

Sexlivsundersøgelsen 2017

**Hiv og sex blandt mænd, der har sex med mænd.
Danske resultater af spørgeskemaundersøgelsen
EMIS (European MSM Internet Survey)**

Jakob Haff og Susan Cowan

**Statens Serum Institut, Afdeling for Infektionsepidemiologi og Forebyggelse
& AIDS-Fondet**

November 2020

Forord

Sexlivsundersøgelsen 2017 handler om hiv og beslægtede emner vedrørende sex mellem mænd.

Rapportens data stammer fra EMIS – The European MSM Internet Survey. En tilsvarende EMIS-undersøgelse blev lavet i 2010. Den aktuelle undersøgelse er baseret på et spørgeskema på internettet i vinteren 2017-18, hvor der indkom besvarelser fra flere end 137.000 mænd i 50 lande, fortrinsvis europæiske.

EMIS 2017 er en del af ESTICOM-projektet, der blev udført efter kontrakt med The Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency (Chafea) under EU-Kommissionen.

Rapporten her behandler data fra danske respondenter. I kapitel 5 findes resultaterne, og der sammenlignes med den tilsvarende undersøgelse fra 2010.

Undertegnede har fra dansk side deltaget i EMIS-projektet som hhv. repræsentant for Statens Serum Institut (SSI) og som uafhængig forsker. AIDS-Fondet har deltaget som ngo-partner og desuden ydet økonomisk støtte til udarbejdelsen af denne rapport.

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

Tak til chefkonsulent, cand.scient.soc. Morten Wøldike og professor, ph.d. Christian Graugaard for kritisk gennemlæsning.

Tak til vore europæiske kolleger for et godt samarbejde og inspirerende sparring.

Og frem for alt tak til de mange mænd, som har besvaret spørgeskemaet.

Susan Cowan og Jakob Haff

Jakob Haff er kultursociolog, cand.mag. og har siden 1991 arbejdet med hiv og andre seks sygdomme blandt mænd, der har sex med mænd, herunder deltaget i tilrettelæggelsen og bearbejdningen af alle hidtidige Sexlivsundersøgelser.

Susan Cowan er afdelingslæge og sektionsleder i Afdeling for Infektionsepidemiologi og Forebyggelse på Statens Serum Institut og har ansvaret for den nationale overvågning af hiv og andre seks sygdomme i Danmark.

Alle analyser og konklusioner i denne rapport er forfatterernes.

Rapporten kan frit citeres med kildeangivelse.

Indhold

Kapitel 1 Formål og baggrund	7
1.1 Undersøgelsens formål	7
1.2 Baggrund for undersøgelsen	7
1.3 Tidligere undersøgelser	8
Kapitel 2 Metode	10
2.1 Generaliserbarhed og gyldighed	10
2.2 Dataanalyse	11
2.3 Metodeproblem vedrørende uddannelsesniveau	12
Kapitel 3 Fremgangsmåde	14
3.1 Udformning af spørgeskemaet	14
3.2 Indsamling af spørgeskemaer	14
3.3 Inklusionskriterier	16
3.4 Rapportens opbygning	18
Kapitel 4 Beskrivelse af respondentgruppen	19
4.1 Alder	19
4.2 Uddannelsesniveau	19
4.3 Bopæl	20
4.4 Homo-/biseksuel adfærd	21
4.5 Hiv-status	21
4.5.1 Hiv-behandling og virustal	23
4.6 Etnicitet	25
4.7 Udvikling i respondentgruppens sammensætning	26
4.7.1 Sammenfatning	27

Kapitel 5 Undersøgelsens resultater	28
5.1 Viden om hiv og andre seksygdomme	28
5.1.1 Vidste du dette ...?	28
5.1.2 Har du modtaget relevant information for nylig?	30
5.1.3 Viden om, at velbehandlede hiv-positive ikke kan smitte	30
5.1.4 Sammenfatning	31
5.2 Analsex	33
5.2.1 Analsex og antal analsexpartnere	33
5.2.2 Analsex uden kondom	35
5.3 Hiv-risikosex	35
5.3.1 Omfanget af hiv-risikosex	36
5.3.2 Determinanter for hiv-risikosex	37
5.3.3 Sammenligning med den foregående undersøgelse	38
5.3.3.1 Hiv-status og risiko	38
5.3.4 Sammenfatning	41
5.4 Kondombrug	43
5.4.1 Anskaffelse af kondomer	43
5.4.2 Manglende kondom	44
5.5 PEP og PrEP	45
5.5.1. PEP	45
5.5.1.1. Kendskab til PEP	45
5.5.1.2 Optag af PEP	46
5.5.1.3 Opsamling vedrørende PEP	47
5.5.2 PrEP	47
5.5.2.1. Kendskab til PrEP	48
5.5.2.2 Optag af PrEP	49
5.5.2.3 Opsamling vedrørende PrEP	50
5.5.3 Sammenfatning	50
5.6 Test-adfærd og tilfredshed med test-stederne	52
5.6.1 Hvor mange er nogensinde blevet hiv-testet?	52
5.6.2 Hvor mange er blevet hiv-testet for nylig?	53
5.6.3 Test-steder og tilfredshed	53
5.6.3.1 Hiv-positive	53
5.6.3.2 Hiv-negative	55

5.6.4 Sammenfatning	56
5.7 Chemsex	57
5.7.1 Omfanget af chemsex	57
5.7.2 Hvem har chemsex?	58
5.7.3 Chemsex og PrEP	59
5.7.4 Sammenfatning	59
5.8 Brug af stimulanser, stoffer m.v.	60
5.8.1 Brug inden for de seneste 12 måneder	60
5.8.2 Brug af sprøjter	61
5.8.3 Bekymring om brug af stoffer	62
5.8.4 Sammenfatning	63
5.9 Sexsygdomme	64
5.9.1 Hepatitis C	64
5.9.2 Test for sexsygdomme	65
5.9.3 Gonorré	66
5.9.4 Klamydia	67
5.9.5 Syfilis	67
5.9.6 Sammenfatning	68
5.10 Købesex	70
5.11 Sikker sex og tilfredshed med sex	72
5.12 Diskrimination på grund af seksuel orientering	74
5.13 Psykisk velbefindende	76
5.14 Åbenhed om seksuel orientering	79
Kapitel 6 Resumé, perspektiver og anbefalinger	80
Kapitel 7 English summary	92
Appendiks A: Metodeovervejelser vedrørende uddannelsesniveau	102
Referencer	105
Litteraturliste, Sexlivsundersøgelserne	108
Ordforklaring	110

1 Formål og baggrund

1.1 Undersøgelsens formål

Den danske Sexlivsundersøgelses formål er – gennem forøget viden og indsigt i risikofaktorer og -adfærd samt anvendte strategier mod hiv – at styrke forebyggelsen af hiv blandt mænd, der har sex med mænd, samt at bidrage til overvågningen af epidemiens udvikling i denne gruppe. Undersøgelsen belyser tillige relaterede emner såsom udbredelsen af andre seksuelt overførte sygdomme, brug af stoffer og psykosociale problemstillinger.

1.2 Baggrund for undersøgelsen

Denne rapport præsenterer resultater af den danske del af EMIS – The European MSM Internet Survey. Rapporten hedder 'Sexlivsundersøgelsen 2017', fordi den er tilrettelagt, sådan at den i vidt omfang relaterer resultaterne til de foregående danske Sexlivsundersøgelser.

EMIS er et flerårigt, europæisk forskningsprojekt, som påbegyndtes i 2009. Projektet er finansieret af EU-Kommissionen samt en række nationale bidragydere. Det svenske sundhedsministerium bidrog økonomisk til rekruttering af deltagere i de nordiske lande. Se fuldstændige beskrivelser af projektet hos EU:
www.esticom.eu/Webs/ESTICOM/EN/emis-2017/emis-2017-node.html (ref.1.2.1).

Projektet styres af to større, udenlandske forskningscentre: Sigma Research at the London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM) samt Robert Koch Institute (RKI) i Berlin. Forskere fra disse to institutioner udgør den centrale forskergruppe og er ansvarlige for projektets ledelse, herunder den videnskabelige ledelse, samt udarbejdelse og publicering af fælleseuropæiske analyser af undersøgelsens

resultater. EMIS' ledelsesteam består af Axel J. Schmidt, Ford Hickson, David Reid, Peter Weatherburn og Uli Marcus.

Den samlede fælleseuropæiske rapport er publiceret i august 2019:

<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/European-MSM-internet-survey-2017-findings.pdf> (ref. 1.2.2). Bemærk, at den europæiske rapport opererer med en større gruppe svarpersoner fra Danmark og dermed andre tal end denne rapport, se afsnit 3.3.

Ligeledes behandler den fælleseuropæiske rapport en bredere vifte af emner end rapporten her, idet vi i denne rapport har fokuseret på bestemte dele af spørgeskemaet.

Hvert deltagende land kan udarbejde nationale rapporter – nærværende rapport er den danske nationale rapport. Hidtil er udkommet rapporter fra enkelte andre lande (ref. 1.2.3).

EMIS har etableret et netværk af flere end 100 samarbejdspartnere blandt sundhedsmyndigheder, forskningscentre, ngo'er og individuelle forskere i 48 lande. For Danmark har Statens Serum Institut (SSI) ved Susan Cowan deltaget som national partner, mens AIDS-Fondet har deltaget som ngo-partner. Jakob Haff har deltaget som individuelt udpeget forsker.

EMIS kan således siges at være en fælleseuropæisk udgave af de Sexlivsundersøgelser, som har været foretaget i Danmark 2000-2009 af Statens Serum Institut og STOP AIDS (nu AIDS-Fondet), med økonomisk støtte fra Sundhedsstyrelsen og AIDS-Fondet.

Baggrunden for såvel de danske undersøgelser som EMIS er, at mænd, der har sex med mænd (MSM), i Danmark og på europæisk plan, udgør en særlig risikogruppe med særlig høj prævalens og incidens af hiv og andre seksygdomme.

1.3 Tidligere undersøgelser

Der er tidligere gennemført 6 kvantitative Sexlivsundersøgelser samt en kvalitativ undersøgelse.

De kvantitative undersøgelser er udført i 2000, 2001, 2002, 2006, 2009 og 2010. Den kvalitative undersøgelse blev udført i 2003.

De første fem danske kvantitative undersøgelser var tilrettelagt efter ensartede principper og med gentagelse af en del spørgsmål for at muliggøre sammenligninger fra år til år. EMIS-undersøgelsen i 2010 var tilrettelagt efter principper svarende til de danske på det overordnede plan (for eksempel angående formål, emner og rekruttering) og i vid udstrækning også med hensyn til formuleringen af spørgsmålene. EMIS-undersøgelsen i 2017 har været tilrettelagt efter samme principper som 2010-undersøgelsen (herunder gentagelse af en række spørgsmål). Dermed er det muligt at foretage sammenligninger mellem resultaterne i 2017 og 2010 samt i nogen udstrækning også med årene før, da Sexlivsundersøgelserne var specifikt danske.

Tabel 1.3.1: Antal respondenter, der indgik i Sexlivsundersøgelserne 2000-2017

Sexlivsundersøgelsen år	Antallet af brugbare svar
2000	1.745
2001	1.469
2002	1.538
2006	3.141
2009	1.310
2010	1.636
2017	1.415

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 fordi homoseksuel adfærd til dels er stigmatiseret, og en del MSM skjuler deres seksuelle interesse i mænd, er det reelt umuligt at opnå kontakt med og respons fra enhver MSM i Danmark og således foretage en virkelig repræsentativ udvælgelse til brug for en undersøgelse i denne gruppe.

I undersøgelsen her er endvidere valgt en afgrænsning, som udelukkende er baseret på seksuel adfærd og ikke på seksuel identitet, og som desuden kræver, at svarpersonen har været homoseksuel aktiv inden for de seneste 12 måneder. Også af disse grunde kan undersøgelsen ikke siges at dække alle mænd med homoseksuelle lyster (eller homoseksuel identitet) i Danmark.

Til gengæld er den valgte afgrænsning hensigtsmæssig, fordi den tjener til belysning af den adfærd, som er relevant for spredningen af hiv og andre sexsygdomme. 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 i denne henseende 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.

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 relevant del af den samlede MSM-gruppe, nemlig de seksuelt meget aktive.

2.2 Dataanalyse

Data i undersøgelsen stammer fra svar på EMIS-spørgeskemaet, som var tilgængeligt for mulige svarpersoner i en lang række europæiske lande i vinteren 2017-18.

Rapporten behandler kun danske data, hvilket defineres som data fra mænd, som bor i Danmark. Se også afsnit 3.3 om inklusionskriterier.

Det har været et styrende princip for vores dataanalyse at skabe størst mulig sammenlignelighed mellem 2017-EMIS-dataene og 2010-EMIS-dataene samt de tidligere danske data.

For at opnå gennemsigtighed tilstræber vi i rapportens løb at henvise til de spørgsmål i spørgeskemaet, de behandlede data stammer fra. Disse benævnes med et Q, for eksempel Q367. Dette er dog ikke i alle tilfælde muligt, idet data i nogle tilfælde stammer fra en længere række spørgsmål. I sådanne tilfælde angiver vi det ved at skrive for eksempel '1.413 mænd svarede (i flere forskellige spørgsmål) på, hvorvidt ...'.

I eksemplet ovenfor udgør de 1.413 mænd mere end 99% af respondenterne. De fleste spørgsmål er blevet besvaret af 95% eller flere af respondenterne (medmindre nogle af forskellige grunde er blevet ledt uden om spørgsmålet). I så fald angiver vi ikke, hvor stor en procentdel der har svaret på spørgsmålet. Har mindre end 95% svaret, angiver vi det i parentes efter antallet af besvarelser, for eksempel: '1.093 svarede (77%)'.

Spørgeskemaet kan ses her:

<http://sigmaresearch.org.uk/questionnaires/tags/tag/EMIS-2017> (ref. 2.2.1).

I rapporten foretager vi en del *sammenligninger* med resultaterne af 2010-undersøgelsen og noterer, om der er sket en udvikling i form af en stigning eller et fald. Hvor sådanne forskelle er oplyst, er de testet for statistisk signifikans.

Alle de *sammenhænge*, som er beskrevet i rapporten, er ligeledes statistisk signifikante. Signifikansniveauet er 5%, hvilket er et gængs niveau. 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.

Der er udført χ^2 -test ved alle sammenhænge. Desuden er der flere steder foretaget logistiske regressionsanalyser, hvor en dikotom sammenhæng ønskes belyst, i forhold til hvilke variable der har selvstændig forklaringskraft.

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 respondenternes uddannelsesniveau

Et særligt problem drejer sig om, hvor lang en uddannelse respondenterne har. Problemet er, at der er spurgt på forskellige måder i 2010 og 2017, og det gør det vanskeligt at sammenligne respondentgruppernes uddannelsesniveau i de to undersøgelser. Det fordrer også en ny metode til at afgøre, hvem der anses for at have henholdsvis lang og kort uddannelse.

I 2010-undersøgelsen og alle de tidligere Sexlivsundersøgelser er der spurgt til uddannelsesniveau på følgende måde: Vi har bedt folk sige, hvad deres seneste afsluttede eller igangværende uddannelse er – med følgende svarmuligheder: grundskole/folkeskole, gymnasial uddannelse, erhvervsfaglig uddannelse, mellemlang videregående uddannelse, lang videregående uddannelse.

I 2017 har den centrale EMIS-forskergruppe imidlertid valgt, at der spørges på en ny måde, nemlig hvor mange år respondenterne har været i fuldtidsuddannelse, siden han fyldte 16 år.

Vi har, med hjælp fra forskellige fagpersoner og ved at konsultere Undervisningsministeriets oversigt over ISCED- og danske uddannelsesniveauer (ref. 2.3.1), undersøgt, om det er muligt ud fra respondenternes svar i 2017 at rangordne deres uddannelsesniveau i de samme 5 niveauer som hidtil. Det er det ikke.

For eksempel kan svaret '6 år' betyde, at respondenterne har gennemført gymnasiet (3 år) og derpå taget en universitetsbachelor på normeret tid (3 år). Men det kan også betyde, at respondenterne har gennemført en erhvervsuddannelse som frisør (på 4 år og 6 måneder) og nu er i gang med at tage en hf-eksamen.

Dertil kommer, at man kan tage 10. klasse inden evt. gymnasial uddannelse og være 15, 16 eller 17 år, når man begynder på gymnasial uddannelse eller anden ungdomsuddannelse; at der findes toårige erhvervsakademiuddannelser, der kan lægges ind efter ungdomsuddannelse, før man evt. påbegynder erhvervsuddannelse; at nogle tager to ungdomsuddannelser (og ikke kun én), for eksempel gymnasial uddannelse efterfulgt af erhvervsuddannelse, osv.

Det er kort sagt vanskeligt at bedømme respondenternes uddannelsesniveau ud fra det antal år, han har været i uddannelse efter det fyldte 16. år.

Vi har valgt at klassificere svarpersoner med 0-6 års uddannelse efter det fyldte 16. år som havende kortere uddannelse og svarpersoner med 7 års uddannelse eller mere efter det fyldte 16. år som havende længere uddannelse. Begrundelserne for dette valg kan ses i appendiks A.

3 Fremgangsmåde

3.1 Udformning af spørgeskemaet

Spørgeskemaet blev udarbejdet af den centrale forskergruppe med deltagelse af de involverede lande, herunder Danmark. Det fælles spørgeskema blev udarbejdet på engelsk og prætestet, hvorefter det blev oversat til de øvrige europæiske sprog, før det blev lagt tilgængeligt på nettet.

Spørgeskemaet kan ses online i sin fulde ordlyd (ref. 2.2.1).

Spørgeskemaet rummede samlet set mere end 400 spørgsmål. I denne rapport har vi valgt at fokusere især på de spørgsmål, som er relevante ved sammenligninger med tidligere Sexlivsundersøgelser. Vi rapporterer dog også en række resultater, som ikke sammenlignes med tidligere Sexlivsundersøgelser. Nogle af spørgeskemaets emner belyses ikke i denne rapport.

3.2 Indsamling af spørgeskemaer

Indsamlingen fandt sted fra 18. oktober 2017 til 31. januar 2018, det vil sige i denne periode var skemaet åbent for besvarelser på internettet. Respondenten kunne vælge at besvare skemaet på et af 33 europæiske sprog. Skemaet kunne dermed besvares af for eksempel danskere, som midlertidigt opholdt sig i andre lande. I de fælleseuropæiske analyser indgår kun MSM, som er bosiddende i et europæisk land samt enkelte andre lande.

For at rekruttere respondenter blev undersøgelsen promoveret gennem en bred vifte af initiativer på internettet, oftest med direkte links til besvarelse af spørgeskemaet.

En del af promoveringsindsatsen blev varetaget af den centrale forskergruppe, navnlig rettet mod internationalt anvendte hjemmesider/apps, der benyttes af MSM, såsom de store (dating-)sites Romeo, Hornet, Grindr og Qruiser. Der blev anvendt bannere samt personlige henvendelser til brugernes profiler.

Samtidig blev undersøgelsen promoveret nationalt i Danmark med en omfattende indsats varetaget af AIDS-Fondet. De nationale initiativer omfattede ligeledes populære sites som Boyfriend og Scruff med bannere og personlige henvendelser til brugerne.

AIDS-Fondet promoverede desuden undersøgelsen gennem opslag en række steder på Facebook: via fondets egen profil samt ansattes personlige profiler og opslag i lukkede grupper, der henvender sig til MSM. Endelig deltes linket via ansattes professionelle og personlige netværk samt i et nyhedsbrev på AIDS-Fondets hjemmeside.

En opgørelse af, hvilken kanal hver enkelt respondent er rekrutteret igennem, viser, at omkring 65% af de 1.415 respondenter, der indgår i undersøgelsens population, er rekrutteret gennem nationale kanaler. Dette er en særdeles høj andel sammenlignet med de øvrige deltagende lande. Cirka 30% er rekrutteret gennem de kanaler, hvor undersøgelsen blev promoveret fra centralt hold (og for 5% har det ikke været muligt at afgøre).

Ser man nærmere på typen af kanaler – både dem, hvor promoveringen foregik centralt, og de nationale – viser det sig, at små 20% er rekrutteret via opslag på Facebook.

Tæt på 60% er rekrutteret via sites, der tilbyder dating og hurtige seksuelle kontakter, herunder Boyfriend (den største enkelte rekrutteringskanal med cirka 27% af respondenterne) samt Romeo, Grindr og Hornet (tilsammen cirka 30% af respondenterne).

Selvom nogle af de nævnte sites også tilbyder og anvendes til andre formål end at møde sexpartnere eller nye kærester – nyheder, sociale og kulturelle tilbud – er det rimeligt at antage, at en væsentlig del af de rekrutterede respondenter tilhører et særlig seksuelt aktivt og måske udforskende segment blandt MSM.

Denne måde at rekruttere respondenter på svarer til de metoder, der blev anvendt ved de tidligere Sexlivsundersøgelser (inkl. EMIS 2010), hvor der også blev lagt vægt på at rekruttere blandt seksuelt aktive MSM.

Der indkom 1.415 brugbare svar fra danske MSM (se også afsnit 3.3. om inklusionskriterier), hvilket er på niveau med de seneste Sexlivsundersøgelser, jævnfør tabel 1.3.1.

Totalt indkom der besvarelser fra flere end 137.000 mænd, der har sex med mænd, fra 50 lande, fortrinsvis i Europa.

3.3 Inklusionskriterier

Rapporten bygger på svar fra i alt 1.415 mænd. Disse udgør således den samlede respondentpopulation.

1.709 personer med bopæl i Danmark begyndte at besvare de indledende spørgsmål i spørgeskemaet. Af dem blev 11 ekskluderet automatisk, fordi de ikke opfyldte undersøgelsens overordnede inklusionskriterier:

For at deltage skulle man være over den seksuelle lavalder i det land, man bor i (det vil i Danmark sige 15 år eller derover), og man skulle identificere sig som mand eller transmand.

Skønt transkvinder er en vigtig gruppe i henseende til seksuelt overførte sygdomme, havde EMIS-gruppen ikke mandat til at lade kvinder, inklusive transkvinder, indgå.

De 1.698, der herefter besvarede spørgeskemaet, indgår alle i den centrale forskergruppes fælleseuropæiske rapport – et større antal end her i Sexlivsundersøgelsen, og dermed afviger dens beregninger fra vores, idet vi opererer med 283 færre besvarelser (ref. 3.3.1).

Nedenfor beskrives de kriterier, vi har anvendt til at henholdsvis inkludere og ekskludere besvarelser. Vi har i det store og hele fulgt samme retningslinjer for inklusion som i de hidtidige Sexlivsundersøgelser.

Vi har ekskluderet 145, der har svaret diskrepant (selvmodsigende/ulogisk) på 2 eller flere af spørgsmålene vedrørende henholdsvis alder, seksuelt overførte infektioner og/eller sex med henholdsvis faste og løse partnere. Disse 'multi-diskrepante' besvarelser er blevet ekskluderet for at undgå fejlagtige og meningsløse fund.

I Danmark har vi desuden siden den første Sexlivsundersøgelse valgt kun at inkludere svar fra mænd, som har haft sex med en mand inden for de seneste 12 måneder, for at styrke resultaternes aktualitet og relevans for den fremtidige forebyggelse. I denne undersøgelse har vi derfor ekskluderet svarene fra 138 mænd, som ikke har haft sex med en mand inden for de seneste 12 måneder. Dette kriterium er mere restriktivt end de inklusionskriterier, der er anvendt i den fælleseuropæiske rapport, og derfor afviger dens tal vedrørende danske forhold som nævnt fra nærværende rapport.

Som allerede nævnt indgår der kun besvarelser fra respondenter på 15 år eller derover, som har svaret, at de bor i Danmark, og at de er mænd eller transmænd.

Blandt de 1.415 respondenter er der 3 transmænd. Når vi i rapporten taler om 'mændene', mener vi både de 1.412 svarpersoner, der valgte svarkategorien 'mand', og de 3, der valgte 'transmand'. Gruppen af transmænd er for lille til, at der kan laves statistiske analyser af eventuelle forskelle i for eksempel adfærd mellem dem og de øvrige mænd.

Antallet af respondenter, der har besvaret de enkelte spørgsmål, varierer. Dels fordi respondenterne ud fra besvarelsen af et bestemt spørgsmål af og til er blevet ledt uden om de følgende spørgsmål, dels fordi respondenter af og til selv springer et spørgsmål over.

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

3.4. Rapportens opbygning

I kapitel 4 beskrives respondenternes alder, uddannelsesniveau m.v., og der gøres rede for, hvordan man kan sammenligne med resultaterne fra tidligere undersøgelser.

I kapitel 5 rapporteres undersøgelsens resultater.

Vi har tilstræbt at samle beslægtede emner og ordne resultaterne i en tematisk rækkefølge, men da vi blandt andet har lagt vægt på, at rapporten nemt skal kunne anvendes som opslagsværk, er der ikke tale om en fuldstændig fremadskridende fortælling, men et til dels kalejdoskopisk billede. I kapitel 6 har vi samlet de vigtigste resultater og tendenser.

4 Beskrivelse af respondentgruppen

Det totale antal respondenter er 1.415 (se også afsnit 3.3).

4.1 Alder

Alle 1.415 respondenter har opgivet deres alder. Gennemsnitsalderen er 41 år, og medianalderen er ligeledes 41. Den yngste respondent er 15 år, og den ældste 78. Grupperne med flest respondenter udgøres af de 41-50-årige (26%) og dem over 50 år (27% – idet denne gruppe dog inkluderer tre tiår). Se tabel 4.1.1.

Tabel 4.1.1: Respondenter fordelt på alder

Alder	Antal	Procent
15-20 år	79	6
21-30 år	301	21
31-40 år	291	21
41-50 år	364	26
> 50 år	380	27
I alt	1.415	*100
Ubesvaret	0	

* >100% pga. decimal-afkorting

I analyser af undersøgelsens resultater skelner vi i lighed med de foregående undersøgelser mellem dem op til 30 år (unge) og dem på 31 og derover (ældre). De unge udgør 27%, de ældre 74%. Både gennemsnitsalderen og medianalderen er højere, end de var i 2010-undersøgelsen (hvor de var henholdsvis 36 og 34).

4.2 Uddannelsesniveau

I alt 1.297 (92%) oplyste (i Q400), hvor mange år de har været i fuldtidsuddannelse, siden de fyldte 16 år.

På baggrund heraf har vi valgt at inddele respondenterne i kortuddannede (har haft 6 års uddannelse eller mindre efter det fyldte 16. år) og langtuddannede (har haft 7 års uddannelse eller mere efter det fyldte 16. år). Se metodeovervejelser i afsnit 2.3 samt appendiks A.

Tabel 4.2.1: Respondenter fordelt på uddannelsesniveau

Uddannelsesniveau	Antal	Procent
Kort uddannelse (til og med 6 år efter det fyldte 16. år)	595	46
Lang uddannelse (mindst 7 år efter det fyldte 16. år)	702	54
I alt	1.297	100
Ubesvaret	118	-

Uddannelsesniveaueet blandt respondenterne er højere end i befolkningen generelt. Denne tendens er også fremtrædende i de tidligere Sexlivsundersøgelser og i det hele taget i selvrekruiterende spørgeskemaundersøgelser.

4.3 Bopæl

1.342 respondenter (95%) oplyste bopæl (kommune). Blandt disse er 57% bosat i Københavnsområdet, 13% bor i de tre større byer, og 30% bor uden for de større byer. Se tabel 4.3.1.

Tabel 4.3.1: Respondenter fordelt på bopæl

Bopæl	Antal	Procent
København	764	57
Odense	56	4
Århus	90	7
Ålborg	30	2
Uden for de større byer	402	30
I alt	1.342	100
Ubesvaret	73	-

Det er almindeligt at have en overvægt af storbyboere i denne type undersøgelser. I hvilken grad fordelingen måtte afspejle den virkelige fordeling af MSM i Danmark geografisk, er ikke til at sige, men i udenlandsk forskning er det vist, at MSM har tendens til at bosætte sig i større byer. Det antages, at dette også gør sig gældende i Danmark.

4.4 Homo-/biseksuel adfærd

Alle 1.415 respondenter har i sagens natur besvaret spørgsmål om, hvorvidt de har haft sex med en mand inden for de seneste 12 måneder, for ellers blev de ikke inkluderet blandt svarpersonerne i denne undersøgelse.

Blandt samtlige 1.415 respondenter har 142 (10%) haft sex med både mænd og kvinder (biseksuel adfærd), mens de resterende 1.273 (90%) udelukkende har haft sex med mænd (homoseksuel adfærd) inden for de seneste 12 måneder. I rapporten her omtales disse mænd som henholdsvis biseksuelle og homoseksuelle.

Bemærk altså, at når vi – for den sproglige enkelheds skyld – bruger betegnelserne 'homoseksuel' og 'biseksuel', dækker det udelukkende mændenes seksuelle adfærd og ikke deres seksuelle identitet (eller seksuelle orientering).

Der er i spørgeskemaet spurgt til svarpersonens opfattelse af egen seksuel identitet, men det lader vi som i de hidtidige Sexlivsundersøgelser ude af betragtning i analyserne, idet det for rapportens væsentlige fokus på seksuel adfærd og risiko har mindre relevans, hvordan folk opfatter sig selv (nogle få svarpersoner har for eksempel svaret 'heteroseksuel') – det afgørende i dette perspektiv er, hvordan de agerer seksuelt.

4.5 Hiv-status

1.408 besvarede spørgsmål Q57 om, hvorvidt de nogensinde er blevet diagnosticeret med hiv. Af disse svarede 191 ja, og de regnes derfor som hiv-positive her i

undersøgelsen. 1.217 svarede nej, 7 besvarede ikke spørgsmålet, i alt 1.224 'ikke-positive'.

I Q309 er alle respondenterne blevet spurgt, hvad de tror, deres nuværende hiv-status er. Svarmulighederne var: helt sikkert hiv-negativ, formentlig hiv-negativ, ikke sikker/ved ikke, formentlig hiv-positiv, helt sikkert hiv-positiv.

De 191 respondenter, der i Q57 har svaret ja til at have en hiv-diagnose, regnes for hiv-positive her i undersøgelsen, uanset hvad de har svaret på Q309.

De 1.224, der ikke har en positiv hiv-test, klassificerer vi som henholdsvis hiv-negative og mænd med ukendt hiv-status efter samme retningslinjer som i den seneste EMIS-undersøgelse fra 2010 (dette er en 'streng fortolkning', der indebærer, at relativt mange klassificeres som mænd med ukendt hiv-status, mens relativt færre klassificeres som hiv-negative – se eventuelt diskussion af metode i rapporten fra 2010, afsnit 2.3).

Respondenter, der har svaret 'formentlig hiv-negativ', 'ved ikke' eller 'formentlig hiv-positiv', regnes for at have ukendt hiv-status. (4 respondenter har ikke svaret på Q309, dem klassificerer vi som ukendt hiv-status).

Respondenter, der har svaret 'helt sikkert hiv-negativ', regnes for hiv-negative. Se tabel 4.5.1.

Tabel 4.5.1: Respondenter fordelt på hiv-status

Hiv-status	Antal	Procent
Hiv-positiv	191	13
Hiv-negativ	761	54
Ukendt hiv-status	463	33
I alt	1.415	100

Bemærk altså, at der med hensyn til klassificeringen af respondenter som henholdsvis hiv-negative og mænd med ukendt hiv-status – som i de hidtidige Sexlivsundersøgelser – er tale om mændenes selvoplyste hiv-status, ikke om et objektivt, eksternt mål.

Dette betyder blandt andet, at skillelinjen mellem hiv-negative 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 lige så godt opfatte sig som 'ukendt status', hvis de har haft hiv-risikosex siden seneste hiv-test. Blandt 189 mænd, der oplyser at være 'helt sikkert hiv-negative', men som ikke er hiv-testet inden for de seneste 12 måneder, er der for eksempel 25 (13%) som har haft hiv-risikosex i samme periode.

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.

Hiv-positive (der udgør 13%) er, som i tidligere år, overrepræsenterede i undersøgelsen i forhold til SSI's estimerede prævalens blandt mænd, der har sex med mænd, som er 6%. Dermed er overrepræsentationen af stort set samme målestok som i 2010: I begge år er der cirka dobbelt så mange hiv-positive respondenter som i virkelighedens verden.

4.5.1 Hiv-behandling og virustal

Spørgeskemaet belyser, hvor mange af de hiv-positive mænd, der er i hiv-behandling – og hvor mange der er velbehandlede.

Samtlige 191 hiv-positive respondenter har besvaret spørgsmålet om, hvornår de senest har været til lægekontrol for deres hiv-infektion (Q64). Af disse har 190 (>99%) været til kontrol inden for de seneste 12 måneder, mens 1 senest har været til kontrol for mere end 5 år siden.

I andre lande går mange hiv-positive til kontrol hver 6. måned, men i Danmark er det almindeligt at gå til kontrol en gang om året.

Blandt disse 190 var 176 (93%) aktuelt i hiv-behandling, mens 7 ikke var i behandling, 6 svarede 'ved ikke', og 1 havde været i behandling tidligere, men ikke var det aktuelt (Q78).

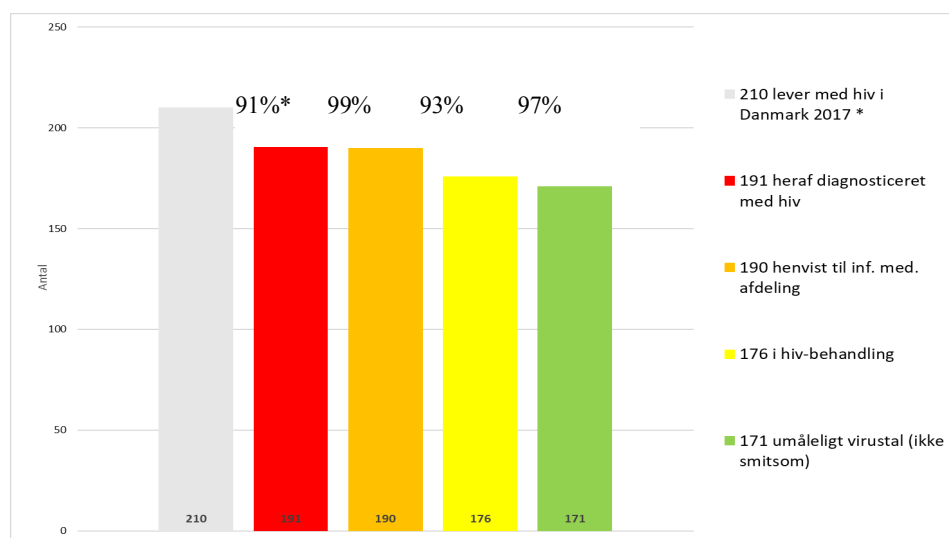
Blandt de 176 i aktuel behandling angav 171 (97%), at det seneste målte virustal var umåleligt (at de var velbehandlede), 4 svarede, at virustallet var måleligt (at de ikke var velbehandlede), og 1 huskede ikke resultatet (Q88).

Siden 1996 har det været muligt at behandle hiv-positive med en kombinationsbehandling, som gør, at hiv-virus bliver holdt nede. Det er senere vist, at behandlingen ikke kun gavner den hiv-positive i behandling, men også forhindrer videresmitte. Derfor betragtes behandling af hiv-positive som (sekundær) forebyggelse og kaldes 'Treatment as prevention (TasP)'. Målet er, at flest mulige hiv-positive er diagnosticeret, er henvist til en infektionsmedicinsk klinik, er sat i hiv-behandling og derved har opnået så lavt et virustal (kaldet 'umåleligt'), at videresmitte i praksis er umulig.

Både nationalt og internationalt monitorerer man fremgangen i denne proces ved at afbilde den såkaldte hiv-kaskade, hvor hvert trin måles i procent af det foregående. Det første trin, det samlede antal af hiv-smittede, kendes ikke præcist på grund af mørketallet, men estimeres ud fra matematiske modeller. WHO/UNAIDS har sat som mål, at alle trin skal være mindst 90% i 2020 og 95% i 2030 (ref. 4.5.1.1). Danmark har som et af de eneste lande i verden passeret de første 90-90-90-mål.

Nedenfor ses hiv-kaskaden opstillet vedrørende de hiv-positive blandt denne undersøgelses respondenter. Søjle 1 er estimeret ud fra søjle 2, idet de 191 hiv-positive respondenter (søjle 2) – ligesom i de nationale danske modeller – antages at udgøre 91% af 'det faktiske antal' hiv-positive.

Figur 4.5.1: Hiv-kaskaden beregnet ud fra undersøgelsens hiv-positive respondenter



* De 191 respondenter, der har oplyst, at de har fået diagnosen hiv, antages at udgøre 91% af det 'faktiske antal' hiv-positive, som derfor er sat til 210 personer. Søjle 1 er med for at gøre illustrationen af hiv-kaskaden komplet.

Som det ses i figuren, ligger alle trinene over 90% blandt de hiv-positive i undersøgelsen – hvilket svarer til de officielle danske tal. De hiv-positive mænd i undersøgelsen er altså i mindst lige så høj grad som landsgennemsnittet i fast kontrol og vellykket behandling.

171 mænd oplyser at være velbehandlede. Dette svarer til 90% af de i alt 191 hiv-positive, der indgår i undersøgelsen, hvilket er en meget høj andel sammenlignet med data, der er præsenteret for andre lande. Det samme tal er 82% i den fælles-europæiske EMIS-undersøgelse (ref. 1.2.2). Sammenlignet med de danske resultater fra 2010 er der sket en signifikant forbedring. Da oplyste 103 af de 147 hiv-positive respondenter (70%), at deres virustal var umåleligt.

4.6 Etnicitet

I skemaet spørges der til, hvilket land respondenteren er født i (Q12). 1.413 har besvaret spørgsmålet, heraf er 1.208 født i Danmark, og 205 respondenter oplyser, at de er født i et andet land end Danmark.

Mænd, der har svaret, at de er født uden for Danmark, er blevet spurgt, hvilket andet land de er født i (Q13). Den altovervejende del viser sig at være født i vestlige lande, mens kun en meget begrænset minoritet (33 mænd) er født i lande, som klart kan betegnes som 'ikkevestlige'. Skemaet stillede ikke spørgsmål om respondentens forældres etniske baggrund, så det er ikke muligt at identificere efterkommere af indvandrere ('andengenerationsindvandrere').

Antallet af mænd med ikkevestlig baggrund er for lille til at lave statistiske analyser (for at se, om de eventuelt svarer anderledes end 'vestlige' mænd på forskellige spørgsmål).

4.7 Udvikling i respondentgruppens sammensætning

Når man skal sammenligne resultaterne af den aktuelle undersøgelse med Sexlivsundersøgelsen 2010 og eventuelt tidligere undersøgelser, er det relevant at vide, om populationerne ligner hinanden med hensyn til fordeling på visse baggrundsvariable, eller om der er forskydninger. Vi opererer som i de hidtidige Sexlivsundersøgelser med 5 baggrundsvariable: alder, uddannelsesniveau, bopæl, homo-/biseksuel adfærd og hiv-status.

Der har ved sammenligning vist sig visse forskydninger vedrørende følgende variable: alder, hiv-status og uddannelse.

Alder:

Gennemsnitsalderen er højere i 2017 end i 2010, nemlig 41 år, hvor den i 2010 var 36 år. Medianalderen er ligeledes højere, 41 år mod 34.

Hiv-status:

Andelen af hiv-positive er højere end i 2010, nemlig 13% mod 9%. Samtidig er andelen af hiv-negative lavere, 54% mod 59%, og andelen af mænd med ukendt hiv-status er lidt højere, nemlig 33% mod 31%.

Uddannelse:

Eftersom der i 2017 er spurgt på en anderledes måde til uddannelsesniveau end i 2010, har vi måttet konstruere os frem til en fordeling på henholdsvis kort- og langtuddannede (se evt. appendiks A). På papiret er fordelingen anderledes end i 2010: Dengang var fordelingen 50% kortuddannede og 50% langtuddannede, mens fordelingen i 2017 er 54% og 46% (lig de tidligere Sexlivsundersøgelser). Men i bund og grund kan vi på grund af den ændrede spørgemetode ikke vide, om denne forskydning er reel, og er derfor nødt til at behandle denne variabel, som om der kan være sket en forskydning.

Med hensyn til baggrundsvariablene bopæl og homo-/biseksuel adfærd er der ingen forskydninger sket, idet fordelingerne ligner dem fra 2010.

4.7.1 Sammenfatning

Svarpopulationen er anderledes end i 2010 med hensyn til alder, hiv-status og uddannelse. Dette har betydning for sammenligninger mellem de to år (for så vidt som alder, hiv-status og uddannelse kan have indflydelse på det forhold, der sammenlignes). Disse skævheder/forskydninger har vi i resultatkapitlet taget højde for ved at udføre logistiske regressionsanalyser.

I forhold til bopæl og fordeling på homo-/biseksuelle er der ingen forskelle mellem 2010 og 2017.

Der har gennem årene været udsving i respondentgruppernes sammensætning af nogenlunde samme omfang som mellem 2010 og 2017, og når man ser tilbage, er der ret stor stabilitet i svarpopulationerne i Sexlivsundersøgelserne.

5 Undersøgelsens resultater

I dette kapitel gennemgår vi undersøgelsens resultater. De første afsnit handler om vidensniveauet med hensyn til hiv m.v., herunder viden om, at velhandlede hiv-positive ikke er smitsomme.

Derpå følger en række afsnit om mændenes sexliv og risiko i bred forstand. Først en beskrivelse af den seksuelle adfærd og opgørelse af omfanget af hiv-risikosex.

Dernæst forskellige strategier mod hiv: kondomer, PEP og PrEP samt hiv-testning.

Derefter omfanget af chemsex og brug af stimulanser og stoffer.

Det følgende afsnit drejer sig om udbredelsen af andre sexsygdomme end hiv. Et særligt afsnit viser, hvor mange der køber og sælger sex, og det sidste af de afsnit, der er specifikt relateret til sex og risiko, handler om sikker sex og mændenes tilfredshed med eget sexliv.

Endelig følger tre afsnit om det at leve som homo-/biseksuel: diskrimination på grund af seksuel orientering, psykisk velbefindende og åbenhed om seksuel orientering.

5.1 Viden om hiv og andre sexsygdomme

Der er ført kampagner og iværksat andre informationsindsatser om hiv og andre sexsygdomme henvendt til mænd, der har sex med mænd, i mere end tre årtier. Tidligere Sexlivsundersøgelser har vist, at mændenes vidensniveau er højt.

5.1.1 Vidste du dette ...?

Svarpersonernes viden om hiv og andre sexsygdomme blev undersøgt ved at spørge, om de i forvejen var vidende om en række korrekte informationer. Som det kan ses nedenfor, var der generelt høje svarprocenter og god viden om de fleste emner.

Vidste du dette om hiv, testning og behandling?

Med denne introduktion – og tilføjelsen, at udsagnene er sande – blev mændene præsenteret for blandt andet følgende vidensspørgsmål.

- "Aids skyldes et virus, som hedder hiv" (Q49)
- "Du kan ikke være sikker på, om en person har hiv, ud fra udseendet" (Q50)
- "Der findes en medicinsk test, som kan vise, om du har hiv eller ej" (Q51)
- "Hiv-infektionen kan kontrolleres med medicin, sådan at dens påvirkning af helbredet bliver meget mindre" (Q54).

Mellem 99 og 100% af respondenterne svarede på disse spørgsmål. 97-98% skrev om disse udsagn, at de vidste det i forvejen.

Vidste du dette om smitte med hiv?

På samme måde blev der spurgt til mændenes viden om hiv-overførsel. 99-100% af alle svarede.

Q306: "Hiv kan ikke smitte gennem dybe kys, fordi spyt ikke er smitsomt".

93% vidste dette i forvejen.

Q307: "Du kan blive smittet med hiv gennem din pik, når du er 'aktiv' (indtrængende) i analsex eller vaginalsex (når du boller nogen) uden kondom, også selvom du ikke selv får udløsning".

87% vidste dette i forvejen.

Q308: "Du kan blive smittet med hiv gennem din endetarm eller skede (vagina), når du er 'passiv' (bliver bollet)".

99% vidste dette i forvejen.

Vidste du dette om smitte med andre sexsygdomme?

På samme måde blev der spurgt til mændenes viden om overførsel af sexsygdomme. 99-100% af alle svarede.

Q310: "De fleste sexsygdomme smitter lettere end hiv".

73% vidste dette i forvejen.

Q311: "Man kan have en sexsygdom uden at vide det, fordi der nogle gange ikke er nogen symptomer".

93% vidste dette i forvejen.

Q312: "Korrekt brug af kondom gennem hele samlejet mindsker risikoen for at blive smittet eller smitte partneren med sexsygdomme (også hiv)".

98% vidste dette i forvejen.

5.1.2 Har du modtaget relevant information for nylig?

Deltagerne blev spurgt: "Hvornår har du senest set eller hørt nogen form for information om hiv eller andre sexsygdomme, som var henvendt til mænd, der har sex med mænd" (Q48).

1.093 svarede (77%). Af dem havde 89% set eller hørt information inden for de seneste 12 måneder – den tilsvarende andel var 86% i 2010.

9% havde modtaget sådan information for mere end 12 måneder siden.

5.1.3 Viden om, at velbehandlede hiv-positive ikke kan smitte

Gennem de seneste ti år er det blevet stadig mere videnskabeligt accepteret – og inden for de seneste år endeligt fastslået – at velbehandlede hiv-smittede ikke kan overføre hiv til en partner seksuelt, selv ikke ved analsex uden kondom.

Da EMIS blev gennemført i 2010, var man nået så langt, at man fra videnskabeligt hold havde meldt ud, at det at være velbehandlet indebar 'reduceret smitsomhed'. Dengang blev deltagerne spurgt, om de vidste, at: "Effektiv behandling af hiv-infektionen mindsker risikoen for, at hiv smitter".

65% svarede, at de vidste dette allerede. 17% var ikke sikre på det, 13% vidste det ikke, og 4% svarede, at de ikke troede på dette.

I 2017 er der spurgt på en mere tidssvarende måde: "En person med hiv, der er velbehandlet (har såkaldt umåleligt virus), kan ikke smitte nogen ved sex" (Q55).

1.408 har svaret. Af dem vidste 1.113 (79%) dette i forvejen. 203 (14%) var ikke sikre på det, 62 (4%) vidste det ikke i forvejen. Kun 23 (2%) troede ikke på det.

Budskabet (udsagnet i skemaet og udmeldingerne i virkelighedens verden) er i 2017 formuleret langt mere klart og kategorisk, end det var i 2010. Samtidig ses det, at langt flere 'ved' det. Med 79%, der vidste, at en velbehandlet hiv-positiv ikke kan smitte nogen ved sex, var de danske EMIS 2017-respondenter klart de bedst informerede om 'Treatment as Prevention' (TasP) i hele Europa (ref. 5.1.3.1).

Det ser ud til, at den videnskabelige konsensus – og det, at der er blevet kommunikeret til målgruppen om det – meget markant har ændret vidensniveauet og opfattelsen af dette spørgsmål siden den seneste undersøgelse.

5.1.4 Sammenfatning

At svarene er givet på forhånd, når respondenterne præsenteres for spørgsmålene, er et bevidst metodevalg (allerede i EMIS-2010 og før da i øvrigt også i de danske Sexlivsundersøgelser), for at spørgeskemaet kan virke oplysende for dem, der ikke måtte kende informationerne. Alt andet lige betyder dette, at flere 'svarer rigtigt', end hvis de var blevet præsenteret for et åbent spørgsmål eller skulle have valgt mellem forskellige svar. Dertil kommer 'social desirability': at svarpersoner kan have en tendens til at svare, sådan som det er acceptabelt i samfundet at svare.

Hvor store disse problemer er i denne undersøgelse, kan man ikke vide. Men imod, at de har et større omfang, taler dels, at svarmulighederne ud over 'det vidste jeg i forvejen' bestod af blandt andet 'det var jeg ikke sikker på' (her kan svarpersonen 'have æren i behold'), dels at der er temmelig stor variation, med hensyn til hvor store andele der vidste noget i forvejen – i visse spørgsmål er andelene betydelig lavere end i andre, hvilket tyder på, at svarpersonerne har besvaret vidensspørgsmålene oprigtigt. Således er vidensniveauet noget lavere hvad angår forebyggelsesmetoderne PEP og PrEP (se afs. 5.5) end vidensniveauet vedrørende de basale forhold omkring hiv og andre seks sygdomme.

Med disse forbehold kan det konstateres, at der fortsat er et højt vidensniveau blandt mænd, der har sex med mænd, om fakta, som ganske vist er forholdsvis basale – men som på den anden side også udgør noget af den mest nødvendige viden, MSM skal være udstyret med for at håndtere hiv og andre seks sygdomme.

Kendskabet til, at velbehandlede hiv-positive ikke er smitsomme, er desuden bemærkelsesværdigt højt. Tre fjerdedele af respondenterne har besvaret spørgsmålet om, hvornår de senest havde set eller hørt nogen form for information om hiv eller andre seks sygdomme, som var henvendt til mænd, der har sex med mænd.

Svarandelen er her noget lavere end ved de øvrige spørgsmål. Det er ikke til at vide, om der er respondenter, der undlader at svare, fordi de netop ikke har set den slags information, eller blot fordi de godt nok har set informationen, men ikke kan huske hvornår, og måske ikke lægger særlig stor vægt på dette.

Blandt de mænd, der besvarer spørgsmålet, er der dog en bemærkelsesværdigt stor andel, der angiver at have modtaget en sådan information, og det er helt på niveau med andelen i 2010-undersøgelsen. Og selv hvis alle, der ikke har svaret, heller ikke har modtaget information, er det 69% af alle 1.415 respondenter, der svarer bekræftende.

5.2 Analsex

5.2.1 Analsex og antal analsexpartnere

I spørgeskemaet skelnes der ikke konsekvent mellem modtagende og indtrængende analsex.

Analsex

I undersøgelsen skelnes der tydeligt mellem at have sex i det hele taget og specifikt at have analsex. De, der siger ja til at have haft analsex, kan have været indtrængende eller modtagende eller begge dele.

1.413 mænd svarede (i flere forskellige spørgsmål) på, hvorvidt de havde haft analsex med en mand inden for de seneste 12 måneder. Blandt disse angav 1.305 (92%), at de havde haft analsex, mens 108 (8%) ikke havde haft analsex.

Antal analsexpartnere

I en række andre spørgsmål blev svarpersonerne bedt om at sige, hvor mange analsexpartnere de havde haft inden for de seneste 12 måneder. Man kunne godt besvare spørgsmålene om antal analsexpartnere, selvom man ikke havde svaret på, om man havde haft analsex, og omvendt. Derfor er det ikke fuldstændig samme gruppe, der har svaret på de to emner.

1.332 mænd angav (i flere forskellige spørgsmål), hvor mange analsexpartnere de havde haft inden for de seneste 12 måneder. Blandt disse oplyste 8%, at de ikke havde haft nogen analsexpartner. Se tabel 5.2.1.1. 23% havde haft analsex med én mand, og 69% havde haft analsex med to eller flere partnere, i alt 1.224 mænd. Tilsammen har 92% altså haft mindst 1 analsexpartner.

Medianen blandt disse 1.224 mænd var 4 partnere. (Det er ikke muligt at udregne gennemsnittet, da respondenter som har haft over 10 partnere, har angivet dette i intervaller).

Tabel 5.2.1.1: Antal analsexpartnere fordelt på intervaller

Antal analsexpartnere	Antal	Procent
0	108	8
1	306	23
2-5	424	32
6-9	144	11
10 og derover	350	26
I alt	1.332	100
Ubesvaret: 83		

Sammenligning med tidligere undersøgelser

Andelen, som har haft analsex mindst én gang i de seneste 12 måneder (92%), ligger på niveau med de tidligere undersøgelser. I 2010 var andelen således 93%.

Umiddelbart kunne det se ud, som om der er sket en stigning i antallet af partnere, idet medianen i 2017 er 4, mens den i 2010 var 3. Men en logistisk regressionsanalyse viser, at denne stigning skyldes forskydningerne i respondentpopulationen med en større andel langtuddannede og en større andel hiv-positive i 2017, idet langtuddannede har flere partnere end kortuddannede, og hiv-positive har flere partnere end ikke-positive.

Samlet set kan det siges, at analsex – blandt mænd, der har haft sex med en anden mand i de seneste 12 måneder – fortsat er særdeles udbredt, og at det at have skiftende partnere, ligesom i de hidtidige undersøgelser, også er ret almindeligt.

5.2.2 Analsex uden kondom

I de hidtidige Sexlivsundersøgelser har vi anvendt termen 'ubeskyttet analsex' som synonym for analsex uden kondom. I denne rapport betegner vi det slet og ret analsex uden kondom (idet analsex uden kondom kan være 'beskyttet' i forhold til hiv-risiko, hvis der bruges PrEP, eller en af partnerne er velbehandlet hiv-positiv).

1.382 mænd har (i flere forskellige spørgsmål) svaret på, om de har haft analsex uden kondom med en anden mand inden for de seneste 12 måneder.

Heraf har 985 (71%) haft analsex uden kondom, mens 397 (29%) ikke har.

Der er sammenhæng mellem hiv-status og analsex uden kondom. Blandt hiv-positive har 86% haft analsex uden kondom i de forgangne 12 måneder, mod 68% af de hiv-negative, og 70% af dem, der ikke kender deres hiv-status.

Der er også sammenhæng mellem antallet af svarpersonens analsexpartnere og omfanget af analsex uden kondom. Vores analyser har vist, at jo flere partnere svarpersonen har, jo større er også sandsynligheden for, at han har analsex uden kondom.

Samlet set er der sket en stigning i omfanget af analsex uden kondom siden undersøgelsen i 2010. Dengang havde 62% af mændene haft analsex uden kondom, mens det i 2017 er 71%. En logistisk regressionsanalyse har vist, at stigningen ikke skyldes forskydningerne i respondentpopulationen, men er reel.

5.3 Hiv-risikosex

Hiv-risikosex defineres i denne rapport som sex, hvor der er risiko for overførsel af hiv fra svarpersonen til en partner eller fra en partner til svarpersonen.

Ved hiv-risikosex forstås, at svarpersonen inden for de seneste 12 måneder mindst én gang har haft analsex uden kondom med en eller flere partnere, hvor ...

- svarpersonen er **hiv-negativ**, og partneren er hiv-positiv eller har ukendt hiv-status
- svarpersonen har **ukendt hiv-status**, uanset partnerens hiv-status
- svarpersonen er **hiv-positiv og ikke-velbehandlet**, og partneren er hiv-negativ eller har ukendt hiv-status

Hvis svarpersonen er **hiv-positiv og velbehandlet**, er der ikke risiko for overførsel af hiv, og dermed er analsex uden kondom *ikke* hiv-risikosex, uanset partnerens hiv-status.

I forhold til undersøgelsen i 2010 og tidligere undersøgelser er kriterierne for hiv-risikosex – der tidligere blev kaldt usikker sex – ændret, idet der nu inddrages information om, hvorvidt hiv-positive svarpersoner var velbehandlede.

På grund af spørgeskemaets opbygning er det ikke muligt at inkludere oplysninger om, hvorvidt svarpersonens *partner* var en velbehandlet hiv-positiv mand, ej heller om svarpersonen eller partneren var på PrEP.

5.3.1 Omfanget af hiv-risikosex

Et af Sexlivsundersøgelsens centrale resultater drejer sig om, hvor stor en andel af respondenterne som har haft hiv-risikosex.

1.279 (90%) besvarede spørgsmål om, hvorvidt de havde haft analsex, analsex uden kondom, egen og partners hiv-status samt for hiv-positive svarpersoners vedkommende om egen behandlingsstatus (hvorvidt svarpersonen var velbehandlet eller ej).

Andelen, som har haft hiv-risikosex mindst 1 gang i de seneste 12 måneder, er 39%.
Se tabel 5.3.1.1.

Tabel 5.3.1.1: Hiv-risikosex 2017

Hiv-risikosex	Antal	Procent
Har haft hiv-risikosex	497	39
Har ikke haft hiv-risikosex	782	61
I alt	1.279	100
Ubesvaret	136	

I det følgende vil vi behandle determinanterne for hiv-risikosex, sammenligne resultaterne med den foregående undersøgelse og belyse betydningen af svarpersonens hiv-status.

5.3.2 Determinanter for hiv-risikosex

Ved at sammenholde data i skemaet kan man sige noget om, 'hvem' der i særlig grad har hiv-risikosex. Vi har foretaget bivariate analyser, det vil sige analyser, hvor faktoren hiv-risikosex krydses med andre faktorer én ad gangen. Og derpå en logistisk regressionsanalyse, hvor udvalgte faktorer underkastes en fælles analyse. Derved frasorteres faktorer, som ikke har selvstændig sammenhæng med hiv-risikosex. Nedenfor følger resultaterne af den logistiske analyse.

Blandt de mange variable i undersøgelsen har vi udvalgt seks, som vi lod indgå i den logistiske regressionsanalyse: de 5 baggrundsvARIABLE alder, uddannelse, bopæl, homo-/biseksuel adfærd og hiv-status – samt svarpersonens antal analsexpartnere, som i tidligere undersøgelser har vist stærk sammenhæng med andre aspekter af mændenes seksuelle adfærd.

Analysen viser, at to af variablene *har* selvstændig betydning:

- Antal analsexpartnere (jo flere analsexpartnere – jo større sandsynlighed for hiv-risikosex)
- Hiv-status (mænd med ukendt hiv-status har større sandsynlighed for hiv-risikosex end hiv-negative, som igen har større sandsynlighed end hiv-positive)

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

- Uddannelse
- Alder
- Bopæl
- Homo-/biseksuel adfærd

5.3.3 Sammenligning med den foregående undersøgelse

Som i 2010 (og alle foregående år) viser partnerantallet sig at være en stærk determinant for hiv-risikotagning ('usikker sex' til og med 2010, 'hiv-risikosex' i 2017): Jo flere partnere, jo større sandsynlighed for hiv-risikotagning.

I 2010 havde de kortuddannede større sandsynlighed for hiv-risikotagning, men her i 2017 har uddannelsesniveaet ingen betydning.

Både i 2010 og 2017 var alder, bopæl og homo-/biseksuel adfærd uden betydning: Hiv-risikotagning afhænger ikke af, hvor gammel man er, hvor i landet man bor, eller om man er homo- eller biseksuel.

5.3.3.1 Hiv-status og risikotagning

Særligt én af de 6 mulige determinanter for risiko er værd at fremhæve, nemlig svarpersonens hiv-status. Svarpersonens hiv-status har i alle hidtidige Sexlivsundersøgelser været en stærk determinant for usikker sex, idet hiv-smittede hidtil altid har haft mere usikker sex end hiv-negative og mænd med ukendt hiv-status.

Velbehandlethed reducerer hiv-risikotagningen

I 2017 er hiv-status fortsat en stærk determinant, men nu er der vendt op og ned på betydningen af svarpersonens hiv-status.

Som nævnt i indledningen til dette kapitel har vi i 2017-rapporten inddraget oplysninger om svarpersonens hiv-status og behandlingsstatus, altså hvorvidt hiv-positive er velbehandlede eller ej – fordi det har afgørende betydning for vurderingen af, om der har været risiko for at overføre hiv eller ej. Vi har også valgt at bruge termen 'hiv-risikosex' i stedet for den hidtidige, 'usikker sex', for at markere ændringen i kriterierne. Som fællesbetegnelse for usikker sex og hiv-risikosex anvender vi 'hiv-risikotagning'.

I tabel 5.3.3.1.1 nedenfor ser man, hvilken betydning viden om behandlingsstatus har for omfanget af risiko. Anvender man definitionen fra 2010, hvor vi ikke inddrog behandlingsstatus, på tallene fra 2017, ville hele 78% af de hiv-positive have haft det, vi tidligere kaldte usikker sex. Med 2017-definitionen, hvor behandlingsstatus indgår, har kun 10% af de hiv-positive haft hiv-risikosex. (Procenterne er uændrede for hiv-negative og mænd med ukendt status, fordi definitionerne er uændrede for dem).

Samtidig ses det, at det samlede niveau af hiv-risikotagning fremstår markant lavere, når man opgør tallene efter den nye definition. Hvis man holdt fast i den gamle definition, ville 48% af alle have haft usikker sex. Med den nye definition er det 39%, der har haft hiv-risikosex. Dette illustrerer betydningen af velbehandlethed for den samlede hiv-risikotagning blandt mænd, der har sex med mænd.

Tabel 5.3.3.1.1: Hiv-status og usikker sex/hiv-risikosex, 2017

Svarpersonens hiv-status	Haft usikker sex (2010-definition)	Procent	Haft hiv-risikosex (2017-definition)	Procent
Hiv-positiv	136	(78)	17	(10)
Hiv-negativ	190	(28)	190	(28)
Ukendt hiv-status	290	(67)	290	(67)
I alt	616	(48)	497	(39)

Note: Tabellen sammenligner tallene for 2017, opgjort efter definitionerne på hhv. usikker sex og hiv-risikosex.

Omregning af tallene fra 2010

Det er vigtigt at bemærke, at procenterne også ville have set anderledes ud i 2010, hvis vi dengang havde opgjort dem efter den nye definition. Blandt de hiv-positive

havde hele 65% i 2010-rapporten haft usikker sex – med den nye definition ville det i stedet være 17%, der havde haft hiv-risikosex. Og den samlede andel af alle, der havde haft usikker sex, nemlig 37% i 2010-rapporten, ville med den nye definition være 33%, der havde haft hiv-risikosex. Se tabel 5.3.3.1.2.

Når vi ikke i 2010 inddrog svarpersonens hiv-behandlingsstatus i opgørelsen af usikker sex, skyldtes det, at det dengang endnu ikke i samme grad som nu var så etableret videnskabeligt, at velbehandlede hiv-positive ikke kan smitte ved sex.

Udvikling i hiv-risikotagning 2010-2017

Omfanget af hiv-risikotagning blandt hiv-negative er steget med hele 10 procentpoint fra 18% i 2010 til 28% i 2017 (se tabel 5.3.3.1.2). Og omfanget af hiv-risikotagning blandt mænd med ukendt hiv-status er ligeledes steget, med 4 procentpoint, fra 63% til 67%. Samtidig er omfanget af hiv-risikotagning blandt hiv-positive som nævnt faldet (fra 17% til 10% hiv-risikosex), fordi de velbehandlede ikke længere anses for at have haft risiko, og der var en større andel af de hiv-positive, der var velbehandlede i 2017, end der var i 2010. Når der til trods for det drastiske fald hos de hiv-positive alligevel ses en samlet stigning – fra 33% hiv-risikosex i 2010 til 39% hiv-risikosex i 2017 – skyldes det altså, at hiv-negative og mænd med ukendt hiv-status har øget deres hiv-risikotagning.

Tabel 5.3.3.1.2 Udviklingen i hiv-risikotagning 2010-2017, fordelt på hiv-smittestatus

Hiv-risikotagning	Procent 2010	Procent 2017
Hiv-negative	18	28
Hiv-ukendt status	63	67
Hiv-positive, usikker sex-definition	65	78
Hiv-positive, hiv-risikosex-definition	17	10
Alle, usikker sex-definition	37	48
Alle, hiv-risikosex-definition	33	39

Note: Tabellen viser udviklingen i hiv-risikotagning 2010-2017 fordelt på hiv-smittestatus. Andelene af hhv. de hiv-negative og mænd med ukendt hiv-status, der har hiv-risikotagning, er de samme efter både usikker sex-definitionen og hiv-risikosex-definitionen, idet intet i beregningsmetoden har ændret sig for disse kategorier. For hiv-positives vedkommende er tallene meget forskellige, alt efter om der anvendes den gamle usikker sex-definition eller den nye hiv-risikosex-definition (hvor der tages højde for eventuel velbehandlethed hos svarpersonen). Dermed bliver de samlede andele af alle respondenter, der har haft risikotagning, også forskellige, alt efter hvilken definition der anvendes.

Sagt med andre ord tager hiv-negative og mænd med ukendt hiv-status flere chancer – har øget deres hiv-risikotagning – men dette er ikke nødvendigvis ensbetydende med, at deres faktiske risiko for at blive smittet med hiv er øget. Det, at langt de fleste hiv-smittede er velbehandlede, bevirker, at den statistiske sandsynlighed for at møde en ubehandlet hiv-positiv, når man vælger en sexpartner, er faldet. Dette afspejles også i hiv-incidensen, det vil sige antallet af nye tilfælde af hiv per år, som er faldende (ref. 5.3.3.1.1).

PrEP og velbehandlethed indgår ikke i beregningen

Det hører med til billedet, at spørgeskemaet desværre ikke (hverken i 2010 eller) i 2017-undersøgelsen gør det muligt at inddrage viden om, hvorvidt hiv-negative svarpersoner er på PrEP på undersøgelsestidspunktet. Det er heller ikke muligt at se, om hiv-negative svarpersoner og svarpersoner med ukendt hiv-status har haft sex med en hiv-positiv *partner*, der er velbehandlet. Dette ville ellers gøre andelen, der vurderes at have haft hiv-risikosex, en smule mindre, og dermed også have reduceret den samlede andel af alle, der havde hiv-risikosex.

Dog var der i 2017 relativt få mænd, der var på PrEP i Danmark, ligesom antallet af velbehandlede hiv-positive trods alt udgør en lille minoritet i den samlede gruppe af MSM, så inddragelse af disse informationer ville næppe ændre stort på tallene.

5.3.4 Sammenfatning

I afsnit 5.2 og 5.3 har vi set på nogle af de faktorer, der tilsammen har indflydelse på, i hvilket omfang mænd, der har sex med mænd, løber en risiko for at blive smittet af eller smitte deres partnere med hiv.

Analsex viser sig som i de hidtidige Sexlivsundersøgelser at være overordentlig udbredt blandt seksuelt aktive mænd, der har sex med mænd. 92% af mændene har haft analsex i løbet af de foregående 12 måneder.

Det at have mere end én partner er også stadig ganske hyppigt, idet 69% har haft 2 eller flere partnere i årets løb, med hvem de har dyrket analsex.

Hvis der bruges kondom ved analsex, er der ikke risiko for at overføre hiv. Men omfanget af analsex uden kondom er steget ret markant siden 2010, fra en andel af svarpersonerne på 62% til 71%.

Dernæst spiller også sexpartnernes hiv-status ind i forhold til risikoen for hiv-smitte, og dette har i alle årene været en del af definitionen på usikker sex. Det har i samtlige Sexlivsundersøgelser været sådan – og er det fortsat – at hvis en hiv-negativ svarperson skriver, at han har haft analsex uden kondom, men kun med partnere, der ligeledes var hiv-negative, tæller det ikke som usikker sex/hiv-risikosex. Det samme gælder med hensyn til hiv-positive, der har analsex uden kondom, men kun med hiv-positive. Hermed bliver der formentlig en tendens til at undervurdere den reelle risiko på grund af mulig usikkerhed om partnerens faktiske hiv-status, men da alternativet ville være at sætte lighedstegn mellem al analsex uden kondom og usikker sex/hiv-risikosex, har vi siden år 2000 inkorporeret information om partnerstatus.

Som noget nyt i 2017 medtager vi nu også viden om hiv-positive svarpersoners behandlingsstatus: Hvis de er velbehandlede, kan de ikke smitte nogen, og derfor tæller deres analsex uden kondom ikke som hiv-risikotagning – det, vi nu har valgt at kalde hiv-risikosex til forskel fra den hidtidige term, 'usikker sex', hvor behandlingsstatus ikke indgik.

Det at tage højde for svarpersonens behandlingsstatus har temmelig afgørende indflydelse på den samlede vurdering af hiv-risikotagning i gruppen af mænd, der har sex med mænd.

Når man omregner tallene fra 2010 ved at inddrage viden om, hvor mange af svarpersonerne, der dengang var velbehandlede, bliver den samlede andel, som har haft det, som vi nu kalder hiv-risikosex, i 2010 33%.

I 2017 er den samlede andel, der har haft hiv-risikosex, 39%. Der ses altså en stigning fra 33% til 39% hiv-risikosex.

Stigningen drives af de hiv-negative og mænd med ukendt hiv-status. De hiv-positives velbehandlethed bevirker, at den samlede andel med hiv-risikotagning er lavere, end den ellers ville have været.

5.4 Kondombrug

Kondomer beskytter godt mod overførsel af både hiv og andre seksygdomme og har derfor i mange årtier været promoveret blandt mænd, der har sex med mænd, både i form af kampagner for kondombrug og udlevering af gratis kondomer på diverse træffesteder.

5.4.1 Anskaffelse af kondomer

I undersøgelsen er mændene blevet spurgt, om de inden for de seneste 12 måneder har anskaffet kondomer, og hvor (Q314-23). I alt 1.178 (83%) har anskaffet kondomer.

Disse mænd blev derpå spurgt, hvor det er mest almindeligt, at de har fået deres kondomer fra i de seneste 12 måneder (Q325).

Af dem havde 43% fået dem gratis på blandt andet homobarer, 36% havde købt dem i en butik (ikke online), og 15% havde købt dem online. Se tabel 5.4.1.

Tabel 5.4.1: Kondomanskaffelse – hyppigste steder

	N	%
Gratis på bar/diskotek for homoer	309	26
Gratis på saunaer	90	8
Gratis i en homoforening eller hiv-forening	70	6
Gratis på en klinik	32	3
Købt i en butik (ikke online)	425	36
Købt online	180	15
Købt i en automat	1	<1
Fra venner eller sexpartnere	53	5
Andet	18	2
I alt	1.178	100*

Ubesvaret: 237

* >100 pga. decimal-afkortning

Det er altså en meget stor andel, der anskaffer kondomer, både ved køb og gratis. Eftersom respondenterne i denne undersøgelse er karakteriseret ved at være seksuelt aktive aktuelt, kan resultatet tydes som et tegn på, at gratis kondomer i vidt omfang når den relevante målgruppe.

5.4.2 Manglende kondom

Der blev også spurgt: "Hvornår har du senest haft samleje uden kondom, udelukkende fordi du ikke havde et kondom?" (Q313).

Blandt de 1.411 mænd, som besvarede dette spørgsmål, svarede 335 (24%), at det havde de oplevet inden for de seneste 12 måneder, 269 (19%) havde oplevet dette for mere end 12 måneder siden, og 807 (57%) havde aldrig oplevet dette.

I betragtning af hvor kraftigt kondomet har været fremmet i nyere tid, er det en iøjnefaldende stor andel, der tilsyneladende har løbet en risiko (idet man ud fra spørgsmålets formulering må antage, at det overhovedet ville have været relevant at anvende kondom i den pågældende situation) – blot af den simple grund at de ikke i øjeblikket var udstyret med et kondom. Andelen er i øvrigt højere, end den var i 2010-undersøgelsen, hvor 11% svarede ja til et tilsvarende spørgsmål.

Dette kan ses som en indikation af, at det er nødvendigt at fastholde eller øge tilgængeligheden af kondomer samt opfordringer til mænd, der har sex med mænd, om ikke bare at bruge dem, men at sørge for at have adgang til dem når som helst.

5.5 PEP og PrEP

Dette afsnit drejer sig om de to medicinske forebyggelsesmetoder PEP (post-exposure profylaxis) og PrEP (pre-exposure profylaxis). Dels om, hvorvidt mændene kender til metoderne, og dels om, hvorvidt de har anvendt dem. Begge metoder består i at give hiv-medicin, der kan udrydde virus i tilfælde af eksposition.

PEP skal gives umiddelbart efter smitteudsættelse. PrEP tages forebyggende, inden man eventuelt udsætter sig for smitte gennem sex med risiko for hiv-overførsel. PEP har været tilgængeligt i omkring tyve år; PrEP er først for alvor blevet tilgængeligt i Danmark, efter at EMIS-spørgeskemaet blev besvaret.

5.5.1 PEP

Gennem de seneste cirka tyve år har det været muligt for MSM, der har været udsat for risiko for at blive smittet med hiv – for eksempel at kondomet er sprunget – akut at opsøge f.eks. et hospital og få udleveret nødbehandlingen PEP (post-exposure profylaxis).

5.5.1.1 Kendskab til PEP

I undersøgelsen er der spurgt til mændenes viden om PEP.

1.382 svarede på, om de har hørt om PEP (Q92). Det har 968 (70%), mens 303 (22%) svarer nej, og 111 (8%) svarer 'ikke sikker'.

Respondenterne blev præsenteret for følgende sande udsagn: "Formålet med PEP er at forhindre, at man bliver smittet med hiv, efter at man er blevet udsat for virus". (Q93). 1.407 besvarede spørgsmålet. Blandt disse svarer 853 (61%), at det vidste de i forvejen. De øvrige svarer, at de ikke var sikre på det, ikke vidste det i forvejen, ikke forstår det eller ikke tror på det.

Derpå kom følgende udsagn: "PEP er en én måned lang behandling med hiv-medicin" (Q94). 1.408 svarede på spørgsmålet. 473 (34%) vidste dette i forvejen, mens de øvrige ikke var sikre på det, ikke vidste det i forvejen, ikke forstår det eller ikke tror på det.

Udsagnet "PEP skal påbegyndes, så hurtigt som muligt efter at man er blevet udsat for smitte, helst inden for få timer" (Q95) har 1.405 mænd svaret på. Af disse svarer 738 (53%), at de vidste det i forvejen.

5.5.1.2 Optag af PEP

De mænd, som ikke var hiv-positive (i alt 1.224), blev spurgt, om de nogensinde har *henvendt sig* til sundhedsvæsenet for at få en PEP-behandling (Q96). 1.208 (99%) besvarede spørgsmålet, og heraf svarer 76 (6%) ja, mens 1.132 (94%) svarer nej.

De 76, der har forsøgt at få en PEP-behandling, blev spurgt, om de nogensinde har *taget* PEP (Q97). 37 (49%) svarer, at de har taget én PEP-behandling, mens 8 (11%) mænd har taget mere end én PEP-behandling. 5 mænd (7%) svarer, at de fik PEP tilbudt, men lod være at tage det. Endelig er der 26 (34%) mænd, der har forsøgt at få PEP, men ikke kunne få det.

Også de 191 hiv-positive mænd blev spurgt, om de, før de blev konstateret hiv-positive, nogensinde havde *henvendt sig* til sundhedsvæsenet for at få PEP, og alle har svaret (Q98). 5 (3%) svarer ja, 186 (97%) svarer nej.

Blandt de 5, der har forsøgt at få PEP, har 3 *taget* behandlingen én gang, 1 har taget PEP-behandling mere end én gang – og 1 blev ikke tilbudt PEP (Q99).

I alt har 49, heraf 45 ikke-hiv-positive og 4 hiv-positive mænd, nogensinde taget (mindst) en PEP-behandling. Det svarer til 3% af alle 1.415 respondenter.

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?" (Q101). 1.216 mænd svarede, og af disse svarede 526 (43%) 'meget sikker' eller 'temmelig sikker'. De øvrige svarmuligheder var 'lidt sikker', 'slet ikke sikker' og 'ved ikke'.

5.5.1.3 Opsamling vedrørende PEP

Nogle af spørgsmålene om PEP blev stillet på samme måde i 2010.

Formålet med PEP (Q93 ovenfor) kendte 61% til i 2010, og andelen er den samme i 2017. At PEP skal påbegyndes hurtigst muligt (Q95 ovenfor), vidste 62% i 2010, mens det i 2017 er 53%, hvilket er et signifikant fald.

I 2010 var 65% af de ikke-positive mænd 'meget sikre/temmelig sikre' på, at de ville kunne få PEP (Q101 ovenfor). Andelen er i 2017 43%. Dette fald er ligeledes signifikant.

I 2010 havde 3% af svarpersonerne fået PEP nogensinde, i 2017 er det ligeledes 3%.

Hvis man sammenligner med vidensniveauet om hiv og andre seks sygdomme m.v. (afsnit 5.1), ses det, at selv det bedste resultat vedrørende PEP – 70% har 'hørt om' PEP (Q92 ovenfor) – ligger under det ringeste resultat i vidensspørgsmålene i afsnit 5.1, inklusive viden om, at velbehandlede hiv-positive ikke er smitsomme. Og at kun 34% ved, at PEP er hiv-medicin, der skal tages en måned (Q94 ovenfor), er påfaldende, sammenlignet med det generelle vidensniveau.

Heller ikke optaget af PEP eller tiltroen til, at man kan få det om nødvendigt, er særlig høj, og tiltroen til, at man kan få PEP, lader ligefrem til at være faldet siden 2010.

5.5.2 PrEP

Som noget nyt blev der i 2017-undersøgelsen spurgt om PrEP. Den danske Sundhedsstyrelse offentliggjorde i september 2018 en anbefaling om, at regionerne bør tilbyde PrEP som et forebyggende behandlingstilbud mod hiv i særlige risikogrupper. I den periode, spørgeskemaerne blev udfyldt, var PrEP i Danmark således ikke et officielt tilbud og ikke alment tilgængeligt for mænd, der har sex med mænd, men alene tilgængeligt i forbindelse med videnskabelige forsøg med en begrænset deltagerkreds, ved køb på udenlandske internetsider samt – i særlige tilfælde – udleveret via hospitalsafdelinger.

PrEP tages forebyggende, det vil sige før man forventer at have sex, der kan indebære en risiko for at blive smittet med hiv. Man kan tage det 'on demand', det vil sige i dagene lige før og efter man udsætter sig for mulig smitte – eller man kan tage det daglig som en konstant forebyggende behandling (ligesom p-piller). I Danmark er det stort set kun den sidstnævnte metode, der har været implementeret i officielt regi på det tidspunkt, hvor EMIS-spørgeskemaet blev udfyldt (og i øvrigt også senere hen).

5.5.2.1 Kendskab til PrEP

1.375 af respondenterne har svaret på, om de har hørt om PrEP (Q102). Heraf svarer 1.083 (79%) ja, 241 (18%) svarer nej, og 51 (4%) svarer 'ikke sikker' (på grund af decimalafkorting giver andelene tilsammen mere end 100%).

I de følgende spørgsmål (Q103-05) blev der spurgt til respondenternes viden om PrEP.

Respondenterne blev præsenteret for udsagnet: "Formålet med PrEP er, at en person, der ikke er hiv-positiv, tager piller både før og efter sex for at undgå at blive smittet med hiv". 1.406 besvarede spørgsmålet, og af dem angiver 820 (58%), at det vidste de i forvejen, mens de øvrige svarede, at de ikke var sikre på det, ikke vidste det, ikke forstår det eller ikke tror på det.

Respondenterne blev dernæst præsenteret for oplysningen "PrEP kan tages som en enkelt pille om dagen, hvis man ikke på forhånd ved, hvornår man har sex". 1.407 besvarede spørgsmålet. 680 (48%) vidste det i forvejen.

Respondenterne blev præsenteret for udsagnet: "Hvis man på forhånd ved, hvornår man skal have sex, skal man tage PrEP som en dobbeltdosis cirka 24 timer før sex og derpå både 24 og 48 timer efter den dobbelte dosis". 1.405 besvarede spørgsmålet, af dem vidste kun 248 (18%) dette i forvejen.

Mændene blev spurgt, om der nogensinde var nogen i sundhedsvæsenet, der havde talt med dem personligt om PrEP (Q106). 1.410 besvarede spørgsmålet, heraf svarede 132 (9%) ja – resten svarede nej eller ved ikke.

I Q107-12 blev der spurgt til, hvor i sundhedsvæsenet eller på anden form for klinik nogen havde talt med respondenteren – der var mulighed for at svare, at det var sket mere end ét sted. 15 havde talt med egen læge, 7 med en anden praktiserende læge eller speciallæge, 65 i ambulatoriet på et hospital, 63 på 'anden form for klinik, for eksempel CheckPoint'. 4 svarede 'et andet sted'. (I alt 154 afkrydsninger).

5.5.2.2 Optag af PrEP

Alle respondenter blev spurgt (Q113), om de nogensinde havde *henvendt* sig til sundhedsvæsenet for at få PrEP. 1.411 har besvaret spørgsmålet, og af dem svarer 93 (7%) ja, mens resten siger nej.

Derpå blev alle spurgt, om de nogensinde har *taget* PrEP (Q114). 1.403 har besvaret spørgsmålet. 59 mænd har nogensinde taget PrEP, det svarer til 4% af alle 1.415 respondenter. Af de 59 har 44 taget det som daglig forebyggelse og tager det stadig. 6 har taget det som daglig forebyggelse, men tager det ikke længere. 9 har taget PrEP, når de har haft brug for det, men ikke daglig.

I Q115 blev de, der nogensinde har taget PrEP, spurgt, om de forinden havde talt med en læge eller anden sundhedsperson. Af de 59, som har taget PrEP, har 58 besvaret dette spørgsmål. 49 (84%) svarer ja, og 9 (16%) nej.

I de følgende spørgsmål (Q123-33) blev de 59 mænd, der har taget PrEP, spurgt til, hvor de har fået PrEP-pillerne. Blandt mange muligheder viser svarene, at de fleste har fået pillerne som led i et medicinsk forsøg, dernæst har en del fået dem via 'særlig udlevering på et hospital' eller ved online-køb. Dette stemmer overens med, hvordan det på svartidspunktet var muligt i Danmark at få PrEP. Ingen svarer, at de har brugt andres hiv-medicin som PrEP.

Mænd, der ikke var konstateret hiv-positive, blev spurgt, hvor sandsynligt det er, at de ville tage PrEP, "hvis det var tilgængeligt og til at betale" (Q134). 1.212 svarer, og af dem anser 52% det for 'temmelig sandsynligt' eller 'meget sandsynligt'.

5.5.2.3 Opsamling vedrørende PrEP

I betragtning af hvor relativt kort tid PrEP på svartidspunktet havde været kendt – og anerkendt videnskabeligt – som forebyggelsesmetode, og i betragtning af den dengang begrænsede tilgængelighed i Danmark, er det overraskende mange, der har hørt om metoden (79%), kender dens formål (58%) og ved, at pillerne kan tages daglig (48%).

At kun 18% kender til 'on demand'-metoden, kan hænge sammen med, at den metode ikke bruges af sundhedsvæsenet i Danmark (ref. 5.5.2.3.1).

Eftersom PrEP var så nyt og relativt svært tilgængeligt, er det forventeligt, at kun en minoritet (132, 9%) har talt med nogen i sundhedsvæsenet om det – men iøjnefaldende så mange, der har talt med nogen i Checkpoint (og andre klinikker) om metoden (63 mænd).

Det er vores vurdering, at der i 2017 højst var 500 MSM, som var eller havde været på PrEP i Danmark. Det er derfor bemærkelsesværdigt, at så stor en andel respondenter svarede bekræftende på vidensspørgsmål vedrørende PrEP, og især, at hele 59 respondenter havde været på PrEP i spørgeskemaperioden, svarende til 4% af alle (tillige må man formode, at tilbuddet for størstedelen af de 191 hiv-positive deltagere var irrelevant, hvilket gør andelen en smule 'kunstigt lav').

5.5.3 Sammenfatning

Som vi var inde på ovenfor, finder vi kendskabet til og optaget af PEP overraskende lavt og kendskabet til og optaget af PrEP overraskende højt.

Dette gælder ikke mindst, i lyset af at PEP har været kendt som forebyggelsesmetode i cirka tyve år, mens PrEP på undersøgelsestidspunktet dårlig nok var til at skaffe i Danmark.

Tiltroen til, at man kan få PEP om nødvendigt, er også påfaldende lav, og det er måske med til at forklare, at så få opsøger det. En forholdsvis stor andel har oplevet

at blive afvist i deres ønske om PEP, da de henvendte sig; forhåbentlig skyldes det, at de ikke har udsat sig for en tilstrækkelig risiko.

En anden mulig forklaring kan ligge i, at PEP helst skal tages inden for få timer – det vil sige, at det bogstavelig talt kræver, at man i den seksuelle situation, evt. ved nattetide, haster afsted til nærmeste PEP-udleveringssted, som flere steder i landet kan ligge meget langt væk. Trods mulige vanskeligheder med at tilgå PEP er det uhensigtsmæssigt, at ikke flere tilsyneladende kender og benytter PEP, når uheldet er ude.

PEP skal tages i 30 dage, PrEP (som ligeledes er hiv-medicin), skal tages, lige så længe man vurderer at være ude af stand til at beskytte sig på anden vis, hvilket hidtil har vist sig at være en meget længere periode. Set i det lys er PEP alt andet lige en langt mindre indgribende og kostbar metode.

Til gengæld er PEP for mænd, der meget hyppigt har sex med risiko for hiv-overførsel, ikke nogen oplagt forebyggelsesmetode – til de mænd er PrEP velegnet.

Men for mænd, der kun undtagelsesvis har episoder af sex med risiko for hiv-overførsel, eller som for eksempel ikke bryder sig om at tage PrEP, kan PEP være en god løsning i særlige tilfælde.

Derfor er der god grund til at øge kendskabet til og optaget af både PEP og PrEP.

5.6 Test-adfærd og tilfredshed med test-stederne

I dette afsnit ser vi på, hvor mange der lader sig hiv-teste, hvor de lader sig teste, og i hvilket omfang de er tilfredse med den støtte og information, de har fået i den forbindelse.

Hiv-testning er afgørende for, at smittede bliver diagnosticeret og kommer i rettidig behandling. Samtidig bevirker behandlingen, at langt de fleste ret hurtigt bliver velbehandlede og dermed ikke kan smitte andre, hvilket har indflydelse på smittetrykket. Der er derfor stor interesse i, at potentielt smittede lader sig teste.

I hiv-overvågningen har man ikke et præcist billede af, hvem og hvor mange der lader sig teste, men i en tværsnitsundersøgelse som EMIS er det muligt at få viden om, hvor mange af den samlede gruppe af mænd, der har sex med mænd, der lader sig teste – og hvor mange der ikke gør.

5.6.1 Hvor mange er nogensinde blevet hiv-testet?

Mændene blev spurgt (i flere spørgsmål), 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 1.408 besvarede disse spørgsmål. Af disse havde 1.197 (85%) fået taget en hiv-test, mens 211 (15%) aldrig var blevet testet.

I undersøgelsen i 2010 var det til sammenligning 77% af alle, der nogensinde havde ladet sig teste.

I 2017-undersøgelsen er mænd over 30 år i højere grad testet end yngre mænd. Ligeledes er en større andel af de langtuddannede end af de kortuddannede testet. Både mænd over 30 og langtuddannede er overrepræsenterede i 2017-undersøgelsen i forhold til 2010, men en logistisk regressionsanalyse viser, at den markante stigning i andelen af hiv-testede ikke alene skyldes forskydninger i populationen, men er reel og statistisk signifikant.

Der er altså flere i den samlede gruppe af mænd, der har sex med mænd, der på et eller andet tidspunkt i deres liv er blevet hiv-testet, end der var, da man spurgte mænd, der har sex med mænd, i 2010.

5.6.2 Hvor mange er blevet hiv-testet for nylig?

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 kan være testet positive for mange år siden og derfor ikke tæller med (kun 16 af de 191 hiv-positive er testet positive inden for de seneste 12 måneder).

Der er 1.006 mænd, som har besvaret spørgsmålet om seneste hiv-test (hvor de fik besked om, at de var hiv-negative). Af dem var 677 (67%) testet inden for de seneste 12 måneder.

Den tilsvarende andel var 59% i 2010.

En logistisk regressionsanalyse viser, at trods forskydningerne i respondentpopulationen er stigningen i andelen af nyligtestede reel og statistisk signifikant. Der er altså også flere, der er testet inden for de seneste 12 måneder, end der var i 2010.

5.6.3 Test-steder og tilfredshed

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

5.6.3.1 Hiv-positive

Hiv-positive mænd blev spurgt, hvor de var blevet konstateret hiv-positive (Q62). 190 af de 191 hiv-positive svarede.

Langt de fleste er testet positive i ambulatoriet på et hospital (48%) eller hos egen læge (28%). En del er testet under indlæggelse på et hospital (12%). Et 'ambulatorium' kan være en sexsygdomsklinik eller et hiv-ambulatorium.

Derudover svarede 6%, at de var konstateret hiv-positive på 'et andet hiv-test-sted'. Eftersom listen af svarmuligheder var ganske udtømmende, formoder vi, at 'et andet hiv-test-sted' fortrinsvis dækker over de såkaldte Checkpoints i AIDS-Fondets regi.

Meget få svarede: hos en anden praktiserende læge/speciallæge (4%), selvtest med resultat på stedet (1%), mobilt teststed (under 1%), andet sted (under 1%).

Ingen svarede: 'Jeg brugte en hjemmetest (tog prøven selv og sendte til analyse)', eller at de var testet på en bar eller en sauna eller i blodbanken som bloddonor.

Dernæst blev svarpersonen spurgt, hvor tilfreds han var med den støtte og information, han fik, da han blev konstateret hiv-positiv (Q63).

Alle 191 hiv-positive svarede. 18 (9%) har ikke modtaget nogen støtte eller information, og 11 (6%) kan ikke huske, om de modtog støtte og information, eller tænkte ikke over det.

Ser vi på de 18, der ikke har modtaget støtte eller information, udgør de 23% af dem, der er konstateret hiv-positive under indlæggelse på et hospital, 9% af dem, der er testet hos egen læge, 5% af dem, der er testet i ambulatorium, og 0% af dem, der er testet på 'et andet teststed'.

162 mænd angiver en grad af tilfredshed med den støtte og information, de fik. Af dem er 52% meget tilfredse, 28% tilfredse, 10% utilfredse, og 10% meget utilfredse.

Vi har set nærmere på, hvordan tilfredsheden er med de fire hyppigste test-steder – hvilken andel der er 'meget tilfredse'. Blandt dem, der er konstateret hiv-positive hos egen læge, er 49% meget tilfredse. Blandt dem, der er konstateret hiv-positive i 'ambulatorium', er det 51%, under indlæggelse på et hospital er det 53%, og blandt dem, der er konstateret hiv-positive 'et andet hiv-test-sted', er hele 73% meget tilfredse.

5.6.3.2 Hiv-negative

Mænd, som havde svaret, at de ved den seneste hiv-test havde testet negativ, blev ligeledes spurgt, hvor de var blevet testet (Q90). 1.005 mænd svarede.

Langt de fleste svarede hos egen læge (37%) eller i ambulatoriet på et hospital (37% – se bemærkning ovenfor i afsnit 5.6.3.1 om 'ambulatorium').

En anden stor gruppe svarede 'et andet hiv-test-sted' (18% – formentlig fortrinsvis Checkpoint).

Meget få svarede: hos en anden praktiserende læge/speciallæge (3%), under indlæggelse på et hospital (2%), i blodbanken som bloddonor (3 personer, mindre end 1%), på et mobilt test-sted (mindre end 1%), eller på en bar eller en sauna (1%).

Også yderst få svarede, at de havde brugt en hjemmetest (selv havde taget prøven og sendt den til analyse): Kun 1 svarperson har gjort det. Ligesådan med selvtest, hvor man får resultatet på stedet (af den type, som man kan købe på et apotek): Kun 6 har gjort det (under 1%).

Dernæst blev svarpersonen spurgt, hvor tilfreds han var med den støtte og information, han fik, da han senest blev hiv-testet (Q91).

Alle 1.005, der oplyste test-sted, svarede. 137 (14%) har ikke modtaget nogen støtte eller information, og 92 (9%) kan ikke huske, om de modtog støtte og information, eller tænkte ikke over det.

Ser vi på de 137, der ikke har modtaget støtte eller information, udgør de 23% af dem, der er testet hos egen læge, 10% af dem, der er testet i 'ambulatorium', og 0% af dem, der er testet på 'et andet test-sted'.

De øvrige 776 angiver en grad af tilfredshed med støtte og information. Af dem er 57% meget tilfredse, 36% tilfredse, 3% utilfredse, og 4% meget utilfredse.

Hvordan er tilfredsheden er med de tre hyppigste test-steder – hvilken andel er 'meget tilfredse'? Blandt dem, der er testet hos egen læge, er 48% meget tilfredse.

Blandt dem, der er testet i 'ambulatorium', er det 56%, og blandt dem, der er testet 'et andet hiv-test-sted', er hele 77% meget tilfredse.

5.6.4 Sammenfatning

Det er meget glædeligt, at både andelen, der nogensinde er testet, og navnlig andelen, der er testet for nylig, er steget så markant. Testnings-niveauet er højere, end det nogensinde er set i Sexlivsundersøgelserne.

Dette kan formentlig tilskrives de senere års større opmærksomhed på nødvendigheden af og fordelene ved hiv-testning samt kampagner og opfordringer til mænd, der har sex med mænd, om regelmæssigt at lade sig teste. At man har lettet adgangen til hurtig og professionel testning på særligt indrettede test-steder (Checkpoints), bidrager formentlig også til den øgede opmærksomhed og det øgede optag i denne målgruppe. Denne antagelse understøttes af, at hele 18% af de hiv-negative er testet 'et andet test-sted', hvilket kunne afspejle en øget tilstrømning til den nye type test-steder, Checkpoints.

Ligesom i 2010 er 'ambulatorierne' og egen læge dog de hyppigst benyttede test-steder.

Det er bemærkelsesværdigt, at 9% af de hiv-positive angiver ikke at have fået støtte og information, og at hele 20% af de hiv-positive ikke er tilfredse med den støtte og information, de fik, da de blev konstateret hiv-positive, mens kun 7% af de hiv-negative ikke er tilfredse. Forskellen afspejler måske, at det er en vanskeligere situation for både giver og modtager af det – stadig i 2017 og i dag – ubehagelige budskab. Det afspejler måske også en historisk udvikling, idet de positive test-svar kan være givet for år tilbage.

Samlet set er der ret høj grad af tilfredshed, navnlig blandt de hiv-negative, hvor tilsammen 93% angiver at være tilfredse eller meget tilfredse. Det er bemærkelsesværdigt, at tilfredsheden blandt de hiv-negative lader til at være høj, når det gælder de specialiserede test-steder, nemlig 'ambulatorierne' samt 'et andet hiv-test-sted' såsom Checkpoint, hvor den er særlig høj.

5.7 Chemsex

Ordet 'chemsex' bruges af MSM om det at have sex under indflydelse af – især visse – stoffer, der tages, umiddelbart før eller mens man har sex, og som blandt andet kan virke euforiserende og/eller stimulere seksuel lyst og gøre det muligt at have sex i lang tid, eventuelt med flere partnere – for eksempel ved 'chemsex-parties'.

Nogle af de særlige risici, der kan være forbundet med chemsex, er, at stofferne i sig selv kan være vanedannende, at de muliggør seksuelle praktikker med slimhindelæsioner, der fremmer overførslen af hiv og andre seksygdomme, og at eventuel deling af sprøjter eller andet udstyr ligeledes øger risikoen for overførsel af blandt andet hiv og hepatitis.

5.7.1 Omfanget af chemsex

Mændene i undersøgelsen blev spurgt, om de har erfaringer med chemsex: "Hvornår brugte du senest stimulerende stoffer for at gøre sex mere intens eller mere langvarig? (Stimulerende stoffer inkluderer ecstasy/MDMA, kokain, amfetamin (speed), metamfetamin (crystal, meth, Tina), mefedron og ketamin)" (Q368). 1.344 besvarede spørgsmålet.

Blandt disse svarer 181, at det har de gjort på et eller andet tidspunkt, svarende til 13% af dem, der har besvaret spørgsmålet.

Af disse 181 har 55 gjort det inden for den seneste måned, og yderligere 63 har gjort det inden for de seneste 12 måneder, hvilket vil sige, at 118 (9%) af dem, der svarer, har gjort det inden for de seneste 12 måneder.

Dernæst blev mændene spurgt: "Hvornår har du senest haft sex med flere mænd på én gang og samtidig brugt stimulerende stoffer?" (Q369). Dette spørgsmål blev ligeledes besvaret af 1.344. Blandt disse havde 119 haft det nogensinde, svarende til 9%.

Af de 118, der har haft chemsex inden for de seneste 12 måneder (Q368), har 70 haft det med flere mænd på én gang (Q369), det svarer til 59%.

Disse 70 mænd blev spurgt, hvor det skete (Q370). 48 af dem (69%) gjorde det hjemme hos sig selv eller hjemme hos en anden. Resten gjorde det på diskotek/club eller i mørkerummet på en bar, eller i en sauna (tilsammen 15) eller andre steder (7).

5.7.2 Hvem har chemsex?

Bivariate analyser viser, at der intet mønster er med hensyn til alder (der er lige mange chemsex-brugere blandt yngre og ældre). Der er heller intet mønster med hensyn til uddannelse (der er lige mange chemsex-brugere blandt langtuddannede og kortuddannede). Og heller intet mønster hvad angår homo-/biseksuel adfærd (der er lige mange chemsex-brugere blandt homo- og biseksuelle).

Til gengæld viser analyserne, at der er flere chemsex-brugere blandt københavnere end i resten af landet.

Der er også sammenhæng mellem, hvor mange partnere man har, og om man dyrker chemsex: Blandt de mænd, der har haft mere end 9 forskellige analsexpartnere i de seneste 12 måneder, har 19% haft chemsex i samme periode. Blandt dem med 9 eller færre partnere er det 5%.

Og hvad angår hiv-status, viser der sig et helt særligt mønster: Blandt hiv-positive har hele 25% haft chemsex i de forgangne 12 måneder. Blandt hiv-negative er det til sammenligning 6%, og blandt mænd med ukendt hiv-status 8%.

Samme mønster viser sig, når man vender tallene om: Blandt dem, der har haft chemsex i løbet af de seneste 12 måneder, er 38% hiv-positive, 34% er hiv-negative, og 28% har ukendt hiv-status (her skal man huske, at hiv-positive udgør en meget lille del af svarpersonerne i undersøgelsen i forhold til hiv-negative og mænd med ukendt hiv-status).

Det er værd at bemærke, at langt de fleste hiv-positive var smittet, før de deltog i chemsex. Blandt 45 hiv-positive, der angav at have haft chemsex inden for de seneste

12 måneder, havde 40 svaret på, hvornår de var diagnosticeret med hiv. Kun 4 ud af de 40 havde også fået hiv-diagnosen inden for de seneste 12 måneder.

En logistisk regressionsanalyse bekræfter, at hiv-status, partnerantal samt bopæl hver især har selvstændig betydning for sandsynligheden for at have haft chemsex inden for de seneste 12 måneder.

5.7.3 Chemsex og PrEP

Er der sammenhæng mellem at bruge PrEP og dyrke chemsex?

Blandt de 118 mænd, der har haft chemsex inden for de seneste 12 måneder, har vi set på de 73 mænd, som er hiv-negative eller har ukendt hiv-status (de hiv-positive er irrelevante, for de kan ikke være på PrEP).

Blandt disse 73 har 11 (15%) også været på PrEP på et eller andet tidspunkt (man kan desværre ikke se, om det er inden for de seneste 12 måneder eller tidligere), mens 85% ikke har været på PrEP nogensinde.

Til sammenligning har 4% af alle respondenter nogensinde været på PrEP. Denne forskel er signifikant, og selv om 15% måske syner af lidt, skal man huske, at PrEP på svartidspunktet ikke var særlig tilgængeligt. Ganske vist ved vi ikke sikkert, om de tog PrEP i samme periode, som de havde chemsex – men det er dog en mulig indikation af en sammenhæng mellem chemsex og PrEP. I så fald kan det tyde på, at chemsex-brugerne forsøger at tage højde for, at de er i særlig risiko for at blive smittet med hiv, hvilket PrEP kan forhindre.

5.7.4 Sammenfatning

Hele 118 mænd, svarende til 9% af svarpersonerne, har dyrket chemsex inden for de seneste 12 måneder (idet det dog ikke fremgår, om det er sket en enkelt gang eller mange gange). Af dem har 59% dyrket det med flere mænd på én gang og har altså

deltaget i, hvad man kunne kalde 'gruppe-chemsex' eller mere eller mindre organiserede 'chemsex-parties'.

Alder, uddannelse og homo-/biseksuel adfærd har ingen betydning for omfanget af chemsex blandt svarpersonerne. Men der er sammenhæng mellem at have mere end 9 analsexpartnere og at dyrke chemsex. Og der er stærk sammenhæng mellem hiv-status og chemsex, idet hiv-positive i langt større omfang end hiv-negative og mænd med ukendt hiv-status har dyrket chemsex inden for de seneste 12 måneder.

Analyserne viser desuden, at der blandt chemsex-brugere er større brug af PrEP, hvilket viser, at en del af chemsex-brugerne tager særlige forholdsregler i forhold til hiv.

5.8 Brug af stimulanser, stoffer m.v.

I undersøgelsen er der spurgt til mændenes brug af diverse stimulanser, stoffer og medikamenter.

5.8.1 Brug inden for de seneste 12 måneder

Mændene blev spurgt, hvilke stimulanser, stoffer og medikamenter de havde brugt de seneste 12 måneder. Se tabel 5.8.1. (I skemaet blev der spurgt til hver stimulans m.v. for sig. Hvert af de i alt 19 spørgsmål er besvaret af 95% eller flere af de 1.415 svarpersoner. I tabellen nedenfor angiver procenten, hvor mange af dem, der svarede på for eksempel alkohol, der havde indtaget alkohol).

Tabel 5.8.1: Indtagelse af stimulanser m.v. de seneste 12 mdr.

	N	%
Alkohol	1.357	96
Tobak *	638	45
Poppers	507	36
Viagra el.lign.	384	27
Beroligende midler	83	6
Cannabis (hash, marihuana m.m.)	264	20
Syntetiske cannabinoider	6	<1
Ecstasy i pilleform (MDMA m.m.)	57	4
Ecstasy i pulverform (MDMA m.m.)	100	7
Amfetamin (speed)	59	4
Krystal-metamfetamin (crystal meth m.v.)	37	3
Heroin	6	<1
Mefedron	4	<1
Andre syntetiske stimul., der ligner mefedron	10	1
GHB/GBL (fantasy, flydende ecstasy m.v.)	47	4
Ketamin	22	2
LSD	10	1
Kokain	113	8
Crack-kokain	7	1
Indsprøjtet anabole steroider	15	1

* 28% havde røget tobak inden for de seneste 24 timer og kan således antages at være daglige rygere.

5.8.2 Brug af sprøjter

Hvor mange bruger sprøjter til at indtage stoffer?

1.411 besvarede Q353. Af dem har 9 (1%) indsprøjtet et stof (der ikke var anabole steroider eller medicin) for at blive skæv (høj) eller fået nogen til at gøre det på sig inden for de seneste 12 måneder.

Blandt disse 9 har 4 gjort det 10 gange eller mere inden for de seneste 12 måneder (Q354).

I Q355-64 har de 9 mænd svaret på, hvilke stoffer de har (fået) indsprøjtet. Man kunne sætte kryds ved flere stoffer. Krystal-metamfetamin: 7; heroin: 1, ketamin: 3; crack-kokain: 1.

Tilsammen har de 9 mænd altså taget 4 forskellige stoffer med sprøjte.

Ingen af dem har taget følgende stoffer med sprøjte: ecstasy, amfetamin, mefedron, syntetiske stimulerende rusmidler andet end mefedron, kokain eller et ukendt stof.

De 9 mænd blev spurgt: "Hvornår har du senest sprøjtet dig (slammet/fixet) med en brugt sprøjte eller kanyle, som du havde fået, lånt, lejet eller købt af en anden?".

Kun 4 mænd har gjort dette.

5.8.3 Bekymring om brug af stoffer

Mænd, der havde sagt ja til at have brugt mindst ét af stofferne på listen ovenfor (minus alkohol, tobak, Viagra, beroligende midler og steroider – men inklusive poppers), i alt 667 svarpersoner, blev præsenteret for udsagnet "Jeg er bekymret over min brug af stoffer" (Q373).

643 har svaret. 168 (26%) har – umiddelbart overraskende – valgt svarmuligheden 'Jeg tager ikke stoffer'. Dette kan måske skyldes, at de 'kun' har brugt poppers og ikke anser dette for et 'stof', eller at deres brug af stoffer er så sporadisk, at de ikke synes, det er relevant – eller måske en ulyst til at konfrontere sig selv med et ubehageligt spørgsmål.

Blandt de 643 siger kun 34 (5%), at de er helt enige eller enige. 7% siger hverken eller/ved ikke. 61% er uenige eller helt uenige.

Der ses altså ikke nogen stor bekymring hos mændene selv over deres brug af stoffer.

Vi har set særligt på chemsex-brugerne. Af 111 mænd, der har haft chemsex inden for de seneste 12 måneder, er 9% helt enige eller enige (er altså bekymrede) – mens dette kun gælder 4% af ikke-chemsex-brugerne.

5.8.4 Sammenfatning

Ud over tobak og alkohol kan det konstateres, at brugen af poppers, Viagra (el.lign.) og cannabis er ganske udbredt.

Det ligger uden for perspektivet i denne rapport at vurdere omfanget af brug af 'hårdere stoffer'.

I betragtning af den øgede risiko for overførsel af hiv, hepatitis og andre seksygmme gennem sprøjter er det positivt, at relativt få anvender sprøjter, og navnlig, at så få lader til at anvende brugte sprøjter.

Om mændenes egen bekymring over brugen af stoffer står mål med deres faktiske brug, er vanskeligt at vurdere. Men det er værd at bemærke, at chemsex-brugere lader til at være mere bekymrede end ikke-brugere.

5.9 Sexsygdomme

Respondenterne blev i undersøgelsen spurgt, om de havde haft en række seksuelt overførte sygdomme, herunder hepatitis C.

5.9.1 Hepatitis C

1.412 besvarede spørgsmålet Q145 om, hvorvidt de nogensinde er blevet diagnosticeret med hepatitis C. Hertil svarede 28 (2%) ja, 1.357 (96%) svarede nej, og 27 (2%) svarede ved ikke. Blandt de 28, som havde haft hepatitis C, oplyste 2, at de havde haft sygdommen to gange, mens de øvrige 26 kun havde haft hepatitis C én gang (Q147).

I Q146 var spørgsmålet, hvornår man første gang havde fået diagnosen hepatitis C. Her svarede 3 personer (10%) inden for de seneste 6 måneder, 7 (25%) svarede inden for de seneste 5 år, og 18 (65%) svarede for mere end 5 år siden.

Blandt de 28, som havde haft hepatitis C, svarede 15 (54%), at de var blevet raske efter behandling, 5 (18%) var blevet raske af sig selv uden behandling, 7 (25%) svarede, at de stadig havde hepatitis C. Den sidste svarede ved ikke (Q148).

Det er bemærkelsesværdigt, at så få – kun 2% – angiver at have haft hepatitis C. Selv hvis alle de, der svarede, at de ikke vidste, om de havde haft hepatitis C nogensinde, faktisk havde haft det, ville andelen kun komme op på 4% af respondenterne. Det tyder altså ikke på, at hepatitis C er særligt udbredt blandt MSM i Danmark.

Fordeler man de 28, der har haft hepatitis C, på hiv-status, viser det sig, at 24 (svarende til 13%) af de hiv-positive havde haft hepatitis C, mens det kun gjaldt 2, der angav, at de var hiv-negative, og 2, som ikke kendte deres hiv-status.

Fundene svarer til, hvad der vides fra den nationale overvågning af hepatitis C, nemlig at der er relativt få MSM, der anmeldes smittet med hepatitis C, og at det fortrinsvis er hiv-positive MSM, der rammes. Da hiv-positive, der går til kontrol på infektionsmedicinske afdelinger i Danmark, regelmæssigt testes for hepatitis C, har det været fremført, at det var derfor, det stort set kun var hiv-positive, der blev anmeldt med hepatitis C. Det er nemlig en sygdom, der oftest ikke giver nogen symptomer før mange år henne i sygdomsforløbet. Hiv-negative, der blev smittet med hepatitis C, kunne derfor 'gå under radaren'. Resultaterne i denne rapport tyder ikke på, at det er tilfældet, hvilket er i tråd med en undersøgelse (ref. 5.9.1) af svenske MSM, der finder yderst få hiv-negative med hepatitis C.

26 af de 28 mænd, der havde haft hepatitis C, besvarede spørgsmålene om chemsex-brug. 11 af de 26 havde haft chemsex, og 15 havde ikke prøvet det. Dette svarer til, at 9% af de mænd, der havde haft chemsex, havde haft hepatitis C, mod 1% af de mænd, der ikke havde prøvet chemsex. Umiddelbart kunne dette tyde på, at hepatitis C blandt MSM til en vis grad kunne skyldes intravenøs injektion af stoffer med brugte nåle (her i forbindelse med sex), men da kun yderst få af respondenterne i denne undersøgelse oplyser at have injiceret stoffer og delt nåle (se afsnit 5.8.2), kan forklaringen måske være, at der er sammenfald mellem chemsex og bestemte seksuelle praktikker, der læderer slimhinden i endetarmen og dermed faciliterer blodoverførsel af hepatitis C. Da vi ikke af dataene kan se, i hvilken rækkefølge respondenterne har haft henholdsvis hepatitis C og chemsex, er det dog også muligt, at de har haft hepatitis C, længe før de engagerede sig i chemsex.

5.9.2 Test for sexsygdomme

1.398 besvarede spørgsmål Q149, "Er du nogensinde blevet undersøgt for andre sexsygdomme end hiv (kønssygdomme)?" 1.122 (80%) svarede ja, 263 (19%) svarede nej, og 13 (1%) svarede ved ikke. I alt 703 (svarende til 63% af dem, der svarede ja) var senest undersøgt inden for 12 måneder (Q150). Dette svarer til halvdelen af alle 1.415 respondenter.

I 2010-undersøgelsen var andelen, der nogensinde var testet, noget mindre – nemlig 67%, og andelen af disse, som var testet inden for 12 måneder, var kun 53%

sammenlignet med de 63% i 2017. Og mens 50% af alle respondenter i 2017 var testet inden for de seneste 12 måneder, gjaldt det kun 35% af respondenterne i 2010.

Respondenter, der havde oplyst at være testet for en sexsygdom inden for de seneste 12 måneder, blev spurgt, om den læge eller sundhedsperson, der tog sig af dem i den anledning, vidste, at de har sex med mænd (Q152). Hertil svarede 581 (83%), at det vidste vedkommende helt sikkert, 55 (8%) svarede, at det vidste vedkommende formodentlig. 41 (6%) svarede nej, det vidste vedkommende ikke, og 25 (4%) vidste ikke, om vedkommende vidste det eller ej (1 person besvarede ikke spørgsmålet).

Det er en meget lille andel (4%), der er sikker på, at den læge, der testede dem for en sexsygdom, ikke var klar over, at de har sex med mænd. Såfremt dette er udtryk for, at seksuel orientering ikke (længere) er noget, man holder skjult, når man bruger sundhedsvæsenet, er det positivt. Det er dog ikke nødvendigvis et aktivt valg hos brugeren at være åben eller ej: På en del test-steder er det kutyme at udspørge patienterne om sexpartners køn, antal m.v., hvorved oplysninger om brugerens seksuelle orientering automatisk kommer frem (hvis han svarer sandt). En ny rapport om danske LGBT-personers møde med almen praksis (ref. 5.9.2) peger desuden på en række uløste problemer i det danske sundhedsvæsen i bred forstand med at inddrage seksuel orientering og kønsidentitet i forebyggelse, udredning, behandling og pleje.

Da ikke alle, men 63% var undersøgt for en sexsygdom inden for de seneste 12 måneder, er det dog muligt, at der blandt de resterende 37% kan være mænd, der måske netop ikke er testet på grund af frygt for at være åbne om deres seksuelle orientering over for lægen eller andet sundhedspersonale.

5.9.3 Gonorré

1.408 besvarede spørgsmål Q165: "Har du nogensinde fået konstateret gonorré?". 365 (26%) svarede ja, 1.035 (74%) svarede nej, og 8 (under 1%) svarede ved ikke. 102 (7% af de 1.400, som svarede ja eller nej til spørgsmålet, om de havde haft gonorré), havde haft gonorré inden for de seneste 12 måneder.

Dette svarer til 3-4 gange den estimerede årlige incidens blandt MSM i Danmark på undersøgelsestidspunktet (ref. 5.9.3).

Andelen af respondenter, der angiver at have haft gonorré inden for 12 måneder, er steget fra 2% i EMIS-undersøgelsen i 2010 til 7% i 2017. I samme periode er antallet af anmeldte tilfælde blandt MSM omtrent firedoblet.

Forekomsten af gonorré er altså steget markant blandt EMIS-respondenterne siden 2010, parallelt med udviklingen i den nationale overvågning.

5.9.4 Klamydia

1.411 besvarede spørgsmål Q168: "Har du nogensinde fået konstateret klamydia eller LGV?". 338 (24%) svarede ja, 1.055 (75%) svarede nej, og 18 (1%) svarede ved ikke. 96 (7% af de 1.393, som svarede ja eller nej til spørgsmålet, om de havde haft klamydia eller LGV) havde haft klamydia eller LGV inden for de seneste 12 måneder. Denne andel er steget markant siden EMIS-undersøgelsen i 2010, hvor den var 4%.

Der kan ikke sammenlignes med nationale tal, da klamydia ikke er klinisk anmeldelsespligtig, men kun overvåges på laboratorieniveau. Den stigning, der er observeret på nationalt niveau, kan ikke specificeres for MSM versus heteroseksuelt smittede.

5.9.5 Syfilis

1.408 besvarede spørgsmål Q162: "Har du nogensinde fået konstateret syfilis?". 226 (16%) svarede ja, 1.177 (84%) svarede nej, og 5 (under 1%) svarede ved ikke. 49 (3% af de 1.403, som svarede ja eller nej til spørgsmålet, om de havde haft syfilis) havde haft syfilis inden for de seneste 12 måneder.

Dette svarer til 4-5 gange den estimerede årlige incidens blandt MSM i Danmark på undersøgelsestidspunktet (ref. 5.9.5). Andelen af respondenter, der angiver at have haft syfilis inden for 12 måneder, var ligeledes 3% i EMIS-undersøgelsen 2010.

I modsætning til gonorré, der altså er steget både i EMIS-undersøgelserne og i den nationale overvågning, har antallet af anmeldte tilfælde af syfilis ligget stabilt siden 2010, ligesom der ikke blandt respondenterne er set en stigning siden EMIS-undersøgelsen i 2010.

5.9.6 Sammenfatning

Kun få af respondenterne har nogensinde haft hepatitis C, hvilket svarer til data fra den nationale overvågning af hepatitis C. Undersøgelsen understøtter, at udbredelsen af hepatitis C blandt MSM i Danmark er begrænset, samt at hepatitis C fortrinsvis ses hos hiv-positive MSM. Desuden er der tegn på sammenfald mellem at have haft hepatitis C og at have erfaringer med chemsex.

Både andelen, som nogensinde er testet for en sexsygdom, og andelen, som er testet inden for de seneste 12 måneder, er steget betydeligt siden 2010-undersøgelsen. Blandt de testede angiver langt hovedparten, at den sundhedsperson, de var i kontakt med, var klar over, at de har sex med mænd.

Samtidig ses en betydelig stigning i forekomsten af gonorré og klamydia inden for de seneste 12 måneder blandt respondenterne i forhold til 2010-undersøgelsen, hvorimod forekomsten af syfilis ikke har ændret sig siden den seneste undersøgelse. Fra den nationale overvågning vides, at udviklingen i gonorré og syfilis langt fra altid følges ad.

Stigningen i forekomsten af gonorré og den stabile syfilis-incidens blandt respondenterne er fuldstændig parallelt med dataene i den nationale overvågning for samme periode, 2010-2017.

Til gengæld er incidensen af både gonorré og syfilis flere gange højere blandt EMIS-respondenterne end den estimerede incidens blandt alle MSM på undersøgelsestidspunktet.

En nærliggende forklaring på denne overhyppighed er, at både måden, der er rekrutteret respondenter på, og inklusionskriteriet om at have haft sex inden for de seneste 12 måneder gør, at respondenterne er mere seksuelt aktive end gennemsnittet af danske MSM – og dermed i større risiko for at pådrage sig en seksuelt overført sygdom.

Overhyppigheden af syfilis – som er endnu mere udtalt end for gonorré – kan desuden hænge sammen med, at der i denne undersøgelse er en uforholdsmæssig stor andel hiv-positive (13% mod estimeret 5% blandt MSM på landsplan). Der ses generelt en langt hyppigere forekomst af syfilis blandt hiv-positive end blandt hiv-negative.

5.10 Købesex

Mændene er blevet spurgt, om de – i bred forstand – har dels købt sex af, dels solgt sex til andre mænd.

Spørgsmålet om køb lød: "Hvornår har du senest betalt en mand for at have sex med dig. Med 'betalt' mener vi, at du gav ham penge, gaver eller en tjeneste til gengæld for sex" (Q299).

1.412 svarede. Af dem har 8% gjort det inden for de seneste 12 måneder, 9% har gjort det tidligere, og 83% har aldrig gjort det.

Dermed har 17% nogensinde betalt for sex med en mand.

De 114 mænd, der havde betalt for sex med en mand i løbet af de seneste 12 måneder, blev spurgt, hvor ofte de havde gjort det (Q300). 113 har svaret. Se tabel 5.10.1.

Tabel 5.10.1: Købt sex af mænd antal gange de seneste 12 måneder

Sexkøb	Antal	Procent
1-2 gange	65	58
3-10 gange	38	34
Mere end 10 gange	10	9
I alt	113	*100
Ubesvaret	1	

* >100% pga. decimal-afkortning

Deltagerne blev også spurgt, om de havde solgt sex: "Hvornår er du senest blevet betalt af en mand for at have sex med ham. Med 'betalt' mener vi, at han gav dig penge, gaver eller en tjeneste til gengæld for sex" (Q301).

1.413 svarede. Heraf har 5% fået en form for betaling inden for de seneste 12 måneder, 13% har gjort det tidligere, og 82% har aldrig gjort det.

Det vil sige, at 18% nogensinde har modtaget betaling for sex med en anden mand.

Q302: De 68 mænd, der har solgt sex inden for de seneste 12 måneder, er blevet spurgt, hvor ofte de har gjort det (Q301). Alle 68 har svaret. Se tabel 5.10.2.

Tabel 5.10.2: Solgt sex til mænd antal gange de seneste 12 måneder

Sexsalg	Antal	Procent
1-2 gange	34	50
3-10 gange	24	35
Mere end 10 gange	10	15
I alt	68	100

Der er spurgt på nogenlunde samme måde til køb og salg af sex i 2010. Omfanget og det samlede billede af køb og salg ser ikke ud til at have forandret sig i nævneværdig grad.

5.11 Sikker sex og tilfredshed med sex

Der blev stillet en række spørgsmål for at afdække, om respondenterne selv føler, de har kontrol over deres sexliv. Dette blev belyst dels gennem to konkrete spørgsmål, dels i form af en skala, hvor man skulle angive, hvor tilfreds man er med sit sexliv.

Q31: "Den sex, jeg har, er altid så sikker, som jeg ønsker, den skal være"

Tabel 5.11.1: Sex så sikker som ønsket

	Procent
Helt enig/enig	73
Hverken enig eller uenig/ikke sikker	11
Helt uenig/uenig	15
I alt	*100

N=1.413

* <100% pga. decimal-afkortning

Q32: "Jeg synes, det er let at sige nej til sex, jeg ikke ønsker"

Tabel 5.11.2: Let at sige nej til sex

	Procent
Helt enig/enig	83
Hverken enig eller uenig/ikke sikker	8
Helt uenig/uenig	10
I alt	*100

N=1.412

* >100% pga. decimal-afkortning

Q33: "På en skala fra 1 til 10 (hvor 1 er mest utilfreds, og 10 er mest tilfreds), hvor tilfreds er du med dit sexliv? "

Tabel 5.11.3: Tilfredshed med sexliv

	Antal	Procent
Skalatrín 1-5	458	33
Skalatrín 6-10	943	67
I alt	1.410	100

Respondenterne mener således overvejende, at de har så sikker sex, som de ønsker, har let ved at sige fra og generelt er tilfredse med deres sexliv – to tredjedele hører til i den tilfredse halvdel af spekteret.

5.12 Diskrimination på grund af seksuel orientering

Svarpersonerne fik en række spørgsmål om, hvorvidt de oplever diskrimination i forskellige former, alle formuleret på samme måde: "Hvornår har nogen senest ... , fordi vedkommende vidste eller antog, at du er tiltrukket af mænd". Svarene ses i tabellerne nedenfor.

Q397: "Stirret på dig eller virket truende"

Tabel 5.12.1: Stirret m.v.

	Procent
Inden for de seneste 12 måneder	22
For mere end 12 måneder siden	33
Aldrig	45
I alt	100

N=1.412

Q398: "Talt nedsættende til dig"

Tabel 5.12.2: Talt nedsættende

	Procent
Inden for de seneste 12 måneder	21
For mere end 12 måneder siden	38
Aldrig	40
I alt	*100

N=1.410

* <100% pga. decimal-afkørtning

Q399: "Slået, sparket eller tævet dig"

Tabel 5.12.3: Slået m.v.

	Procent
Inden for de seneste 12 måneder	2
For mere end 12 måneder siden	17
Aldrig	81
I alt	100

N=1.410

Navnlig de to første spørgsmål kan ikke siges at være noget objektivt mål for diskrimination, eftersom det er umuligt at spore, hvorvidt de oplevede negative reaktioner virkelig skyldtes homo-/bifobi (man kan som bekendt føle sig stirret på af mange grunde). Ved korporlige overfald er det måske mere nærliggende at antage, at de som oftest ikke finder sted uden en tydelig årsag, jf. begrebet 'hadforbrydelser'.

Alligevel er det bemærkelsesværdigt, at en femtedel af alle føler, de har været udsat for nonverbale og verbale mishagsytringer, på grund af deres seksuelle orientering. Selvom 98% ikke har været udsat for vold inden for de seneste 12 måneder, angiver ligeledes en femtedel af alle at have oplevet det i løbet af deres liv. For tallenes troværdighed – i den forstand, at der ikke er tale om en overrapportering – taler formentlig også, at undersøgelsens hovedfokus er et andet. Hertil kommer, at det omvendte også kan tænkes: at svarpersoner i et eller andet omfang fejltolker andres modvilje som begrundet i noget *andet* end det, at de er homoseksuelle/tiltrukket af mænd.

Selv hvis man antog, at samtlige tog fejl vedrørende årsagen til de negative reaktioner, tyder tallene på, at homo- og biseksuelle stadig i et ikke ubetydeligt omfang selv føler sig udsatte.

5.13 Psykisk velbefindende

I undersøgelsen er der spurgt til mændenes psykiske velbefindende (med basis i den såkaldte PHQ-4-skala; ref. 5.13.1).

Q327: "Hvor ofte i de sidste 14 dage har du været generet af følgende problemer? Følt dig nervøs, ængstelig eller anspændt?"

Tabel 5.13.1: Nervøsitet m.v.

	Procent
Slet ikke	53
Flere dage	32
Mere end halvdelen af dagene	8
Næsten hver dag	7
I alt	100

N=1.412

Q328: "Hvor ofte i de sidste 14 dage har du været generet af følgende problemer? Ikke kunnet holde op med at bekymre dig eller ikke kunnet styre din bekymring?"

Tabel 5.13.2: Bekymring

	Procent
Slet ikke	58
Flere dage	30
Mere end halvdelen af dagene	6
Næsten hver dag	6
I alt	100

N=1.408

Q329: "Hvor ofte i de sidste 14 dage har du været generet af følgende problemer?
Ingen interesse i eller glæde ved at foretage dig ting?"

Tabel 5.13.3: Manglende interesse m.v.

	Procent
Slet ikke	62
Flere dage	27
Mere end halvdelen af dagene	6
Næsten hver dag	4
I alt	*100

N=1.412

* <100% pga. decimal-afkorting

Q330: "Hvor ofte i de sidste 14 dage har du været generet af følgende problemer?
Følt dig nedtrykt, håbløs eller deprimeret?"

Tabel 5.13.4: Nedtrykthed m.v.

	Procent
Slet ikke	58
Flere dage	31
Mere end halvdelen af dagene	6
Næsten hver dag	5
I alt	100

N=1.407

Q331: "Hvor ofte i de sidste 14 dage har du været generet af følgende problemer?
Tænkt, at det ville være bedre, hvis du var død, eller haft tanker om at skade dig selv?"

Tabel 5.13.5: Tanker om død m.v.

	Procent
Slet ikke	86
Flere dage	11
Mere end halvdelen af dagene	2
Næsten hver dag	1
I alt	100

N=1.409

For samtlige spørgsmål i denne kategori gælder, at over halvdelen af mændene svarer, at de aldrig har haft de pågældende problemer, og under 10% har haft det mere end halvdelen af dagene.

Men én ting er at være nedtrykt eller bekymret. Det slipper de færreste for at være nu og da. Langt alvorligere er det sidste spørgsmål i den psykologiske kategori, hvor i alt 14% af respondenterne har svaret, at de i en eller anden grad har haft tanker om selvskade eller ligefrem tænkt, at det var bedre, hvis de var døde.

Til sammenligning har Psykiatrifonden udgivet en undersøgelse om selvmord, selvmordsforsøg og selvmordstanker i maj 2018 (ref. 5.13.2). Heraf fremgik det, at 4% af de adspurgte havde forsøgt selvmord en eller flere gange i deres liv, og 15% havde haft selvmordstanker. Andelen i vores undersøgelse, der har haft tanker om egen død/selvskadende adfærd i løbet af det seneste år, er på niveau med andelen i befolkningsundersøgelsen, der har haft sådanne tanker – nogensinde i deres liv. Det er små tal, som ikke kan sammenlignes statistisk, men det er alligevel tankevækkende, at andelen er så relativt høj, hvilket da også lader til at svare til resultaterne af andre specifikke undersøgelser af LGBT-menneskers psykiske velbefindende.

5.14 Åbenhed om seksuel orientering

I Q30 er mændene blevet spurgt: "Tænk på alle de mennesker, du kender (inklusive familie, venner, kolleger og studiekammerater). Hvor mange af dem ved, at du er tiltrukket af mænd?".

1.398 mænd svarede. 818 (59%) svarede, at de var åbne over for alle eller næsten alle, 312 (22%) svarede, at de var åbne over for enten flere end halvdelen eller færre end halvdelen. Endelig svarede 268 (19%), at de var åbne over for få eller ingen.

En analyse viser, at der er sammenhæng mellem åbenhed og hiv-testning, således at de mest åbne også er dem, der i størst grad er blevet hiv-testet på et eller andet tidspunkt. Blandt de mest åbne er 92% testet nogensinde, i mellemgruppen er det 85%, og blandt de mindst åbne er det 66%.

At de mindst åbne også er de mindst hiv-testede, kunne skyldes tilbageholdenhed forårsaget af ubehag ved at vedstå sin seksuelle orientering.

Til gengæld viser analysen, at der ingen sammenhæng er mellem åbenhed og omfanget af brug af chemsex, brug af PrEP eller antal analsexpartnere. En anden analyse kunne tyde på, at der heller ikke er sammenhæng mellem åbenhed og omfanget af hiv-risikosex.

Med andre ord viser dataene i denne undersøgelse ikke nogen sammenhæng mellem det at være lukket om sin seksuelle orientering på den ene side og en række risikofaktorer på den anden side.

Nøjere analyser af aspekter af åbenhed, psykisk velbefindende, diskrimination og lignende ligger uden for denne undersøgelses rammer, men er behandlet i andre undersøgelser. Den nyeste, store, danske undersøgelse, der rummer oplysninger herom, er Sexus (ref. 5.14.1).

Kapitel 6

Resumé, perspektiver og anbefalinger

Sexlivsundersøgelsen 2017 drejer sig om hiv og beslægtede emner vedrørende sex mellem mænd. Data i denne rapport stammer fra spørgeskemaundersøgelsen EMIS-2017 – The European MSM Internet Survey, der blev udført samtidig i en række europæiske lande i vinteren 2017-18. EMIS 2017 er gennemført med økonomisk støtte fra EU-Kommissionen (Chafea) som del af ESTICOM-programmet under ledelse af Sigma Research ved the London School of Hygiene and Tropical Medicine og Robert Koch Institut (RKI) i Berlin. EMIS' ledelsesteam, som bestod af Axel J. Schmidt, Ford Hickson, David Reid, Peter Weatherburn og Uli Marcus, har udført de fælleseuropæiske analyser.

Fra Danmark har AIDS-Fondet deltaget som ngo-partner og stået for promovning af spørgeskemaet i indsamlingsperioden. AIDS-Fondet har desuden ydet økonomisk forskningsstøtte til dataanalyse og udarbejdelse af denne rapport. Som officiel partner har Statens Serum Institut deltaget ved Susan Cowan fra Afdeling for Infektions-epidemiologi og Forebyggelse. Jakob Haff har deltaget som individuelt udpeget forsker.

Denne rapport vedrører data fra mænd, der bor i Danmark, og som har haft sex med mænd inden for de seneste 12 måneder før udfyldelsen af spørgeskemaet. Disse selektionskriterier er valgt for at sikre, at resultaterne er så aktuelle og relevante som muligt i forhold til den fremtidige danske forebyggelse.

Rapporten behandler en række af de samme temaer, som de danske Sexlivsundersøgelser har drejet sig om siden starten i år 2000, og der foretages sammenligninger med navnlig den seneste undersøgelse fra 2010. Stort set alle de rapporterede resultater gælder de forgangne 12 måneder før udfyldelsen af skemaet.

Respondenterne

Der indgår besvarelser fra i alt 1.415 mænd, heriblandt 3 transmænd.

Respondenternes alder spænder fra 15 til 78 år, medianalderen er 41. Omkring halvdelen af mændene har en kortere uddannelse, omkring halvdelen en længere (defineret som henholdsvis op til 6 års uddannelse efter det fyldte 16. år versus 7 års uddannelse eller mere efter det fyldte 16. år). 57% af respondenterne bor i Københavnsområdet, 13% i Århus, Ålborg eller Odense, mens 30% bor uden for de større byer. 90% er defineret som homoseksuelle, det vil sige har udelukkende haft sex med mænd i de seneste 12 måneder, mens 10% har haft sex med både mænd og kvinder i de seneste 12 måneder og er defineret som biseksuelle. Godt halvdelen oplyser, at de er hiv-negative, en tredjedel kender ikke deres hiv-status, og 13% er hiv-positive.

Blandt de 191 hiv-positive er 90% velbehandlede og dermed ikke smitsomme. Dette svarer fuldstændig til andelen af velbehandlede i de nationale estimater vedrørende alle danske hiv-positive.

Undersøgelsens resultater

Viden

I undersøgelsen er der spurgt til mændenes viden om forskellige emner.

Vidensniveauet er højt, når det gælder basale forhold vedrørende hiv og andre seksygdomme, herunder smitteveje, testning og behandling – andelen med 'korrekt viden' rangerer mellem 73% og 98%. Bemærkelsesværdigt mange angiver da også at have set eller hørt information om hiv eller andre seksygdomme, der var henvendt til mænd, der har sex med mænd, inden for de seneste 12 måneder, nemlig 69% af alle 1.415 respondenter.

I de senere år er det blevet videnskabeligt dokumenteret, at velbehandlede hiv-positive ikke er smitsomme ved sex. Denne information lader til at være slået godt igennem i gruppen af MSM, idet 79% af respondenterne er klar over det. I den

tilsvarende undersøgelse i 2010 – da det endnu ikke ansås for sikkert – svarede 65%, at de godt vidste, at det at være velbehandlet var ensbetydende med 'reduceret smitsomhed'. Formentlig har de senere års sikre og klare udmeldinger fra forskere, organisationer og myndigheder bevirket, at en 'usikker fornemmelse' på rekordtid er vekslet til 'sikker viden' i målgruppen.

Lidt anderledes ser det ud med hensyn til viden om forebyggelsesmetoden PEP (post-exposure profylaxis, som svarer til en fortrydelsespille ved uønsket graviditet). Kun 61% ved, hvad PEP er. Andelen, som ved, at PEP skal påbegyndes hurtigst muligt efter smitteudsættelse, er endog faldet siden undersøgelsen i 2010.

Set i det lys er andelen, som ved, hvad PrEP er (Pre-Exposure Profylaxis, der svarer til p-piller i forhold til uønsket graviditet), til gengæld overraskende høj, nemlig 58%. Det bemærkelsesværdige er, at PEP på undersøgelsestidspunktet havde været tilbudt til danske MSM i tyve år, mens PrEP var ganske nyt og dertil særdeles vanskeligt at få adgang til.

Seksuel adfærd og risiko

I undersøgelsen sondres der mellem at have sex og specifikt at have analsex. Der er dog ikke i spørgeskemaet skelnet mellem, om svarpersonen i forbindelse med analsex har været indtrængende og/eller modtagende – det sidste er den praktik, der mere end noget andet anses for at bidrage til overførsel af hiv mellem mænd, der har sex med mænd. Det er fortsat næsten alle, der har analsex, nemlig 92%, hvilket er fuldstændig på niveau med 2010-undersøgelsen (og i øvrigt de seneste undersøgelser).

Analsex med kondom indebærer ikke hiv-smitterisiko, men undersøgelsen viser, at 71% af alle respondenterne har haft analsex uden kondom i de forgangne 12 måneder, hvilket udgør en signifikant stigning siden 2010, hvor andelen var 62%.

Analsex uden kondom medfører dog ikke nødvendigvis risiko for hiv-overførsel – hvis sexpartnerne har samme hiv-status (begge smittede eller begge ikke-smittede). I opgørelserne af hiv-risiko har der derfor i alle hidtidige danske Sexlivsundersøgelser været forsøgt taget højde for partnernes hiv-status.

Til og med undersøgelsen i 2010 blev sex med risiko for hiv-overførsel kaldt 'usikker sex', og i definitionen indgik, som beskrevet ovenfor, at svarpersonen skulle have haft analsex uden kondom med en partner med modsat eller ukendt hiv-status inden for de seneste 12 måneder for at tælle med i opgørelsen af, hvor mange der havde udsat sig selv eller en partner for hiv-risiko.

Siden undersøgelsen i 2010 er det som nævnt slået fast, at velbehandlede hiv-positive ikke kan smitte nogen, heller ikke ved analsex uden kondom. Det har derfor forekommet logisk og nødvendigt i den nye undersøgelse – ud over de hidtidige komponenter i definitionen – så vidt muligt at inddrage informationer om velbehandlethed i opgørelsen af, hvor mange der har sex med risiko for hiv-overførsel.

Af den grund har vi her i 2017-undersøgelsen ændret kriterierne for, hvad der anses for risikabel sex i forhold til hiv-overførsel, således at hiv-positive respondenter, som er velbehandlede, ikke tæller med. Fordi vi for første gang siden 2000 har ændret på kriterierne, har vi valgt nu at tale om 'hiv-risikosex' i stedet for det hidtidige 'usikker sex'.

Undersøgelsen viser, at en meget stor andel af respondenterne – mindst én gang i de forløbne 12 måneder – har udsat sig selv eller en partner for mulig smitte med hiv: 39% af alle har haft hiv-risikosex.

Dermed er niveauet af hiv-risikotagning steget siden 2010, hvor andelen, som havde haft hiv-risikosex, var 33% (omregnet efter den nye definition, det vil sige med inddragelse af information om, hvorvidt de hiv-positive svarpersoner i 2010 var velbehandlede).

I sagens natur er det ikke de hiv-positive, der står for denne stigning, tværtimod, idet langt de fleste af dem er velbehandlede. Stigningen drives af de mænd, der har ukendt hiv-status, og af de hiv-negative.

Analyser viser, at der er stærk sammenhæng mellem, hvor mange sexpartnere en svarperson har, og hvorvidt han har hiv-risikosex. Jo flere partnere, jo større er sandsynligheden for, at man har hiv-risikosex. Denne sammenhæng har gjort sig

gældende i alle de hidtidige undersøgelser – med andre ord er partnerantallet en stærk determinant for at have hiv-risikosex.

De samme analyser viser derimod, bemærkelsesværdigt nok, ingen sammenhæng mellem hiv-risikosex og 4 af undersøgelsens 5 baggrundsvariable: alder, uddannelse, bopæl og homo-/biseksuel adfærd. Det er altså ikke, hvor gammel man er, hvilket uddannelsesniveau man har, hvor i landet man bor, eller om man er homo- eller biseksuel, der afgør, om man har hiv-risikosex.

Den femte baggrundsvariabel er hiv-status, og som nævnt ovenfor viser analyserne, at der er sammenhæng mellem hiv-status og hiv-risikosex: Mænd med ukendt hiv-status har større sandsynlighed for hiv-risikosex end hiv-negative mænd, der igen har større sandsynlighed end hiv-positive.

Med disse analyser bekræfter den nuværende undersøgelse nogle af de resultater, der er set gennem årene i Sexlivsundersøgelserne. Der har aldrig været belæg for antagelser om, at unge skulle have mere hiv-risikosex end ældre (eller omvendt). Heller ikke, at biseksuelle skulle have mere hiv-risikosex end homoseksuelle (eller omvendt). Eller at københavnere skulle have mere hiv-risikosex end mænd andre steder i landet (eller omvendt).

Kortere uddannelse så i nogle undersøgelsesår ud til at indebære større sandsynlighed for hiv-risikotagning, men dette ses ikke i 2017.

Hiv-status har altid været en klar determinant, men i den nye undersøgelse er der vendt op og ned på sammenhængen, således at det nu er de hiv-positive, der har mindst sandsynlighed for hiv-risikotagning.

Dette sidste peger på, at Sexlivsundersøgelseernes opgørelser af hiv-risikotagning ikke alene drejer sig om 'seksuel adfærd': Når hiv-positive i denne undersøgelse har betydelig mindre sex med risiko for hiv-overførsel – både i forhold til tidligere år og i forhold til de ikke-positive – så er det alene på grund af den medicinske behandling, der forhindrer overførsel af hiv. Det er ikke, fordi de har mindre analsex uden kondom med ikke-positive. Men ikke desto mindre er effekten på den samlede risiko for hiv-overførsel markant.

For det andet er der med opgørelsen af hiv-risikotagning ikke på nogen måde tale om en eksakt måling af, hvor stor en risiko de enkelte mænd (og hele gruppen) har løbet for selv at blive smittet eller smitte nogen med hiv, hverken i forbindelse med det enkelte samleje eller samlet for alle 12 måneder. Det er en måling af, hvor mange der bringer sig i en situation med *mulig* smitteoverførsel.

For det tredje indgår der visse usikkerheder og metodevalg (for eksempel vedrørende svarpersonernes sexpartners faktiske hiv-status) i definitionen. Her kan nævnes, at det ville have været ønskeligt at inddrage information om, hvorvidt respondenter er på PrEP, hvilket kunne have givet et mere præcist mål af risikotagningen.

Med disse forbehold og præciseringer skal det understreges, at opgørelsen er et godt mål på forekomsten af lige præcis *risikotagning* blandt seksuelt aktive MSM. En af de store styrker i denne opgørelse er, at den er foretaget på samme måde siden 2000 (dog med ændringen vedrørende hiv-positive respondenters velbehandlethed i 2017) og derfor kan vise, hvordan udviklingen er: Omfanget af hiv-risikotagning er steget støt siden 2006.

En anden styrke er, at opgørelsen siger noget om bredden i risikotagningen. Når hele 39% af respondentgruppen har risiko, og når det sker på tværs af alder, uddannelsesniveau, geografi m.m., må forebyggelsesindsatsen indrettes, så den henvender sig til forskellige aldersgrupper, mænd med forskelligt uddannelsesniveau osv. Undersøgelsen viser, at det at løbe en hiv-risiko er uhyre almindeligt.

Strategier mod hiv

Samtidig med at det kan konstateres, at 39% af alle har løbet en risiko for at smitte eller blive smittet med hiv, er der også i undersøgelsen resultater, der viser, at mændene tager deres forholdsregler over for hiv.

Den til alle tider mest promoverede strategi er kondombrug. Her viser undersøgelsen, at hele 83% af svarpersonerne har anskaffet sig kondomer i de forgangne 12 måneder, dels ved at købe dem, dels ved at tage imod gratis udleverede kondomer blandt andet på træffesteder for homoseksuelle. Da alle i undersøgelsen er seksuelt aktive (har haft sex med en anden mand inden for de seneste 12 måneder), kan

resultatet blandt andet tages som et tegn på, at bevidstheden om nødvendigheden af kondombrug er høj, og at de gratis kondomer når en vigtig målgruppe.

Samtidig viser undersøgelsen dog, at en ikke ubetydelig minoritet angiver at have haft analsex uden kondom inden for de seneste 12 måneder, blot fordi de i situationen manglede et kondom, nemlig 24%.

To andre strategier mod at blive smittet med hiv er PEP og PrEP. Som nævnt ovenfor er vidensniveauet om disse strategier langt fra fuldstændigt. I undersøgelsen er der ligeledes spurgt til, om mændene har anvendt disse strategier. Kun 3% har på et eller andet tidspunkt i deres liv anvendt PEP. Heller ikke tiltroen til, at man kan få det om nødvendigt, er særlig høj, og den er ligefrem faldet signifikant siden 2010. Til sammenligning har 4% anvendt PrEP, som på undersøgelsestidspunktet var relativt nyt og svært tilgængeligt.

En tredje strategi er at lade sig hiv-teste, hvilket er vigtigt for at komme i behandling, hvis man skulle være smittet. Her viser undersøgelsen heldigvis, at andelen, som er hiv-testet dels nogensinde, dels inden for de seneste 12 måneder, begge er høje, og at de er steget markant og statistisk signifikant siden 2010. Hele 67% af de hiv-negative er testet inden for de seneste 12 måneder, hvilket formentlig kan tilskrives de målrettede kampagner og måske også indsatsen med at indrette særlige teststeder til MSM, de såkaldte Checkpoints.

Endvidere viser undersøgelsen, at navnlig de hiv-negative er meget tilfredse med den støtte og information, de fik, da de senest blev testet. Tilfredsheden lader til at være særlig høj med de specialiserede teststeder, det vil sige hospitalernes ambulatorier og seksygdsklinikker og i særlig grad Checkpoints.

Dog viser undersøgelsen også, at en lille andel angiver, at de ikke har modtaget støtte og information i forbindelse med testning.

Chemsex

Som noget nyt er der i 2017 spurgt til, om svarpersonerne har erfaringer med at tage visse stoffer i forbindelse med sex for eksempelvis at gøre oplevelsen mere intens,

såkaldt chemsex. Det har hele 13% – alene inden for de seneste 12 måneder er det 9%. Blandt disse har mere end halvdelen haft chemsex med flere mænd på én gang – 'gruppe-chemsex' eller måske 'chemsex-parties'.

Nogle af de bekymringer, der knytter sig til brug af stoffer i forbindelse med sex, er, at stofferne kan være vanedannende og have skadelige fysiske og psykiske effekter, samt at de kan facilitere seksuelle praktikker, der fremmer overførslen af hiv og andre seks sygdomme.

Måske ikke overraskende er fænomenet mere udbredt blandt dels københavnere, dels mænd med mange partnere.

Tallene viser også en vis sammenhæng med brug af PrEP. Dette kan tyde på, at nogle chemsex-brugere bevidst tager særlige forholdsregler for ikke at blive smittet med hiv.

Der er stærk sammenhæng mellem hiv-status og chemsex, idet hiv-positive i langt større omfang end hiv-negative og mænd med ukendt hiv-status har dyrket chemsex inden for de seneste 12 måneder. Tallene viser, at langt de fleste af de hiv-positive havde diagnosen, før de engagerede sig i chemsex.

Data vedrørende svarpersonernes brug af stoffer i almindelighed viser, at forsvindende få af respondenterne i denne undersøgelse tager stoffer med kanyler, de deler med andre.

Sexsygdomme

Undersøgelsen har vist en betydelig stigning i andelen af respondenter, der har haft gonorré eller klamydia inden for de seneste 12 måneder i forhold til 2010-undersøgelsen, mens forekomsten af syfilis ikke er steget.

Forekomsten af gonorré og syfilis blandt denne undersøgelses svarpersoner ligger over det estimerede gennemsnit på undersøgelsestidspunktet blandt danske mænd, der har sex med mænd – hvilket muligvis kan tilskrives selektionskriteriet, at her kun indgår mænd, der har et aktivt sexliv.

Til gengæld har påfaldende få af respondenterne haft hepatitis C. Undersøgelsen – der også på dette punkt supplerer den nationale overvågning – tyder på, at hepatitis C ikke er særlig udbredt blandt MSM i Danmark. Undersøgelsen bekræfter i øvrigt, at hepatitis C er langt mere udbredt blandt hiv-positive end blandt mænd, der ikke er smittet med hiv.

Endelig er det glædeligt at konstatere, at hele 703 af de 1.415 respondenter, altså halvdelen, har ladet sig teste for en seksygdom inden for de seneste 12 måneder, hvilket tyder på en høj bevidsthed om nødvendigheden af at bekæmpe seksygdomme.

Andre resultater

Ud over ovennævnte emner rummer rapporten også resultater vedrørende brug af stimulanser og stoffer, købesex, følelsen af kontrol med eget sexliv samt oplevet diskrimination på grund af seksuel orientering, psykisk velbefindende og åbenhed om seksuel orientering.

Perspektiver og anbefalinger

Den første forudsætning for, at MSM kan tage deres forholdsregler mod hiv og andre seksygdomme er, at de har god viden. Undersøgelsen tyder på, at dette er tilfældet for så vidt angår de mest basale kendsgerninger vedrørende beskyttelse, test og behandling m.v. Men da stadig nye generationer kommer til, og da der også stadig kommer ny viden til – blot inden for få år har vores viden om velbehandlethed og manglende smitsomhed ændret sig, og det samme gælder PrEP – er der grund til at opretholde oplysningsindsatsen over for denne målgruppe.

Undersøgelsen tyder på, at indsatsen for at øge niveauet af testning for hiv og andre seksygdomme har båret frugt. Ikke mindst i lyset af gevinsten ved velbehandlethed for hiv-smittetrykket må det anbefales at holde fast i denne indsats med klare opfordringer til MSM om regelmæssig testning.

Siden den forrige undersøgelse i 2010 er chemsex blevet et fænomen, der vækker bekymring. Overraskende mange af svarpersonerne i denne undersøgelse har – skønt de udgør en minoritet – erfaringer med at kombinere sex og stoffer. Denne tendens bør følges nøje, og der bør gøres en indsats for at oplyse om risici ved at dyrke chemsex, dels for at undgå, at mænds ønske om at opnå ekstra seksuel nydelse ved brug af stoffer leder til et generelt stofbrug med psykosociale følger, dels for at reducere skadevirkninger i form af mulig forhøjet eksponering for smitte med hiv og hepatitis C.

Det store flertal blandt respondenterne lader til at være fortrolige med kondomer, idet mere end tre fjerdedele har anskaffet kondomer inden for det seneste år, og undersøgelsen peger på, at de gratis udleverede kondomer når den vigtige målgruppe af seksuelt aktive MSM. Samtidig angiver omkring en fjerdedel af svarpersonerne dog, at de har haft analsex uden kondom, fordi de i situationen manglede et kondom. Det er en vigtig del af den fortsatte forebyggelse at gøre kondomer så tilgængelige og så naturlig og fast en del af MSM's hverdag – og 'påklædning' – som muligt.

En vifte af forebyggelsesmuligheder

Den indlysende fordel ved kondomet er, at det beskytter mod både hiv og andre sexsygdomme. Samtidig må det erkendes, at næsten fire årtier med kampagner for kondomer ikke har ført til, at alle MSM bruger kondom konsekvent, når de har sex med mulig risiko, og at dette næppe nogensinde vil ske. Mange mænd bruger ikke kondomet konsekvent – nogle mænd vil konsekvent undlade at bruge kondom.

Derfor må også andre mulige forebyggelsesmetoder tages i anvendelse og tilbydes MSM, sådan at den enkelte kan bruge den eller de metoder, der i øjeblikket eller i en given periode fungerer bedst for ham.

Kendskabet til både PEP og PrEP bør således øges, så optaget af begge metoder stimuleres, hvor det er relevant for den enkelte. Vi har i rapporten sammenstillet data om de to metoder, fordi de har det til fælles, at de består i at tage hiv-medicin forebyggende. Kendskabet til og optaget af PEP er overraskende lavt sammenlignet med kendskab til og optag af PrEP. Ideelt burde kendskabet til både PEP og PrEP være på niveau med kendskabet til kondomer.

Gennem tiden har forskellige – mindre sikre – alternative metoder til kondomet som beskyttelse mod hiv været anvendt af MSM. Blandt disse kan nævnes afbrudt samleje, og 'strategisk positionering': at en hiv-negativ mand sammen med en hiv-positiv undlader at være modtagende part i analsex, men eventuelt agerer som indtrængende. En anden hyppig strategi, som også tidligere Sexlivsundersøgelser har belyst, er 'sero-sorting', det vil sige, at navnlig hiv-negative mænd ved at spørge til sexpartners hiv-status forsøger at undgå at have sex med hiv-positive. Aftalt sikkerhed (negotiated safety) består i, at begge parter i et fast parforhold aftaler kun at dyrke sex med kondom, hvis de er sammen med andre, for på den måde at sikre sig mod smitte fra andre partnere.

I forhold til disse strategier har den nye metode PrEP den klare fordel, at den er langt mere effektiv. Men med henblik på mænd, for hvem hverken kondomer eller PrEP fungerer, bør det overvejes at henlede deres opmærksomhed på muligheden af at begrænse analsex uden kondom til kun at foregå med partnere, som de med sikkerhed ved er velbehandlede, idet dette beskytter bedre end nogen anden metode.

Undersøgelsen har vist, at der allerede i 2017-18 var et meget velvilligt optag af PrEP blandt mænd, der har sex med mænd. Her i 2020 er tendensen yderligere forstærket, idet tilbuddet er gjort tilgængeligt for og er blevet taget imod af en meget bredere kreds.

De officielle beregninger af den såkaldte hiv-kaskade viser, at langt de fleste hiv-positive mænd, der har sex med mænd, er velbehandlede, og undersøgelsen her bekræfter, at dette også gælder dem, der er seksuelt (meget) aktive. Dermed falder også sandsynligheden for, at en hiv-negativ mand møder en smitsom hiv-positiv sexpartner. Hyppig testning og efterfølgende hurtig behandling af hiv-positive er derfor fortsat en vigtig del af forebyggelsen.

Når en stigende andel af de seksuelt aktive, hiv-negative mænd, der har sex med mænd, tilbydes PrEP, og fokus holdes på at opnå størst mulig grad af velbehandlethed hos hiv-positive, er der mulighed for – på længere sigt – helt at komme hiv-smitte i Danmark til livs.

At disse metoder virker, afspejles allerede i overvågningsstatistikken, hvor det ses, at hiv-incidensen – for første gang nogensinde – igennem de seneste år er kontinuerligt faldende her i landet.

Kapitel 7

English summary

The Sex Life Survey (Sexlivsundersøgelsen) 2017 is about HIV and related issues concerning sex between men. Data in this report come from the EMIS – The European MSM Internet Survey, which was carried out simultaneously in a number of European countries in the winter of 2017-18.

EMIS-2017 was carried out as part of ESTICOM, under a service contract with The Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency (Chafea), acting under powers delegated by the Commission of the European Union. Other financial contributions were received from the Swedish Ministry of Health for recruitment in the Nordic Countries. EMIS-2017 is coordinated by Sigma Research at the London School of Hygiene and Tropical Medicine (LSHTM) in association with the Robert Koch Institute (RKI) in Berlin. Together they carried out the analyses at the European level. A large number of NGOs as well as specially appointed individuals also participated in the project.

From Denmark, AIDS-Fondet (the Danish AIDS-Foundation) took part as an NGO partner and was responsible for the promotion of the questionnaire during the period of data collection. AIDS-Fondet furthermore contributed with financial support for the analysis of the Danish data and the preparation of this report. Statens Serum Institut took part as an official partner, represented by Susan Cowan from Department of Infectious Disease Epidemiology and Prevention. Jakob Haff took part as an independent researcher.

This report concerns data from men who live in Denmark and who have had sex with men during the 12 months prior to filling in the questionnaire (between 18th October 2017 and 31st January 2018). These selection criteria were chosen in order to ensure that the results are as current and relevant as possible in relation to future preventative measures; results presented in this report may thus slightly differ from Danish figures in the EMIS-2017 European report.

The report deals with a number of the same issues as the Danish Sex Life Surveys since their beginning in the year 2000, and comparisons are made with particularly the latest survey from 2010. Virtually all reported results concern the 12 months prior to the completion of the questionnaire.

The respondents

The subsample of EMIS-2017 respondents living in Denmark includes 1698 men, of which 1,560 reported sex with men in previous 12 months. Of those, we excluded 145 men with discrepant answers regarding age or sexual partners. The final analytic sample consists of 1,415 men, among them 3 transmen. The respondents were between 15 years old (the age of consent in Denmark, which was a condition for participating in the survey) and 78 years old, the median age being 41. Around half of the men had 'shorter' education; around half had 'longer' education (defined as up to 6 years of education after respondent turned 16 and 7 years of education after turning 16, respectively). Fifty-seven percent of the respondents lived in the Copenhagen Area, 13% in Aarhus, Aalborg or Odense (the three largest cities after Copenhagen), while 30% lived outside the large cities. Ninety percent were defined as homosexual, i.e. had exclusively had sex with men in the past 12 months, while 10% had had sex with both men and women in the past 12 months and therefore were defined as bisexual. Thirteen % reported to be HIV-positive. Fifty-four % reported they were certain that they were HIV-negative. Although strictly speaking, some of these respondents cannot be sure of their status if they have had condom-less sex after their last negative HIV-test, they are regarded as HIV-negative in this report. Thirty-three % of the respondents did not know/were not sure of their HIV-status. Among the 191 HIV-positive, 90% were well-treated (with HAART) and therefore not infectious. This matches exactly the proportion of well-treated PLHIV in the national estimates regarding all Danish PLHIV.

Results

Knowledge

In the survey, respondents were asked about their knowledge of different topics. The level of knowledge was high regarding basic facts about HIV and other STIs, including modes of transmission, testing and treatment – the proportions who had 'correct knowledge' range between 73% and 98%. This corresponds with the large proportions who reported to have seen or heard information about HIV or other STIs aimed at MSM during the past 12 months, i.e. 69% of all 1,415 respondents.

In recent years it has been proven scientifically that well-treated PLHIV cannot infect a partner when having sex. This information seems to have impacted rather well within

the MSM community, as 79% were aware of this fact. In the similar survey in 2010 – when this was not yet considered an established fact – 65% answered that they knew that being well-treated implied ‘reduced infectiousness’. Probably, the evidence-based and clear messages from researchers, NGOs and health authorities have in recent years had the effect that an ‘uncertain feeling’ within a remarkably short period has transformed to ‘certain knowledge’ in the target group.

The picture is a bit different when it comes to knowledge about PEP (post-exposure prophylaxis). Only 61% knew what PEP is. The proportion who knew that PEP must be initiated as soon as possible after exposure has even dropped since the 2010 survey. In the light of this, the proportion who knew what PrEP (pre-exposure prophylaxis) is seems surprisingly high, namely 58%. Notably, PEP had been offered to Danish MSM for twenty years at the time of data collection whereas PrEP was quite novel and furthermore very hard to access.

Sexual behaviour and risk

In the survey, there is a distinction between ‘having sex’ and ‘having anal sex’. In the questionnaire, however, a distinction was not consistently made between whether the respondent during anal sex penetrated and/or was penetrated. In 2017, nearly all of the men had had anal sex, i.e. 92%, the same level as in the 2010 survey (and the latest surveys before 2010).

Anal sex with a condom carries almost no risk of HIV transmission, but the survey shows that 71% of all respondents had had anal sex without a condom during the past 12 months, which is a significant increase since 2010 when the proportion was 62%.

Anal sex without a condom, however, does not necessarily carry a risk of HIV transmission – if the sex partners are HIV-concordant (both have HIV or neither of them has HIV). Therefore, for the calculation of the amount of HIV risk, in all the previous Danish Sex Life Surveys, it has been important to take into account the HIV status of the sex partners (respondent and partner(s)).

In the 2010 survey and the former Danish surveys, sex with a risk of HIV transmission was labelled ‘unsafe sex’, and the definition required that the respondent within the past 12 months had had anal sex without a condom with a partner who had opposite or unknown HIV status. If the respondent himself had unknown HIV-status, anal sex without a condom with any partner regardless of their HIV-status was considered unsafe sex.

After the 2010 survey was carried out, as mentioned above, it has become evident that well-treated PLHIV are unable to transmit the virus to anyone, not even when having anal sex without a condom. Therefore, it seemed logical and necessary in the present report, as far as possible, to add information about well-treatedness to the existing components in the definition of sex with a risk of HIV transmission.

For this reason, in the 2017 report, we changed the criteria of what is considered risky sex regarding HIV transmission so that HIV-positive respondents who are well-treated do not count in the calculation. Accordingly, we chose to use the label 'HIV-risk-sex' instead of the former 'unsafe sex'. As an umbrella term for unsafe sex and HIV-risk-sex, we use the term 'HIV-risk-taking'.

The data show that a very large proportion of the respondents – at least once during the past 12 months – had exposed themselves or a partner to potentially being infected with HIV: 39% had had HIV-risk-sex.

Thus, the level of HIV-risk-taking has increased since 2010 when the proportion who had had HIV-risk-sex was 33% (recalculated by using the new definition, i.e. including information about whether HIV-positive respondents in 2010 had undetectable HIV viral load).

Inherently, it is not the HIV-positive men who account for this increase; on the contrary, most of them are well-treated. The increase is driven by the men who have unknown HIV status and those who believe themselves to be HIV-negative.

Our analyses have shown a strong correlation between respondents' number of anal sex partners and whether they have had HIV-risk-sex. The same correlation has been present in all of the former Sex Life Surveys – in other words, the number of partners is a strong determinant of having HIV-risk-sex.

In contrast, and quite remarkably, the same analyses show no correlation between HIV-risk-sex and four of the five background variables of our study: age, education, place of residence (Copenhagen etc.) and homo-/bisexual behaviour. So neither how old they are, their level of education, where they live, nor whether they are homo- or bisexual determine whether they had HIV-risk-sex.

The fifth background variable is HIV status, and as mentioned above, the analyses do show a correlation between HIV-status and HIV-risk-sex: Men with unknown HIV status were more likely to have had HIV-risk-sex than HIV-negative men who in turn had a higher probability than HIV-positive men.

These analyses confirm some of the results which have been seen over the years in the Sex Life Surveys. We saw no evidence in any of the surveys that younger men had more HIV-risk-sex than older men (or vice versa). Nor that bisexual men had more

HIV-risk-sex than homosexual men (or vice versa). Nor that residents of Copenhagen had more HIV-risk-sex than men in other parts of the country (or vice versa).

Shorter education in some of the former surveys appeared to imply a larger probability of HIV-risk-taking, but this was not seen in 2017.

HIV status was always a clear determinant, but in the new survey, the correlation has been reversed: Now the HIV-positive men are the ones with the least probability of HIV-risk-taking.

The latter points to the fact that the calculations of HIV-risk-taking in the Sex Life Surveys are not only about 'sexual behaviour': When HIV-positive men in this survey have significantly less sex that carries a risk of HIV transmission – both compared to former surveys and to the non-HIV-positive men – it is solely because of the medical treatment which impedes the transmission of HIV. It is not because they have less anal sex without a condom with non-HIV-positive men than before. Nevertheless, the effect on the total risk of HIV-transmission is substantial.

Next, the calculation of HIV-risk-taking is by no means an exact measure of how large a risk each man (and the entire group) has taken of getting infected himself or infecting someone with HIV, neither during a single intercourse nor in total the past 12 months. It is a measure of how many put themselves in a situation with *potential* HIV-transmission.

Thirdly, the definition of HIV-risk-taking rests on a few uncertainties and methodological choices (e.g. concerning the true HIV-status of the respondents' sex partners). For instance, it would have been useful to include data on whether the respondent was taking PrEP which could probably have given a slightly more accurate picture of the risk-taking.

However, given these clarifications and caveats, we would like to stress that the calculation is a good measure of exactly the frequency of *risk-taking* among sexually active MSM. One of the strengths of this calculation is the fact that it has been done in the same way since 2000 (except allowing for well-treatedness of HIV-positive respondents amounting to 'no risk' in 2017) and that it therefore can demonstrate the development: The amount of HIV-risk-taking has increased steadily since 2006.

Another strength is the fact that the calculation demonstrates the broadness of risk-taking. When as many as 39% of the respondent population run a risk, and when it happens across age, level of education, place of residence, etc., the preventative efforts must be designed so that they target different age groups, men with different levels of education, etc. The survey shows that running an HIV risk is quite common.

Strategies against HIV

While it has been shown that 39% of the respondents have run a risk of infecting or getting infected with HIV, there are also results in the survey which show that the men do take precautions against HIV.

At all times the most promoted strategy has been the usage of condoms. The survey shows that as many as 83% had acquired condoms in the past 12 months, partly by buying them, partly by picking up free condoms at venues for gay men. Due to the fact that all men in the survey are sexually active (have had sex with a man within the past 12 months), this result could be interpreted, among other things, as a sign that the awareness of the necessity of condom usage is high and that free condoms reach an important target group.

At the same time, however, the survey shows that a significant minority reported having had anal sex without a condom within the past 12 months, solely because they lacked a condom at the time, i.e. 24%.

Two other strategies against HIV-transmission are PEP and PrEP. As mentioned above, the level of knowledge about these strategies is far from complete. In the survey, respondents were also asked if they had ever used these strategies. Only 3% had at some point in their life used PEP. Neither does the survey show a high degree of confidence that they could get PEP if needed, and the degree of confidence has even declined since 2010. In comparison, 4% had used PrEP, which at the time of data collection was relatively new and not easily accessible.

A third strategy is testing for HIV which is important in order to enter treatment if one is HIV-positive. On this point, fortunately, the survey shows that the proportions who had tested for HIV, ever as well as recently (within the past 12 months), are both large and have increased significantly since 2010. As many as 67% of the HIV-negative men had tested within the past 12 months which could probably be ascribed to the targeted campaigns and perhaps also the initiatives of setting up special testing sites for MSM, the so-called Checkpoints.

Furthermore, the survey shows that particularly the HIV-negative men were very satisfied with the support and information they received when they were tested. The satisfaction level appears to be especially high regarding the specialized testing sites, i.e. the hospitals' outpatient clinics, STI-clinics and particularly Checkpoints.

However, the survey also shows that a small proportion reported that they had not received support and/or information in relation to HIV testing.

Chemsex

A new item in the 2017-survey is chemsex. Respondents were asked if they had any experience of taking stimulant drugs in combination with having sex, e.g. in order to enhance the sexual experience – so-called chemsex. As many as 13% had done so – and 9% just within the past 12 months. Among these, more than half had had chemsex with more than one man at a time – ‘group chemsex’ or perhaps ‘chemsex parties’.

Some of the concerns about the usage of drugs in combination with sex are that the drugs can be addictive and have harmful physical and mental effects and that they can facilitate sexual practices which enhance the transmission of HIV and other STIs. Perhaps not surprisingly, this phenomenon is more prevalent among residents of Copenhagen and among men who had many sex partners.

The data also show a certain correlation with the usage of PrEP. This may suggest that some chemsex users consciously take extra precautionary measures in order not to get HIV.

There is a strong correlation between HIV-status and chemsex: HIV-positive men had to a much greater extent than HIV-negative men and men with unknown HIV-status had chemsex within the past 12 months. The data show that the vast majority of those men with HIV had had the HIV-diagnosis before engaging in chemsex.

Furthermore, the data regarding respondents’ usage of (illegal) drugs in general show that extremely few of the respondents in this survey took drugs with syringes they shared with others.

Sexually transmitted infections (STIs)

The survey shows a considerable increase in the proportions of respondents who had had gonorrhoea or chlamydia within the past 12 months, compared with the 2010 survey, whereas the prevalence of syphilis has not increased.

The prevalence of gonorrhoea and syphilis among the respondents of this survey is higher than the estimated average among Danish MSM at the time of data collection. This could perhaps be ascribed to one of the inclusion criteria: that only men with an active sex life were included.

On the other hand, remarkably few of the respondents had ever had hepatitis C. The data of the survey – which, in this field, supplement the national surveillance – suggest that hepatitis C is not very prevalent among MSM in Denmark. And the survey confirms that hepatitis C is far more prevalent among HIV-positive men than among non-HIV-positive men.

Finally, it is encouraging to note that as many as 703 of the 1,415 respondents, i.e. half, had been tested for an STI within the past 12 months, which suggests a high degree of awareness of the necessity of fighting STIs.

Other results

Apart from the issues and themes mentioned above, the report also contains results concerning the usage of stimulants and drugs and the exchange of money/other goods etc. and sex, the feeling of control of one's own sex live, perceived discrimination based on sexual orientation, mental well-being/health and openness in terms of sexual orientation.

Perspectives and recommendations

The primary precondition for MSM to take precautions against HIV and other STIs is that they have adequate knowledge. The survey suggests that this is the case regarding the most basic facts concerning protection, testing, treatment, etc. But because there are still new generations, and new knowledge emerges – only within the past few years, our knowledge about well-treatedness and lack of infectiousness has changed, and the same goes for PrEP – there is reason to maintain the initiatives of informing the target group of MSM.

The survey suggests that the efforts to increase the level of testing for HIV and other STIs have been successful. Especially considering the impact of well-treatedness on the infection rate, we recommend that these efforts be continued, with clear messages to MSM that they should test regularly.

Since the last survey in 2010 chemsex has become a phenomenon which is a cause of concern. Surprisingly many of the respondents in this survey have – although they constitute a minority – experiences with combining sex and drugs. This should be watched closely, and efforts should be made to inform about risks related to having chemsex, both to avoid that men's desire to obtain extra sexual pleasure by using drugs leads to a general drug use with psychosocial consequences and to reduce harmful effects in the form of possible increased exposure to transmission of HIV and hepatitis C.

The vast majority among respondents seem to be familiar with condoms, since more than three quarters had acquired condoms within the past year, and the survey

suggests that the free condoms (which are sponsored by public authorities) do reach the important target group of sexually active MSM. At the same time, however, a quarter of the respondents reported to have had anal sex without a condom because they lacked one. It is an important part of future prevention to make condoms as accessible and as natural and constant part of the daily life of MSM – and ‘attire’ – as possible.

An array of preventative options

The obvious advantage of the condom is that it protects both against HIV and other STIs. At the same time, it should be recognized that almost four decades of campaigns for condoms have not led to all MSM consistently using a condom when they have sex with a potential risk, and that this is not likely to ever happen. Many men do not use the condom consistently – some men will consistently not use condoms.

Therefore, other means of prevention must also be employed and offered to MSM so that each individual can use the one or several methods which for the time being or in a certain period work best for him.

The knowledge of both PEP and PrEP should therefore be enhanced so that the uptake of both methods is stimulated where and when relevant for the individual. In this report, we have grouped data about the two methods because their common feature is taking HIV medication as prevention. The knowledge of and the uptake of PEP is surprisingly low compared to the knowledge of and uptake of PrEP. Ideally, the knowledge of both PEP and PrEP should match the knowledge of condoms.

Over time, different – less safe – alternatives to the condom as protection against HIV have been applied by MSM. Among these, interrupted intercourse, and ‘strategic positioning’: that an HIV-negative man with an HIV-positive partner avoids being penetrated, but penetrates the partner. Another frequent strategy which has also been explored by former Sex Life Surveys is ‘sero-sorting’; that HIV-negative men by asking about sex partners’ HIV-status intend to avoid having sex with HIV-positive men. ‘Negotiated safety’ implies that both partners in a steady relationship agree only to have sex with a condom if they have sex with someone else than the steady partner, as a means of avoiding HIV-transmission from other partners.

Compared with these strategies, the new method PrEP has one obvious advantage: It is far more efficient. But with a view to men for whom neither condoms nor PrEP work well, it should be considered to direct their attention to the possibility of limiting anal

sex without a condom to only take place with partners whom they confidently know to be well-treated HIV-positive men, as this protects better than any other measure. The survey has shown that already in 2017-18 there was a quite eager uptake of PrEP among MSM. Now in 2020, this tendency has further increased as the offer has been made accessible to and has been accepted by a much broader circle of MSM in Denmark.

The official calculations of the so-called HIV cascade show that the vast majority of HIV-positive MSM are well-treated, and the present survey confirms that this also is the case regarding the sexually (very) active. For this reason, the probability of an HIV-negative man meeting an infectious HIV-positive sex partner decreases. Frequent testing and immediate treatment of HIV-positive men therefore continues to be an important part of HIV prevention.

When a growing proportion of the sexually active HIV-negative MSM are offered PrEP and focus is maintained on obtaining the largest possible degree of well-treatedness among the HIV-positive, it is possible – in the longer term – to eliminate HIV transmission in Denmark.

The fact that these methods are working well is already reflected in the national surveillance statistics which show that the HIV incidence has – for the first time ever – been declining in this country in recent years.

The authors are responsible for all analyses and conclusions in this report.

We wish to thank Morten Wøldike and Christian Graugaard for valuable comments and our European colleagues for their cooperation, especially Axel J. Schmidt, David Reid, and Ford Hickson. And above all, we thank the many men who filled in the questionnaire.

Jakob Haff and Susan Cowan

Appendiks A: Metodeovervejelser vedrørende uddannelsesniveau

Som beskrevet i afsnit 2.3 giver den nye måde at spørge til uddannelsesniveau på i 2017 problemer med at bedømme, hvilket trin i uddannelsessystemet svarpersonerne er nået til.

Ikke desto mindre er det nødvendigt at forsøge at indplacere respondenterne i nogle uddannelsesniveauer, hvis man vil lave analyser af, om uddannelsesniveauet har betydning for respondentens viden, holdninger og adfærd. Af de grunde, der er nævnt i afsnit 2.3, er det ikke muligt at lave en detaljeret niveaudeling, men både for at kunne sammenholde svarpersonens uddannelsesniveau med en given adfærd og for at kunne sammenligne bedst muligt med tidligere undersøgelser, ønskede vi i det mindste at kunne operere med to uddannelsesgrupper: kortere uddannede over for længere uddannede.

Efter konsultation af fagpersoner m.m. forekom det relevant at lægge skellet mellem kort- og langtuddannede efter tidligst 4 år og senest 8 år (antal år, respondenterne har været i fuldtidsuddannelse, siden han fyldte 16 år).

Konstrueret indplacering

For at afprøve, hvor skellet burde lægges, testede vi alle fem grupper (4 år versus mindre end 4 år, 5 år versus mindre end 5 år, ... 8 år versus mindre end 8 år) op mod en række af undersøgelsens vidensspørgsmål (se evt. afsnit 5.1), idet vi antog, at forskelle i uddannelsesniveau måtte influere på respondenternes vidensniveau.

Det viste sig da også, at jo flere år respondenterne havde uddannet sig, jo højere var vidensniveauet i de fem grupper (og forskellene var statistisk signifikante):

4 år og derover vs. mindre: 68,5% af 'langtuddannede' har viden mod 58,3% blandt 'kortuddannede'.

5 år: 70,1% - 57,9

6 år: 71,2% - 59,2

7 år: 72,7% - 60,2

8 år: 73,8% - 61,1

Ser man på differencen mellem de 'langtuddannede' i de fem grupper, stiger vidensniveauet med 1,6 procentpoint fra 4 til 5 år (fra 68,5% til 70,1%) og derpå med 1,1 - 1,5 - 1,1 procentpoint.

Der viser sig altså ikke noget klart 'knæk', det er ikke sådan, at andelen med viden pludselig stiger markant. Dermed kunne vi lægge skellet hvor som helst mellem de 5 år.

Vi har valgt at lægge skellet ved 7 år, det vil sige, at respondenter med op til 6 års uddannelse efter det fyldte 16. år regnes som 'kortuddannede', mens respondenter med 7 års uddannelse eller mere regnes som 'langtuddannede'.

Begrundelsen er, at vi tilstræber, så sikkert som det nu er muligt, at gøre de to grupper sammenlignelige med tidligere undersøgelser, hvor vi betragtede respondenter med mellemlang eller lang videregående uddannelse som langtuddannede og respondenter med uddannelse til og med erhvervsuddannelse som kortuddannede. Derfor har vi set på, hvor mange år man som minimum skal have uddannet sig for at krydse grænsen og være i besiddelse af (mindst) en mellemlang videregående uddannelse:

Alt andet lige tager det mindst 3 år at gennemføre gymnasiet plus 4 år at færdiggøre en bachelorgrad, altså minimum 7 år i alt, hvilket svarer til det, vi tidligere kaldte 'mellemlang videregående uddannelse' (dette gælder professionsbachelorer såsom lærere og sygeplejersker – men det må som forbehold bemærkes, at det er muligt at blive universitetsbachelor på kun 6 år, hvis man går direkte fra gymnasiet til universitetet og gennemfører på normeret tid, hvilket vi har valgt at se bort fra).

Sammenligninger med tidligere undersøgelser

Med inddelingen omkring det 7. år har vi fået skabt to grupper – en dikotomisering – nemlig kortuddannede og langtuddannede, som udgør henholdsvis 46% og 54%. Denne dikotomisering har vi anvendt på nogle af de fund, vi har gjort, i rapportens resultatafsnit (til at se, om langtuddannede opfører sig anderledes end kortuddannede med hensyn til for eksempel bestemte typer adfærd).

Men vi kan som nævnt ikke være sikre på, at alle med syv års uddannelse eller derover virkelig har mindst en mellemlang videregående uddannelse (og at alle med under 7 års uddannelse *ikke* har nået det niveau), og derfor kan vi ikke vide, om der er sket 'forskydninger' i forhold til respondentgruppens sammensætning med hensyn til uddannelsesniveau i forhold til tidligere undersøgelser – altså for eksempel om der i 2017 er forholdsvis flere kortuddannede eller langtuddannede, der har svaret, end i 2010. Dette vanskeliggør sammenligninger mellem 2017-undersøgelsen og tidligere undersøgelser, og det har vi løbende i rapportens resultatafsnit så vidt muligt kompenseret for med særlige analyser.

Dog viser en oversigt over fordelingen mellem kort- og langtuddannede i alle de 6 hidtil gennemførte Sexlivsundersøgelser, at der alle år bortset fra 2010 (hvor fordelingen var 50%-50%) har været en fordeling, som ligner 2017 meget nøjagtigt, nemlig henholdsvis cirka 45% kortuddannede og 55% langtuddannede.

Referencer

1.2.1

Se fuldstændig beskrivelse af EMIS-projektet hos EU:

www.esticom.eu/Webs/ESTICOM/EN/emis-2017/emis-2017-node.html

1.2.2

Se EMIS fælleseuropæisk rapport:

The EMIS Network. EMIS-2017 – The European Men-Who-Have-Sex-With-Men Internet Survey. Key findings from 50 countries. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control; 2019.

<http://sigmaresearch.org.uk/reports/item/report2019a>

1.2.3

EMIS 2017 nationale rapporter bliver offentliggjort, efterhånden som de bliver udgivet. De kan downloades fra

<https://sigmaresearch.org.uk/general/item/emis-2017-planned-national-articles>

2.2.1

EMIS 2017-spørgeskemaet

<http://sigmaresearch.org.uk/questionnaires/tags/tag/EMIS-2017>

2.3.1

Undervisningsministeriets oversigt over uddannelsessystemet med ISCED-niveauer:

<https://www.uvm.dk/uddannelsessystemet/overblik-over-det-danske-uddannelsessystem/det-ordinaere-uddannelsessystem>

3.3.1

EMIS 2017 fælleseuropæiske inklusionskriterier:

Weatherburn P, Hickson F, Reid DS, Marcus U, Schmidt AJ. European Men-who-have-sex-with-men Internet Survey (EMIS-2017): design and methods. Sexuality Research and Social Policy. 2019:1-15.

4.5.1.1

Hiv-kaskaden:

www.unaids.org/en/resources/909090

5.1.3.1

Kort oversigt over EMIS 2017:

EMIS-17 Community report no 1, dansk version

https://sigmaresearch.org.uk/files/local/Danish_EMIS-2017_Community-Report01.pdf

5.3.3.1.1

Hiv-incidens i Danmark:

EPI-NYT 44/2019, SSI.

<https://www.ssi.dk/aktuelt/nyhedsbreve/epi-nyt/2019/uge-44---2019>

5.5.2.3.1

PrEP-tilgængelighed i Europa:

Hayes R, Schmidt A J, Pharris A et al. Estimating the PrEP Gap: how implementation and access to PrEP differ between countries in Europe and Central Asia in 2019. Euro Surveill. 2019;24(41)

<https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2019.24.41.1900598>

5.9.1

Hepatitis C:

Blaxhult A, Samuelson A, Ask R, Hökeberg I. Limited spread of hepatitis C among HIV-negative men who have sex with men in Stockholm, Sweden. Int J STD AIDS. 2014 Jun;25(7):493-5. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24352124/>

5.9.2:

LGBT-personer og sundhedsvæsnet:

Egede S J, Fouchard J, Frisch M, Graugaard C. Danske LGBT-personers møde med almen praksis – udfordringer og muligheder. Rapport udarbejdet for

Sundhedsstyrelsen af Sexologisk Forskningscenter, Klinisk Institut, Aalborg Universitet. Oktober 2019.

<https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2019/LGBT-personer-og-almen-praksis.ashx?la=da&hash=F614DCBA7045BFA5505B166634D82C817A40A85C>

5.9.3

Gonorré 2018:

EPI-NYT 35-36 2019.

<https://www.ssi.dk/aktuelt/nyhedsbreve/epi-nyt/2019/uge-35-36---2019>

5.9.5:

Syfilis 2018:

EPI-NYT 34 2019.

<https://www.ssi.dk/aktuelt/nyhedsbreve/epi-nyt/2019/uge-34---2019>

5.13.1

Psykisk velbefindende:

Kroenke K et al. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression: the PHQ-4. Psychosomatics. 2009 Nov-Dec;50(6):613-21.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19996233/>

5.13.2

Selv mord:

Psykiatrifonden. Hvor mange tager livet af sig selv – eller forsøger på det?

<https://www.psykiatrifonden.dk/viden/gode-raad-og-temaer/600-liv/fakta.aspx>

5.14.1

Sexus:

Frisch M, Moseholm E, Anderson M et al. Sex i Danmark. Nøgletal fra Projekt SEXUS 2017-2018. Statens Serum Institut og Aalborg Universitet. 2019.

https://files.projektsexus.dk/2019-10-26_SEXUS-rapport_2017-2018.pdf

Litteraturliste, Sexlivsundersøgelserne

På www.ssi.dk findes links til Sexlivsundersøgelserne fra 2006, 2009 og 2010.

Rapporter

Haff J, Cowan S. 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. STOP AIDS – Bøssernes hiv-organisation og Epidemiologisk afdeling, Statens Serum Institut, september 2012. (Rapport, 62 s.).

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.).

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.).

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.).

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 S, Haff J. A new paradigm for the concept of unsafe sex among MSM. XX International AIDS Conference, Melbourne, Australia, 20-25 July 2014. (Poster).

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

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 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. XIV International AIDS Conference, Barcelona, July 2002. (Poster).

Ordforklaring

Listen nedenfor rummer forklaringer på, hvordan visse nøgleord er anvendt i rapporten.

Biseksuel: I denne rapport dækker betegnelsen udelukkende seksuel adfærd. Biseksuelle er altså her mænd, der har sex med både mænd og kvinder. Betegnelsen dækker i denne rapport ikke seksuel identitet (eller seksuel orientering) (se også 'homoseksuel').

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.

Chemsex: Det at have sex under indflydelse af for eksempel euforiserende eller stimulerende stoffer. For en mere udførlig forklaring, se indledningen til afsnit 5.7.

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

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

EMIS: The European MSM Internet Survey.

Hiv-risikosex: Sex med risiko for, at en af partnerne bliver smittet med hiv – se evt. en fuldstændig definition i indledningen til afsnit 5.3. Kaldtes i Sexlivsundersøgelserne 2000-2010 for 'usikker sex'. Se også 'usikker sex' og 'hiv-risikotagning'.

Hiv-risikotagning: Fællesbetegnelse for det tidligere anvendte 'usikker sex' og den nutidige betegnelse 'hiv-risikosex' (se disse) – det vil sige sex med risiko for hiv-overførsel.

Homoseksuel: I denne rapport dækker betegnelsen udelukkende seksuel adfærd. Homoseksuelle er altså her mænd, der udelukkende har sex med mænd. Betegnelsen dækker i denne rapport ikke seksuel identitet (eller seksuel orientering) (se også 'biseksuel').

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 2018.

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 bivariante analyser har vist sig, at både uddannelsesniveau og alder gør en forskel for, om man har usikker sex/hiv-risikosex eller ej, kan en logistisk regressionsanalyse vise, om alderens betydning for uddannelsesniveauet forklarer forskellen i usikker sex/hiv-risikosex ved forskelligt uddannelsesniveau, eller om uddannelsesniveauet har en selvstændig forklaringskraft, når der er kontrolleret for alderens betydning.

Mand/mænd: Svarpersonerne i denne rapport omtales også som 'mændene', både de 1.412, der i spørgeskemaet har angivet, at de er mænd, og de 3, der har angivet, at de er transmænd.

Median: Den midterste værdi. Det vil sige, at hvis man stiller for eksempel 25 mænd op på en række i rangorden efter, hvor mange sexpartnere de hver især har, 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 profylaxis. Behandling, som gives umiddelbart efter hiv-smitteudsættelse (f.eks. kondombrist) for at forhindre, at personen smittes. Svarer til fortrydelsespiller ved uønsket graviditet.

PrEP: Pre-exposure profylaxis. Forebyggende behandling, der skal forhindre smitte med hiv ved sex. Svarer til p-piller ved uønsket graviditet.

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 2018.

Respondent: Svarperson.

Seksuel orientering: Betegnelse for, hvilke(t) køn en person er seksuelt tiltrukket af.

Transmand: Svarperson, der i spørgeskemaet har angivet, at han er transmand (og ikke mand/kvinde/ ...).

Usikker sex: Anvendtes i Sexlivsundersøgelserne 2000-2010 om sex med risiko for hiv-overførsel. Se også 'hiv-risikosex' og 'hiv-risikotagning'.

Q: Når der i rapporten henvises til et spørgsmål i spørgeskemaet, er det markeret med et Q efterfulgt af spørgsmålets nummer.