12 måneder siden, og 1.236 (76%) havde aldrig oplevet dette. (Summen af andele er mere end 100% p.g.a. decimalafkortning).

Mændene blev spurgt om de inden for de seneste 12 måneder "havde haft kondom på som den "aktive" (indtrængende) i analsex". Blandt de 1.631 som besvarede spørgsmålet, svarede 962 (59%) ja.

Disse mænd blev dernæst spurgt: "Alle de følgende handlinger kan medvirke til at kondomer går i stykker eller glider af mens man har sex. For hver af dem beder vi dig skrive om du har gjort dette eller ej når du har haft kondom på i de seneste 12 måneder". Se tabel 5.7.1.

**Tabel 5.7.1: Kondom-fejl**

	<b>Nej, jeg har ikke gjort dette mens jeg brugte kondom</b>	<b>Ja, jeg har gjort dette mens jeg brugte kondom</b>	<b>N</b>	<b>% Ja</b>
Helt undladt at bruge glidemiddel	693	264	957	28
Brugt spyt som glidemiddel	581	371	952	39
Kommet glidecreme inden i kondomet før jeg rullede det på	834	113	947	12
Ikke brugt masser af glidecreme uden på kondomet	634	310	944	33
Brugt et kondom som var for stort eller for lille til min pik	789	154	943	16
Haft sex (bollet) i mere end en halv time uden at skifte kondom	749	197	946	21
Brugt oliebaseret glidecreme (for eksempel creme, lotion, olie) sammen med almindelige kondomer af gummi	785	158	943	17

Som tabellen viser, er det betydelige andele som har anvendt kondomer og glidecreme på u hensigtsmæssige måder.

De samme mænd (det vil sige dem som havde svaret ja til at have brugt kondom som "aktive") blev også spurgt: "Er det inden for de seneste 12 måneder sket at et kondom du havde på, er gået i stykker eller gledet af mens du havde sex?".

Blandt de 947 mænd som besvarede dette spørgsmål, svarede 128 (14%) at det havde de oplevet én gang, 41 (4%) havde oplevet dette mere end én gang, og 778 (82%) havde ikke oplevet dette inden for de seneste 12 måneder.

Samlet viser undersøgelsen at en ganske stor del af mændene, der har været den indtrængende part - når man tager i betragtning at de svarer for en periode på kun 12 måneder - har oplevet at mangle et kondom og at have ubeskyttet analsex på grund af mangel på kondomer. Der tegner sig endvidere et billede af at temmelig store andele har anvendt kondomer og glidemiddel på måder som ikke giver optimal beskyttelse, og at ganske mange mænd har oplevet at kondomet er gået i stykker eller gledet af.

## 5.8 Købesex

Mændene blev spurgt: "Hvor ofte inden for de seneste 12 måneder har du betalt en mand for at have sex med dig i Danmark?". 1.604 besvarede spørgsmålet. I alt 100 (6%) har gjort dette, heraf har 64 købt sex 1-2 gange, 30 har gjort det 3-10 gange og 6 flere end 10 gange. 94% har slet ikke betalt en mand for sex de seneste 12 måneder.

Der blev også spurgt: "Hvor ofte inden for de seneste 12 måneder er du blevet betalt af en mand for at have sex med ham i Danmark?". 1.604 besvarede spørgsmålet. I alt 82 (5%) har gjort dette, heraf har 48 solgt sex 1-2 gange, 23 har gjort det 3-10 gange og 11 flere end 10 gange. 95% har slet ikke modtaget betaling af en mand for sex de seneste 12 måneder.

Sammenholder man disse oplysninger, viser det sig at yderst få, nemlig 7 mænd, har både købt og solgt sex inden for de seneste 12 måneder. Det er altså ikke de samme mænd der sælger og køber sex. 1.429 (89%) har hverken købt eller solgt.

## 5.9 Sex i udlandet

Respondenterne blev spurgt, hvornår de senest havde haft sex med en mand i udlandet, og hvilket land, det drejede sig om. Blandt de 1.610 mænd der besvarede spørgsmålet havde 598 (37%) havde haft sex med en mand i udlandet inden for de seneste 12 måneder, 25% havde haft det tidligere og 38% svarede "aldrig". Det

fremgår dog ikke om mændene har haft *usikker sex* mens de var i udlandet. Tabel 5.9.1 viser de ti lande, der hyppigst blev angivet.

**Tabel 5.9.1: Sex i udlandet**

Land	Antal personer
Tyskland	132
Spanien	83
England	43
USA	34
Frankrig	33
Sverige	30
Italien	21
Holland	16
Thailand	14
Norge / Tyrkiet 1)	10/10

1) Norge og Tyrkiet deles om 10.-pladsen, da der var 10 mænd, der havde haft sex i hvert af de to lande.

Den overordentlig høje andel som har haft sex i et andet land blot inden for de seneste 12 måneder, bekræfter tidligere informationer om at det blandt MSM er meget udbredt at have sex i udlandet. I den fælles-europæiske analyse har det vist sig at de to lande, som danske MSM hyppigst har sex i uden for Danmark, Tyskland og Spanien, er de mest populære udlande at have sex i blandt alle europæiske MSM. Det er nærliggende at antage at der er tale om rejsemål der traditionelt tiltrækker mange MSM - blandt andet fordi de skaber mulighed for at have sex. Det kunne være Berlin eller nogle af de typiske MSM-rejsemål i Spanien såsom Gran Canaria.

## 5.10 Viden og information

Svarpersonernes viden om hiv blev testet ved at spørge om de kendte blandt andre følgende sande informationer i forvejen:

"Aids skyldes et virus som hedder hiv", "Du kan ikke være sikker på om en person har hiv ud fra udseendet", "Der findes en medicinsk test som kan vise om du har hiv eller ej", "Hiv-infektionen kan kontrolleres med medicin sådan at dens påvirkning af helbredet bliver meget mindre".

Mellem 1.625 og 1.634 mænd svarede på disse spørgsmål. 97-98% skrev om disse udsagn at de vidste det i forvejen.



Mændene blev også bedt om at fortælle om de var enige eller uenige i følgende udsagn: "Jeg er tilfreds med min viden om hiv og andre seksydomme". 1.622 besvarede spørgsmålet, og af disse svarede 1.364 (84%) "enig" eller "helt enig", mens resten svarede "helt uenig", "uenig" eller "hverken enig eller uenig/ikke sikker". Det store flertal er med andre ord tilfredse med deres vidensniveau.

Der blev også i undersøgelsen spurgt til modtagelsen af information. Mændene blev spurgt: "Hvornår har du senest set eller hørt nogen form for information om hiv eller andre seksydomme, som var henvendt til mænd der har sex med mænd?". 1.629 svarede, og af disse svarede 1.401 (86%) at det havde de inden for de seneste 12 måneder, mens 11% svarede at det havde de tidligere, 3% svarede "aldrig".

1.620 svarede på spørgsmålet: "Hvornår har du senest set en form for information om hiv eller andre seksydomme i et blad eller en avis?". Heraf svarede 1.232 (76%) at det havde de inden for de seneste 12 måneder, 18% havde set information tidligere, 6% svarede "aldrig".

1.619 mænd besvarede spørgsmålet: "Hvornår har du senest selv kikket efter information om hiv eller andre seksydomme på internettet?". 1.086 (67%) havde selv kikket efter information inden for de seneste 12 måneder, 23% havde gjort det tidligere, 10% svarede "aldrig".

1.623 svarede på "Hvornår har du senest ringet til en telefonrådgivning for at få information om hiv eller andre seksydomme?". 61 (4%) svarede at det havde de inden for de seneste 12 måneder, 10% havde gjort det tidligere, 86% svarede "aldrig".

Samlet set afspejler tallene et meget højt vidensniveau samt en meget høj grad af modtagelse og opsøgen af information. Det er ligeledes bemærkelsesværdigt at flertallet er tilfredse med eget vidensniveau, men et ikke ubetydeligt mindretal udtrykker manglende tilfredshed, hvilket kan tolkes som ønske om eller behov for information.

Det kan dog bemærkes at der her er spurgt til meget basal viden, og at svaret gives på forhånd. Når der for eksempel spørges til PEP, er vidensniveauet ikke helt så højt (se afsnit 5.11 om PEP).

Samlet tegner der sig et billede af en gruppe MSM, som både er velinformede og som modtager og opsøger information om hiv i vidt omfang.

### **5.11 PEP (post exposure profylakse)**

I undersøgelsen er der spurgt til mændenes viden om PEP (post exposure profylakse). 1.621 respondenter tog stilling til følgende udsagn: "Formålet med PEP er at forhindre at man bliver smittet med hiv efter at man er blevet udsat for virus". Blandt disse svarede 990 (61%) at det vidste de i forvejen. De øvrige svarede at de ikke var sikre på det, ikke vidste det i forvejen, ikke forstod det eller ikke troede på det.

Udsagnet "PEP skal påbegyndes så hurtigt som muligt efter at man er blevet udsat for smitte, helst inden for få timer" var der 1.624 mænd som svarede på. Af disse svarede 1.011 (62%) at de vidste det i forvejen.

De mænd som ikke var hiv-positive, blev også spurgt "Hvor sikker er du på at du ville kunne få PEP hvis du mente du havde brug for det?". 1.478 mænd svarede, og af disse svarede 968 (65%) "meget sikker" eller "temmelig sikker". De øvrige svarmuligheder var "lidt sikker", "slet ikke sikker" og "ved ikke".

Der blev også spurgt om mændene havde fået PEP på et eller andet tidspunkt. 1.469 ikke-positive mænd svarede, heraf havde 47 (3%) fået PEP, 96% havde ikke fået PEP, 1% svarede ved ikke. De hiv-positive mænd blev spurgt om de havde fået PEP før de blev konstateret hiv-positive. 146 svarede på spørgsmålet, og af disse havde 2 (1%) fået PEP.

Som det ses, er der et nogenlunde godt vidensniveau hvad PEP angår. Samtidig er der dog en tredjedel som ikke er tilstrækkeligt oplyste om denne forebyggelsesmetode. I betragtning af at PEP har været tilgængelig for danske MSM i mere end ti år, ser optaget ud til at være temmelig lille, ligesom tiltroen til at man kan få PEP om nødvendigt er langt fra fuldstændig.

## 5.12 Reduceret smitsomhed

Deltagerne i undersøgelsen blev spurgt om de vidste at: "Effektiv behandling af hiv-infektionen mindsker risikoen for at hiv smitter". Ud af de 1.632 som besvarede spørgsmålet, vidste 1.065 (65%) dette allerede. 70 (4%) svarede at de ikke troede på dette. 277 var ikke sikre på det (17%), 213 vidste det ikke (13%). (7 personer angav at de ikke forstod informationen).

Ser man på svarpersonernes hiv-status, var der en langt større andel blandt de hiv-positive som vidste at effektiv behandling mindsker smitterisikoen, nemlig 95% - mens andelen som vidste dette blandt ikke-positive var 62% ( $p < 0,00$ ).

Ud over hiv-status havde alder og seksuel præference betydning for om svarpersonerne kendte denne information. En logistisk regressionsanalyse har vist at mænd på 30 og derover i højere grad ved dette end mænd under 30. Homoseksuelle kender informationen i højere grad end biseksuelle mænd. Derimod har bopæl og uddannelsesniveau ingen selvstændig betydning for om man ved dette.

I betragtning af måden dette vidensspørgsmål (ligesom de øvrige vidensspørgsmål) er stillet på, nemlig ved at man oplyser det korrekte svar på forhånd, er det en ganske stor andel blandt de ikke-positive mænd som angiver at de ikke kender til denne information.

### 5.13 Stigmatisering af hiv-smittede

De hiv-positive respondenter blev præsenteret for en række udsagn de skulle tage stilling til, og som kan sige noget om hvorvidt svarpersonen oplever at der finder stigmatisering af hiv-positive sted i hans umiddelbare omgivelser såvel som i samfundet. Der er spurgt til hvor ofte respondenteren har haft de pågældende oplevelser (ikke afgrænset til de sædvanlige 12 måneder). Tabel 5.13.1 viser fordelingen af svarene.

**Tabel 5.13.1: Stigmatisering af hiv-smittede**

	Oplevet stigma <sup>1)</sup>	%	N
Jeg har undgået at fortælle andre at jeg har hiv	107	73	146
Jeg er blevet ringere behandlet af andre efter at de har fået at vide at jeg har hiv	45	31	147
Venner som har fået at vide at jeg har hiv, har været forstående og støttet mig <sup>2)</sup>	10	7	147
Nogen som har fået at vide at jeg har hiv, har undgået mig socialt	19	13	147
Nogen som har fået at vide at jeg har hiv, har undgået mig seksuelt	88	60	146
Jeg har selv hørt andre sige negative eller nedsættende ting om folk der har hiv	101	69	147
Jeg har set eller læst ting i medierne om folk der har hiv, som jeg finder sårende eller ubehagelige	96	67	144
Jeg har været bekymret for at andre vil se negativt på mig fordi jeg har hiv	101	69	146

1) "Oplevet stigma" omfatter respondenter som har svaret "af og til", "ofte" eller "meget ofte" til udsagnet. (Øvrige svarmuligheder var "sjældent", "aldrig" og "passer ikke på mig").

2) "Oplevet stigma" omfatter respondenter som til dette udsagn har svaret "af og til", "sjældent" eller "aldrig".

Tabellen viser at det er overordentlig store andele af de hiv-positive som oplever stigmatisering i en eller anden form. Ser man på de mindste tal (udsagn 2, 3 og 4) kunne data måske tyde på at de konkrete erfaringer med at fortælle sin hiv-status i de umiddelbare omgivelser ikke er så negative - sammenholdt med de langt højere andele i de øvrige udsagn. Dog skiller den oplevede seksuelle stigmatisering sig ud som markant højere end den sociale stigmatisering.

## 6 Resume af resultaterne

Sexlivsundersøgelsen 2010 er udført i samarbejde mellem STOP AIDS og Statens Serum Institut med økonomisk støtte fra AIDS-Fondet.

Data stammer fra EMIS – The European MSM Internet Survey, som gennemførtes i sommeren 2010 simultant i en lang række europæiske lande ved hjælp af et spørgeskema på internettet. Rapporten behandler udelukkende data vedrørende mænd, som er bosiddende i Danmark og som har haft sex med en anden mand i løbet af den periode som undersøgelsen drejer sig om, nemlig 12 måneder forud for besvarelsen.

Rapporten sigter i høj grad på at sammenligne resultater med de tidligere danske Sexlivsundersøgelser, navnlig den fra 2009. Respondentgruppen er, med visse forbehold, sammenlignelig med 2009-respondentgruppen.

Der indgår besvarelser fra 1.636 mænd i datamaterialet. Gennemsnitsalderen var 36 år, 55% boede i københavnsområdet, og 50% havde afsluttet eller var i gang med en lang eller mellemlang uddannelse. 12% havde biseksuel adfærd (sex med både mænd og kvinder), mens 88% havde homoseksuel adfærd (udelukkende sex med mænd).

9% af respondenterne oplyste at de var hiv-positive, 59% at de var hiv-negative, og 31% kendte ikke deres hiv-status. Der knytter sig vigtige forbehold til opgørelsen af hiv-status og sammenligneligheden med tidligere undersøgelser, se afsnit 2.3. Andelen, der oplyser at de er hiv-positive svarer til andelen i alle de tidligere Sexlivsundersøgelser, og er næsten den dobbelte af det nationale estimat (5%).

Her skal kort opsummeres nogle få resultater vedrørende seksuel adfærd. 93% angav at de i de forgangne 12 måneder havde haft analsex. På spørgsmålet om hvor mange analsexpartnere mændene havde haft, svarede 25% at de havde haft analsex med én mand, mens 67% havde haft det med to eller flere, og 8% svarede at de ingen analsexpartnere havde haft. Medianen var 3 analsexpartnere.

62% havde haft ubeskyttet analsex, mens 37% havde haft usikker sex, defineret som ubeskyttet analsex med en partner med modsat eller ukendt hiv-status.

For øvrige resultater henvises til rapportens enkelte afsnit. I det følgende er der henvist til relevante afsnit i skarp parentes.

## **Perspektive og anbefalinger**

Det er et meget markant fund at usikker sex i 2010 er stagneret eller sandsynligvis faldet - for første gang i de ti år der er lavet Sexlivsundersøgelser [5.2]. Samtidig ses også fald i antal af analsexpartnere [5.1.1] og i ubeskyttet analsex [5.1.2].

Altsammen meget positive udviklinger, set fra et epidemiologisk synspunkt.

Der bør følges op på dette fund med en ny adfærdsundersøgelse snarest. Den foreliggende undersøgelses data er fra 2010, og vi ved nu i 2012 ikke om de fundne tendenser fortsætter.

Antallet af analsexpartnere er fortsat en stærk determinant for usikker sex [5.2.2]. Det samme gælder hiv-status - men her med det vigtige forbehold at flertallet af de hiv-smittede (som har forhøjet risiko for "usikker sex") er velbehandlede og derfor ikke udsætter partneren for en reel hiv-smitterisiko.

Det er bemærkelsesværdigt at kortuddannede igen i 2010 viser sig at have større risiko for usikker sex end langtuddannede. Dette antyder en social skævhed i optaget af risikoreducerende adfærd - ligesom der på andre sundhedsområder ses social ulighed - og tendensen er nu set i de seneste tre undersøgelser. Dette bør inddrages i overvejelser om kommende forebyggelsesinitiativer.

Derimod er der ikke belæg for at unge har mere usikker sex end ældre. Der er heller ikke belæg for den ofte hørte påstand at usikker sex bliver mere udbredt for hver ny generation, at det så at sige "går værre og værre med de unge". Samlet set viser Sexlivsundersøgelserne fra 2000 til 2010 ingen sådan sammenhæng. Ganske vist er usikker sex steget støt fra 2000-2009, men denne stigning har fundet sted på tværs af aldersgrupperne.

Der er heller ikke belæg for antagelser om at biseksuelle skulle have mere usikker sex end homoseksuelle (eller omvendt), og heller ikke for at provinsboere skulle have mere usikker sex end københavnere (eller omvendt). Der er ingen forskelle fundet igennem de ti års Sexlivsundersøgelser. Der er med andre ord grund til fortsat at yde en forebyggelsesindsats på tværs af disse grupper.

Hiv-testningsaktiviteten blandt MSM er uændret siden 2009, både når man ser på hvor mange som er testet nogensinde, og når man ser på hvor mange som er testet for nylig (inden for de seneste 12 måneder) [5.6]. Skønt optaget af hiv-testning er relativt stort, og der ses en vis sammenhæng mellem nylig testning og selvopfattet hiv-status, er det langt fra alle der har risiko, som lader sig teste.

Det er markant at brug af hjemmestest stort set er ikke-eksisterende, skønt disse sælges via internettet. Det er ligeledes bemærkelsesværdigt at en ret stor andel angiver at de slet ikke har modtaget rådgivning i forbindelse med testen [5.6.1]. Det er usikkert hvad der ligger i dette (for eksempel forskellige opfattelser af hvad "rådgivning" er). Imidlertid udtrykkes der almen tilfredshed med den behandling og rådgivning man får i forbindelse med testning

Det er foruroligende at en ret stor andel oplyser at de har anvendt kondomer og glidecreme på uhensigtsmæssige måder og derved slet ikke opnået den beskyttelse der normalt kan forventes ved kondombrug, samt at mange oplever at kondomer brister eller glider af [5.7]. Der er grund til fortsat at oplyse om korrekt anvendelse af kondomer og glidecreme.

Der er også basis for en holdningspåvirkning i forbindelse med sex i udlandet [5.9]. Undersøgelsen viser at en endog meget stor del af mændene har sex når de er uden for landets grænser. Man kan forestille sig at "feriehumør" giver basis for at slække på forholdsregler som er indgroede i hverdagen, hvilket underbygges af epidemiologiske data som viser at en ikke ubetydelig andel af de hiv-positive MSM mener sig smittet i udlandet (se EPI-NYT, jævnfør litteraturlisten).

Hvad viden og information angår, tegner undersøgelsen et billede af en gruppe, som er både velinformerede og som hyppigt modtager og opsøger information om hiv [5.10]. Dette synes at afkræfte formodninger om "kampagnetræthed" eller "hiv-

fatigue". Der er intet som tyder på at denne gruppe skulle have glemt eller fortrængt alvoren i hiv-smittespredningen.

Dog gælder det at det høje vidensniveau dækker de basale informationer. Ser man nærmere på mændenes viden om PEP, er resultaterne ikke nær så overbevisende [5.11]. Der er heller ikke udbredt tillid til at man faktisk kan opnå at få PEP i en situation hvor det måtte være nødvendigt. Dette afspejles i et ret beskedent optag af PEP over årene. Eftersom PEP er en del af forebyggelsesstrategien, er der grundlag for at øge oplysningen om denne mulighed.

Det samme gælder viden om at smitsomheden reduceres kraftigt hos velbehandlede hiv-smittede [5.12]. Blandt hiv-negative mænd er der en markant mangel på viden om dette faktum. Undersøgelsen tyder heller ikke på at de velbehandlede hiv-smittede har "usikker sex" i større omfang end ikke-velbehandlede. Der er med andre ord tegn på at denne vigtige forebyggelsesmulighed ikke er integreret i mændenes strategier for at undgå smitteoverførsel, hvilket bør tages i betragtning i oplysningsindsatsen fremover.

Dette understøttes af at hiv-positive mænd fortsat i meget høj grad oplever at være stigmatiserede [5.13]. Ikke mindst oplevelsen af seksuel stigmatisering er iøjnefaldende. En oplysningsindsats om fraværet af smitsomhed hos velbehandlede hiv-smittede kunne være et mål for initiativer som sigter på at modvirke (oplevelsen af) stigmatisering.



## 7 English Summary

### Introduction

This report is about men who have sex with men, and HIV. It contains the Danish results from EMIS – The European MSM Internet Survey which was carried out in the summer of 2010. See [www.emis-project.eu](http://www.emis-project.eu)

Data were collected through an online questionnaire, available in 25 languages. Responses were received from 38 countries and from more than 180.000 men, making EMIS the largest study among MSM ever.

EMIS is led by five European HIV research centres (in Germany, Italy, Netherlands, Spain and UK) which have been responsible for the European data collection and publishing of results.

In this report we publish results concerning Danish men who have sex with men (MSM), i.e. men living in Denmark.

The researchers behind this report are Jakob Haff, MA, cultural sociologist, and Susan Cowan, MD and responsible for the national surveillance of HIV in Denmark. We represented the Danish NGO-partner STOP AIDS, and the national partner, Statens Serum Institut, in the EMIS-project.

We chose to name the report "Sexlivsundersøgelsen 2010" ("The Sex Life Survey 2010"), because our intention has been to compare results with the former Danish Sex Life Surveys, which were carried out by our two organizations in 2000, 2001, 2002, 2006 and 2009. Most results are compared with 2009 – but we also report results which are unique for the 2010 survey (in chapter 5, from section 5.6 onwards).

We wish to thank Klaus Legau, Ole Møller Markussen, Francois Pichon and Per Slaaen Kaye from STOP AIDS for their comments on the report, and Dr. Kåre Mølbak from Statens Serum Institut for critical scrutiny of the content.

We thank the Danish AIDS Foundation for financially supporting the process of analysis and writing up of the report.

We would also like to thank the five above-mentioned EMIS-partners for their great initiative and for carrying it out with such zest. A special thanks to Axel J. Schmidt. Thanks to all our European colleagues for a very inspirational collaboration.

And thanks first and foremost to all the men who filled in the questionnaire. We hope the results will be useful to all who work with and have an interest in the prevention and surveillance of HIV among MSM in Denmark.

Jakob Haff and Susan Cowan

## Description of the respondent group

The data comprises 1,636 eligible respondents, whose average age was 36 years. Fifty-five percent lived in the Copenhagen Area, and 50% had either finished, or were attending, education of medium length or postgraduate studies.

To be eligible for the survey, participants needed to have had sex with a man within the last 12 months. In this period, 88% had sex with men exclusively and 12% had sex with both men and women. In the report, these men are described as homo- and bisexual, respectively.

Nine percent of the respondents reported to be HIV-positive, 59% to be HIV-negative, and 31% stated that they did not know their HIV-status. Unfortunately, the questions about self-perceived HIV-status were worded slightly differently than in the Sex Life Surveys 2000- 2009. Therefore the number of respondents with unknown HIV-status appears much higher in the present study than in the former surveys. This has an effect on the calculation of "unsafe sex" (see later under "sexual behaviour"). The proportion of HIV-positive men (9%) corresponds to that of all the former Sex Life Surveys, and is nearly twice as high as the national estimate (5%).

## Sexual behaviour

Ninety-three percent of men participating in this survey stated they had practised anal sex within the past 12 months. In comparison, 94% of the respondents in the 2009 Sex Life Survey had practised anal sex. There is no information about whether the respondent was receptive and/or insertive.

When asked about the number of anal sex partners, 25% stated they had anal sex with one partner, 67% with more than one partner, and 8% stated 0 partners. The median number of anal sex partners was 3.

In this survey, 62% had unprotected anal sex, i.e. anal sex without a condom. This is a significant decrease since 2009 when the percentage was 69.

Among men with HIV the percentage was 85, among HIV-negative men it was 59, and 67 of those who did not know their HIV-status, had had unprotected anal sex. These figures were 80%, 67% and 73% in the 2009 survey.

The Sex Life Surveys and this report take into account the partners' HIV-status in the calculation of how much sex is occurring that could potentially transmit HIV virus, i.e. unsafe sex.

HIV is not transmitted between men who are both HIV-positive, nor between two men who are both HIV-negative.

Unsafe sex is thus defined as unprotected anal sex with a partner of differing or unknown HIV-status. All unprotected anal sex a respondent, who does not know his HIV-status, has, is regarded as unsafe sex. The proportion of unsafe sex in this survey is in all probability calculated too high, compared with the calculations in the former Sex Life Surveys. This is caused by the very high proportion of respondents in the present survey who are fitted into the category of unknown HIV-status. In this survey 37% are calculated as having practised unsafe sex at least one time during the last 12 months. The proportion was the same in 2009, but because the 37% of the present survey must be seen as an overestimate compared with the former Sex Life Surveys, undoubtedly the practice of "unsafe sex" has decreased since 2009. However, it is not possible to calculate the magnitude of this decrease.

In a logistic regression analysis, three factors were shown to have independent influence on the proportion who had unsafe sex:

- Number of anal sex partners (more partners – more unsafe sex)
- HIV-status (positive status – more unsafe sex than negative)
- Level of education (shorter education – more unsafe sex)

Three factors were, in return, shown not to independently influence whether men had unsafe sex:

- Place of residence
- Homo-/bisexual behaviour
- Age

The three predictors of unsafe sex are the same as have been demonstrated in some (level of education) or all (number of anal sex partners and HIV-status) of the former Sex life Surveys.

## **HIV-treatment and viral load**

The HIV- positive men were asked if they are on retroviral treatment, and if they knew their viral load. The answers show that 88% were on treatment, and that 89% among the treated men had an immeasurable viral load when they were last tested.

That is in line with results from the 2009 survey and with other studies of HIV positive men who have sex with men in Denmark.

The level of unsafe sexual behaviour was the same among men with high and low viral loads.

## **HIV-testing practices**

As in the former Sex Life Surveys we asked if the respondents had ever taken an HIV test, and when they had a test the last time. Seventy-seven percent were tested at least once, corresponding to the proportions in all the former Sex Life Surveys. The proportion of not-HIV-positive men who were tested during the last 12 months was 42%. This figure also corresponds to the proportion of "recent testers" in the former surveys.

Respondents' perception of their HIV-status shows a correlation with rates of recent testing: among "definitely negative" men the proportion who had tested within the last 12 months was 47%, among "probably negative" it was 35%, and among "not sure/don't know" it was 19%.

Among the HIV-positive men, most had tested positive at an outpatient clinic (40%), at their GP (37%), or while submitted to hospital (14%). Very few had tested positive at other practising doctors than their own GP (5%), at other venues such as walk-in testing sites (3%) or in a blood-bank while donating blood (0,68% - 1 person). None had tested positive using home-test kits, at mobile testing sites or in bars/saunas.

Among HIV-negative men, 47% were last tested at their GP (47%), at an outpatient clinic (34%), or at other venues such as a walk-in testing (10%).

Very few had tested negative while in hospital (4%), at other practising doctors than their own GP (3%), in a blood-bank while donating blood (2%), at mobile testing

sites (0,45% - 5 persons), using home-test kits (0,09% - 1 person), or in bars/saunas (0,09% - 1 person).

Both the HIV-positive and the HIV-negative expressed high degrees of satisfaction with the way the testing sites handled confidentiality issues and the respect the testers were shown. Among HIV-positive 11% stated they had not received any counselling when they were tested positive, this figure was 34% for the men who had tested HIV-negative. The vast majority of the ones who stated they had been counselled at the testing site were satisfied with the counselling they received.

## **Condom problems**

Respondents were asked to state when they last had wanted a condom but didn't have one. Twenty-two percent had experienced this within the last 12 months, 18% at some point before this, and 60% answered "never".

Respondents were also asked when they last had unprotected anal intercourse solely because they didn't have a condom. Eleven percent had experienced this within the last 12 months, 14% at some point before this, and 76% answered "never".

Among the respondents 59% stated that they had worn a condom as the active part in anal sex within the last 12 months. These respondents were asked whether they had used condoms and lubricants in inefficient ways during this period. Twenty-eight percent had failed to use lubricant, 39% had used spit as lubricant, 12% had applied lubricant to the inside of the condom, 33% had used too little lubricant, 16% had used too large or too small a condom, 21% had used the same condom while having anal sex for more than a half hour, and 17% had used oil-based lubricants such as lotion or oil.

Finally these men were asked if they had experienced breakage or slippage of a condom in the last 12 months. Fourteen percent had experienced this once during the last 12 months, and 4% more often.

## **Sex abroad**

Thirty-seven percent of the respondents had sex abroad during the last 12 months. The most popular countries for sex abroad among this sample of men were Germany and Spain.

## Knowledge and information

The respondents were asked a few questions concerning basic HIV-knowledge: "AIDS is caused by a virus called HIV", "You can not judge by a person's looks if he has HIV", "A test can show if you are infected with HIV", "HIV-infection can be controlled with medicine so the health is affected a lot less by the disease". Practically all the respondents (97-98%) knew this already.

When it came to more in depth knowledge, e.g. about PEP and about reduced infectiousness after HIV-treatment, fewer demonstrated knowledge. Only 65% were sure or rather sure they were able to get PEP should the need arise, and only 65% already knew that effective HIV-combination treatment reduces the risk of sexual HIV-transmission from a HIV-positive person. The level of knowledge about the latter was unevenly distributed among HIV-status groups, as 95% of the HIV-positive but only 62% of the HIV-negative already knew this.

Eighty-six percent of the respondents had seen or heard information directed at MSM about HIV or other STIs during the last 12 months, and 67% had sought this kind of information themselves on the internet during the same period.

## Stigma and discrimination of HIV-positive men

Among the HIV-positive respondents 60% felt they had been sexually avoided, 31% felt they themselves had been treated less well after they had revealed their HIV-status, and 69% had overheard negative or derogative descriptions of HIV-positive people.

## Perspectives and recommendations

Square brackets below refer to the relevant sections of the report.

It is highly remarkable that unsafe sex in 2010 has declined – for the first time in the ten years that the Sex Life Surveys have been carried out [5.2]. At the same time a decline is seen in the number of anal sex partners [5.1.1] and in unprotected anal intercourse [5.1.2]. All of these are very positive developments, seen from an epidemiological perspective.

These findings should be followed up upon by a new behavioural study as soon as possible. The present data were collected in 2010, and currently in 2012 it is not known whether these tendencies prevail.

The number of anal sex partners continues to be a strong predictor of unsafe sex [5.2.2]. The same goes for HIV-status – but with the very important reservation that the majority of the HIV-positive men (who have increased risk of “unsafe sex”) are well-treated and therefore do not expose their partners to a real risk of infection.

It is notable that shorter education again in 2010 turns out to be a predictor of unsafe sex, compared to longer education. This suggests a social imbalance in the uptake of risk reduction behaviour, and this tendency has now been found in the three latest Sex Life Surveys. This should be taken into account in future prevention efforts.

As opposed to this, there is no evidence of the common assumption that the young have more unsafe sex than older men and that unsafe sex increases in every new generation. Altogether the Sex Life Surveys from 2000 to 2010 show no such correlation. Certainly, unsafe sex has increased steadily over the years 2000-2009, but this increase has taken place in all age groups.

Nor is there any evidence that bisexual men have more unsafe sex than homosexual men (or vice versa), or that men living outside big cities would have more unsafe sex than the Copenhageners (or vice versa). No tendencies to that effect have been found throughout the ten years of Sex Life Surveys. In other words, there is reason to still extend prevention efforts across these groups.

The HIV-testing uptake among MSM is unchanged since 2009, both in terms of how many have tested ever and in terms of how many have tested recently (within the last 12 months) [5.6.]. Even though the uptake of HIV-testing is relatively large, and some correlation is seen between recent testing and self-perceived (negative) HIV-status, it is far from all the men that have risk behaviour, who test.

It is remarkable that the use of home-testing is practically non-existent, although such kits are available through the internet. It is also notable that a rather large proportion of the respondents state that they did not receive any counselling when they tested [5.6.1]. The meaning of this is not entirely clear (there could for example be different perceptions of the term “counselling”). However, there seems to be general satisfaction with the counselling, and other circumstances around testing.



It is also of some concern that a rather large proportion state that they have used condoms and lubricant in inefficient ways and thus have not obtained the protection that could normally be expected by the use of condoms [5.7]. This points to a need for the continuous education about the proper use of condoms and lubricant.

There is also reason for trying to influence attitudes related to sex abroad [5.9]. The survey shows that a large proportion of the men have sex outside the borders of Denmark. It could be assumed that a "holiday mood" inspires to a loosening of precautions which are well established in everyday life, an assumption which is supported by epidemiological data which show that a significant number of HIV-positive MSM state that they were infected abroad (see EPI-NYT, reference in the literature below).

When it comes to knowledge and information, the survey depicts a group of men who are both well informed and who frequently receive and look up information about HIV [5.10]. This seems to weaken assumptions about tiredness of campaigns or "HIV-fatigue". Nothing suggests that this group should have forgotten or repressed the seriousness of the HIV-epidemic.

However, it should be remembered that the high level of knowledge concerns basic information. Looking closer at knowledge about PEP, the results are not nearly as convincing [5.11]. Nor is there not general trust in that it would be possible to acquire PEP in a situation where it was necessary. This is reflected in a quite low uptake of PEP over the years. Since PEP is part of the prevention strategy, there is a need for intensifying the information about this option.

The same goes for knowledge about the fact that infectiousness is greatly reduced in people living with HIV who are well-treated [5.12]. Among HIV-negative there is a significant lack of knowledge about this. Furthermore, there is no indication that well-treated men with HIV have "unsafe sex" to a greater extent than those who are not well-treated. In other words, there are signs that this important means of prevention has not become integrated in the men's strategies to avoid HIV-transmission, a finding which should be taken into account in future prevention efforts.

This is supported by the fact that HIV-positive men still to a considerable extent perceive to be stigmatized. Especially the perceived sexual stigmatization is notable. Education about the lack of infectiousness in well-treated HIV-positive could be worth taking up as part of initiatives which aim at counteracting (perceived) stigmatization.

# Ordforklaring

**Biseksuel adfærd:** At have sex med personer af begge køn.

**Bivariat analyse:** Statistisk analyse hvor man "krydser" to variable, for eksempel hiv-status og bopæl, for at undersøge om der er en betydende forskel på andelen af hiv-smittede i forskellige dele af landet.

**Chi2-test:** Statistisk test der bruges til at vurdere om en sammenhæng mellem to variable i en undersøgelse forekommer oftere end det kan forventes ud fra tilfældighed, med andre ord at sammenhængen er statistisk signifikant.

**Determinanter:** Variable som har selvstændig betydning for en sammenhæng.

**Dikotom:** En fordeling hvor der kun er to muligheder (for eksempel ja eller nej).

**Disclosure:** At fortælle nogen, for eksempel en (kommende) partner, hvad ens hiv-status er.

**Diskordante:** Partnere med forskellig hiv-status.

**EMIS:** The European MSM Internet Survey.

**Homoseksuel adfærd:** At have sex med personer af ens eget køn.

**Hiv-status:** Om man er smittet (hiv-positiv) eller ikke smittet (hiv-negativ).

**Incidens:** Antallet af personer i en gruppe, som i løbet af en given periode pådrager sig en given sygdom eller lignende, for eksempel antallet af mænd der har sex med mænd, som smittes med hiv i løbet af 2010.

**Konkordante:** Partnere med samme hiv-status.

**Logistisk regressionsanalyse:** Statistisk analyse som kan kontrollere for betydningen af flere variable på én gang, og som siger noget om hvilke af disse

variable, der hver især har selvstændig betydning for et bestemt udfald. Hvis det for eksempel i bivariate analyser har vist sig at både uddannelsesniveau og alder gør en forskel for om man har usikker sex eller ej, kan en logistisk regressionsanalyse vise om alderens betydning for uddannelsesniveaet forklarer forskellen i usikker sex ved forskelligt uddannelsesniveau, eller om uddannelsesniveaet har en selvstændig forklaringskraft, når der er kontrolleret for alderens betydning.

**Median:** Den midterste værdi. Det vil sige at hvis man stiller for eksempel 25 mænd op efter antal partnere, vil manden i midten (nummer 13) være medianen. Hvis medianen er forskellig fra gennemsnittet, siger det noget om en skæv fordeling, for eksempel hvis enkelte af mændene har mange flere partnere end de fleste andre.

**MSM:** Mænd der har sex med mænd.

**N:** Antallet af respondenter, som en given analyse er baseret på.

**PEP:** Post Exposure Profylakse. Behandling som gives umiddelbart efter smitteudsættelse (fx kondom-brist) for at forhindre at personen smittes.

**Prævalens:** Andelen af personer i en gruppe der på et givet tidspunkt har en given sygdom eller andet, for eksempel andelen af hiv-positive blandt mænd der har sex med mænd, i Danmark i starten af 2010.

**Respondent:** Svarperson. Det vil sige den person som besvarer spørgsmålene.

**SOI:** Seksuelt overført infektion. Kaldes også sexsygdomme. For eksempel syfilis, gonoré, klamydia.

# Litteraturliste

## Sexlivsundersøgelserne

På [www.stopaids.dk](http://www.stopaids.dk) under "Viden og forskning"/"Sexlivsundersøgelser" findes nyhedsartikler om hovedresultater af hver enkelt Sexlivsundersøgelse (2000, 2001, 2002, 2006 og 2009 samt den kvalitative undersøgelse 2003). Desuden kan rapporterne fra årene 2003, 2006 og 2009 downloades her.

På [www.ssi.dk](http://www.ssi.dk) i sygdomsleksikon under hiv og aids findes link til Sexlivsundersøgelserne fra 2006 og 2009.

## Rapporter

Haff J, Cowan S. Sexlivsundersøgelsen 2009. Hiv og sex blandt mænd der har sex med mænd. Baggrund, fremgangsmåde og resultater af spørgeskemaundersøgelsen i 2009. STOP AIDS – Bøssernes hiv-organisation og Epidemiologisk afdeling, Statens Serum Institut, august 2009. (Rapport, 97 s.). Rapporten kan downloades på [stopaids.dk](http://stopaids.dk).

Haff J, Cowan S. Sexlivsundersøgelsen 2006. Hiv og sex blandt mænd der har sex med mænd. Baggrund, fremgangsmåde og resultater af spørgeskemaundersøgelsen i 2006. STOP AIDS – Bøssernes hiv-organisation og Epidemiologisk afdeling, Statens Serum Institut, december 2007. (Rapport, 96 s.). Rapporten kan downloades på [stopaids.dk](http://stopaids.dk).

Olesen G. Sexlivsundersøgelsen 2003: Smutteren, der bekræfter normen. En kvalitativ interviewundersøgelse om usikker sex blandt mænd, der har sex med mænd. STOP AIDS – Bøssernes hiv-organisation og Epidemiologisk afdeling, Statens Serum Institut, november 2003. (Rapport, 70 s.). Rapporten kan downloades på [stopaids.dk](http://stopaids.dk).

Halgreen T, Kristensen JG. Sexlivsundersøgelsen 2000. STOP AIDS – Bøssernes hiv-organisation og Epidemiologisk afdeling, Statens Serum Institut, marts 2001.

## Publicering på internationale konferencer samt i videnskabelige tidsskrifter

Cowan SA, Gerstoft J, Haff J, Christiansen AH, Nielsen J, Obel N. Stable incidence of HIV diagnoses among Danish MSM despite increased engagement in unsafe sex. JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. Publish Ahead of Print DOI: 10.1097/QAI.0b013e31825af890 (Artikel, publiceres september 2012).

Cowan S, Christiansen AH, Haff J. New paradigm for positive prevention: "Test and treat". Testing for and treating HIV has lowered transmission rate in Denmark in spite of increased unsafe sex among MSM. XVIII International AIDS Conference, Vienna, Austria, 18-23 July 2010. (Oral presentation).

Cowan SA, Haff J. HIV and risk behaviour among men who have sex with men in Denmark – the 2006 Sex Life Survey. *Euro Surveill.* 2008;13(48):pii=19050. Available online: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19050>

Cowan SA, Haff J. Accident or habit? The frequency of unsafe sex among men who have sex with men (MSM) in Denmark. XVIII International AIDS Conference, Mexico City, Mexico, 3-8 August 2008. (Poster).

Cowan S, Haff J, Smith E. Sero-sorting – on purpose or by chance? XVI International AIDS Conference, Toronto, Canada, 13-18 August 2006. (Oral poster presentation).

Smith E, Knudsen SP, Haff J. Still high risk behaviour among men who have sex with men in Denmark, 2000. XV International AIDS Conference, Barcelona, July 2000. (Poster).

## **Anden litteratur**

Elford J (2009), Jeannin A, Spencer B, Gervasoni JP, van de Laar MJ, Dubois-Arber F, the HIV and STI Behavioural Surveillance Mapping Group. HIV and STI behavioural surveillance among men who have sex with men in Europe. *Eurosurveillance* 2009; 14(47).

EPI-NYT 45/2011, hiv og aids årsopgørelsen 2010.

Obel N. Den Danske HIV kohorte. 8. udgave, 2011. Epidemiklinikken, Rigshospitalet, København. Link:[http://www.rigshospitalet.dk/NR/rdonlyres/2FA25A5A-83F1-4C0E-8D61-BE98925E2D63/0/Rapport2011\\_korte\\_versionII.pdf](http://www.rigshospitalet.dk/NR/rdonlyres/2FA25A5A-83F1-4C0E-8D61-BE98925E2D63/0/Rapport2011_korte_versionII.pdf)