



Folkhälsomyndigheten

MSM2013 – En studie om sex, hiv och hälsa bland män som har sex med män i Sverige



MSM2013 – En studie om sex, hiv
och hälsa bland män som har sex
med män i Sverige

BINDNINGAR OCH JÄV

För Folkhälsomyndighetens egna experter och sakkunniga som medverkat i rapporter bedöms eventuella intressekonflikter och jäv inom ramen för anställningsförhållandet.

När det gäller externa experter och sakkunniga som deltar i Folkhälsomyndighetens arbete med rapporter kräver myndigheten att de lämnar skriftliga jävsdeklarationer för potentiella intressekonflikter eller jäv. Sådana omständigheter kan föreligga om en expert t.ex. fått eller får ekonomisk ersättning från en aktör med intressen i utgången av den fråga som myndigheten behandlar eller om det finns ett tidigare eller pågående ställningstagande eller engagemang i den aktuella frågan på ett sådant sätt att det uppkommer misstanke om att opartiskheten inte kan upprätthållas.

Folkhälsomyndigheten tar därefter ställning till om det finns några omständigheter som skulle försvåra en objektiv värdering av det framtagna materialet och därmed inverka på myndighetens möjligheter att agera sakligt och opartiskt. Bedömningen kan mynna ut i att experten kan anlitas för uppdraget alternativt att myndigheten föreslår vissa åtgärder beträffande expertens engagemang eller att experten inte bedöms kunna delta i det aktuella arbetet.

De externa experter som medverkat i framtagandet av denna rapport har inför arbetet i enlighet med Folkhälsomyndighetens krav inlämnat deklaration av eventuella intressekonflikter och jäv. Folkhälsomyndigheten har därvid bedömt att omständigheter som skulle kunna äventyra myndighetens trovärdighet inte föreligger. Jävsdeklarationerna och eventuella kompletterande dokument utgör allmänna handlingar som normalt är offentliga. Handlingarna finns tillgängliga på Folkhälsomyndigheten.

Denna titel kan beställas från:

Folkhälsomyndighetens publikationsservice,

e-post: publikationsservice@folkhalsomyndigheten.se

Den kan även laddas ner från:

www.folkhalsomyndigheten.se/publicerat-material

Citera gärna Folkhälsomyndighetens texter, men glöm inte att uppge källan.

Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten.

Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd att använda dem.

© Folkhälsomyndigheten, 2015

Artikelnummer: 15139

ISBN 978-91-7603-597-9 (pdf)

ISBN 978-91-7603-598-6 (print)

Version 2:1

Grafisk form: AB Typoform

Tryck: Edita Bobergs AB, Veddesta 2015

Förord

Denna rapport beskriver resultaten i den tredje svenska MSM-studien som genomförts med utgångspunkt i Folkhälsomyndighetens hivstrategiska uppdrag. Homo- och bisexuella män och andra män som har sex med män är en prioriterad målgrupp för det svenska förebyggande arbetet mot hiv och andra sexuellt överförda infektioner (STI), enligt den nationella strategin (proposition 2005/06:60, Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar) som antogs av riksdagen våren 2006.

Detta är den fjärde svenska MSM-studien som gjorts under en tioårsperiod. I det avslutande kapitlet görs jämförelser över tid på ett antal områden som ingått i samtliga studier. Ytterligare fördjupade analyser av studieresultaten planeras och kommer att ligga till grund för vetenskapliga artiklar.

Rapporten syftar till att ge underlag och vägledning för arbetet med att förbättra sexuell hälsa bland män som har sex med män. Målgrupperna för rapporten är ideella organisationer, folkhälsoplanerare, hälso- och sjukvårdspersonal och tjänstemän på nationell, regional och lokal nivå som arbetar med frågor som har betydelse för folkhälsa i stort och sexuell hälsa och sexuella rättigheter specifikt.

Rapporten har utarbetats av utredare Kristina Ingemarsdotter Persson i samarbete med statistiker Jakob Bergström och utredare Torsten Berglund under ledning av Louise Mannheimer, enhetschef och Anna Bessö, avdelningschef.

Av bilaga 1 framgår de externa samarbetsparter som har varit delaktiga i projektet.

Folkhälsomyndigheten, 2015

Johan Carlson
Generaldirektör

Innehåll

Sammanfattning	7
Summary	9
1. Bakgrund	12
Hiv och män som har sex med män	12
Syfte	15
Metod	16
Antal svarande	19
Analys och presentation av resultat	20
2. Om männen – bakgrundsvariabler och hälsa	22
Huvudsakliga resultat	22
Ålder	22
Bostadsregion	23
Födelseland	23
Utbildning och arbete	24
Sociosexuella bakgrundsvariabler	25
Männens hälsa	26
3. Erfarenheter, relationer och risktagande	28
Huvudsakliga resultat	28
Sex under senaste året	29
Sexuella handlingar i samband med oskyddat analt samlag med icke stadig partner under senaste året	32
Senaste sextillfället	34
Sex mot ersättning	40
4. Hiv, STI och testning	43
Huvudsakliga resultat	43
Testning för hiv och STI	43
STI-diagnos	45
Varför hivtest?	46
Testning – var?	46
Testning – hur?	47

5. Kunskap, behov och kontakt med förebyggande insatser	51
Huvudsakliga resultat	51
Möten med förebyggande insatser	52
Kunskaper	53
Preventiva behov	54
Var nås männen?	56
6. Diskussion	59
Sammanfattning	59
Jämförelse med tidigare MSM-studier	60
Att studera män som har sex med män i Sverige	67
Utvecklingsbehov för det förebyggande och hälsofrämjande arbetet	68
Referenser	71
Bilaga 1. Samverkansparter i projektet	74
Bilaga 2. Översikt över MSM-studier i Sverige 1998–2013	75
Bilaga 3. Enkätformuläret	76

Sammanfattning

Syftet med studien, MSM2013, var att få ny kunskap om män som har sex med män (MSM) eftersom de är en sexuellt aktiv del av befolkningen som är särskilt riskutsatt för hiv. Rapporten beskriver resultaten från en webbenkät genomförd på webbforumet Qruiser i oktober 2013. Analyserna baseras på svar från 2 373 respondenter.

Det finns fortfarande stora strukturella skillnader mellan männen i storstad och i övriga landet. Resultaten från enkäten visar på att det finns skillnader utifrån bostadsort vad gäller männens kunskap, tillgång till preventiva insatser inklusive testning för hiv och andra sexuellt överförda infektioner, och erfarenhet av bemötande i samband med testning. Männen utanför storstadsområdena hade vidare haft färre manliga sexpartner under senaste året, hade mer sällan högskoleutbildning och hade i lägre grad haft kontakt med preventiva insatser under senaste året. Skillnaderna i specifika sexuella handlingar var däremot små eller obefintliga utifrån bostadsort.

Tillgången till preventiva tjänster varierar i landet. En påfallande skillnad var att männen utanför storstadsområdena betydligt mer sällan svarade att de erbjudits preventiva tjänster, såsom rådgivning och vaccination, i samband med sitt senaste test. Samtidigt var det lika vanligt i hela landet att ha haft en sexuellt överförd infektion under de senaste 12 månaderna. Homosexuella män och män i storstadsområden svarade också i högre grad än övriga att de önskade tillgång till preventiva insatser. Män som har sex med män omfattar subgrupper i befolkningen med olika bakgrund och livsstil. Därför kan de ha varierande behov och förutsättningar att främja sin hälsa i allmänhet och sin sexuella hälsa specifikt. Många av studiedeltagarna svarade att personal inom hälso- och sjukvård behöver mer kunskap och HBT-kompetens för att ge ett bra bemötande och kunna erbjuda behovsanpassade insatser.

Ungefär hälften som vid sitt senaste sextillfälle hade analt samlag med icke stadig(a) partner använde kondom. Den andelen är dubbelt så stor som bland männen som hade sex med en stadig partner, och markant större än i studier som undersökt kondomanvändning i Sveriges befolkning i stort eller bland svenska ungdomar. Samtidigt svarade färre av männen i de yngre

åldersgrupperna att de fått kondomer av någon som arbetar med hivprevention under de senaste 12 månaderna jämfört med tidigare studier. Cirka 20 procent av männen uppgav att de haft oskyddat analt samlag på grund av att de saknade tillgång till kondom. I en tidigare europeisk MSM-studie, EMIS2010, var motsvarande andel 10 procent bland de svenska deltagarna.

De allra flesta av männen hade någon gång testat sig för hiv och andra sexuellt överförda infektioner. Färre än hälften av männen hade dock testat sig de senaste 12 månaderna. Homo- och bisexuella män hade testat sig oftare än övriga, och det var vanligare att ha testat sig bland männen som bodde i storstadsområdena än i övriga landet. Dubbelt så många av männen bosatta utanför storstadsområdena var dessutom osäkra på var de kan testa sig, jämfört med dem som bor i eller nära en storstad.

Fyra procent av männen uppgav att de hade hiv. Det kan jämföras med motsvarande andelar i studierna MSM2008, som var 3 procent, och EMIS2010, som var 5 procent. Äldre homosexuella män i storstadsområden svarade dubbelt så ofta som andra att de hade hiv. Mönstret var tydligt gällande kunskaper om hiv och sexuellt överförda infektioner. Homosexuella män i storstadsområden och män med hiv skattade sina kunskaper högt medan många av de yngre männen och de män som var osäkra på sin hivstatus uppgav att de hade sämre kunskaper.

Jämförelserna över tid visade på en tendens till ökat sexuellt risktagande men samtidigt ökad hivtestning. Andelen män som vid sitt senaste sextillfälle hade ett oskyddat analt samlag och fick partners sperma i sin ändtarm var högst (35 procent) i MSM2013 av de studier som ingick i jämförelsen. Andelen aldrig hivtestade bland de yngsta männen tycks sjunka över tid. Ungdomsmottagningarna har etablerats som det vanligaste stället där de unga männen senast testade sig.

MSM2013 innebar en utveckling av studiedesignen jämfört med tidigare svenska MSM-studier. Studien bygger på ett stratifierat slumpmässigt urval av webbforumet Qruisers mer än 50 000 manliga forummedlemmar, och justering för design och bortfall kunde göras i analyserna. Generaliseringar till internetaktiva MSM i Sverige bör trots detta göras med viss försiktighet. Jämfört med de tidigare MSM-enkäterna nådde MSM2013 ett bredare urval i bemärkelsen att män besvarade enkäten oberoende av sexuell identitet och bostadsort.

Summary

MSM2013 – a study about sex, HIV, and health among men who have sex with men in Sweden

The aim of the MSM2013 survey was to obtain new knowledge about men who have sex with men (MSM) because they constitute a sexually active part of the population that is disproportionately exposed to risk of HIV. The report describes the results from a web-based survey conducted among the web community Qruiser in October 2013. The report is based on responses from 2,373 respondents.

In comparison with previous Swedish MSM surveys, substantial structural differences remain between men living in metropolitan areas and men residing in the rest of the country. There were statistically significant differences based on place of residence with regard to the men's preventive knowledge, their access to preventive measures – including testing for HIV and other sexually transmitted infections – and their experiences at their most recent testing occasion. The men outside the metropolitan areas had fewer male sexual partners, were less likely to have a college education, and had less contact with prevention efforts than men residing in metropolitan areas. The differences in sexual behaviour, however, were small or non-existent on the basis of residence.

The men do not have equal access to preventive services across the country. One difference was that the men outside metropolitan areas reported that they had been offered preventive services, such as counseling and vaccination, significantly less often than men in metropolitan areas at their last testing occasion. At the same time, it was equally common to have had a sexually transmitted infection during the past 12 months regardless of residence. Men who identified as homosexual and men in metropolitan areas indicated to a greater extent than others that they wanted access to preventive efforts. MSM comprise subgroups of the population with different backgrounds and lifestyles. Therefore, they have varying needs and conditions that support their health in general and their sexual health specifically. Many of the study participants described that health care staff need training and LGBT-competency in order to provide needs-based interventions.

About half of the men who had anal intercourse with a non-steady partner at their most recent sexual encounter had used a condom. This rate of condom usage is twice that of men who had sex with a steady partner and is markedly higher than in studies of condom use in the Swedish population as a whole or among Swedish adolescents. One concerning finding in the survey was that fewer of the men in the younger age groups said they had received free condoms from prevention actors during the past 12 months compared with previous studies. A fifth of the men said they had unprotected anal intercourse as a result of their lack of access to condoms. In the European MSM study EMIS2010, the similar figure was 10 percent of the Swedish participants.

Most of the men had at some point been tested for HIV and other sexually transmitted infections. Less than half, however, had been tested over the past 12 months. Homosexually and bisexually identifying men had been tested more often than others. Men residing in metropolitan areas had been tested more often than men in the rest of the country. Twice as many men living outside the metropolitan areas, compared to those living in metropolitan areas, were uncertain of where they can have themselves tested.

Four percent of the men said they had HIV. That is an average of the rates of 3 percent reported in MSM2008 and 5 percent reported in EMIS2010. There were differences based on place of residence as well as based on age and sexual identity. Older homosexually identifying men in metropolitan areas perceived that they had HIV twice as often as others. The same pattern was found regarding knowledge about HIV and sexually transmitted infections. While homosexually identifying men in metropolitan areas and men with HIV reported good knowledge, many of the younger men and the men who were unsure of their HIV status stated that they had less knowledge.

Comparisons over time showed a tendency of increased sexual risk-taking behaviour, but also increased HIV testing. The proportion of men who reported having had unprotected anal intercourse, including ejaculation in rectum, at their most recent sexual encounter was higher (35 percent) in the MSM2013 study compared with previous studies. The proportion of never-testers among the youngest men seem to decrease over time. Youth friendly clinics have been established as the most common test services where the young men tested most recently.

MSM2013 involved a development of the study design compared to previous Swedish MSM studies. A stratified random sample of the 50,000 male members of the Qruiser web community was asked to participate, and adjustments for the study design and non-responses could be made for point estimates in the analyses. Generalization of results to Internet-active MSM in Sweden must still be done with some caution. Compared with the previous MSM questionnaires, MSM2013 reached a wider selection of men in terms of sexual identity and place of residence among the respondents.

N.B. The title of the publication is translated from Swedish, however no full version of the publication has been produced in English.

Bakgrund

Hiv och män som har sex med män

I dag lever personer med hiv i stort sett lika länge som alla andra, under förutsättning att de känner till att de bär på hivinfektion och får tillgång till effektiv behandling. Få utvecklar aids och risken för sexuell hivöverföring hos personer med välinställd behandling bedöms vara mycket låg (1). Hela 96 procent av de diagnostiserade män som fått hiv genom sex med män i Sverige bedöms ha en välfungerande behandling och omätbara virusnivåer i blodet (personlig kommunikation, Eva-Lena Fredriksson, InfCare HIV 2015-02-10). Kunskapen om hiv har ökat i befolkningen i stort men det finns fortfarande fördomar gentemot såväl personer med hiv som homosexualitet (2).

I Sverige lever i dag drygt 2 000 män som fått hiv genom sex med män. Det betyder att ungefär en tredjedel av alla personer i Sverige som lever med en känd hivinfektion är män som har eller har haft sex med män. Fortfarande står sexuell överföring mellan män för den största andelen av rapporterade fall av hiv i Sverige. Män som har sex med män är dessutom överrepresenterade i förhållande till gruppens storlek när det gäller förekomst av flera andra sexuellt överförda infektioner (STI), särskilt gonorré och syfilis. Under femårsperioden 2010–2014 rapporterades knappt 130 fall av hiv bland män som har sex med män per år, vilket utgör drygt en fjärdedel av alla rapporterade hivfall i Sverige. Knappt hälften av männen smittades vid sexuella kontakter i Sverige medan övriga fick hiv i samband med en utlandsvistelse eller före immigration till Sverige. Andelen smittade utomlands ökade från 41 procent under åren 2005–2009 till 52 procent 2010–2014. Totalt 60 procent av fallen gäller män som var bosatta i Sverige vid tidpunkten för smittotillfället och som smittades i Sverige eller i samband med en utlandsvistelse, det vill säga män som potentiellt hade kunnat nås med svenska preventiva insatser.

En förändring under senare år är att en större andel utlandsfödda män rapporteras med hivinfektion som är överförd via sexuell smitta mellan män. De utlandsfödda männen utgjorde 2010–2014 hälften av samtliga rapporterade fall bland män som har sex med män, jämfört med 40 pro-

cent under den föregående femårsperioden. Andelen utlandsfödda som smittades i Sverige var 26 procent under 2005–2009 men 36 procent under 2010–2014. Detta indikerar att utlandsfödda män som har sex med män är mer riskutsatta än andra, och övergripande skillnader mellan utrikes och inrikes födda har undersökts genomgående i enkäten.

Hur stor är målgruppen?

Kopplingen mellan en persons identitet och hans sexuella handlingar är inte självklar. Handlingar kan, men måste inte, relatera till en individs identitet. När det gäller sexuellt överförda infektioner är det *sexuella handlingar* mellan män – inte deras identitet – som kan kopplas till risk. Därför använder preventörer¹ och forskare ofta begreppet *män som har sex med män* (MSM) för att beskriva en grupp utifrån en gemensam handling eller ett beteende. Gruppen män som har sex med män inkluderar i denna rapport alla män som har sexuella kontakter med män, och därmed omfattar den en rad sinsemellan ganska olika grupper i befolkningen med olika socioekonomisk, etnisk och kulturell bakgrund och med olika livsstil och sexuell identitet. Männerna kan därför ha olika preventiva behov och förutsättningar.

Det finns inga register över sexuella handlingar eller återkommande svenska befolkningsundersökningar som frågar om detta. Därför går det inte att veta hur vanligt det är att vara man och ha erfarenhet av sex med andra män, sett till männen i hela befolkningen. Det finns dock studier från 1990-talet och framåt, i Skandinavien, Storbritannien, USA och Frankrike, som uppskattar att 3–8 procent av alla män haft en manlig sexpartner någon gång i livet. Motsvarande siffra under de senaste fem åren är 1,5–4,0 procent. Sex Sverige från 1996 var den senaste svenska studien där liknande frågor ställdes, och i den uppgav 2,6 procent av männen (18–74 år) att de någon gång haft sexuell kontakt med en annan man (3). Det skulle motsvara cirka 80 000 män i den åldersgruppen. Senare svenska studier har varit begränsade till subgrupper i befolkningen men visat något högre siffror. I ungdomsstudien UngKAB09 uppgav till exempel 3,5 procent av männen 15–29 år att de vid sitt senaste sextillfälle hade sex med en annan man.

1. Med *preventörer* avses personer i yrkesgrupper och civilsamhälle som arbetar hivförebyggande på nationell, regional och lokal nivå. Det kan exempelvis handla om folkhälsoarbete på strukturell nivå, hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete och praktiskt arbete i ideella organisationer.

Den återkommande nationella folkhälsoenkäten, Hälsa på lika villkor, har vissa år omfattat frågor om sexuell identitet. Resultaten har varierat ganska mycket och data har därför fått sammanställas för flera år i taget, både för åren som föregick planeringen av MSM2013 och åren därefter, för att visa variationerna samt räkna in befolkningsökningen. För åren 2005 och 2008–2010 var det sammantaget 2,18 procent av männen som identifierade sig som homo- eller bisexuella. Detta skulle motsvara ungefär 85 000 män över 15 år 2010. Under perioden 2011–2014 var motsvarande andel 2,45 procent, vilket motsvarar ungefär 97 000 män. Vidare varierar andelen män som definierar sig som homo- och bisexuell i olika län, och enligt befolkningsdata från Statistiska centralbyrån (SCB) bor drygt hälften av svenska män generellt i storstadslänen. Det finns anledning att tro att män som har sex med män i Sverige inte är fördelade på samma sätt utan att dessa i högre grad bosätter sig i storstadsområdena som vuxna. I tabell 1.1 finns en sammanställning utifrån dessa olika datakällor. Med den går det att bedöma rimligheten i svaren i MSM2013 vad gäller geografisk spridning relaterat till andra studier och Skandinaviens största internetmötesplats för hbtq-personer, Qruisers, manliga användare.

Utifrån dessa beräkningar finns 80 000–100 000 män som *identifierar sig som homo- eller bisexuella* i Sverige. Dessa män bor i högre grad i storstads-län, i synnerhet i Stockholm, än män generellt. Qruisers manliga användare fördelar sig på liknande sätt och det gör därmed även resultaten från MSM2013.

Den sammantagna bedömningen är att 80 000–120 000 män (2–3 procent) i Sverige har sex med män, oberoende av sexuell identitet, bortsett från enstaka tillfällen. Det kan också antas att 60–70 procent av männen som har sex med män bor i storstadslänen med fokus på Stockholm. I enbart Stockholm kan det finnas lika många män som har sex med män som sammantaget i landsortslänen.

Tabell 1.1 Geografisk fördelning av svenska män och män som har sex med män (> 15 år)

	Svenska män > 15 år (SCB nov 2013) n = 3 968 800	Homo och bisexuella män i Hälsa på lika villkor (2005, 2008–2010)*, ** n = 84 726	Homo och bisexuella män i Hälsa på lika villkor (2011–2014)** n = 97 236	Män > 15 år bosatta i Sverige (Qruiser 2012) n = 54 633	MSM2013 (justerat) n = 2 373
Stockholms läns landsting	22 %	38 %	37 %	41 %	36 %
Västra Götalandsregionen	17 %	17 %	13 %	16 %	16 %
Region Skåne	13 %	12 %	11 %	13 %	13 %
Totalt storstadslänen	52 %	67 %	61 %	70 %	65 %
Övriga landet	48 %	33 %	39 %	30 %	35 %

* Hälsa på lika villkor 2006 och 2007 innehöll inte frågan om sexuell identitet.

** De länsvisa estimaten för data från Hälsa på lika villkor bygger på att storstadslänen gav tillräckligt dataunderlag för att göra enskilda analyser.

Syfte

MSM2013 genomfördes av Folkhälsomyndigheten med utgångspunkt i proposition 2005/06:60, Nationell strategi mot hiv/aids och vissa andra smittsamma sjukdomar. Syftet med studien var att få aktuell kunskap om män som har sex med män, eftersom dessa män utgör en sexuellt aktiv del av befolkningen som är särskilt exponerad för hiv.

Den första svenska MSM-enkäten gjordes 1998 och kombinerade post-enkät och webbenkät (4). Två nationella MSM-enkäter har senare genomförts av Malmö högskola (5, 6). Smittskyddsinstitutet har också tidigare gett stöd till och analyserat data från den europeiska MSM-studien EMIS2010 (7). Resultaten från dessa enkäter har publicerats i översiktsrapporter och använts för Sveriges internationella rapportering. Syftet med studierna var att förbättra preventionen riktad till män som har sex med män, och de har bidragit till ökad kunskap bland aktörer som arbetar inom den svenska hiv-preventionen i kommuner, landsting och ideella organisationer men också bland aktörer på politisk nivå.

Ambitionen med MSM2013 var att fortsätta och utveckla arbetet med att samla in data om privata och känsliga frågor i en grupp som är svår att nå genom befolkningsundersökningar. Det är viktigt att följa utvecklingen när det gäller människors sexuella hälsa och preventiva behov och Folkhälsomyndigheten ser behov av återkommande studier. De tidigare MSM-enkäterna har varit så kallade självselektade enkäter och funnits tillgängliga på olika webbforum där alla som ville kunde besvara dem. För att förbättra dataun-

derlaget togs en delvis ny ansats med MSM2013. I samarbete med ett webbforum, Qruiser, som drivs av QX Förlag, riktades enkäten till ett slumpmässigt urval av Qruiseranvändarprofiler för att komma närmare ett slumpmässigt urval såsom är praxis vid befolkningsundersökningar (se kapitel 1.3 för detaljer kring urval och datainsamling).

Precis som de tidigare MSM-enkäterna utgick MSM2013 från tre centrala frågeställningar som kan följas över tid:

- Hur ser det sexuella risktagandet ut bland män som har sex med män?
- Hur ser erfarenheterna av test för hiv och andra sexuellt överförda infektioner ut bland män som har sex med män?
- Vilka behov av kunskap eller hivpreventiva insatser finns bland olika undergrupper av män som har sex med män?

Metod

Studiedesign

MSM2013 skiljer sig från de tidigare enkäterna på flera sätt eftersom förfrågan att delta riktades till ett slumpmässigt urval av män som var medlemmar på Qruiser, ett av de internetforum som också använts i de tidigare studierna. Qruiser beskrivs som Skandinavians största internetmötesplats för hbtq-personer med över 100 000 användarprofiler som söker sociala och sexuella kontakter (www.qruiser.com). Enligt användaruppgifterna är drygt hälften män som är bosatta i Sverige. En användarprofil behöver dock inte vara knuten till en unik individ, utan en person kan potentiellt ha flera medlemskap på samma sätt som en och samma person kan ha flera e-postadresser som används för olika syften. Det förekommer också att personer i en relation har en gemensam användarprofil. Inloggningsstatistiken visar att cirka 60 procent av användarprofilerna loggar in någon gång varje månad. Med ett riktat utskick till ett slumpmässigt urval av användarprofiler, som i detta fall, är det troligt att ungefär 40 procent av mottagarna inte hinner se utskicket om datainsamlingstiden är begränsad till en månad. Detta är en av anledningarna till att utskicket gick ut till ett betydligt större urval än i vissa andra typer av studier, till exempel befolkningsregisterbaserade postenkäter. Svarsfrekvensen är därför heller inte ett tillförlitligt mått på intresset för att besvara enkäten.

De tidigare svenska MSM-enkäterna, liksom den europeiska EMIS2010-studien, var självselekerade webbenkäter som riktades till män som har

sex med män eller som känner sexuell attraktion till andra män. Förfrågan om att delta spreds i riktade annonser på ett internetforum (MSM2006 och MSM2008) eller flera (EMIS2010), och alla som såg annonserna kunde besvara enkäten. Ett sådant förfarande medför validitetsproblem såsom hög risk för selektionsbias och minnesbias (8), och det är svårt att veta huruvida de som svarade utgör ett representativt urval av män som har sex med män. Det finns heller ingen information om bortfall som kan analyseras. Utmaningarna med att generalisera resultat från självselekterade enkäter diskuteras detaljerat i MSM2006-rapporten (5). I bilaga 2 finns en översikt över tillvägagångssätten för de olika MSM-studierna som gjorts i Sverige.

Enkätformuläret

Enkätformuläret utvecklades för att vara jämförbart med tidigare MSM-studier men också för att fördjupa frågorna på ett antal prioriterade fokusområden. Formuläret (se bilaga 3) togs fram av en arbetsgrupp med representanter från Folkhälsomyndigheten, forskningsinstitutioner och ideella organisationer. En bredare referensgrupp med intressenter bidrog ytterligare till att utveckla enkäten. Enkätformuläret pilot-testades sedan av 11 personer via RFSL Stockholm och RFSL Ungdom. MSM2013 beviljades tillstånd av Regionala etikprövningsnämnden i Stockholm.

Den slutliga enkäten innehöll 70 frågor. De svarande slussades vidare beroende på hur de besvarat föregående frågor; till exempel fick män som svarade att de hade en fast partner följdfrågor om detta, och män som aldrig testat sig fick inga följdfrågor kring testvanor. Det tog i genomsnitt 15 minuter att besvara enkäten. Precis som de tidigare MSM-studierna innehöll enkäten bland annat frågor om sexuella erfarenheter under de senaste 12 månaderna och mer specifikt vid senaste sextillfället.

Rekrytering av deltagare

Utifrån uppskattningen att det finns 80 000–120 000 män som har sex med män i Sverige skulle runt hälften av dessa vara Qruisermedlemmar. Det går dock inte att veta säkert i vilken utsträckning de män som är aktiva på Qruiser motsvarar svenska internetanvändande män som har sex med män. Männerna som använder Qruiser kan till exempel antas söka sexuella kontakter på internet i högre grad än andra män, medan ickemedlemmar oftare kan antas vara i en stadig relation. Sverige ligger bland de främsta av EU-länderna vad gäller tillgång till internet, och 95 procent av befolkningen 16–74 år har tillgång till internet hemma och 54 procent har gjort inlägg i ett

internetforum (9). Resultaten som presenteras kan därför inte med säkerhet generaliseras till män som har sex med män i Sverige. De är sannolikt mer representativa för *internetaktiva män som har sex med män i Sverige* men bör likväl tolkas med viss försiktighet.

Målgruppen för MSM2013 var män över 15 år som är bosatta i Sverige. Förfrågan att delta riktades därför till ett urval av användarprofiler som hade angett en bostadsort i Sverige samt sitt kön som "kille/man", "inget" eller "annat". Den som vill skapa en användarprofil på Qruiser måste ange en e-postadress, men den syns inte i användarprofilen utan är bara tillgänglig för Qruisers administratör. Inbjudan till enkäten skickades därför direkt till de utvalda användarprofilernas forumkonto, inte till e-postadresserna. Endast Qruisers administratörer hade tillgång till e-postadresserna och sorterade på förhand bort dubletter så att endast en användarprofil per e-postadress ingick i studiepopulationen. Enkäten fanns tillgänglig på engelska för att rekrytera fler män med utländsk bakgrund, och den skickades inte till utlandsboende användare med språkval svenska eftersom huvuddelen av de svarande skulle vara bosatta i Sverige. Därför skulle enkäten kunna besvaras av fler icke svensktalande män jämfört med andra liknande studier, även om deltagarna också i denna studie utgör ett selekterat urval av invandrade män. Exempelvis kan det antas att Qruiser är mindre känt bland nyanlända migranter än övriga utlandsfödda. Som framgår av bilaga 2 blev dock andelen utlandsfödda ungefär densamma som i tidigare studier samtidigt som färre boende utomlands nåddes.

Sammanlagt uppfyllde 52 979 användarprofiler kraven för att ingå i urvalet, i början av september 2013. Bland dessa gjordes ett stratifierat slumpmässigt urval baserat på ålder och geografisk spridning i syfte att få en fördelning som var representativ för Qruisers medlemmar. Fyra åldersgrupper användes: 15–25, 26–35, 36–47 och 47+ år. Stickprovsberäkningen baserades för varje stratum på den antagna proportionerna av män som utifrån tidigare MSM-studier haft oskyddat analt samlag (OAS) med en icke stadig partner under de senaste 12 månaderna. Åldersfördelningen bland män som har sex med män antogs vara den samma i alla län. En bättre precision antogs för Skånes, Stockholms och Västra Götalands län än övriga län och därmed gjordes en översampling i dessa län. Stickprovsberäkningen baserades på målet att kunna skatta 95-procentiga konfidensintervall. Ett bortfall på 75 procent antogs för varje stratum, vilket skulle innebära drygt 3 600 svar om samtliga tillfrågade såg förfrågan. Uppskattningen om 75 procent bortfall baserades på svarsfrekvensen i studierna som ingick i

Hiv i Sverige 2011 (75 procent i postenkäten respektive 77 procent i webbpanelen) och UngKAB09 (76 procent i postenkäten) (10). Uppskattningen var dock från att svaren skulle bli något färre eftersom många Qruiser-användare inte är inloggade så ofta. Totalt skickades förfrågan om att delta till 14 514 användarprofiler på Qruiser. De som hade annat språkförval än svenska fick utskicket på engelska.

Antal svarande

Totalt 2 751 svar kom in under datainsamlingstiden, vilket är en svarsfrekvens på cirka 19 procent. Qruiser uppskattar att ungefär 40 procent av de tillfrågade inte var inloggade under datainsamlingsperioden och därför inte såg frågan om att delta i studien. Med hänsyn till detta motsvarar de 2 751 deltagarna drygt 30 procent av dem som antas ha sett och läst förfrågan om studiedeltagande. Denna diskrepans är viktig att ha i åtanke. Benägenheten att svara varierade också i olika åldersgrupper (se bilaga 2). Den huvudsakliga skillnaden jämfört med tidigare enkäter var att MSM2013 hade en högre andel svar från de äldre männen, gruppen 47 år och äldre. Det var också mindre skillnader mellan olika län.

Efter datainsamlingen gjordes en omfattande reliabilitetskontroll av de insamlade svaren. Totalt 378 svar sorterades bort eftersom de föll utanför ramen för studiens målgrupp och de planerade analyserna. I figur 1.1 framgår vilka svar som exkluderades.

Av *respondenterna* i MSM2013 var det knappt hälften av männen, 46 procent, som svarade att de bodde i något av de tre storstadslänen. Övriga svarande fördelade sig över landets resterande län, från 27 män på Gotland till 87 män i Örebro län (median 73 svarande per län).

Figur 1.1 Rensning av datamaterialet

2 751	(-37)	BOENDE UTOMLANDS
2 714	(-108)	TRANSPERSONER/ANNAT
2 606	(-124)	ALDRIG HAFT SEX MED EN MAN
2 482	(-109)	ENDA ST BESVARAT BAKGRUNDSFRÅGORNA
2 373		ANTAL SVAR I DET SLUTLIGA MATERIALET

MSM2013 hade i likhet med de tidigare enkäterna vissa begränsningar. Genom att deltagarna rekryterades på ett forum var kunde endast personer som hade tillgång till internet samt möjlighet att förstå och besvara en webbenkät delta. Män med vissa funktionsnedsättningar eller svårighet att förstå svenska eller engelska kunde därmed sannolikt inte besvara enkäten.

Det fanns en möjlighet att inkludera ytterligare forum på nätet för att rekrytera studiedeltagare, såsom i EMIS2010, men den valdes bort för att undvika att få multipla svar från individer som hade användarkonton på flera forum. Andra datainsamlingsätt övervägdes också, såsom en postenkät, men det bedömdes bli dyrt samtidigt som inte lika många män skulle nås. Ur en etisk synvinkel skulle det heller inte gå att ställa lika detaljerade frågor om sexuella handlingar. För det hivpreventiva arbetet är de män som aktivt söker sexuella eller sociala kontakter på nätet en viktig målgrupp. Samtidigt går det inte att veta huruvida Quiseranvändare är representativa för män som har sex med män i Sverige generellt.

Analys och presentation av resultat

De statistiska analyser som presenteras i rapporten har utförts i programvaran R. Jämfört med tidigare självselekterade MSM-enkäter kunde resultaten i MSM2013 justeras för stratifiering och bortfall och så kallade populationsbaserade skattningar genomfördes. Detta innebär att osäkerheten i skattningarna varierar beroende på hur många män per åldersgrupp och län som svarade på enkäten.

Data analyserades totalt för alla svarande per enkätfråga. Jämförelser gjordes dessutom genomgående utifrån följande kategorier:

- åldersgrupper: 15–25, 26–35, 36–46 och 47+ år
- utbildning: högst slutfört grundskola, högst slutfört gymnasieutbildning/yrkesutbildning respektive har universitets-/forskarutbildning
- sysselsättning: sysselsatt respektive inte sysselsatt
- etnicitet: utlandsfödd respektive svenskfödd
- bostadsort: storstadsområde respektive utanför storstadsområde
- sexuell identitet: bög/homosexuell, bisexuell, straight/heterosexuell respektive brukar inte kategorisera mig
- egenuppfattad hivstatus: jag har hiv, jag har inte hiv respektive jag är osäker på min hivstatus.

För ett mindre antal frågor analyserades resultaten även utifrån om männen uppgav sig vara singel eller i en stadig relation eller om de rapporterade olika erfarenhet av sexuella handlingar. Vissa av variablerna kan samvariera, såsom ålder och utbildning eller ålder och hivstatus. Några sådana justeringar har emellertid inte gjorts i analyserna i denna rapport.

Statistisk signifikans bedömdes utifrån analys av 95-procentigt konfidensintervall (överlappar eller inte). Alla skillnader mellan undergrupper som nämns i rapporten är statistiskt säkerställda om inte annat anges. I de fall det inte går att påvisa statistisk signifikans används begreppet tendens. I de fallen har skillnaderna ändå bedömts finnas, och att de sannolikt hade varit statistiskt signifikanta med ett större underlag.

Som tidigare nämnts var enkäten erfarenhetsbaserad så att männen som saknade specifika erfarenheter slussades förbi olika frågor. Därför varierade antalet svarande för de olika frågorna, vilket framgår av tabellerna. Studien och datamaterialet är omfattande och i denna rapport redogörs inte för alla insamlade data. Särskilda fördjupade analyser pågår och kommer att publiceras separat.

I de följande kapitlen presenteras bearbetade resultat från MSM2013. På vissa enkätfrågor kunde männen kryssa för svarsalternativ men även lämna skriftliga kommentarer. Över 350 män valde till exempel att lämna synpunkter på enkäten eller preventionsarbetet i stort. I textrutor i varje kapitel kan läsarna ta del av några av dessa kommentarer. Alla kommentarer är anonymiserade.

Om männen – bakgrunds- variabler och hälsa

I detta kapitel presenteras bakgrundsvariabler för Quiseranvändande internet-aktiva män som har sex med män i Sverige: ålder, bostadsort, etnicitet, utbildning, arbete, sexuell identitet, egenuppfattad hivstatus och uppfattningar om hälsa. Skillnader mellan männen undersöks senare i rapporten utifrån dessa variabler. I bilaga 2 finns en översiktlig jämförelse med tidigare svenska MSM-studier.

Huvudsakliga resultat

- Sex av tio män betraktar sig som homosexuella.
- En tredjedel av männen lever i en stadig relation med en man.
- Femton procent lever i en stadig relation med en kvinna.
- Femton procent av männen är utlandsfödda. De flesta kommer från europeiska länder och har bott länge i Sverige.
- Fyra av tio män har högskoleutbildning.
- Nio av tio män har hel- eller deltidssysselsättning.
- Fyra procent av männen uppger att de har hiv.
- Var tionde man är osäker på sin hivstatus.
- Nio av tio män anser att deras hälsa är bra eller mycket bra. Dessa män tenderar i högre grad att vara nöjda med sitt sexliv än dem med sämre hälsa.

Ålder

Medelåldern bland männen var 37 år och medianåldern var 34 år. Åldersgruppsindelningen i rapporten är: 15–25 år (n = 526), 26–35 år (n = 573), 36–46 år (n = 588) och ≥ 47 år (n = 686), det vill säga samma åldersgrupper som urvalet stratifierades utifrån. Denna indelning bygger på att männen i de olika åldersgrupperna antogs ha olika relation till ämnet hiv och aids när

studien MSM2006 genomfördes (5). Männen i den äldsta åldersgruppen förutsattes ha haft sexuella erfarenheter redan före 1980-talets hiv-epidemi medan de yngsta, födda 1981 och senare, antogs ha haft begränsade sexuella erfarenheter innan hiv-behandlingen introducerades vid 1990-talets mitt. Dessa variationer skulle kunna påverka riskmedvetenhet och sexuell beteende. När Folkhälsomyndigheten genomförde MSM2013 hade åldersgrupperna inte samma innebörd som 2006; den näst yngsta åldersgruppen hade sannolikt knappt några sexuella erfarenheter innan bromsmedicinerna kom, och de näst äldsta kan antas ha haft sexualdebut under själva hiv-epidemin. När framtida MSM-studier planeras kan det finnas anledning att se över principerna för åldersgruppsindelningen.

**"Jag har haft sex med en man vid endast ett tillfälle i mitt liv.
Mest för att pröva hur det var."**

50 ÅR, LANDSORTSLÄN

Bostadsregion

Analysen visade att 55 procent av internetaktiva män som har sex med män i Sverige bodde i något av de tre storstadsområdena (se tabell 2.1). Detta var vanligare bland män med hiv (77 procent), utlandsfödda män (69 procent) och män som betraktar sig som homosexuella (61 procent) än bland övriga.

Tabell 2.1 Bostadsregion (n = 2 355)

	Andel av männen % (95 % KI)
Storstadsområde	55,1 (53,6–56,6)
Annan svensk stad eller större ort med mer än 10 000 invånare	32,1 (30,6–33,6)
Mindre svensk ort eller svensk landsbygd	12,6 (11,3–13,8)

Födelseland

Totalt 85 procent av männen var födda i Sverige, vilket motsvarar den svenska befolkningen i stort. Andelen utrikesfödda skilde sig något åt i de olika åldersgrupperna och var högst i åldersspannet 26–35 år, 23 procent.

Bland de utrikes födda kom 43 procent från europeiska länder inklusive Norden. En knapp tredjedel kom från Asien och Mellanöstern, och en femtedel från Sydamerika. I tabell 2.2 framgår fördelningen på respektive världsdel och hur länge männen bott i Sverige. Drygt sex av tio av de ut-

landsfödda männen hade svenskt medborgarskap och ytterligare knappt en fjärdedel hade permanent uppehållstillstånd. Anledningarna till varför männen kommit till Sverige var jämnt fördelade över arbete, studier, adoption och asylansökan samt via anhöriga eller en partner.

Tabell 2.2 Ursprung och vistelsetid i Sverige för utlandsfödda män (n = 289)

	Andel utlandsfödda män från världsdelen % (95 % KI)	Antal år i Sverige median (range)	Vanligaste ursprungs-länderna
Europa	43,3 (36,6-50,1)	12 (0-58)	Finland, Norge
Asien/Mellanöstern	27,8 (21,4-34,2)	15 (0-43)	Sri Lanka, Indien
Sydamerika	17,8 (12,0-23,7)	27 (0-37)	Chile, Brasilien
Nordamerika	8,5 (4,8-12,2)	14 (0-56)	USA, Mexiko
Afrika	1,7 (0,3-3,2)	10 (0-32)	(färre än tre per land)
Oceanien	0,8 (0-2,4)	-	-

Utbildning och arbete

Totalt 43 procent hade studerat vid universitet eller högskola, och det var endast 7 procent som angav grundskola som högsta utbildning (se tabell 2.3). Andelen med längre utbildning var högre bland de äldre männen, vilket sannolikt speglar att de yngre ännu inte har hunnit genomföra en sådan utbildning. Männen i storstadsområden hade oftare högskoleutbildning än övriga män (50 procent jämfört med 34 procent), och utlandsfödda hade i betydligt högre utsträckning högskoleutbildning än svenskfödda (57 procent jämfört med 40 procent). Dessa siffror kan jämföras med offentlig statistik från SCB som visar att ungefär en tredjedel av svenska män generellt har någon form av eftergymnasial utbildning, och där finns inga tydliga skillnader utifrån födelseland (11).

Tabell 2.3 Utbildning (n = 2 367)

	Totalt % (95 % KI)
Högskoleutbildning	42,5 (40,1-44,8)
Gymnasieutbildning/yrkesutbildning/annat	50,2 (47,8-52,7)
Högst slutfört grundskola	7,3 (6,2-8,4)

Sysselsättningsgraden var hög bland männen i studien. Knappt nio av tio uppgav att de hade hel- eller deltidsarbete (65 procent), var egenföretagare (7 procent) eller studerade (15 procent). Knappt en av tio sökte arbete eller hade sjukersättning, vilket är i linje med tidigare MSM-studier. Sjukersätt-

ning var vanligare bland män med hiv och det var vanligare att vara arbets-sökande utanför storstadsområdena.

”Tycker det är tröttsamt att bli behandlad som mer homosexuell än heterosexuell i egenskap av bisexuell man, lite som Obama ses som mer svart än vit så att säga.”

18 ÅR, STORSTADSLÄN

Sociosexuella bakgrundsvariabler

Målgruppen kan också beskrivas utifrån hur männen betraktar sig själva sexuellt och utifrån deras relationsstatus. Som framgår av tabell 2.4 betraktade sig drygt 60 procent av männen som homosexuella. I storstadsområdena var motsvarande siffra 69 procent och övriga landet 55 procent. En fjärdedel betraktade sig som bisexuella medan 3 procent svarade att de var heterosexuella. Det var vanligare att utlandsfödda män betraktade sig som homosexuella eller inte kategoriserade sig alls medan de svenskfödda männen oftare identifierade sig som bisexuella eller heterosexuella. Männen med hiv betraktade sig genomgående som homosexuella eller bisexuella.

Resultaten skiljer sig på flera sätt från dem i de två tidigare MSM-enkäterna. Framför allt ses i alla åldersgrupper en högre andel bisexuella och heterosexuella män, och därmed en lägre andel homosexuella. Medan EMIS2010 såg högst andel bisexuella bland de yngsta männen (21 procent) var andelen nu högst bland de äldsta männen (30 procent). En trolig förklaring till det förändrade mönstret är att MSM2013 nådde fler män med erfarenhet av sex med andra män men som inte entydigt betraktar sig som homosexuella.

Tabell 2.4 Sexuell identitet (n = 2 371)

	Totalt (%)	15-25 år (%)	26-35 år (%)	36-46 år (%)	47+ år (%)
Homo-sexuell	62,5 (60,2-64,8)	62,1 (57,1-67,1)	65,2 (60,8-69,7)	61,3 (56,5-66,0)	60,7 (56,8-64,7)
Bisexuell	25,4 (23,3-27,4)	26,1 (21,6-30,6)	22,9 (18,9-26,9)	23,9 (20,0-27,9)	29,6 (26,0-33,4)
Brukar inte kategorisera mig	7,7 (6,4-9)	7,5 (4,7-10,3)	7,3 (4,8-9,8)	9,6 (6,8-12,4)	6,2 (4,3-8,1)
Hetero-sexuell	2,9 (2,1-3,6)	2,8 (1,1-4,4)	2,9 (1,6-4,3)	3,5 (1,7-5,4)	2,0 (0,9-3,1)

Samtliga män som ingår i datamaterialet hade haft sex med en annan man. Knappt hälften hade en stadig relation med en eller flera personer; en knapp tredjedel hade en relation med en man och 15 procent med en kvinna. Andelen med stadig(a) partner var högre bland männen i de tre äldre åldersgrupperna och bland männen med högskoleutbildning. Svenskfödda män hade oftare en stadig relation med en kvinna jämfört med utlandsfödda (16 procent respektive 7 procent), och utlandsfödda levde oftare med en man jämfört med svenskfödda (37 procent respektive 27 procent). Det var också vanligare bland män utanför storstadsområdena att leva med en kvinna jämfört med storstadsboende. I sex län utanför storstadsområdena var det dessutom vanligare att männen i en relation hade en kvinna än en man som partner. Homosexuella män och män med hiv var oftare i en relation med en man än övriga män. Totalt 63 procent av de heterosexuella och 37 procent av de bisexuella männen levde ihop med en kvinna.

Männens hälsa

I tabell 2.5 framgår att knappt nio av tio män ansåg att de hade bra eller mycket bra generell hälsa. Det fanns vissa sociodemografiska skillnader. Heterosexuella män ansåg i högre grad att deras hälsa var bra eller mycket bra, 98 procent, jämfört med 87 procent bland homosexuella. Det fanns också en tendens till att män med lång utbildning i högre grad uppfattade sin hälsa som god eller mycket god. Även folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor visar ett samband mellan längre utbildning och god hälsa (12). För män med hiv, män som högst slutfört grundskola och icke sysselsatta män var det i stället betydligt färre som bedömde sin hälsa som god eller mycket god (se tabell 2.5).

Tabell 2.5 Hälsotillstånd (n = 2 366)

	Bra/mycket bra % (95 % KI)	Någorlunda % (95 % KI)	Dåligt/mycket dåligt % (95 % KI)
Totalt	87,0 (85,4-88,6)	10,5 (9,1-12,0)	2,5 (1,7-3,3)
Män med hiv	72,3 (60,8-83,9)	20,2 (10,2-30,2)	7,5 (0,2-14,8)
Män som högst slutfört grundskola	79,8 (73,3-86,3)	14,3 (8,9-19,7)	5,9 (1,7-10,1)
Icke sysselsatta män	67,4 (61,5-73,4)	23,9 (18,7-29,1)	8,7 (4,8-12,7)

Totalt 42 procent av männen uppgav att de var nöjda eller mycket nöjda med sitt sexliv medan drygt var femte man var missnöjd eller mycket missnöjd. Det var vanligare att icke sysselsatta var missnöjda med sitt sexliv. Männen som uppfattade sin hälsa som god tenderade att vara mer nöjda med sexlivet och omvänt.

Hivstatus

Totalt svarade 4 procent av männen att de hade hiv vid enkättilfället. Det fanns emellertid vissa skillnader: 6 procent i storstadsområdena jämfört med 2 procent i övriga landet. Särskilt i Stockholms- och Malmöområdet var det främst männen i åldrarna 36 år och äldre som uppgav att de hade hiv. Det fanns också skillnader beroende på mannens sexuella identitet; ingen av de heterosexuella männen svarade att de hade hiv jämfört med 1 procent av de bisexuella och 6 procent av de homosexuella männen. Skillnaderna mellan olika åldersgrupper framgår i tabell 2.6. Betydligt fler i de två yngre åldersgrupperna svarade att de inte hade hiv. Samtidigt var det fler av de yngre som var osäkra på sin hivstatus.

Tabell 2.6 Uppfattning om hivstatus (n = 2 261)

	Totalt % (95 % KI)	15-25 år % (95 % KI)	26-35 år % (95 % KI)	36-46 år % (95 % KI)	47+ år % (95 % KI)
Jag har hiv	4,1 (3,0-5,1)	0,8 (0-2,0)	2,8 (0,9-4,6)	6,1 (3,4-8,8)	6,8 (4,4-9,1)
Jag har inte hiv	84,3 (82,4-86,2)	78,3 (73,8-82,9)	84,4 (80,6-88,2)	86,5 (82,9-90)	87,5 (84,5-90,4)
Jag är osäker	10,6 (9,0-12,2)	20,1 (15,7-24,6)	12,3 (8,8-15,7)	5,4 (3,2-7,5)	5,0 (3,2-6,8)
Jag vill inte svara	1,0 (0,6-1,5)	0,8 (0,1-1,5)	0,6 (0-1,2)	2,1 (0,7-3,4)	0,8 (0-1,5)

Erfarenheter, relationer och risktagande

I detta kapitel presenteras resultaten om männens sexuella relationer och handlingar.

Huvudsakliga resultat

- Nio av tio män hade haft sex med män under de senaste 12 månaderna.
- I median hade de svarande haft tre manliga sexpartner under de senaste 12 månaderna.
- En av tio män hade haft oskyddat samlag (analt och/eller vaginalt) med både män och kvinnor under de senaste 12 månaderna.
- Fyra av tio män hade haft oskyddat analt samlag med minst en ny sexpartner under de senaste 12 månaderna.
- En fjärdedel av de yngsta männen hade haft *oskyddat* analt samlag under de senaste 12 månaderna för att de saknat tillgång till kondom.
- 15 procent av männen hade träffat icke stadiga sexpartner för oskyddat analt samlag utomlands under de senaste 12 månaderna. Detta var vanligare bland männen med hiv och homosexuella män. Tre av fyra som haft oskyddat analt samlag med icke stadig partner utomlands hade haft det med en partner från det land som de besökte.
- Männens senaste sextillfälle ägde oftast rum i länet där de bor tillsammans med partner som var bosatt(a) i Sverige.
- Mer än hälften fick kontakt med sin senaste sexpartner via internet.
- Drygt hälften av männen som senaste gången hade sex med icke stadig(a) partner hade talat om hivstatus med personen eller personerna ifråga.
- Knappt sex av tio män hade analt samlag vid sitt senaste sextillfälle. Ungefär hälften av dessa använde kondom. Andelen som *inte* använde kondom vid sitt senaste anala samlag tenderade att vara högre bland männen med hiv och bland yngre män.

- Bland de yngsta männen hade sex procent av dem som haft oskyddat analt samlag med minst en icke stadig partner under de senaste 12 månaderna, fått ersättning i samband med sådant sex.
- Männen som fått eller gett ersättning i samband med oskyddat analt samlag under de senaste 12 månaderna hade dubbelt så ofta som övriga också haft barebacking² under den perioden.

Sex under senaste året

Som framgår av tabell 3.1 hade männen i median haft 3 manliga sexpartner under de senaste 12 månaderna. I storstadsområdena var medianen 4 jämfört med 3 i övriga landet. Männen med hiv hade haft fler partner (5) än dem som inte hade hiv (3). Det fanns även skillnader mellan männen utifrån sexuell identitet; homosexuella män hade haft fler manliga partner (4) än bisexuella (2), män som inte ville kategorisera sig sexuellt (2) och heterosexuella (1) män. Inga skillnader kunde ses utifrån ålder, födelseland, sysselsättning eller utbildning.

Tabell 3.1 Antal manliga sexpartner under de senaste 12 månaderna (n = 2 018)

	Median (95 % KI)	Kvartilavstånd (IQR)
Totalt	3,0 (2,8-3,3)	1,1-7,3
Homosexuell	3,8 (3,5-4,3)	1,4-9,4
Bisexuell	2,4 (2,1-2,6)	1,0-4,5
Heterosexuell	0,8 (0,4-1,3)	0-1,9
Vill ej kategorisera sig	1,9 (1,2-2,8)	0,5-4,7
Storstadsområde	3,7 (3,2-4,2)	1,4-9,2
Utanför storstadsområde	2,5 (2,3-2,7)	0,8-5,2
Har hiv	4,6 (3,3-9,3)	2,1-9,9
Har inte hiv	2,9 (2,7-3,2)	1,0-7,0
Osäker på hivstatus	3,5 (2,8-4,8)	2-7,7

2. Barebacking definieras i MSM2013 som att aktivt ha beslutat att inte använda kondom vid oskyddat analt samlag.

Männen fick också ange hur många icke stadiga³ manliga sexpartner de haft oskyddat analt samlag med under de senaste 12 månaderna. Mer än hälften hade inte haft någon ny partner under de senaste 12 månaderna. Medianen var därmed 0 och tre fjärdedelar av männen återfanns inom intervallet 0–1 nya manliga OAS-partner under de senaste 12 månaderna. Motsvarande för de yngsta männen, 15–25 år, var dock högre, 0–2 partner. Det fanns också skillnader mellan männen utifrån hivstatus. Männen med hiv hade i median haft 1 ny manlig OAS-partner under de senaste 12 månaderna, och 75 procent av dem återfanns inom intervallet 0–9 partner. Motsvarande intervall för män utan hiv var 0–1 icke stadiga sexpartner, och för män som var osäkra på sin hivstatus 0–3 icke stadiga sexpartner.

Hälften av männen hade endast haft oskyddat samlag med män under de senaste 12 månaderna. För männen med hiv och de homosexuella männen gällde det sju av tio. Var tionde man hade haft oskyddat (analt eller vaginalt) samlag med både män och kvinnor under de senaste 12 månaderna, och det var som väntat vanligast bland de bisexuella männen.

I enkäten ställdes fördjupningsfrågor till de respondenter som haft oskyddat analt samlag med minst en icke stadig sexpartner under de senaste 12 månaderna. Männen fick ange var de träffat sina sexpartner, vad de kände till om dessa personer och vad de gjort i samband med sexet.

”Jag har haft oskyddat sex drygt fyra gånger i år, dock är det med två eller möjligtvis tre personer. Aldrig sperma inblandat. Jag FÖRSTÅR att det är illa nog, men sådant händer. En har varit sexkontakt, en annan ett ex och den tredje min nuvarande dejt sedan flera månader tillbaka. Det blir alltså lite väl svartvitt vid sådana här undersökningar. Tänkte bara påpeka det. Eller så kanske jag bara försöker med nån bortförklaring till vad jag vet är risky business. Nåja.”

25 ÅR, STORSTADSLÄN

3. I enkäten användes begreppet ”ny/tillfällig partner” för att beskriva dels de män som respondenterna hade haft sex med vid ett tillfälle, dels de män som respondenterna hade haft sex med vid flera tillfällen utan att betrakta som en stadig partner. Begreppet *icke stadig* används i rapporten och inkluderar ”one night stands”, anonyma och tillfälliga partner och återkommande så kallade knullkompisar.

Tabell 3.2 Var männen träffat icke stadig(a) sexpartner för oskyddat analt samlag under de senaste 12 månaderna (n = 773)

	I länet där jag bor	I ett annat svenskt län	Utomlands
Totalt	88,8 (86,5–91,1)	24,2 (20,8–27,5)	14,8 (11,6–18,0)
Homosexuell/bög	90,0 (87,5–92,6)	24,1 (20,1–28,2)	17,6 (13,4–21,8)
Bisexuell	86,5 (80,8–92,2)	24,2 (17,4–31,1)	7,1 (2,5–11,6)
Heterosexuell	85,0 (57,6–100)	27,3 (0–59,5)	0
Ej sexuellt kategoriserad	83,7 (73,0–94,5)	21,2 (9,0–33,3)	10,2 (0–22,4)
Storstadsområde	100	14,2 (10,1–18,3)	17,9 (13,0–22,8)
Utanför storstadsområde	75,6 (71,2–80,0)	39,5 (34,4–44,6)	10,6 (7,2–14,1)
Har hiv	88,8 (80,2–97,5)	17,8 (6,7–28,9)	44,8 (26,5–63)
Har inte hiv	90,0 (87,6–92,4)	25,1 (21,1–29,0)	12,2 (8,7–15,6)
Osäker på hivstatus	84,0 (76,3–91,7)	21,2 (12,7–29,7)	14,9 (6,3–23,4)

43 procent av männen hade haft oskyddat analt samlag med minst en icke stadig partner under de senaste 12 månaderna. Sammantaget visar resultatet (se tabell 3.2) att nio av tio av dessa män mött icke stadiga sexpartner för oskyddat analt samlag i sitt eget hemlän under de senaste 12 månaderna⁴. En fjärdedel hade mött någon partner i ett annat län och 15 procent hade gjort det utomlands. Det fanns inga skillnader mellan männen baserat på ålder, sysselsättning eller utbildning. Utlandsfödda tenderade att ha mött någon partner utomlands oftare än svenskfödda men skillnaden var inte statistiskt säkerställd.

Det var däremot vanligare bland homosexuella och männen med hiv att ha träffat en partner utomlands. Män som bodde utanför storstadsområdena hade också i högre grad träffat någon sexpartner i andra län än sitt eget, och de hade då oftare mötts i storstadslän.

Som framgår av tabell 3.3 hade de flesta män som haft oskyddat analt samlag med icke stadig(a) partner under de senaste 12 månaderna mött sina partner enbart i Sverige. Vidare hade 4 procent enbart mött sina partner utomlands och 11 procent hade mött sina partner i Sverige och utomlands. Bland männen som haft oskyddat analt samlag med minst en icke stadig partner i Sverige hade drygt nio av tio män uppfattningen att personen eller personerna bodde i Sverige. Totalt 11 procent hade haft sex med någon som vistades tillfälligt i Sverige.

4. Raderna i tabellen summerar inte till 100 procent. Det beror på att 17 respondenter angav att de inte mindes var de träffat nya/tillfälliga OAS-partner och därför exkluderades från tabellen.

Tabell 3.3 Plats(er) där männen haft oskyddat analt samlag med icke stadig(a) partner under de senaste 12 månaderna (n = 773)

	Andel % (95 % KI)
Enbart i Sverige	84,8 (81,6–88,1)
Enbart utomlands	4,2 (2,4–6,0)
Både i Sverige och utomlands	11,0 (8,1–13,9)

Av männen som haft oskyddat analt samlag med en icke stadig partner utomlands hade tre av fyra mött någon från landet som de besökte. En knapp tredjedel hade haft oskyddat analt samlag utomlands med en man bosatt i Sverige och lika många hade mött någon från ett tredje land. Bortsett från Sverige var de vanligaste länderna Danmark, Spanien, Tyskland, Norge och Storbritannien. En dryg tredjedel av männen hade både penetrerat och blivit penetrerade analt utomlands och en knapp tredjedel vardera hade gjort endast det ena av alternativen.

I EMIS2010 konstaterades att var tionde man haft oskyddat analt samlag som följd av att de saknade kondom vid sextillfället. I MSM2013 var det fler, knappt var femte man uppgav att de under de senaste 12 månaderna inte haft tillgång till kondomer och därför haft oskyddat analt samlag med en man. Det var vanligare bland de yngsta (25 procent) än bland de äldsta männen (12 procent).

Sexuella handlingar i samband med oskyddat analt samlag med icke stadig partner under senaste året

Sammantaget var det 42 procent av männen som under de senaste 12 månaderna hade haft oskyddat analt samlag med minst en icke stadig partner. Drygt en fjärdedel hade haft två eller fler icke stadiga OAS-partner.

I tabell 3.4 redovisas hur stor andel av männen som hade erfarenhet av olika handlingar i samband med oskyddat analt samlag med icke stadig(a) partner under de senaste 12 månaderna. Ungefär två tredjedelar uppgav att de varit aktiva (satt på) respektive passiva (blivit påsatt) i samband med anala samlag. Det innebär att många av männen hade varit bådadera. De vanligaste handlingarna i övrigt var oralsex och ömsesidig onani. Värt att notera är att en tredjedel av männen rapporterade att de haft barebacking, definierat som att de aktivt beslutat att inte använda kondom vid oskyddat analt samlag med någon icke stadig partner.

Tabell 3.4 Handlingar i samband med oskyddat analt samlag med icke stadig(a) partner under de senaste 12 månaderna (n = 694)

	Andel % (95 % KI)
Oralsex	93,7 (91,7–95,7)
Ömsesidig onani	93,7 (91,7–95,7)
Blivit påsatt analt	67,5 (63,4–71,6)
Satt på analt	65,0 (61,0–69,1)
Rimming (slicka/bli slickad analt)	63,2 (59,1–67,3)
Druckit alkohol så att jag var berusad	35,7 (31,4–39,9)
Kommit överens innan om att inte använda kondom (så kallad barebacking)	31,4 (27,2–35,6)
Tagit poppers	21,2 (17,3–25,0)
Haft trekant	20,8 (17,2–24,5)
Fistning	12,7 (9,5–15,9)
Haft gruppsex	10,9 (8,0–13,9)
Tagit Viagra/Levitra/Cialis/Kamagra eller liknande preparat	10,4 (7,7–13,1)
Tagit droger (exempelvis partydroger eller annan narkotika)	7,8 (5,0–10,5)
Wet/scat	7,2 (4,7–9,6)
Delat dildo/sexleksaker med andra	7,0 (4,7–9,3)
Fått ersättning för att ha sex	3,8 (2,1–5,5)
Gett ersättning för att ha sex	2,5 (1–4,1)

Vid en fördjupad analys återfanns inga skillnader mellan männen utifrån sexuell identitet mer än att fistning endast förekom bland homo- och bisexuella män. Männen med hiv utmärkte sig däremot genom att ha erfarenhet av flest sexuella handlingar. De hade oftare blivit påsatta, haft gruppsex, haft barebacking, haft fistning och tagit poppers i Sverige jämfört med övriga män. Det var också vanligare att de under utlandsvistelser blivit påsatta, satt på någon annan, sugit av någon annan, haft gruppsex och tagit poppers. Följande skillnader mellan olika subgrupper av män kunde också säkerställas:

- Fler av de utlandsfödda, de yngre och männen som stod utanför arbetsmarknaden hade druckit alkohol i samband med oskyddat analt samlag under de senaste 12 månaderna.
- De yngre männen och männen med kortare utbildning hade i högre grad erfarenhet av alkohol och droger utomlands.
- Männen i storstadsområden och de äldsta männen tog oftare poppers och Viagra än de yngre männen. De äldre männen hade också oftare erfarenhet av fistning, av att ge ersättning för sex och av gruppsex och trekant utomlands.

En jämförelse av handlingar i Sverige respektive utomlands visar att barebacking var vanligare i samband med oskyddat analt samlag med icke stadig(a) partner i Sverige (31 procent jämfört med 17 procent utomlands). Omvänt tenderade gruppsex att vara vanligare utomlands (22 procent jämfört med 10 procent). I övrigt noterades inga skillnader mellan människors erfarenheter av oskyddat analt samlag i Sverige jämfört med utomlands.

Senaste sextillfället

Precis som i de två tidigare svenska MSM-enkäterna ställdes frågor om människors senaste sextillfälle med en man. Bakgrunden är att det kan vara lättare att minnas detaljer kring det senaste tillfället än att i detalj summera ett helt års erfarenheter. I MSM2008-rapporten konstaterades att forskare och preventörer kan få kontinuerlig kunskap om förändringar i sexuella beteenden genom att ställa dessa frågor med jämna mellanrum (6). I detta avsnitt presenteras därför mer detaljerade resultat om när, var, hur och med vem som männen senast hade sex.

När?

Nio av tio män hade haft sex med en man under de senaste 12 månaderna. Sex av tio män hade sex under den senaste månaden, vilket var vanligare bland de homosexuella männen och mindre vanligt bland de heterosexuella. Var tredje heterosexuell man svarade att det var mer än ett år sedan de senast haft sex med en man men för ungefär lika många var det 6–12 månader sedan sist. Detta kan jämföras med homosexuella och bisexuella män; av dem svarade 6 procent respektive 13 procent att det var mer än ett år sedan.

Tabell 3.5 Plats för det senaste sextillfället och ursprung för partner (n = 2 287)

Sex i Sverige	Andel % (95 % KI)	Sex utomlands	Andel % (95 % KI)
Hade sex i Sverige	93,4 (92,0–94,8)	Hade sex utomlands	6,6 (5,2–8,0)
varav med partner från Sverige	92,5 (91,1–93,9)	varav med partner från Sverige	7,0 (2,0–12,0)
varav med partner från annat land	6,2 (4,9–7,5)	varav med partner från annat land	90,2 (84,3–96,1)
Minns inte/vet ej	1,3 (0,7–1,9)	Minns inte/vet ej	2,8 (0–6,0)

Var och med vem?

De allra flesta hade senast sex i Sverige med en partner som också bodde i Sverige (se tabell 3.5). Av dem som senast hade sex utomlands var det nio av tio som uppgav att partnern kom från ett annat land.

Totalt var det åtta av tio män som senast hade sex i sitt hemlän, 13 procent hade senast sex på resa i Sverige och 7 procent utomlands. Av dem som hade sex *utanför* sitt hemlän men i Sverige var det 62 procent som hade det i ett storstadslän. Bland dem som hade sex utomlands svarade de flesta ett land i Europa (69 procent av sextillfällena utomlands). Danmark, Spanien, Thailand och Tyskland stod tillsammans för hälften av de senaste sextillfällena utomlands. Totalt 87 procent av männen hade sex med någon som bodde i Sverige vid senaste sextillfället.

Mer än hälften av männen (57 procent) som senast hade sex med en icke stadig partner fick kontakt med denna sexpartner via internet. Därefter var de vanligaste svaren smartphoneapplikation (12 procent), videoklubb (7 procent) och café/bar/nattklubb (6 procent). Detta är inte förvånande eftersom samtliga respondenter var män på ett internetforum där män söker kontakt med andra män, men det kan inte antas gälla generellt för män som har sex med män. Som diskuterades i kapitel ett kan männen som nåtts av MSM2013 anses vara internetaktiva i högre grad än män som har sex med män i stort.

Det fanns vissa skillnader mellan männens kontaktvägar. Det var enbart homosexuella män som hade mött sin senaste partner på en gaysauna eller bastuklubb, och de mötte också oftare partner på café, bar eller nattklubb och via en smartphoneapplikation än övriga män. Internet och videoklubb var vanligaste svaren bland bi- och heterosexuella. Svaret internet var vanligare utanför storstadsområdena medan videoklubb var vanligare i storstadsområdena. Smartphoneapplikation var vanligast som kontaktsätt bland de yngsta.

I tabell 3.6 framgår vem eller vilka männen hade sex med senast. Drygt 4 procent av männen angav flera svarsalternativ, och det vanligast förekommande enskilda svarsalternativet var att vid det senaste sextillfället ha träffat icke stadig(a) partner som man inte hade träffat förut. En dryg fjärdedel hade sex med stadig(a) partner vid senaste sextillfället.

Tabell 3.6 Typ av partner vid senaste sextillfället (n = 2 308)

	Andel % (95 % KI)
Tillfällig sexkontakt med någon/några som jag inte träffat tidigare	37,0 (34,6–39,4)
Partner/pojkvän/sambo/make	27,8 (25,6–30,1)
Återkommande sexuell partner (knullkompis, älskare)	26,7 (24,5–28,9)
Tillfällig sexkontakt med någon/några som jag kände sedan tidigare	24,9 (22,8–27,0)
Annan typ av partner	1,1 (0,7–1,6)

MSM2013 innehöll också frågor om hur männen *tänkte* och kommunicerade kring hivstatus med sin(a) senaste sexpartner, för att få en uppfattning kring om männen ägnat sig åt *serosorting*.⁵ Ungefär tre av fyra uppfattade att senaste sexpartnern inte hade hiv, var femte uppgav att de inte tänkte på hivstatus vid sextillfället och 3 procent uppfattade att senaste sexpartnern hade hiv. Bland män som själva inte hade hiv var det fler som svarade att senaste sexpartnern inte heller hade hiv, och omvänt så att det bland männen med hiv var fler som hade uppfattningen att sexpartnern också hade hiv. Män med hiv och män som inte slutfört grundskola tänkte överlag i lägre grad på partnerns hivstatus. Männen vars senaste sexpartner var icke stadig(a) tänkte i lägre grad på partnerns hivstatus än övriga män och svarade oftare att de *trodde* att partnern inte hade hiv.

Hur kommunicerade då männen kring sin egen hivstatus? Av dem med hiv var det 54 procent som berättade om detta för sin senaste sexpartner, och en lika stor andel av dem som *inte* hade hiv berättade detta. Det var lika vanligt bland männen med hiv som övriga att *inte* ha pratat om hivstatus vid senaste sextillfället (40 procent). Bland männen som var osäkra på sin hivstatus och männen med längre utbildning var det vanligast att *inte* kommunicera kring ämnet. Det var dubbelt så vanligt att de osäkra männen sagt att de inte hade hiv som att de var osäkra. De osäkra männens senaste sextillfälle kunde potentiellt ha ägt rum vid en tidpunkt då de *inte* uppfattade sig som osäkra på sin egen hivstatus. Det var emellertid lika vanligt bland de osäkra att ha haft sex under den senaste månaden som bland övriga män, och betydligt ovanligare att ha testat sig nyligen. Av männen som senast hade sex med icke stadig(a) partner var det nio av tio som antingen inte sagt något alls om sin hivstatus eller sagt att de inte hade hiv (se tabell 3.7).

5. Begreppet *serosorting* används vanligtvis för att beskriva strategier för att minska risk för HIVöverföring genom att kommunicera kring hivstatus med sina sexpartner och endast ha oskyddat sex med partner av samma hivstatus som en själv (13).

Mer än hälften av männen med hiv uppgav att de informerade sexpartnern om detta, men det var också en hög andel som inte sade något alls.

Tabell 3.7 Kommunikation om egen hivstatus vid senaste sextillfället med icke stadig(a) partner (n = 1 683)

	Andel % (95 % KI)
Sa inget	46,2 (43,3-49,1)
Sa att jag var osäker	1,2 (0,5-1,8)
Sa att jag hade hiv	2,4 (1,4-3,4)
Sa att jag inte hade hiv	45,8 (42,9-48,7)
Minns inte/vet ej	4,4 (3,3-5,5)

En övergripande jämförelse visar också vissa skillnader i kommunikationen kring hivstatus utifrån om männen hade oskyddat analt samlag eller inte vid senaste sextillfället. Männen som *inte* hade det talade i högre grad kring sin egen hivstatus med sin sexpartner. De män som hade oskyddat analt samlag *trodde* i högre grad att sexpartnern inte hade hiv eller tänkte inte på hivstatus alls, jämfört med dem som inte hade sådant samlag. Dessa resultat kan sammantaget tolkas som att kommunikation kring hivstatus kan leda till att man undviker att ha *oskyddat* analt samlag.

Hur?

I tabell 3.8 redovisas de handlingar som männen uppgav att de gjort vid sitt senaste sextillfälle. Det framgår att oralsex var den vanligast förekommande handlingen, följt av ömsesidig onani. Ungefär sex av tio män hade ett analt samlag vid senaste sextillfället. Det fanns små skillnader mellan männen som hade sex med en stadig partner och övriga. De enda statistiskt säkerställda skillnaderna var att männen som hade sex med stadig(a) partner inte hade druckit alkohol och fistat alternativt blivit fistade lika ofta som övriga. Det var även mycket små skillnader utifrån bostadsort och sysselsättning. Männen gjorde däremot olika saker i samband med sex med hänsyn till ålder, identitet, födelseland, utbildningsnivå och hivstatus:

- De yngre männen hade oftare än de äldre sugit av, runkat åt, blivit avrundad, blivit påsatt, blivit slickad och druckit alkohol. De hade samtidigt minimal erfarenhet av poppers jämfört med de äldre männen, vilka i sin tur även oftare hade använt potenshöjande medel och haft trekant.
- Heterosexuella använde mer sällan poppers och droger än övriga. Gruppsex var vanligare bland bisexuella män än övriga.

- Män med hiv hade oftare barebacking än övriga män. De hade också oftare blivit påsatta, blivit fistade och fistat, haft gruppsex och tagit poppers. Männerna med hiv hade dessutom mer sällan blivit avsugna, fått eller gett ersättning och ägnat sig åt ömsesidig onani än övriga.

Tabell 3.8 Handlingar vid senaste sextillfället (n = 2 255)

	Andel % (95 % KI)	Varav med en stadig partner andel % (95 % KI)	Övriga* andel % (95 % KI)
Oralsex	85,5 (83,8–87,2)	83,1 (74,9–86,7)	86,3 (84,4–88,2)
varav sög av	70,3 (68,1–72,6)	69,7 (65,1–74,4)	70,5 (67,9–73,2)
varav blev avsugen	67,6 (65,3–69,9)	70,1 (65,7–74,5)	66,7 (64,0–69,4)
Ömsesidig onani	63,6 (61,2–65,9)	67,3 (62,6–72,0)	62,3 (59,4–65,1)
varav runkade åt	55,3 (52,9–57,8)	59,2 (54,2–64,2)	53,9 (51,0–56,8)
varav blev avrunkad	54,5 (52,1–57,0)	58,5 (53,5–63,5)	53,4 (50,5–56,3)
Analt samlag	57,6 (55,1–60,1)	60,3 (55,3–65,2)	56,9 (54,0–59,8)
varav blev påsatt	34,4 (32,0–36,8)	33,7 (28,8–38,6)	34,8 (32,1–37,6)
varav satte på	33,4 (31,0–35,8)	39,1 (34,1–44,1)	31,6 (28,9–34,4)
Rimming	26,9 (24,7–29,2)	24,0 (19,7–28,3)	27,9 (25,3–30,5)
varav blev slickad	18,0 (16,1–19,9)	15,4 (11,8–19,1)	18,9 (16,6–21,2)
varav slickade	16,8 (14,9–18,7)	16,2 (12,6–19,8)	17,0 (14,8–19,2)
Alkohol	10,6 (9,0–12,3)	4,8 (2,2–7,3)	12,6 (10,6–14,6)
Barebacking	6 (4,8–7,3)	-	6,7 (5,1–8,2)
Poppers	5,7 (4,5–7,0)	3,9 (1,7–6,0)	6,3 (4,8–7,8)
Fistning	3,1 (2,2–4,0)	1,1 (0–2,2)	3,7 (2,6–4,9)
varav fistade	1,7 (1,0–2,5)	0,1 (0–0,4)	2,2 (1,2–3,2)
varav blev fistad	1,7 (1,1–2,4)	1,1 (0–2,2)	1,9 (1,2–2,7)
Trekant	2,9 (2,1–3,7)	-	4,0 (2,9–5,0)
Potenshöjande medel	2,6 (1,9–3,3)	1,7 (0,6–2,8)	2,9 (2,1–3,8)
Wet/scat	1,5 (0,9–2,1)	2,1 (0,4–3,7)	1,4 (0,8–2,0)
Delade sexleksaker	1,4 (0,9–1,9)	1,5 (0,5–2,5)	1,4 (0,8–2,0)
Gruppsex	1,4 (0,9–2,0)	-	1,9 (1,2–2,7)
Droger	1,0 (0,5–1,4)	0,4 (0–0,8)	1,2 (0,6–1,8)
Fick ersättning	0,7 (0,3–1,2)	-	0,9 (0,4–1,5)
Gav ersättning	0,3 (0–0,6)	-	0,4 (0–0,8)

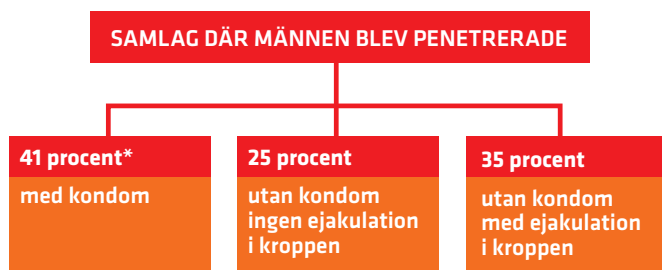
* Kolumnen övriga inkluderar männen som hade sitt senaste sextillfälle med en eller flera partner som inte definierats som partner/pojkvän/make.

Handlingar med risk för hivöverföring

Risken för att hiv ska överföras sexuellt är högst vid anala samlag och är högre för den mottagande parten än den som penetrerar. En dryg tredjedel av männen hade analt samlag då de själva blev penetrerade vid sitt senaste sextillfälle. Av dessa var det sex av tio som inte använde kondom alls eller

enbart under en del av samlaget. I figur 3.1 framgår att kondom användes vid färre än hälften av de mottagande anala samlagen och att mer än hälften av övriga män hade ett mottagande analt samlag med ejakulation i kroppen.

Figur 3.1 Kondomanvändning och ejakulation



* I procentsatsen ingår endast de samlag där kondom användes under hela samlaget. Om kondom användes under delar av samlaget har samlaget betraktats som oskyddat.

Åtta av tio män som hade analt samlag (mottagande och/eller penetrerande) använde glidmedel. Av dem som använde kondom under hela eller delar av samlaget var det tre procent som råkade ut för att kondomen gick sönder.

För att minska risken för överföring av hiv eller andra STI har många män som har sex med män fått rådet att undvika att få sperma i munnen. Hivöverföring via oralsex är dock mycket sällsynt. En tredjedel av männen som sög av en partner vid senaste sextillfället svarade att de fick hans sperma i sin mun, och lika stor andel av dem som blev avsugna angav att de sprutade sperma i en sexpartners mun.

Tabell 3.9 Kondomanvändning och spermakontakt bland männen som hade analt samlag vid senaste sextillfället (n = 773)

Sex med stadig partner	Andel % (95 % KI)	Sex med icke stadig partner	Andel % (95 % KI)
Penetrerade		Penetrerade	
Kondom under hela samlaget	19,0 (13,0–25,1)	Kondom under hela samlaget	49,9 (44,6–55,1)
Kom i sin partner	70,6 (61,8–79,4)	Kom i sin partner	45,1 (37,7–52,6)
Blev penetrerad		Blev penetrerad	
Kondom under hela samlaget	23,0 (16,3–29,7)	Kondom under hela-samlaget	44,1 (39,3–49,0)
Fick partners sperma i sig	69,1 (59,3–78,9)	Fick partners sperma i sig	49,7 (43,0–56,3)

Som framgår i tabell 3.9 använde männen som hade sex med icke stadig(a) partner dubbelt så ofta kondom under hela samlaget jämfört med dem som hade sex med stadig(a) partner. Färre av männen som hade icke stadig(a) partner kom i sin partner och/eller fick själva annans sperma i ändtarmen jämfört med männen som hade sex med en stadig partner. Detta kan tolkas som en medveten riskreducerande strategi. Av männen med hiv var det 78 procent som *inte* använde kondom när de själva satte på vid senaste sextillfället, jämfört med 50 procent av de män som inte hade hiv. Detta skulle kunna tolkas som att männen med hiv oftare än övriga hade uppfattningen att sexpartnern hade samma hivstatus som de själva. Även följande skillnader syntes mellan subgrupper av männen:

- Heterosexuella män hade oftare varit mottagande part utan kondom jämfört med bisexuella och homosexuella män.
- Hälften av de äldsta använde kondom under hela det anala samlaget medan bara en tredjedel av de yngsta gjorde det.

Sex mot ersättning

I MSM2013 ställdes endast två frågor om erfarenhet av sex med andra män mot ersättning, vilket ger begränsade analysmöjligheter. Samtliga män fick besvara frågan om sex mot ersättning vid senaste sextillfället. När det gäller erfarenheter under de senaste 12 månaderna var det dock endast de män som haft oskyddat analt samlag med icke stadig partner som besvarade dessa frågor. Därför kan de inte jämföras med övriga män. Det går heller inte att beräkna andelen män som fått eller gett ersättning oavsett typ av sex någon gång under de senaste 12 månaderna.

”Blev ju lite tid att reflektera över sitt sexliv, var klart positivt och känner mig inte sugen på att ta några risker.”

54 ÅR, LANDSORTSLÄN

Tabell 3.10 redovisar medianåldern bland männen som fått respektive gett ersättning, och bland männen som inte hade någon av dessa erfarenheter. Det var i huvudsak de yngre männen som tenderade att ha fått ersättning medan de äldre hade gett ersättning.

Tabell 3.10 Medianålder, sex mot ersättning

	Medianålder fått ersättning (år)	Medianålder gett ersättning (år)	Medianålder ej fått/gett ersättning (år)
Senaste sextillfället (n = 2 255)	25	40	34
Vid oskyddat analt samlag med icke stadig partner under de senaste 12 månaderna (n = 694)	22	35	31

Som framgår av tabell 3.11 var det få män som hade sex mot ersättning i samband med sitt senaste sextillfälle. Om männen som hade sex med en stadig partner exkluderas ur analysen var det knappt en procent som fick ersättning, och mindre än en halv procent som gav ersättning till någon annan. Inga skillnader kunde ses utifrån sexuell identitet, bostadsort eller relationsstatus. Däremot noterades att ingen i de två yngsta åldersgrupperna, ingen utlandsfödd och ingen utan sysselsättning hade gett ersättning vid senaste sextillfället. Inte heller var det några respondenter med självskattat dåligt eller mycket dåligt hälsotillstånd som hade haft sex mot ersättning vid senaste sextillfället.

Tabell 3.11 Erfarenhet av sex mot ersättning

	Fått ersättning Andel % (95 % KI)	Gett ersättning Andel % (95 % KI)
Senaste sextillfället (n = 2 255)	0,7 (0,3-1,2)	0,3 (0-0,6)
Senaste sextillfället - stadig partner exkluderade (n = 1 688)	0,9 (0,4-1,5)	0,4 (0-0,8)
I samband med oskyddat analt samlag med icke stadig partner under de senaste 12 månaderna (n = 694)	3,3 (1,7-4,8)	1,7 (0,6-2,9)
15-25	6,1 (2,4-9,7)	0,23 (0-0,7)
26-35	4,0 (0,4-7,6)	3,1 (0-6,7)
36-46	0,4 (0-1,1)	1,7 (0-5,1)
47+	0,8 (0-1,98)	4,0 (0,4-7,7)

Utöver senaste sextillfället gick det att analysera männens handlingar i samband med oskyddat analt samlag med icke stadig(a) partner. Totalt 3 procent av männen hade fått ersättning i samband med detta under de senaste 12 månaderna, och 2 procent hade gett någon annan ersättning. Det fanns stora skillnader mellan de yngsta och äldsta åldersgrupperna: 6 procent av de yngsta männen hade tagit emot ersättning vid sådant samlag under de senaste 12 månaderna medan 4 procent av männen äldre än 46 år hade gett ersättning.

Det var betydligt vanligare att män utan en stadig relation hade *fått* ersättning för sex. Det fanns också en tendens till att fler boende i storstadsområden hade *gett* ersättning. På liknande sätt fanns en tendens till att fler bisexuella än homosexuella män *gett* ersättning för sex medan det omvända gällde för att ha *fått* ersättning. Inga skillnader syntes utifrån sysselsättning och födelseland.

Vid en fördjupad analys kunde även följande skillnader ses: Männen som haft sex mot ersättning hade dubbelt så ofta avsiktligt haft oskyddat analt samlag, så kallad barebacking, under de senaste 12 månaderna jämfört med övriga män. Det var också betydligt vanligare bland männen som *gett* ersättning att aldrig ha hivtestat sig medan de som *fått* ersättning i hög grad testat sig för både hiv och andra STI under senaste halvåret. Männen som *gett* ersättning hade oftare penetrerat sin(a) sexpartner vid oskyddat analt samlag, och omvänt var det vanligare att ha blivit penetrerad bland dem som *fått* ersättning. De som *fått* ersättning var i högre grad än övriga medlemmar i organisationer för hbtq-personer. Männen som *gett* ersättning var i sin tur mer aktiva på Qruiser.

Hiv, STI och testning

I detta kapitel beskrivs männens testvanor när det gäller hiv och andra sexuellt överförda infektioner (STI).

Huvudsakliga resultat

- Tre av fyra män har någon gång testat sig för hiv och nästan lika många för andra STI. Fyra av tio hade testat sig för hiv under de senaste 12 månaderna. Drygt var tredje man hade testat sig för STI under de senaste 12 månaderna och en av tio av dessa hade haft en STI under samma period.
- Den vanligaste anledningen till att testa sig var att ha för vana att testa sig med jämna mellanrum.
- I de flesta fall ägde männens senaste test rum på en särskild MSM-mottagning, men de geografiska variationerna var stora.
- En tredjedel av männen uppfattade att de inte fick några preventiva erbjudanden utöver själva testet. Männen utanför storstadsområdena fick färre erbjudanden än männen i storstäderna.
- Att aldrig ha testat sig var vanligare bland yngre män, män utanför storstadsområden, män med kortare utbildning, bisexuella och män som inte vill kategorisera sig sexuellt. Många män som inte testat sig ansåg att de inte har tagit några risker.
- Yngre män upplevde oftare än de äldre hinder för testning som är relaterade till rädsla, oro och okunskap och att de inte har tillgång till test beroende på avstånd eller öppettider.
- Knappt var femte man utanför storstadsområdena var osäker på var han kan få ett hivtest med kort varsel.

Testning för hiv och STI

Som redovisades i kapitel 2 svarade ungefär 4 procent av männen att de hade hiv. De flesta av männen, tre av fyra, hade någon gång testat sig för

hiv och nästan lika många hade testat sig för andra STI. I tabell 4.1 framgår hur stor andel av männen som hivtestat sig under de senaste 12 månaderna, längre tillbaka i tiden respektive aldrig. Homosexuella män hade testat sig i högre grad än övriga liksom de yngsta jämfört med övriga åldersgrupper. Av de yngsta som hivtestat sig var det också fler som testat sig under det senaste halvåret, jämfört med övriga åldersgrupper. Dessa resultat tyder sammantaget på att förhållandevis många av de yngre uppfattar att de har utsatt sig för risk och följaktligen testat sig, medan andra yngre har begränsade erfarenheter av sex och på grund av sin ålder inte hunnit få testerfarenheter som ligger längre bak i tiden. Sysselsatta män och män i storstadsområden hade oftare hivtestat sig under de senaste 12 månaderna än övriga. Att aldrig ha testat sig var vanligast bland männen utanför storstadsområden, männen med kortare utbildning, bisexuella och män som inte ville kategorisera sig samt dem som var osäkra på sin hivstatus. Det fanns inga skillnader mellan svenskfödda och utlandsfödda män.

Tabell 4.1 Tidpunkt för senaste hivtest (n = 2 251)

	Totalt andel % (95 % KI)	Homosexuella % (95 % KI)	Bisexuella % (95 % KI)	Heterosexuella % (95 % KI)	Ej kategoriserade % (95 % KI)
Senaste året	43,1 (40,6–45,5)	47,9 (44,7–51,1)	35,1 (30,5–39,6)	37,1 (22,2–52,1)	33,0 (24,6–41,4)
För mer än ett år sedan	30,9 (28,7–33,2)	33,2 (30,2–36,2)	24,9 (20,9–28,8)	30,9 (17,4–44,5)	32,6 (24,0–41,3)
Aldrig	23,6 (21,7–25,6)	17 (14,8–19,2)	38 (33,5–42,4)	28,0 (16,4–39,6)	30,3 (22,1–38,5)

Majoriteten av männen, två av tre, hade någon gång testat sig för andra STI än hiv (se tabell 4.2). Test under de senaste 12 månaderna var vanligare bland de yngre, männen med hiv, bosatta i storstadsområden och dem som betraktade sig som homosexuella. Många hade aldrig STI-testat sig och det var vanligare bland bisexuella och män som valt att inte kategorisera sig sexuellt, män med kortare utbildning, män som var osäkra på sin hivstatus, de yngsta männen och männen som bodde utanför storstadsområden.

"Dessutom så vill jag att det ska finnas ett 15-minuters test istället för att behöva vänta i 7 dagar på resultat, förra gången jag påpekade detta fick jag som svar "Men hur kul skulle det vara att få reda på att du hade en obotlig sjukdom efter bara 15 minuter efter att ha testat sig? Vi ringer istället om det är något."

25 ÅR, LANDSORTSLÄN

Tabell 4.2 Tidpunkt för senaste STI-test (n = 2 236)

	STI-test andel % (95 % KI)
Senaste året	36,9 (34,4–39,3)
För mer än ett år sedan	30,9 (28,6–33,2)
Aldrig	30,0 (27,8–32,2)

I enkäten fanns en fråga om huruvida männen visste var de kan få ta ett hivtest med kort varsel. Frågan speglar männens spontana och subjektiva uppfattning. Den kan därmed uppfattas som ospecifik eftersom den både reflekterar huruvida männen vet var de kan testa sig och ifall de faktiskt har lättillgängliga testmöjligheter. Därför var det väntat att de äldre männen, som i högre grad någon gång testat sig, oftare visste var de kunde testa sig jämfört med de yngre männen. Som framgår i tabell 4.3 uppfattade männen i storstadsområdena också i högre grad än övriga att de visste var de kan få ett test med kort varsel.

Tabell 4.3 Kunskap om lättillgänglig hivtestning (n = 2 175)

	Totalt % (95 % KI)	Storstadsområden % (95 % KI)	Utanför storstadsområden % (95 % KI)
Ja, jag är helt säker	66,6 (64,3–68,9)	72,4 (68,8–76)	60,0 (57,1–62,8)
Ja, jag är ganska säker	19,9 (17,9–21,8)	18,2 (15,1–21,3)	21,8 (19,4–24,2)
Nej, jag är osäker	13,5 (11,9–15,2)	9,4 (7,1–11,8)	18,2 (16,0–20,5)

STI-diagnos

Av männen som testat sig för STI under de senaste 12 månaderna var det nio procent som fått veta att de hade minst en STI under samma period. En procent hade haft mer än en STI under året. Klamydia var vanligast (4 procent). Tre procent av männen hade haft gonorré under de senaste 12 månaderna. Gonorré var vanligare bland homosexuella män än bland övriga män i övrigt noterades inga skillnader. En majoritet av männen hade inte testat sig under de senaste 12 månaderna, så det bör antas att en del hade odiagnostiserad STI eftersom det är vanligt att dessa infektioner inte ger symptom.

”Jag har känt mig ifrågasatt när jag velat göra ett HIV-test på en vårdcentral. Känns inte bra.”

39 ÅR, LANDSORTSLÄN

Varför hivtest?

Baserat på testerfarenheter fick männen ge anledningar till att testa respektive inte testa sig. Anledningen till männens senaste hivtest var i de flesta fall att de hade för vana att testa sig med jämna mellanrum. Andra vanliga anledningar var hälsoundersökning eller screening och en ny relation. Därefter följde att ha haft oskyddad sex med en icke stadig partner.

De som *inte* hade testat sig (någonsin eller under de senaste fem åren) svarade att de inte hade tagit risker, att de inte tänkt på det, att de hade en monogam relation, att de inte visste var de kan testa sig, att de var rädda för att känna sig misslyckade vid ett positivt provsvar eller att de inte ville bli igenkända av personal eller andra besökare på mottagningen. De yngsta männen, 15–25 år, uppgav oftare än övriga män hinder såsom svårighet att ta sig till mottagningen, mottagningens begränsade öppettider och rädsla för negativa konsekvenser för sexlivet eller oro för att bli sjuk.

Det var ovanligt att inte ha testat sig på grund av att sjukvården nekat testet. Andra mindre vanliga svar var rädsla för smittskyddslagen och tillämpningen av brottsbalken på hiv, rädsla för att inte få uppehållstillstånd och rädsla för att förlora arbete, partner eller familj.

Testning – var?

I de flesta fall hade det senaste hivtestet ägt rum på en särskild mottagning för män som har sex med män, följt av en STI-mottagning och en vårdcentral. Det fanns emellertid skillnader mellan olika subgrupper. Yngre och män utanför storstadsområdena testade sig oftare på en ungdomsmottagning, för både hiv och STI, medan äldre män oftare besökte en MSM-mottagning eller vårdcentral alternativt en STI-mottagning för STI-test. Självtest var vanligast bland männen i åldrarna 26–35 år. Det fanns också skillnader utifrån bostadsort och identitet. Männen i storstadsområdena testade sig oftare på en särskild MSM-mottagning, för både hiv och STI, medan STI-mottagning och vårdcentral dominerade i övriga landet. Hälften av de homosexuella männen testade sig senast på en MSM-mottagning. En tredjedel av männen, oavsett sexuell identitet, testade sig senast på en STI-mottagning medan bisexuella och heterosexuella oftast hade vänt sig till en vårdcentral. Bisexuella och män som inte kategoriserade sig hade STI-testat sig mindre ofta på särskild MSM-mottagning än homosexuella män.

Utlandsfödda hade oftare testat sig (för både hiv och STI) utomlands och mer sällan än svenska män på en ungdomsmottagning.

Tabell 4.4 Plats för senaste testtillfället

	Andel av senaste hivtest % (95 % KI) (n = 1 603)	Andel av senaste STI-test % (95 % KI) (n = 1 414)
MSM-mottagning	35,4 (32,6–38,2)	35,3 (32,3–38,3)
STI-mottagning	25,0 (22,6–27,3)	28,8 (26,2–31,4)
Vårdcentral	21,8 (19,6–23,9)	18,2 (15,9–20,4)
Ungdomsmottagning	6,7 (5,5–7,9)	9,4 (8,0–10,9)
Självtest/hemtest	0,6 (0,1–1,1)	2,8 (1,9–3,8)
Utomlands	2,8 (1,8–3,9)	2,7 (1,6–3,8)
Någon annanstans	5,7 (4,3–7,1)	2,8 (1,7–3,8)
Ideell organisation	2,1 (1,2–2,9)	-

Män med hiv hade oftare än övriga män STI-testat sig på en MSM-mottagning och män som inte hade hiv vände sig oftare till en vårdcentral. Knappt hälften av männen med hiv svarade att deras senaste hivtest ägde rum på en MSM-mottagning. Ungefär en tredjedel av männen med hiv hivtestade sig senast på en STI-mottagning eller vårdcentral och en femtedel någon annanstans.

”Den här undersökningen fick mig att fundera över mina sexualvanor och mina nästintill obefintliga provtagningar. Kanske man skulle gå från jobbet tidigt en dag för att testa sig.”

23 ÅR, LANDSORTSLÄN

Testning – hur?

Männen fick också svara på om de fått erbjudanden om rådgivning, hepatitvaccination och test för andra STI vid det senaste hivtestet. Det vanligaste svaret var test för andra STI, vilket knappt hälften fått erbjudande om. Näst vanligast var att inte ha fått något erbjudande alls. Ungefär en fjärdedel hade blivit erbjudna rådgivning, snabbsvarstest för hiv eller resultat vid testtillfället eller ett återbesök.

Tabell 4.5 Preventiva erbjudanden i samband med senaste hivteststillfället (n = 1 572)

	Andel som fick erbjudandet % (95 % KI)
STI-test	46,9 (44,0–49,9)
Inget erbjudande	30,8 (28,2–33,4)
Resultat vid teststillfället/återbesök	25,8 (23,1–28,5)
Rådgivning	24,0 (21,3–26,6)
Snabbsvartest för hiv	22,8 (20,2–25,5)
Hepatitvaccination	12 (9,8–14,1)
Fortsatt samtalskontakt	5,2 (3,8–6,6)

Ungdomsmottagningar och MSM-mottagningar gav betydligt oftare erbjudande om rådgivning och STI-test jämfört med vårdcentraler. Hivtest med snabb svar erbjöds till drygt hälften av männen som testade sig på en MSM-mottagning men var ovanligt på övriga testställen. En knapp femtedel av männen som testat sig utomlands uppgav att de fått test med snabb svar, något som skulle kunna förklara att männen valt att testa sig just där. Hälften av männen som testade sig på en vårdcentral svarade att de inte fick något erbjudande alls, liksom en tredjedel av dem som testade sig på en STI-mottagning.

När det gäller skillnader utifrån bostadsort fick männen utanför storstadsområdena samtliga erbjudanden mer sällan än de som bor i storstäder. Totalt 41 procent svarade att de inte fått något erbjudande alls jämfört med 24 procent av männen i storstadsområden. Endast erbjudandet om fortsatt samtalskontakt var lika vanligt oavsett bostadsort.

Bi- och heterosexuella män fick i lägre grad erbjudanden såsom snabbsvartest, STI-test, hepatitvaccination och samtalskontakt. Skillnaderna hänger ihop med att de inte testat sig på en MSM-mottagning i samma utsträckning som homosexuella män.

”Det ska vara enkelt att beställa tid på mottagning för att lämna blodprov, samt undersökning om man fått någon könssjukdomar eller inte utan man märkt något symptom. Man ska kunna gå regelbundet och kolla för att ha läget under kontroll, det ska inte vara tidsbeställning så man får vänta månader.”

57 ÅR, LANDSORTSLÄN

Tabell 4.6 Preventiva erbjudanden i samband med senaste STI-teststillfället (n = 1 382)

	Andel som fick erbjudandet totalt % (95 % KI)	MSM-mottagning % (95 % KI)	STI-mottagning % (95 % KI)	Ungdomsmottagning % (95 % KI)	Vårdcentral % (95 % KI)
Provtagning i svalg och ändtarm	46,1 (43,0–49,3)	74,1 (68,9–79,3)	49,5 (44,1–54,8)	23,9 (16,9–30,8)	11,0 (7,0–15,0)
Hivtest	48,4 (45,2–51,5)	65,4 (59,7–71,1)	56,9 (51,6–62,1)	39,8 (30,9–48,7)	14,7 (10,2–19,2)
Återbesök för testresultat	21,2 (18,5–23,9)	28,4 (22,8–34)	18,8 (14,5–23,2)	26,2 (18,2–34,1)	10,3 (5,9–14,7)
Rådgivning	25,2 (22,3–28,1)	34,8 (28,9–40,8)	24,6 (20,0–29,3)	30,5 (22,2–38,9)	8 (4,1–11,9)
HPV-vaccination	0,7 (0,2–1,1)	0,3 (0–0,9)	1,0 (0–2,1)	0,9 (0–2,2)	0,9 (0–1,9)
Hepatitvaccination	12,8 (10,5–15,2)	25,9 (20,3–31,5)	9,7 (6,5–12,8)	1,3 (–0–2,8)	3,0 (1,1–4,9)
Fortsatt samtalskontakt	4,5 (3,1–5,9)	5,3 (2,3–8,3)	4,3 (1,9–6,7)	4,5 (1,3–7,7)	2,2 (0,5–4,0)
Inget erbjudande	31,2 (28,4–34,0)	10,9 (7,3–14,5)	22,9 (18,6–27,2)	40 (31,3–48,7)	68,2 (62–74,4)

I tabell 4.6 framgår vilka erbjudanden männen fick i samband med sitt senaste STI-test utifrån typen av mottagning. Flest erbjudanden fick männen som testat sig på en MSM-mottagning medan vårdcentraler och ungdomsmottagningar tenderade att ge färre erbjudanden.

Liksom vid hivtest var det skillnader mellan männen i storstadsområden och övriga samt utifrån sexuell identitet. Värt att notera är att 30 procent av de homosexuella männen fick erbjudande om rådgivning, jämfört med 15 procent av bisexuella och 10 procent av heterosexuella. Männen med hiv erbjöds rådgivning hälften så ofta som männen utan hiv och dem som var osäkra på sin hivstatus. Detta kan hänga ihop med att de STI-testades i samband med återkommande besök för uppföljning av hivinfektionen. Inga heterosexuella eller män med hiv uppgav att de fick erbjudande om vaccination mot hepatit eller humant papillomvirus (HPV). Erbjudande om fortsatt samtalskontakt gavs oftare till homosexuella män än övriga och inga heterosexuella svarade att de fått denna fråga.

Tabell 4.7 Självrapporterad vaccinationsstatus (n = 2 227)

	Totalt % (95 % KI)	Storadsområden % (95 % KI)	Utanför storadsområden % (95 % KI)
Vaccinerad mot hepatit A	45,5 (43,0–48,0)	50,9 (47,0–54,8)	39,5 (36,6–42,3)
Vaccinerad mot hepatit B	48,5 (46,0–50,9)	56,8 (52,9–60,6)	39,0 (36,1–41,8)
Vaccinerad mot HPV	3,5 (2,6–4,4)	3,5 (2,0–4,9)	3,5 (2,4–4,6)
Inte vaccinerad	25,9 (23,8–28,0)	21,0 (17,9–24,1)	31,6 (28,9–34,3)
Minns inte/vet ej	23,9 (21,8–26,0)	21,4 (18,2–24,6)	26,7 (24,2–29,3)

Männen fick också ange om de var vaccinerade mot hepatit A och B samt HPV. Som framgår av tabell 4.7 svarade knappt hälften att de hade vaccinerats mot en eller båda hepatitsjukdomarna. Den övervägande majoriteten av dessa var vaccinerade mot båda. Att vara vaccinerad mot hepatit B var något vanligare bland männen med hiv än övriga män. Det var också vanligare med både hepatit A- och B-vaccination bland sysselsatta män, män med längre utbildning och män i storstad. Följaktligen var det fler utanför storadsområdena som inte var vaccinerade alls eller som inte mindes. HPV-vaccination var vanligare i de yngre åldersgrupperna. Den förhållandevis höga vaccinationstäckningen kan vara en anledning till att få män minns huruvida de fick erbjudande om vaccination vid sitt senaste hiv- eller STI-testtillfälle.

Kunskap, behov och kontakt med förebyggande insatser

I detta kapitel presenteras resultaten om männens kunskaps- och insatsbehov, var männen kan nås och vilka kontakter männen haft med preventionen hittills.

Huvudsakliga resultat

- Att ta del av förebyggande information på internet var lika vanligt över hela landet men övrig kontakt med preventionen var vanligare i storstadsområdena. Män med hiv hade oftare tagit del av preventiva insatser och skattade sin kunskap kring hiv, STI och sexuell hälsa högre än övriga.
- Hälften av männen hade fått gratis kondomer under de senaste 12 månaderna.
- En övervägande majoritet av männen ville ha tillgång till snabbsvarstest för hiv samt kondom- och glidmedelsutdelning. Drygt sex av tio män ville ha tillgång till en särskild MSM-mottagning för sexuell hälsa.
- Färre än hälften av männen ville ha tillgång till samtalsbaserade insatser men män med hiv och utlandsfödda män tenderade att önska dessa i högre grad än övriga. De yngsta männen ville ha internetbaserade insatser i högre grad än äldre män.
- Männen som haft oskyddat analt samlag med icke stadig(a) partner under de senaste 12 månaderna önskade preventiva insatser i högre grad än övriga.
- Nio av tio män var aktiva på Qruiser varje månad och sju av tio hade även besökt andra internetsidor eller mobiltelefonapplikationer som riktar sig till hbtq-personer under senaste månaden.
- Färre än hälften av männen hade besökt fysiska mötesplatser för hbtq-personer den senaste månaden. Variationerna var stora mellan män i storstadsområden och övriga landet.

Möten med förebyggande insatser

I enkäten ställdes också ett antal frågor om huruvida männen nåtts av information om hiv eller andra STI under de senaste 12 månaderna. De flesta, sju av tio, hade läst på internet och knappt en tredjedel uppgav att de gjort det flera gånger. Drygt hälften av männen hade dessutom läst tryckt material och fått gratis kondomer under perioden. En tredjedel hade också haft ett samtal med en preventör.

”Jag tycker att ni borde informera mera om att dagens bromsmediciner mot hiv fungerar rätt bra och att man skall testa dig regelbundet om man har osäkerhet med någon som inte är testad. Det är bättre att veta sin status än att gå och oro sig.”

51 ÅR, LANDSORTSLÄN

Tabell 5.1 Kontakt med preventionen (n = 2 182)

	Totalt % (95 % KI)	Homosexuell % (95 % KI)	Bisexuell % (95 % KI)	Heterosexuell % (95 % KI)	Vill inte kategorisera sig sexuellt % (95 % KI)
Samtal med preventör	33,0 (30,6–35,5)	38,6 (35,4–41,9)	23,4 (19,2–27,7)	10,2 (1,5–18,8)	25,5 (17,0–33,9)
Fått gratis kondomer	52,8 (50,3–55,3)	59,9 (56,7–63)	40,7 (35,9–45,5)	21,1 (8,3–33,9)	46,2 (36,8–55,6)
Läst på internet	70,5 (68,2–72,8)	73,8 (71–76,7)	67,2 (62,7–71,6)	52,1 (37,2–67,1)	62,8 (53,7–72,0)
Läst tryckt material	51,9 (49,3–54,4)	57,4 (54,1–60,6)	42,8 (38,0–47,6)	20,4 (7,4–33,4)	44,2 (34,9–53,6)

Som framgår av tabell 5.1 var samtliga kontakter med preventionen vanligare bland homosexuella medan de heterosexuella hade haft minst sådan kontakt. Männen med hiv hade oftare samtalat med en preventör, fått gratis kondomer och läst tryckt material än övriga. Att få kondomer och läsa på internet var annars vanligast bland de yngsta. Internetläsning var lika vanligt i hela landet medan övriga kontakter och informationskällor var betydligt vanligare i storstadsområdena än resten av landet. Markant fler av männen utanför storstadsområdena hade *inte* nåtts av någon information alls under de senaste 12 månaderna (se tabell 5.2).

Tabell 5.2 Kontakt med preventionen (n = 2 182)

	Bosatt utanför storstadsområde % (95 % KI)	Bosatt i storstadsområde (Stockholm, Göteborg, Malmö) % (95 % KI)
Samtal med preventör	25,9 (23,3–28,5)	39,1 (35,1–43,0)
Fått gratis kondomer	42,0 (39,1–44,9)	61,8 (58,0–65,6)
Läst på internet	69,0 (66,3–71,7)	72,0 (68,5–75,6)
Läst tryckt material	46,8 (43,9–49,8)	56,0 (52,0–60,0)

Kunskaper

Precis som i tidigare MSM-enkäter fick männen bedöma sina egna kunskaper inom ett antal områden för att bedöma behovet av ytterligare kunskap och färdigheter. I tabell 5.3 framgår att mycket få av männen ansåg att de hade dåliga eller mycket dåliga kunskaper om hiv och STI. Däremot svarade en majoritet att de hade dåliga eller mycket dåliga kunskaper om post-expositionsprofylax (PEP), det vill säga hivbehandling i förebyggande syfte som ges en kort tid efter hivexponering för att försöka förhindra att den som exponerats via till exempel oskyddat sex eller blod blir smittad.⁶ En dryg tredjedel tyckte att de hade dåliga kunskaper om att leva med hiv, och en lika stor andel hade dåliga kunskaper om möjligheten att få barn för män som har sex med män. Sammantaget bedömde de yngre männen att de hade sämre kunskaper på samtliga områden utom när det gällde att berätta för andra om sin egen homo- eller bisexualitet. Resultatet kan tolkas som en attitydfråga kopplad till generationstillhörighet snarare än kunskap och kan tyda på att sexuell identitet kan vara mer avdramatiserat bland de yngsta.

Det fanns inga skillnader utifrån födelseland, sysselsättning eller utbildningslängd. Däremot hade män i storstadsområden och homosexuella män ofta bättre kunskaper än övriga. Männen som var osäkra på sin hivstatus hade genomgående sämre kunskaper än övriga män och de med hiv hade ofta bäst kunskaper. Detta indikerar att männen med hiv i högre grad har kunskap om frågor som rör deras egen sexuella hälsa, men det bekräftar även att män med hiv oftare haft kontakt med preventionen än övriga. Som visats tidigare var det vanligare bland männen som var osäkra på sin hivstatus att aldrig ha testat sig och att inte ha talat med en preventör nyligen,

6. För aktuella svenska rekommendationer om PEP, se RAV:s behandlingsrekommendationer från 2014: <http://www.folkhalsomyndigheten.se/referensgruppen-for-antiviral-terapi/rekommendationer/hiv/antiretroviral-behandling-av-hiv-infektion/>

något som kan förklara varför dessa män bedömde sina kunskaper som sämre än övriga.

Tabell 5.3 Kunskap om hiv, STI och sex (n = 2 174)

Kunskapsområde	Dåliga/mycket dåliga kunskaper % (95 % KI)
Postexpositionsprofylax (PEP) mot hiv	69,7 (67,3–72,1)
Hur det är att leva med hiv	35,4 (32,8–37,9)
Vilka möjligheter som finns om jag vill ha barn	34,6 (32,1–37,1)
Hur jag kan tala med en sexpartner om hivstatus	26,1 (23,8–28,3)
Hur man berättar för andra att man är homo-/bisexuell	22,6 (20,6–24,6)
Hur jag får en relation att fungera bra	20,4 (18,2–22,6)
Hur jag kan ha analt samlag utan att kondomen går sönder	17,4 (15,5–19,4)
Andra könssjukdomar än hiv	11,1 (9,5–12,8)
Hiv	6,4 (5,1–7,7)
Hur olika könssjukdomar överförs	5,2 (4–6,4)

Preventiva behov

Förutom *tillgång* till preventiva insatser behöver *inhållet* i information och samtal motsvara männens behov. Respondenterna fick därför också svara på vilka insatser de själva vill ha tillgång till. Svartalternativen var ja, nej och vet inte. Den begränsade skalan innebär att svaren speglar både sådant som männen hade tillgång till och var nöjda med och sådant som männen inte hade men önskade fanns, något som en del män också påpekat i kommentarer.

”På vissa ställen får man beställa gratis kondom och glidmedel hem i brevlådan. Det borde utvidgas till hela landet.”

23 ÅR, STORSTADSLÄN

Tabell 5.4 Preventiva behov (n = 2 106)

	Andel ja-svar % (95 % KI)
Snabbsvarstest för hiv som ger provsvar i samband med testtillfället	74,4 (72,2–76,5)
Kondom- och glidmedelsutdelning på platser där MSM träffas	71,4 (69,1–73,7)
Särskild mottagning för sexuell hälsa riktad till MSM	62,9 (60,5–65,2)
Att få vara anonym vid hivtest	60,5 (57,9–63,0)
Vaccination mot hepatit A eller B (gulsot)	59,2 (56,7–61,7)
Få kondomer och glidmedel hem via post	58,2 (55,6–60,7)
Information på internet/i min mobiltelefon om hiv, könssjukdomar och säkrare sex	57,0 (54,5–59,5)
Möjlighet att testa sig för hiv och könssjukdomar utanför själva sjukvården, t.ex. på gayträffställen eller hos ideell organisation.	53,9 (51,3–56,5)
Vaccination mot humant papillomvirus (HPV)	53,4 (50,8–56,0)
Få information av en rådgivare om hiv, könssjukdomar och säkrare sex	43,3 (40,7–45,9)
Chatt med en rådgivare på internet om hiv, könssjukdomar och säkrare sex	39,5 (36,9–42,0)
Påminnelse via SMS om testning för HIV och andra könssjukdomar, t.ex. var 6:e eller 12:e månad.	34,7 (32,2–37,2)
Broschyrer om hiv, könssjukdomar och säkrare sex	32,2 (29,8–34,7)
Samtalskontakt med kurator om sexualitet och hälsa	31,0 (28,6–33,5)
Samtal/rådgivning om att få barn	28,3 (25,9–30,7)
Samtalsgrupp som behandlar frågor/problem kring sexualitet och hälsa	24,6 (22,3–26,9)
Delta tillsammans med andra i en utbildning om hiv, könssjukdomar och säkrare sex	24,2 (21,9–26,5)

Som framgår av tabell 5.4 var snabbsvarstest och utdelning av kondomer och glidmedel de insatser som flest män ville ha tillgång till. Dessutom fanns flera andra insatser relaterade till testning och vård som mer än hälften av männen önskade. När det gäller information var internet och mobiltelefon den mest populära källan, men runt en tredjedel av männen ville även ha tillgång till insatser av samtalsbaserad karaktär.

Män i storstadsområden och homosexuella önskade tillgång till insatser i högre grad än övriga män. Samtalsbaserade insatser tenderade att vara mer populära bland utlandsfödda män och män med hiv. Intresset för insatser med internet och mobiltelefon som bas avtog med stigande ålder. Nära 40 procent av de yngre männen önskade samtal och rådgivning om att få barn, jämfört med bara var tionde bland männen över 46 år. Vissa kommenterade att de redan hade barn.

En fördjupad analys gjordes för att undersöka om önskemålen varierade utifrån mannens faktiska sexuella risktagande. Resultaten visade att männen som haft oskyddat analt samlag med icke stadig(a) sexpartner under de senaste 12 månaderna i högre grad ville ha tillgång till insatser jämfört med dem som inte haft några icke stadiga OAS-partner under senaste året. Skill-

naden var statistiskt säkerställd när det gällde sms-påminnelse om testning och tenderade signifikans gällande erbjudande om vaccination mot hepatit och HPV.

Var nås männen?

Männen fick även frågor om vilka platser de besökt och vilka kontaktytor de har med andra hbtq-personer. Denna kunskap kan användas av preventionen för att få en uppfattning om var männen kan nås. En knapp femtedel av männen var medlemmar i en förening för hbtq-personer, och ytterligare en femtedel hade varit det tidigare. Det fanns inga skillnader utifrån hivstatus, ålder, utbildning, födelseland eller bostadsort. Däremot var det vanligare bland icke sysselsatta män och homosexuella att vara medlem i en förening.

Nio av tio män uppgav att de var inloggade på Qruiser varje månad. Detta indikerar att MSM2013 nådde män som är mycket aktiva på forumet. Var tredje uppgav att de var inloggade varje dag, och det fanns en tendens till att det svaret var vanligare bland de äldsta, de utlandsfödda och dem med kortare utbildning.

Männen fick ange om de hade besökt olika platser nyligen, någonsin eller aldrig. Som framgår av tabell 5.5 var det vanligast att männen besökte internetsidor som är riktade till män som har sex med män, förutom Qruiser.

Besök på ragningsplatser och privata sexpartyn var lika vanligt oberoende av bostadsort. Samtliga övriga arenor hade oftare besökts av män i storstadsområden än övriga, både under senaste månaden och någonsin.

Männen i de äldre åldersgrupperna hade större erfarenhet av att ha besökt samtliga arenor. Besök på internetsidor och nattklubb var dock vanligare bland de äldsta männen, både någonsin och under senaste månaden. Videoklubbesök var något vanligare i de två äldre åldersgrupperna.

Utlandsfödda män hade oftare besökt samtliga arenor (utom privat sexparty), och skillnaden var särskilt tydligt vad gäller café, bar och pub samt gaysauna. Inga skillnader syntes dock angående besök under senaste månaden.

Tabell 5.5 Männens erfarenhet av att besöka olika arenor (n = 2 085)

	Har besökt senaste månaden % (95 % KI)	Har besökt någonsin % (95 % KI)	Har aldrig besökt % (95 % KI)
Internetsida/mobiltelefonapplikation (förutom QX Qruiser) som riktar sig till hbtq-personer	68,9 (66,6-1,3)	85,3 (83,6-87,0)	14,7 (13,0-16,4)
Café, bar eller pub som vänder sig till hbtq-personer	25,5 (23,1-27,9)	74,7 (72,7-76,7)	25,3 (23,3-27,3)
Nattklubb som vänder sig till hbtq-personer	20 (17,7-22,2)	70,7 (68,5-72,9)	29,3 (27,1-31,5)
Videoklubb/porrbiograf	7,1 (5,7-8,6)	42,2 (39,7-44,7)	58,0 (55,5-60,5)
Ragningsplats där män möts för sex (t.ex. park, strand, bad, offentlig toalett, rastplats)	6,5 (5,2-7,9)	42,0 (39,5-44,5)	57,8 (55,3-60,3)
Sexklubb, sexparty eller ett mörkrum (dark room) på en bar	5,7 (4,3-7,0)	37,2 (34,7-39,7)	62,8 (60,3-65,3)
Träffställe för fetisch/S&M/läderintresserad	4,5 (3,2-5,8)	22,3 (20,1-24,6)	77,7 (75,4-79,9)
Gaysauna/bastuklubb	4,1 (2,9-5,2)	30,5 (28,1-32,9)	69,5 (67,1-71,9)
Privat sexparty i någons hem	3,7 (2,6-4,8)	19,0 (16,9-21,1)	81,0 (78,9-83,1)
Festivaler t.ex. Pride eller gayfilmfestival	2,2 (1,4-3)*	60,1 (57,7-62,4)	39,9 (37,6-42,3)
Gaykryssning	0,5 (0,1-0,9)	14,0 (12,0-15,9)	86,0 (84,1-88)

* 31 procent hade besökt en festival under de senaste 12 månaderna.

Fler homosexuella män hade besökt alla arenor jämfört med heterosexuella och bisexuella män. Minst var skillnaderna för privat sexparty, videoklubb och ragningsplats, där skillnaderna utifrån sexuell identitet var små eller obefintliga. Vad gäller senaste månaden var bilden mer komplex. Inga heterosexuella hade besökt en festival, nattklubb, gaykryssning eller S&M-mötesplats under den senaste månaden, och det fanns inga skillnader utifrån sexuell identitet vad gäller besök på gaysauna, sexklubb, sexparty, videoklubb och ragningsplats. Detta kan sammantaget tolkas som att heterosexuella män undvikit arenor som kan förknippas med att vara öppet homosexuell.

Männen med hiv hade genomgående mer erfarenhet av samtliga arenor än övriga män. Vad gäller senaste månaden fanns en tydlig skillnad i att män med hiv oftare besökt ett träffställe för fetisch eller S&M jämfört med dem utan hiv och dem som var osäkra på sin hivstatus. Det fanns också en tendens till att männen med hiv oftare besökt café eller bar, nattklubb och internet oftare än övriga.

Männen med kortare utbildning tenderade att ha besökt arenorna i lägre grad. Detta beror sannolikt på att många är unga och bor på mindre orter utan större utbud av mötesplatser samt ännu inte hunnit resa samla på sig samma erfarenheter som de äldre männen.

Diskussion

I detta kapitel diskuteras metod och resultat från MSM2013 i jämförelse med de tidigare MSM-studierna som gjorts i Sverige: MSM1998, MSM2006, MSM2008 samt EMIS2010 (4-7). Här ges även rekommendationer som kan användas för att utveckla det preventiva och hälsofrämjande arbetet. I MSM2008-rapporten konstaterades att resultaten var väldigt lika dem i MSM2006, och de två enkäterna hade också genomförts på samma sätt med endast två års mellanrum. MSM2013 skiljer sig i vissa fall från tidigare enkäter, vilket leder till frågor som vi försöker besvara i detta kapitel: I vilken utsträckning beror skillnaderna på faktiska förändringar i målgruppens beteenden och vanor? Och i vilken omfattning är de ett uttryck för att MSM2013 nått en delvis annan grupp män genom det förändrade datainsamlingssättet?

Sammanfattning

- I jämförelse med tidigare studier är det tydligaste resultatet att det fortfarande finns stora upplevda skillnader i tillgång till behovsanpassad prevention mellan männen i storstad och i övriga landet.
- Färre män i MSM2013 uppgav att de använde kondom vid sitt senaste sextillfälle jämfört med i de tidigare studierna.
- HIV-testningen tenderar att ha ökat över tid, baserat på andelen som uppger att de någon gång har testat sig.
- Intresset för preventiva insatser var högre i MSM2013 än i de tidigare studierna. Efterfrågan på tryckt material tycks dock minska.
- MSM2013 visar att det går att göra studier i målgruppen MSM utan att använda självselekterad metodik.
- Frågeformulär bör revideras och formuleras i nära anslutning till att en ny svensk MSM-studie görs. Det blir vanligare att använda applikationer för smarta mobiltelefoner, så kallade appar, för att få kontakt med sexpartner, och kommande MSM-studier bör därför inkludera frågor om sådan appanvändning.

- MSM2013 innehöll få frågor om droganvändning och hivbehandling. Kommande studier bör följa upp de resultat som EMIS2010 såg på dessa områden.
- Landsting, kommuner och andra huvudmän som står bakom förebyggande insatser riktade till MSM behöver säkerställa struktur och systematik i arbetet för att säkra likvärdig tillgång till förebyggande insatser. Insatserna bör vila på vetenskaplig grund och vara behovsanpassade.

Jämförelse med tidigare MSM-studier

Vilka nåddes då och nu?

Den första MSM-studien 1998 kombinerade ett postutskick och en självselektad webbenkät, och den nådde i huvudsak storstadsboende män med fokus på Stockholm (4). Även de påföljande tre självselekterade webbenkäterna nådde främst män i storstadsområdena. Det finns tecken på att homo- och bisexuella män i högre grad bosätter sig i större städer som vuxna men ur ett hälsofrämjande perspektiv finns det anledning att även studera svaren från männen utanför storstadsområdena där många yngre bor.

De tre första MSM-studierna nådde i huvudsak yngre män. EMIS2010 hade en något högre andel svarande bland männen över 47 år, vilket tros bero på att deltagare rekryterades via flera kanaler. Alla MSM-studierna utom MSM1998 har använt samma generationsindelning av männen. I jämförelse med de föregående studierna har MSM2013 något jämnare åldersfördelning, vilket underlättar vid jämförelser mellan åldersgrupper.

Precis som i de tidigare studierna är utbildningsnivån och sysselsättningen hög bland männen i MSM2013. Tidigare har det tolkats som att personer med kortare utbildning är mindre benägna att delta, men nyare studier tyder på att män som har sex med män generellt har längre utbildning än befolkningen i stort. I den brittiska sexvanestudien Natsal-3 från 2011 påvisades ett samband mellan erfarenhet av samkönat sex och längre utbildning samt professionaliserade yrken (14). Folkhälsomyndighetens analys av data från folkhälsoenkäten Hälsa på lika villkor från åren 2010–2012 visar liknande tendenser vad gäller utbildning bland homo- och bisexuella män (12). Samtidigt är det en mindre andel av dessa män som skattar sin hälsa som bra eller mycket bra (75 procent) i Hälsa på lika villkor, jämfört med i MSM2013 där nästan nio av tio svarar så. En möjlighet är att de internetaktiva männen skattar sin hälsa högre än andra. Resultatet kan också tolkas som att MSM2013 i huvudsak har besvarats av män som upplever att de är vid god

hälsa, och att män med sämre hälsa kan vara mindre benägna att besvara en detaljerad enkät.

När det gäller sexuell identitet skiljer sig MSM2013 tydligast från de tidigare studierna. Andelen män som betraktar sig som heterosexuella har tredubblats och andelen bisexuella män ökar jämfört med tidigare studier. En rimlig tolkning är att dessa skillnader beror på metoden. Genom det riktade utskicket uppfattade fler män som *inte* betraktar sig som homosexuella att enkäten angick dem. På så vis har MSM2013 nått ett bredare urval av män som har sex med män. Sett till *antalet* är det få män i materialet som betraktar sig som heterosexuella eller väljer att inte kategorisera sig, men skillnader utifrån just sexuell identitet syns ofta i resultaten.

Färre av männen i MSM2013 jämfört med tidigare MSM-studier rapporterade att deras senaste sextillfälle ägt rum under den senaste månaden. Bland de homosexuella männen var det dock sju av tio som haft sex med män under den senaste månaden jämfört med två av tio heterosexuella. Betydligt fler rapporterade också att de hade en relation med en kvinna jämfört med tidigare studier. Dessa män är en potentiellt viktig målgrupp för preventionsarbetet eftersom de kan antas ha parallella sexuella relationer med ökad risk för överföring av hiv och andra STI om de inte konsekvent använder kondom vid behov. Sammantaget nådde MSM2013 sexuellt aktiva MSM eftersom en övervägande majoritet av männen haft sex med män under de senaste 12 månaderna, oberoende av sexuell identitet.

"Jag är trygg i mig själv och min sexualitet. Och har lätt för att prata om hiv eller andra könssjukdomar, både med kompisar, kollegor och sexpartners. Det är viktigt att prata om tycker jag."

38 ÅR, LANDSORTSLÄN

Erfarenheter och risktagande

Som kunde konstateras i kapitel 3 hade 42 procent av männen haft oskyddat analt samlag med minst en icke stadig manlig sexpartner under de senaste 12 månaderna. Männen med hiv och de homosexuella männen hade oftare än övriga haft det utomlands. Tidigare studier har visat att personer som har ett sexuellt riskbeteende utomlands tenderar att ha det hemma också (15). En hypotes är att resenärer företrädesvis har sex med någon från sitt eget hemland, såtillvida att man har sex med medresenärer eller andra turister på resmålet (16, 17). I MSM2013 ses det omvända, nämligen att majorite-

ten män haft sex med någon från landet de besökt eller från ett tredje land. Dessa män är särskilt intressanta för preventionen eftersom hiv och andra STI är vanligare på många av de resmål som svenskar ofta besöker än i Sverige. Inga större övergripande skillnader noterades beträffande handlingar i Sverige respektive utomlands, men detta är ett av de områden som är föremål för fördjupade analyser i MSM2013.

Jämfört med EMIS2010 var det nästan dubbelt så många i MSM2013 som uppgav att de under de senaste 12 månaderna haft oskyddat analt samlag till följd av att de saknat tillgång till kondom fast de egentligen velat skydda sig. Variationerna var stora mellan olika län och åldersgrupper. Utifrån ett preventionsperspektiv är det oroande om en ökad andel män anser att de saknar tillgång till kondom. Även om kondomtillgång i sig inte är fullskalig prevention bör preventiva insatser till MSM alltid kunna tillgodose behovet av kondomer och glidmedel. MSM2013 är dock ingen regelrätt uppföljningsstudie till EMIS2010 så det kan behövas ytterligare studier för att följa denna fråga. Det kan exempelvis vara aktuellt med kvalitativa studier kring männens riskuppfattning och tankar kring kommunikation kring kondomanvändning liksom studier av hur preventörer arbetar på strukturell nivå för att stärka kondomer och glidmedel ska vara lika tillgängliga för alla.

Det var 58 procent som uppgav att de hade analt samlag vid sitt senaste sextillfälle. Den enda statistiskt säkerställda skillnaden mellan männen som hade sex med en stadig partner och övriga var att de förstnämnda druckit mindre alkohol i samband med sextillfället. En tredjedel av männen blev själva penetrerade vid sitt senaste sextillfälle, och av dessa använde fyra av tio kondom hela tiden. Frågan har ställts likadant i MSM-enkäterna 2006 och 2008 och andelen är lägst i 2013 års enkät. Därmed är andelen som uppgav att de fick partners sperma i sig högre än tidigare år: 35 procent 2013 jämfört med under 30 procent tidigare. Detta kan sannolikt tolkas som en ökning, särskilt eftersom de olika sexuella handlingarna som enkäten frågade om tycktes vara lika vanliga som i, eller något mindre vanliga än i, de tidigare enkäterna.

Värt att notera är att kondomanvändningen vid det senaste anala samlaget var markant högre bland männen som hade sex med en icke stadig partner än bland övriga. Det tyder på en ökad riskmedvetenhet och eftertanke. Männen som *inte* hade ett oskyddat analt samlag vid senaste sextillfället uppgav i högre grad att de kommunicerade kring sin egen hivstatus med sin sexpartner. Det kan tolkas som att kommunikation kring hivstatus kan leda

till att man aktivt väljer att reducera risk och undviker att ha *oskyddat* analt samlag.

I MSM2013 ställdes inte frågor om männens erfarenhet av sex mot ersättning generellt och därför kan de exakta resultaten inte jämföras med tidigare studier. Mönstren överensstämmer dock i stort. I EMIS2010 uppgav 3 procent vardera att de köpt respektive sålt sex under de senaste 12 månaderna. Lika många av dem som haft OAS med icke stadig partner under de senaste 12 månaderna i MSM2013 svarade att de fått ersättning i samband med sådant sex, och det var betydligt vanligare bland de yngsta 15–25 år. Detta indikerar att sex mot ersättning inte minskat bland männen och att de yngre kan vara mer utsatta än äldre. Som jämförelse kan nämnas att 2,1 procent av alla svenska unga män i den åldersgruppen har erfarenhet av sex mot ersättning (18). En högre andel av männen som fått ersättning för sex än övriga var medlemmar i hbtq-organisationer. De hade också testat sig oftare än övriga. Detta innebär att dessa män kan gå att nå för preventiva insatser i samband med testtillfället samt via ideella organisationer. Ur ett preventivt perspektiv kan det också finnas anledning att rikta information om testning och rådgivning till män som *ger* andra män ersättning för sex. Mottagningar såväl som anställda i de ideella organisationerna bör vara medvetna om att de möter dessa män och säkerställa att de har kompetens och resurser att bemöta männen när och om de har behov av att tala om sina erfarenheter av sex mot ersättning.

Hiv, STI och testning

Precis som i de tidigare MSM-studierna visade MSM2013 att ungefär tre av fyra män någon gång hade testat sig för hiv och nästan lika många för STI. Knappt en av tio hade haft en STI under de senaste 12 månaderna, och då var klamydia vanligast förekommande. Till skillnad från i MSM2008 fanns dock inga skillnader utifrån bostadsort, sexuell identitet eller hivstatus. Eftersom en stor andel inte hade testat sig under de senaste 12 månaderna innebär detta sannolikt en underskattning av den faktiska STI-förekomsten.

Vilka är de män som aldrig har testat sig? Bisexuella män och män i landsortslänet är överrepresenterade och de kan därmed vara viktiga målgrupper att nå för att öka testningen. I samtliga MSM-studier är andelen aldrig testade dock högst bland de yngsta männen. Det är knappast oväntat och kan tolkas som att de ännu inte sett någon anledning till att testa sig men att de med tiden kommer att göra det. I MSM1998 var det 15 procent av de äldsta som aldrig hade hivtestats. Motsvarande i MSM2013 var 19 procent,

vilket är samma andel som i enkäterna 2006 och 2008. Samtidigt var det en lägre andel av de yngsta som uppgav att de aldrig testat sig i MSM2013 jämfört med övriga studier. Vidare var andelen testade under senaste halvåret högst bland just de yngsta, och sammantaget tyder detta på att testningen kan ha ökat något över tid. Att var femte man utanför storstadsområdena inte visste var det går att få ett test med kort varsel är dock oroande.

I MSM1998 var det var tionde av de yngsta männen som senast testat sig på en ungdomsmottagning. Andelen ökade markant i de påföljande studierna och 2013 var motsvarande siffra 33 procent för männen 15–25 år. Utvecklingen kan delvis ses utifrån att ungdomsmottagningarna har byggts ut i hela landet sedan 1990-talet och idag har ett bredare utbud. En minoritet av besökarna på ungdomsmottagningar är män, men under de senaste tio åren har många mottagningar arbetat aktivt för att locka manliga besökare genom att till exempel ordna en särskild så kallad killmottagning, hbt-certifiera personal och verksamhet samt ordna dropin-mottagningar. Tillgång till hivtest har också ökat genom att ideella organisationer börjat erbjuda hivtest.

För hälso- och sjukvården kan testtillfället innebära en möjlighet att nå personer som är motiverade att reflektera kring och förändra eventuellt riskbeteende (19). EMIS2010 visade dessutom att män som fått reflektera kring sexvanor i samband med test och rådgivning var mer nöjda med besöket än övriga. Därför är det illavarslande att få män i MSM2013 svara att de fått rådgivning eller andra preventiva erbjudanden när de testat sig. Liknande frågor ställdes i MSM2006 och 2008, och tendensen är att färre i MSM2013 fick rådgivning eller preventiva erbjudanden i samband med test. Det kan vara svårt att minnas exakt vad som togs upp vid besöket, särskilt om senaste testet ägde rum långt tillbaka i tiden, men resultaten indikerar att hälso- och sjukvården överlag inte fångar testtillfället som en möjlighet till bredare och djupare prevention.

Skillnaderna mellan olika typer av mottagningar visar också att männen inte bemöts på ett likvärdigt sätt. Många svarade att de inte fick något erbjudande alls, inte ens om test för andra STI när de sökte hivtest och omvänt. Alla mottagningar som utför hivtest bör ha god beredskap för att kunna lämna hivbesked och att kommunicera kring vad det positiva testet kan innebära för den enskilde. Ungefär en tredjedel av männen med hiv hivtestade sig senast på en STI-mottagning eller vårdcentral och fick därmed sitt hivbesked på dessa mottagningar. Särskilt oroande är att många män

som besvarade enkäten i sina kommentarer beskrev negativa erfarenheter av bemötandet och samtalen i samband med hivtest. Sådana upplevelser kan göra männen mindre benägna att testa sig igen. De samlade MSM-studierna visar att landsting och övriga aktörer som erbjuder test behöver utveckla sitt bemötande och sin struktur kring hivtest för män som har sex med män.

Kunskap, preventiva behov och kontakt med preventionen

Sammantaget visar MSM2013 att männen i hög grad haft kontakt med förebyggande insatser. Över hälften hade läst förebyggande information och fått gratis kondomer under de senaste 12 månaderna, och en tredjedel hade samtalat med en preventör. Precis som i de tidigare MSM-enkäterna fanns de huvudsakliga skillnaderna mellan storstadsområdena och övriga landet. Information på internet föreföll dock nå männen i samma utsträckning oberoende av bostadsort, vilket gör internet till en särskilt viktig informationskälla och kanal för preventionen.

I MSM2013 fick männen själva bedöma sina kunskaper om hiv, STI och sex, precis som i MSM2006 och MSM2008. Frågorna ställdes dock på olika sätt så det går inte att göra några direkta jämförelser bakåt. Det övergripande mönstret är dock detsamma som tidigare: männen med hiv skattade generellt sina kunskaper högre än övriga medan männen som var osäkra på sin hivstatus rapporterade sämre kunskaper. De yngre människors kunskaper var också fortfarande sämre än de äldres.

En fjärdedel av männen ansåg sig ha dåliga eller mycket dåliga färdigheter i att tala med en sexpartner om hivstatus. Därför vore det bra om rådgivning och kommunikationsinsatser riktade till män som har sex med män kan inkludera sådana teman. Bland männen som var osäkra på sin hivstatus var det dubbelt så många som vid senaste sextillfället sagt att de *inte* hade hiv i stället för att säga att de var osäkra. De antog alltså att de inte hade hiv men visste inte säkert. Rådgivning och kommunikationsinsatser riktade till MSM kan med fördel inkludera sådana teman.

En fråga som ställts på likartat sätt i de tre MSM-enkäterna handlar om människans behov av och önskemål om preventiva insatser, även om några svarsalternativ har utgått respektive tillkommit. En jämförelse mellan enkäterna visar att det övergripande intresset för olika insatser var markant högre 2013 än tidigare. Det enda svarsalternativ som hamnade lägre än i tidigare enkäter var tillgång till broschyrer med preventiv information, vilket kan ingå i en allmän trend där vi hellre själva söker information när det passar

än samlar på oss tryckt material. Flera insatser kan antas vara mer populära nu eftersom tillgången ökat under de senaste åren. Därför speglar männens svar att de är nöjda och önskar ha fortsatt tillgång till tjänster såsom snabb-svarstest, särskild MSM-mottagning och chattrådgivning.

Tidigare MSM-enkäter frågade inte om vissa insatser, exempelvis vaccination för hepatit. MSM2013 visade att intresset för vaccination var stort men också att vaccinationstäckningen gällande hepatit var strax under 50 procent för männen, även om det är en nivå som är högre än i befolkningen i stort. Det var också en statistiskt säkerställd skillnad mellan männen i storstadsområdena och övriga. Av de ovaccinerade männen som besvarade enkäten var det mer än hälften som uppgav att de skulle vilja ha tillgång till vaccin för hepatit. Lika många önskade HPV-vaccination, något som i dag inte är gratis för män som har sex med män men som diskuteras allt mer av både forskare och allmänhet (20). Männen som haft oskyddat analt samlag med icke stadig partner senaste året önskade insatser i högre grad än övriga. Det kan därför finnas anledning att i högre grad rikta erbjudanden till män till män som är risktagande, i bemärkelsen att de har icke stadiga OAS-partner.

När det gäller vilka platser som männen besökt blir det framför allt tydligt att undersökningen nådde målgruppen *internetaktiva män*; nio av tio män svarade att de loggat in på Qruiser under senaste månaden, och en övervägande majoritet hade även under samma period besökt andra internetbaserade sidor eller appar som riktar sig till hbtq-personer. Runt 5 procent vardera hade under den senaste månaden besökt de mer nischade mötesplatserna såsom videoklubbar och bastuklubbar, men en stor andel av männen hade besökt sådana någon gång tidigare. Den tydligaste övergripande skillnaden gällde hivstatus, på så sätt att männen med hiv i högre grad hade besökt samtliga platser än övriga. Även äldre män och homosexuella var mer frekventa besökare på platser såsom videoklubbar. För att nå så många som möjligt behöver preventionsarbetet därför riktas både brett och smalt, och preventiva aktörer bör följa trender och utveckling vad gäller populära mötesplatser för olika subgrupper av män som har sex med män.

Som tidigare studier visat har sociala medier och trygga och hälsofrämjande miljöer för unga hbtq-personer stor betydelse för männens möjligheter att träffa andra i samma situation (21, 22). I rapportens sista avsnitt ges ytterligare rekommendationer för det fortsatta förebyggande arbetet.

Att studera män som har sex med män i Sverige

2 751 personer besvarade enkäten, vilket ger ett stort underlag som möjliggör en mängd analyser. Samtidigt går det inte att veta om materialet är representativt för svenska män som har sex med män. Genom att utveckla metoden undveks dock ett självselekerat urval, och MSM2013 har därmed begränsade selektionsfel jämfört med tidigare MSM-enkäter när det gäller slumpmässigt urval och täckning av målpopulation. Däremot kvarstår selektionsfel på grund av högt bortfall. Precis som i de flesta enkätundersökningar finns också risk för så kallade informationsfel beroende på att respondenterna kan tolka frågeformuleringar på olika sätt och att vissa frågor rörde händelser bakåt i tiden (8).

MSM2013 visar att det är möjligt att tillämpa en slumpmässig populationsbaserad datainsamlingsmetod i en population som ofta beskrivs som *hidden* eller *hard-to-reach* (23). Genom att rikta studien till medlemmar på ett internetforum nåddes män som kan betraktas som mer avancerade internetanvändare än den stora massa som använder e-post och sökmotorer. Majoriteten respondenter besvarade enkäten under första veckan, vilket kan tolkas som att studien nådde ett urval av mycket vana internetanvändare. Därför vill vi understryka att resultaten som bäst kan generaliseras till internetaktiva män.

Genom att ha en på förhand definierad urvalsram kan skattningarna justeras för stratifiering och bortfall, men det går det inte att bortse från just det stora bortfallet och dess möjliga implikationer på resultaten. Dock är bortfallet inte unikt för denna studie. SCB lyfter återkommande problemen med att allt färre vill delta i studier oavsett ämnesområde (24). Folkhälsomyndigheten har också sett en minskande vilja att delta i den nationella folkhälsoenkäten sedan 2000-talets början, och forskare som arbetar med studier av sexualitet och sexuellt beteende har jämfört olika metoder utan att hitta någon som fungerar optimalt (10, 25). I skenet av detta är svarsfrekvensen i MSM2013 inte exceptionellt låg, särskilt som den innehåller detaljerade frågor av privat karaktär.

Vid planering av framtida MSM-studier bör möjligheten att ytterligare utveckla enkäten och metoden analyseras. Enkätformuläret bör, liksom tidigare, uppdateras i samverkan med målgruppsföreträdare och det kan finnas anledning att ställa frågor om exempelvis förebyggande hivbehandling (så kallad pre-expositionsprofylax, PrEP), hivbehandling för den som redan har hiv samt droganvändning. Dessutom behöver enkätformulären från de

tidigare MSM-enkäterna och EMIS2010 gås igenom för att se om det finns frågor som behöver följas upp.

Flera forskare har före denna studie konstaterat att det inte går att göra ett så kallat obundet slumpmässigt urval av män som har sex med män (26). Målgruppens intresse för och användning av Qruiser bör analyseras när en ny MSM-studie planeras, samtidigt som alternativa och/eller kompletterande arenor för datainsamling bör undersökas. Användningen av appar för smarta mobiltelefoner har ökat sedan MSM2013 planerades, och det finns ett flertal appar som specifikt riktar sig till målgruppen med möjlighet att få kontakt med andra män. Leder appanvändningen i sig till fler tillfälliga sexkontakter? Gäller det i så fall befolkningen i stort, män som har sex med män specifikt och/eller vissa subgrupper av män? Dessa frågor diskuteras i dag av forskare och preventörer. De flesta är eniga om att apputvecklingen har bidragit till att förändra omfattningen och sammansättningen av sexuella nätverk bland män som har sex med män (27). Samtidigt betonas att fler partner inte behöver vara negativt. En alternativ tolkning är att appar erbjuder nya möjligheter för den enskilde att närma sig sina preferenser vad gäller antal och typ av partner. Detta kan vara särskilt betydelsefullt för de män som inte är öppna med att de har sex med män eller som bor på en plats där de är utsatta för diskriminering på grund av sexuell identitet eller sexuella handlingar. Vid planering av en framtida MSM-studie bör mer detaljerade frågor kring appanvändning ingå och kunna särskiljas från generella frågor om internet. Möjligheten att rekrytera deltagare via appar bör också ses över igen.

**"Bra enkät! Kändes skönt att svara helt ärligt på frågorna.
Mera tillgång till information och stöd och rådgivning önskvärt
och efterlängtat."**

64 ÅR, LANDSORTSLÄN

Utvecklingsbehov för det förebyggande och hälsofrämjande arbetet

Tack vare MSM-studierna finns i dag en stor mängd data om sexuella beteenden, kunskaper och attityder bland män som har sex med män i Sverige. Forskare och preventörer behöver fortsätta att kontinuerligt studera dessa frågor för att följa utvecklingen och behoven i denna riskutsatta grupp.

I sådana studier går det inte att göra jämförelser med befolkningen i stort. Därför bör nyckelfrågor om sexualitet också ingå i folkhälsoenkäter och befolkningsbaserade hälsorelaterade studier (28).

Trots omfattande reformer i lagstiftning för hbtq-personers rättigheter och möjligheter finns fortfarande problem med ojämlikhet i hälsa för MSM jämfört med övriga befolkningen (12, 29). Män som har sex med män, en grupp som till stor del överlappar med hbtq-gruppen, är i sin tur särskilt utsatta för hiv och andra STI samt har en överrisk för psykisk ohälsa och alkohol-, drog- och tobaksanvändning (21). Samkönade relationer kan fortfarande ses som normbrytande. Det kan leda till diskriminering och utanförskap som i sin tur påverkar männens hälsa.

En jämlik vård och omsorg utgår från rättighets- och behovsbaserad tillgång till insatser, vilket fastslås i den nationella strategin för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck (29). Jämförelserna i MSM2013 visar att det finns skillnader utifrån bostadsort på områden såsom självskattad kunskap, kondomtillgång, önskemål om hälsofrämjande och preventiva insatser samt bemötande vid testning. Detta tyder på att preventionsarbetets struktur och systematik behöver bli bättre för att säkra likvärdig tillgång till förebyggande insatser. De viktigaste behoven handlar inte nödvändigtvis om att tänka nytt utan att säkerställa att verksamheten vilar på vetenskaplig grund och erbjuder det som männen efterfrågar:

- Hälsa- och sjukvården bör ge alla MSM likvärdig tillgång till förebyggande insatser såsom behovsanpassad testning och rådgivning (se även tabell 5.4).
- Testning för män som har sex med män och rådgivning för män med hiv är centrala insatser för att det hivförebyggande arbetet ska få effekt utifrån ett resursanvändningsperspektiv (30).
- Vårdgivare och andra preventörer behövaer marknadsföra och tillgängliggöra test för män som har sex med män i högre grad än i dag. Testningsfokuserade insatser behöver kompletteras med erbjudanden om andra förebyggande och hälsofrämjande tjänster för att möta männens behov.
- Vårdcentraler och STI-mottagningar utanför storstadsområdena bör vara särskilt medvetna om att män som haft sex med andra män söker sig dit för testning, och de behöver ha kompetensen att bemöta dessa män på ett behovsanpassat sätt. Det kan handla om ett normkritiskt och förutsättningslöst förhållningssätt i det enskilda mötet, generösa erbjudanden om

test och rådgivning, aktuell och evidensbaserad kompetens för provtagning och rådgivning samt ett övergripande strukturellt arbetssätt med hbtq- och bemötandefrågor.

- Ideella organisationer kan fylla en särskilt viktig funktion för många män som behöver både bredare hälsofrämjande insatser och mer specifikt hiv-förebyggande arbete. Nästan hälften av studiedeltagarna var medlemmar i en organisation för hbtq-personer, eller hade varit det tidigare i livet. Unga män, män som fått ersättning för sex och män som står utanför arbetsmarknaden är extra viktiga målgrupper för organisationerna.
- Ett generellt normkritiskt hälsofrämjande arbete i sektorer såsom skola och fritidsmiljöer kan öka möjligheterna till en god hälsa, både generellt för hbtq-personer och specifikt för män som har sex med män.

Det finns också behov av metodutveckling och förnyelse vad gäller innehåll i och kanaler och arenor för det förebyggande MSM-inriktade arbetet.

- De mottagningar som inte kan erbjuda hivtest med snabbsvar bör kunna ge information om varför samt kunna hänvisa besökare till andra testinstanser vid behov. Enligt kommentarerna i MSM2013 är det många män som inte testar sig alls om de inte kan få test med snabbsvar.
- Den ökade efterfrågan på hivtest med snabbsvar ställer nya krav på personalen som arbetar i verksamheten, men i väntan på provsvaret går det att erbjuda en genomtänkt systematisk rådgivning.

Förhoppningen är att de resultat och jämförelser över tid som redovisas i denna rapport ska ge underlag och vägledning till förebyggande samhällsinsatser och fortsatt kunskapsutveckling. Rapporten kan inspirera det hälsofrämjande arbete som görs i kommuner, landsting och inom olika organisationer. Resultaten kan användas för att stärka och utveckla möjligheter och kompetens att behovsanpassat möta män som har sex med män inom olika yrkesgrupper som arbetar förebyggande och hälsofrämjande.

Referenser

1. Folkhälsomyndigheten. Smittsamhet vid behandlad hivinfektion. Kunskapsunderlag från Folkhälsomyndigheten och Referensgruppen för Antiviral terapi (RAV). Folkhälsomyndigheten; 2014.
2. Smittskyddsinstitutet. Hiv i Sverige. Kunskaper, attityder och beteenden hos allmänheten 1987–2011. Smittskyddsinstitutet; 2013.
3. Lewin B, Fugl-Meyer K. Sex i Sverige. Om sexuallivet i Sverige 1996. Stockholm: Folkhälsoinstitutet; 1998.
4. Tikkanen R. Risky business? En sociosexuell studie av män som har sex med män. Göteborg: Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet; 2003.
5. Tikkanen R. Person, relation och situation : riskhandlingar, hivtest och preventiva behov bland män som har sex med män. Malmö: Hälsa och samhälle, Malmö högskola; 2008.
6. Tikkanen R. MSM-enkäten : riskhandlingar, hivtest och preventiva behov bland män som har sex med män. Malmö: Hälsa och samhälle, Malmö högskola; 2010.
7. Smittskyddsinstitutet. EMIS 2010 Sverige. Svenska resultat från den europeiska internetundersökningen EMIS 2010 : en studie om män som har sex med män. Smittskyddsinstitutet; 2013.
8. Delgado-Rodriguez M, Llorca J. Bias. *Journal of Epidemiology and Community Health*. 2004;58(8):635-41.
9. Statistiska Centralbyrån. Privatpersoners användning av datorer och internet 2013. Statistiska Centralbyrån; 2014.
10. Wallander L, Tikkanen RH, Mannheimer LN, Ostergren PO, Plantin L. The problem of non-response in population surveys on the topic of HIV and sexuality: a comparative study. *European Journal of Public Health*. 2015;25(1):172-7.
11. Statistiska Centralbyrån. Befolkningens utbildning: Statistiska Centralbyrån 2015 [2015-03-06]. http://www.scb.se/sv_/Hitta-statistik/Statistik-efter-amne/Utbildning-och-forskning/Befolkningens-utbildning/Befolkningens-utbildning/9568/9575/.

12. Folkhälsomyndigheten. Utvecklingen av hälsan och hälsans bestämningsfaktorer bland hbtpersoner. Återrapportering av regeringsuppdrag. 2015.
13. Eaton LA, Kalichman SC, O'Connell DA, Karchner WD. A strategy for selecting sexual partners believed to pose little/no risks for HIV: serosorting and its implications for HIV transmission. *AIDS Care*. 2009;21(10):1279-88.
14. Mercer CH, Wellings K, Johnson AM. What's new about Natsal-3? *Sexually Transmitted Infections*. 2014;90(2):80-1.
15. Sundbeck M. Är unga mer benägna att utsätta sig för olika risker utomlands? Konferenspresentation. Unga och risktagande Malmö; 2014.
16. O'Mahony C. Chester chronicles: Take a chance. *Sexually Transmitted Infections*. 2003;79(3):261.
17. Rogstad KE. Sex, sun, sea, and STIs: sexually transmitted infections acquired on holiday. *BMJ*. 2004;329(7459):214-7.
18. Utsatt? Unga, sex och internet. Stockholm: Ungdomsstyrelsen; 2012.
19. Att förebygga HIV och STI. Kunskapsunderlag och vägledning för förebyggande arbete bland ungdomar och unga vuxna. Stockholm: Smittskyddsinstitutet; 2011.
20. Bogaards JA, Wallinga J, Brakenhoff RH, Meijer CJLM, Berkhof J. Direct benefit of vaccinating boys along with girls against oncogenic human papillomavirus: bayesian evidence synthesis. *BMJ*. 2015;350.
21. Promoting the health and wellbeing of gay, bisexual and other men who have sex with men. Initial findings. London: Public Health England; 2014.
22. Om unga hbtq-personer. Fritid. Stockholm: Ungdomsstyrelsen; 2012.
23. Magnani R. Review of sampling hard-to-reach and hidden populations for HIV surveillance. *AIDS*. 2005;19 (suppl 2):67-72.
24. Statistiska Centralbyrån. SCB tar bortfallen i urvalsundersökningarna på största allvar: Statistiska Centralbyrån; 2015 [2015-05-12]. http://www.scb.se/sv_/Om-SCB/Nyheter-och-pressmeddelanden/Behallare-for-Nyheter-och-Pressmeddelanden/SCB-tar-bortfallen-i-urvalsundersokningarna-pa-storsta-allvar/#.
25. Boström G. Vad betyder bortfallet för resultatet i folkhälsoenkäter? Solna: Folkhälsomyndigheten; 2010.

26. Tikkanen R, Abellsson J, Forsberg M. UngKAB09. Kunskap, attityder och sexuella handlingar bland unga. Göteborg: Institutionen för socialt arbete, Göteborgs universitet; 2011.
27. European Centre for Prevention and Disease Control. Understanding the impact of smartphone applications on the sexual health of men who have sex with men and HIV prevention in Europe. http://ecdc.europa.eu/en/press/events/_layouts/forms/Event_Dispatch.aspx?List=a8926334-8425-4aae-be6a-70f89f9d563c&ID=302#sthash.LeVdDtUo.dpuf. Stockholm: European Centre for Disease Prevention and Control, 2015.
28. Graugaard C, Giraldi A, Frisch M, Falgaard Eplow L, Davidsen M. Self-reported sexual and psychosocial health among non-heterosexual Danes. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2015;43(3):309-14.
29. Regeringen. En strategi för lika rättigheter och möjligheter oavsett sexuell läggning, könsidentitet eller könsuttryck. Stockholm: Arbetsmarknadsdepartementet, Regeringskansliet; 2014.
30. Lasry A, Sansom SL, Hicks KA, Uzunangelov V. Allocating HIV prevention funds in the United States: recommendations from an optimization model. *PLoS One*. 2012;7(6):e37545.

Bilaga 1. Samverkansparter i projektet

Ronny Tikkanen och Kajsa Björnstedt från institutionen för socialt arbete på Göteborgs universitet har deltagit i enkätkonstruktion, datainsamling och inledande databearbetning.

Birger Forsberg och Anna Thorson från institutionen för folkhälsovetenskap på Karolinska Institutet har varit involverade i planering av studien och enkätkonstruktion.

I arbetsgruppen som utvecklade enkätformuläret och planerade förankring av studien i målgruppen ingick även Staffan Hallin, f.d. Smittskyddsinstitutet; Mikael Jonsson, RFSL; Suzann Larsdotter, RFSL; Rosita Stotzky, RFSL Ungdom och Joakim Berlin, PG Väst/Hiv-Sverige.

Enkätformuläret har även granskats av Anders Blaxhult, Venhälsan Södersjukhuset; Niclas Olsson, Malmö stad samt Elin Larsson och Robert Jonzon, Folkhälsomyndigheten.

Olov Lindblad vid RFSL Stockholm och Mina Gäredal vid RFSL Ungdom ansvarade för pilottestning av enkätformuläret.

Ulrika Lahne, Johan Mårtensson, Jon Voss och Satu Vikman på QX Förlag har varit delaktiga i arbetet med urval och enkätverktyg i anknytning till datainsamlingen samt gett oss tillgång till webbforumet Quiser för att nå målgruppen.

Bilaga 2. Översikt över MSM-studier i Sverige 1998–2013

	GU/FHI 1998	MSM2006	MSM2008	EMIS2010	MSM2013
Studiedesign	Självselekerad tvärsnittsstudie	Självselekerad tvärsnittsstudie	Självselekerad tvärsnittsstudie	Självselekerad tvärsnittsstudie	Stratifierad (län och ålder) tvärsnittsstudie
Arenor för datainsamling	Postutskick, RFSL:s webbplats	Qruiser	Qruiser	Qruiser (64 %), Gayromeo (16 %), Facebook (18 %)	Qruiser
Rekryterings-sätt	Internet-annons/brev	Popup- och bannerannonser	Popup- och bannerannonser	Popup- och bannerannonser	Informationsbrev till inbox
Inklusionskriterier	Man, över 15 år, förstå svenska	Man, över 15 år, språkval svenska	Man, över 15 år, språkval svenska	Besökare på ovan nämnda forum med fokus på MSM över 15 år	Ej kvinna, över 15 år, bosatt i Sverige
Antal tillfrågade om att delta	1 500 i postutskicket	-	-	-	14 514
Insamlingstid	April–september 1998	12 dagar, mars 2006	13 dagar, april 2008	89 dagar, juni–augusti 2010	30 dagar, oktober 2013
Antal frågor i enkäten	52	82	79	278	70
Antal svar	1 401	3 202	4 715	3 269	2 751
Antal/andel svar i materialet som analyseras i översiktsrapporten	1 398 st/100 %	2 564 st/80 %	4 273 st/90 %	3 089 st/94 %	2 373 st/86 %
Svarsfrekvens	Ca 48 % i postutskicket	-	-	-	19 % av de tillfrågade. 32 % beräknat på att 40 % av de tillfrågade inte såg frågan.
Svarsfördelning/ åldersgrupp	38–85: 33 % 28–37: 33 % 14–27: 34 %	15–25: 31 % 26–35: 33 % 36–46: 24 % 47+: 12 %	15–25: 28 % 26–35: 30 % 36–46: 23 % 47+: 19 %	15–25: 21 % 26–35: 30 % 36–46: 27 % 47+: 22 %	15–25: 22 % 26–35: 23 % 36–46: 24 % 47+: 30 %
Svarande bosatta utomlands	-	80 st (3,1 %)	160 st (3,7 %)	-	34 st (1,4 %)
Medelålder svarande	Median internet 27, post 37. Medel internet 30, post 39. Range 14–85.	Median 31, Medel 33, range 15–76	Median 32, Medel 34, range 15–77	Median 35, Medel 37, range 15–79	Median 34, Medel 36,5, range 15–108
Andel utlandsfödda	-	13 %	15 %	18 %	15 %
Andel som aldrig haft sex med en man	1,5 % internet, 0,6 % postutskick.	205 st, utlyfta motsvarar 6,4 %	163 st, utlyfta motsvarar 3,5 %	74 st kvar i materialet motsvarar 2,3 %	124 st, utlyfta motsvarar 4,5 %

Bilaga 3. Enkätformuläret

Först kommer några bakgrundsfrågor.

1. Jag är...

- Man
- Kvinna => enkäten avslutas
- Transperson MtF (man till kvinna)
- Transperson FtM (kvinna till man)
- Annat:.....

1B. Har du fått någon av följande medicinska behandlingar?

- Hormonbehandling
- Underlivskirurgi (Sex Reassignment Surgery, SRS)
- Nej
- Vill inte svara

2. Vilket år är du född?

(Respondenten kan ange årtal mellan 1900 och 1998)

3. Var bor du?

- Stockholmsområdet
- Göteborgsområdet
- Malmöområdet
- Annan svensk stad eller större ort med mer än 10 000 invånare
- Mindre svensk ort (under 10.000 invånare) eller svensk landsbygd
- Norge, Danmark, Finland, Island
- Land utanför Norden
- Svårt att precisera bostadsort

4. I vilket län bor du? (Rullist med de 21 svenska länen)

5. I vilket land är du född?

(Rullist med alla länder)

5B. Hur många år har du bott i Sverige?

(Rullist)

5C. Varför kom du till Sverige?

- För att arbeta
- För att studera
- Som asylsökande
- Via adoption
- Genom partner/giftermål/samboskap
- Genom släktingar
- Annan orsak:

5D. Idag har jag...

Välj det påstående som stämmer bäst överens med din nuvarande status i Sverige

- Svenskt medborgarskap
- Permanent uppehållstillstånd
- Arbetstillstånd/studentvisum
- En pågående asylansökan
- Vet ej/vill ej uppge
- Annat:.....

6. Vilken är den högsta utbildning du har slutfört?

- Inte slutfört grundskola
- Grundskola
- Gymnasieskola eller motsvarande
- Yrkesutbildning (t ex KY)
- Universitet/högskola
- Forskarutbildning
- Annan utbildning:

7. Vad är din nuvarande huvudsakliga sysselsättning?

- Hel- eller deltidarbete
- Studerande
- Egenföretagare
- Arbetssökande
- Långtidssjukskriven
- Har sjuk- eller aktivitetsersättning/är förtidspensionär
- Ålderspensionär
- Annat:

8. Vilket av följande alternativ stämmer bäst in på hur du tänker kring dig själv?

- Bög/homosexuell
- Straight/heterosexuell
- Bisexuell
- Jag brukar inte kategorisera mig sexuellt
- Vet inte/vill inte svara
- Annat:

9. Hur bedömer du att ditt allmänna hälsotillstånd är?

- Mycket bra
- Bra
- Någorlunda
- Dåligt
- Mycket dåligt

10. Är du nöjd med ditt sexliv?

- Mycket nöjd
- Nöjd
- Någorlunda nöjd
- Missnöjd
- Mycket missnöjd

Nu följer några frågor om sex i en stadig relation

11. Lever du i en stadig relation med en eller flera partner (d.v.s. du är inte singel)?

- Ja, med en man
- Ja, med en kvinna
- Ja, med flera personer varav minst en man
- Nej

11B. Använder ni kondom när ni har analt samlag INOM den relationen?

Tänk på de senaste 12 månaderna.

- Ja, alltid kondom
- Ja, ibland kondom
- Nej, aldrig kondom
- Vi har inte anala samlag
- Annat:

11C. Har du sexuella kontakter utanför din stadiga relation?

Här kan du kryssa i flera svarsalternativ

- Ja, tillfälliga partner
- Ja, återkommande knullkompis/ar eller älskare/älskarinna
- Nej

11D. Använder du kondom om du har anala samlag med andra utanför er relation? Tänk på de senaste 12 månaderna.

- Ja, alltid kondom
- Ja, ibland kondom
- Nej, aldrig kondom
- Jag har inte anala samlag utanför relationen

Nu kommer några frågor om dina erfarenheter av sex med män de senaste 12 månaderna

12. När hade du senast sexuell kontakt med en man? All typ av sex räknas, till exempel analt samlag, avsugning eller runksex.

- Senaste 24 timmarna
- Senaste veckan
- Senaste månaden
- 1-6 månader tillbaka
- 7-12 månader tillbaka
- Mer än 12 månader tillbaka
- Minns inte/vet ej
- Har aldrig haft sex med en man

13. När du haft oskyddat vaginalt/analt samlag de senaste 12 månaderna, var det då:

- Alltid med män
- Oftast med män men ibland med kvinnor
- Ungefär lika ofta med män som med kvinnor
- Oftast med kvinnor men ibland med män
- Alltid med kvinnor
- Annat:.....
- Har inte haft sexuella kontakter de senaste 12 månaderna

14. **Hur många män har du haft sexuell kontakt med de senaste 12 månaderna?**
Gör en uppskattning om du är osäker på det exakta antalet
_____ män
 Minns inte/vet ej
15. **Med hur många nya/tillfälliga manliga sexpartner har du haft oskyddat analt samlag de senaste 12 månaderna?**
Gör en uppskattning om du är osäker på det exakta antalet
_____ män
 Minns inte/vet ej
- 15B. **För hur många av dessa nya/tillfälliga sexpartner (som du angav i fråga 15) kände du till hivstatusen (om de hade hiv eller inte) vid det första tillfället ni hade oskyddat analt samlag?**
_____ män
- 15C. **Var har du träffat nya/tillfälliga manliga sexpartner som du haft oskyddat analt samlag med under de senaste 12 månaderna?**
Här kan du kryssa i flera svarsalternativ
 I ett storstadslän (Stockholm, Västra Götaland eller Skåne) där jag själv bor
 I ett annat svenskt storstadslän (Stockholm, Västra Götaland, Skåne)
 I ett svenskt län utanför storstadsområdena
 Utomlands
 Minns inte/vet ej
- 15D. **Var har du träffat nya/tillfälliga manliga sexpartner som du haft oskyddat analt samlag med under de senaste 12 månaderna?**
Här kan du kryssa i flera svarsalternativ
Svarsalternativ för boende i övriga län enligt fråga 4:
 I länet där jag själv bor
 I ett svenskt storstadslän (Stockholm, Västra Götaland, Skåne)
 I ett annat svenskt län utanför storstadsområdena
 Utomlands
 Minns inte/vet ej
- 15E. **När du haft oskyddat analt samlag med nya/tillfälliga manliga sexpartner i Sverige de senaste 12 månaderna, vem har det varit med?**
Här kan du kryssa i flera svarsalternativ
 Någon bosatt i Sverige
 Någon från ett annat land på tillfälligt besök i Sverige
 Minns inte/vet ej
- 15F. **I samband med att du har haft oskyddat analt samlag med nya/tillfälliga manliga sexpartner I SVERIGE de senaste 12 månaderna, har du då gjort något av följande:**
Här kan du kryssa i flera svarsalternativ
 Satt på analt
 Blivit påsatt analt
 Sugit av
 Blivit avsugen
 Runkat åt någon annan

- Blivit avrunkad
- Slickat analt (rimming)
- Blivit slickad analt (rimming)
- Druckit alkohol så att jag var berusad
- Tagit poppers
- Tagit droger (t.ex. partydroger eller annan narkotika)
- Tagit Viagra/Levitra/Cialis/Kamagra
- Delat dildos/sexleksaker med andra
- Fistat någon annan
- Blivit fistad
- Wet/scat
- Haft trekant
- Haft gruppsex
- Fått ersättning för att ha sex
- Gett ersättning för att ha sex
- Kommit överens innan om att inte använda kondom (s.k. barebacking)
- Annat:.....

15G. När du haft oskyddat analt samlag med nya/tillfälliga manliga sexpartner UTOMLANDS de senaste 12 månaderna, vem har det varit med?

Här kan du kryssa i flera svarsalternativ

- någon bosatt i Sverige
- någon bosatt i landet jag besökte
- någon från ett annat land än Sverige som också var på besök i landet
- Minns inte/vet ej

15H. I vilka länder har du haft oskyddat analt samlag med nya/tillfälliga manliga sexpartner de senaste 12 månaderna?

Länder:

15I. I samband med att du har haft oskyddat analt samlag med nya/tillfälliga manliga sexpartner UTOMLANDS de senaste 12 månaderna, har du då gjort något av följande:

- Satt på analt
- Blivit påsatt analt
- Sugit av
- Blivit avsugen
- Runkat åt någon annan
- Blivit avrunkad
- Slickat analt (rimming)
- Blivit slickad analt (rimming)
- Druckit alkohol så att jag var berusad
- Tagit poppers
- Tagit droger (t ex. partydroger eller annan narkotika)
- Tagit Viagra/Levitra/Cialis/Kamagra
- Delat dildos/sexleksaker med andra
- Fistat någon annan
- Blivit fistad

- Wet/scat
- Haft trekant
- Haft gruppsex
- Fått ersättning för att ha sex
- Gett ersättning för att ha sex
- Kommit överens innan om att inte använda kondom (s.k. barebacking)
- Annat:.....

16. Har du de senaste 12 månaderna haft oskyddat analt samlag med en man för att du inte haft tillgång till en kondom, fast du egentligen velat använda det?

- Ja
- Nej
- Minns inte/vet ej

Nu följer några frågor om det senaste tillfället du hade sex med en man

17. Var hade du sex med en man vid det senaste tillfället?

Svarsalternativ för boende i storstadslän enligt fråga 4:

- i länet där jag själv bor
- i ett annat svenskt storstadsområde (Stockholm, Västra Götaland, Skåne)
- i ett svenskt län utanför storstadsområdena
- utomlands
- Minns inte/vet ej

18. Var hade du sex med en man vid det senaste tillfället?

Svarsalternativ för boende i övriga län enligt fråga 4:

- i länet där jag själv bor
- i ett annat svenskt län utanför storstadsområdena
- i ett svenskt storstadslän (Stockholm, Västra Götaland, Skåne)
- utomlands
- Minns inte/vet ej

19. I vilket land hade du sex med en man vid det senaste tillfället?

(Rullist med alla länder)

20. Vem eller vilka hade du sex med vid detta senaste tillfälle?

Här kan du kryssa i flera svarsalternativ

- Tillfällig sexkontakt med någon/några som jag inte träffat tidigare
- Tillfällig sexkontakt med någon/några som jag kände sedan tidigare
- Partner(s)/pojkvän/sambo/make
- Återkommande sexuell partner (knullkompis, älskare)
- Annan typ av partner:

21. Varifrån kom den du hade sex med vid detta senaste tillfälle?

- Bosatt i Sverige
- Från ett annat land
- Minns inte/vet ej

22. Var fick du kontakt med din senaste manliga sexpartner?

- Internet
- Smartphoneapplikation t ex Grindr

- Café, bar, pub eller nattklubb som vänder sig till HBTQ-personer
- Förening för HBTQ-personer
- Gaysauna/bastuklubb
- Videoklubb/porrbiograf
- Pride/HBTQ-festival
- Sexparty
- Privat fest/genom vänner
- Ragningsplats (t ex park, badplats, toalett eller badhus)
- Arbetsplats/skola
- Annat sätt:.....

23. Vad kände du till om din senaste manliga sexpartners hivstatus?

- Jag visste att han inte hade hiv
- Jag visste att han hade hiv
- Jag trodde att han inte hade hiv
- Jag trodde att han hade hiv
- Jag uppfattade att han var osäker
- Minns inte
- Jag tänkte inte på om han hade hiv eller ej

24. Berättade du om din hivstatus innan ni hade sex?

- Jag berättade att jag inte hade hiv
- Jag berättade att jag har hiv
- Jag berättade att jag är osäker på min hivstatus
- Jag sa inget om min hivstatus
- Minns inte/vet ej

25. Vad gjorde du vid ditt senaste sextillfälle med en man?

Här kan du kryssa i flera svarsalternativ

- Satte på analt
- Blev påsatt analt
- Sög av
- Blev avsugen
- Runkade åt någon annan
- Blev avrunkad
- Slickade analt (rimming)
- Blev slickad analt (rimming)
- Drack alkohol så att jag var berusad
- Tog poppers
- Tog droger (t ex. partydroger eller annan narkotika)
- Tog Viagra/Levitra/Cialis/Kamagra
- Delade dildos/sexleksaker med andra
- Fistade någon annan
- Blev fistad
- Wet/scat
- Hade trekant
- Hade gruppsex
- Fick ersättning för att ha sex

- Gav ersättning för att ha sex
 Kom överens innan om att inte använda kondom (s.k. barebacking)
 Annat:
- 26. Använde din(a) sexpartner kondom när du blev påsatt?**
 Ja, under hela samlaget
 Ja, men inte hela tiden
 Nej
 Minns inte/vet ej
- 26B. Fick du sperma i din ändtarm när du blev påsatt (utan kondom)?**
 Ja
 Nej
 Minns inte/vet ej
- 27. Använde du kondom när du satte på din(a) sexpartner?**
 Ja, under hela samlaget
 Ja, men inte hela tiden
 Nej
 Minns inte/vet ej
- 27B. Kom du i din(a) sexpartner när du satte på (d.v.s. om du sprutade sperma i hans ändtarm utan kondom)?**
 Ja
 Nej
 Minns inte/vet ej
- 28. Använde ni glidmedel (vatten- eller silikonbaserat) då ni hade analt samlag?**
 Ja
 Nej
 Minns inte/vet ej
- 29. Gick kondomen sönder/gled av när ni hade analt samlag?**
 Ja
 Nej
 Minns inte/vet ej
- 30. Fick du din sexpartners sperma i munnen?**
 Ja
 Nej
 Minns inte/vet ej
- 31. Sprutade du sperma i din sexpartners mun?**
 Ja
 Nej
 Minns inte/vet ej

Nu kommer några frågor om dina vanor och kunskaper om testning för hiv och andra könssjukdomar

32. Vad är din uppfattning om din hivstatus?

- Jag har inte hiv
- Jag har hiv
- Osäker/vet inte
- Vill inte svara

33. Om du vill hivtesta dig, vet du var du kan vända dig för att få ett test med kort varsel?

- Ja, jag är helt säker
- Ja, jag är ganska säker
- Nej jag är osäker

34. När fick du senast svar på ett hivtest?

- Jag har aldrig hivtestat mig
- Mindre än 6 månader sedan
- 6–12 månader sedan
- 1 till 5 år sedan
- Mer än 5 år sedan
- Minns inte

34B. Varför har du aldrig hivtestat dig?

Här kan du kryssa i flera svarsalternativ

- Jag tycker att jag inte har tagit några risker
- Jag lever i ett monogamt förhållande med en person som inte har hiv
- Jag har blivit nekad av sjukvården att få hivtesta mig fast jag har velat
- Jag vet inte var jag kan testa mig
- Mottagningen är inte öppen de tider som jag kan gå och testa mig
- Jag har svårt att ta mig till en mottagning
- Jag litar inte på tystnadsplikten i sjukvården
- Jag är rädd att bli igenkänd av personal eller andra besökare på mottagningen
- Jag vill inte känna till min hivstatus
- Jag är rädd för att bli sjuk
- Det finns ingen bot mot hiv så jag ser ingen anledning att testa mig
- Jag vill inte testa mig på grund av smittskyddslagens regler
- Jag vill inte testa mig på grund av hur den svenska brottsbalken tillämpas på hiv
- Jag är rädd att förlora jobbet
- Jag är rädd att förlora min partner
- Jag är rädd att förlora familj och/eller vänner
- Jag är rädd för att testresultatet skulle påverka mitt sexliv negativt
- Jag är rädd att känna mig misslyckad om jag har hiv
- Jag är rädd att provresultatet skulle påverka om jag får stanna i Sverige eller inte
- Annat:

34C. Vad är orsaken till att du inte hivtestat dig de senaste fem åren?

Här kan du kryssa i flera svarsalternativ

- Jag tycker att jag inte har tagit några risker
- Jag lever i ett monogamt förhållande med en person som inte har hiv

- Jag har blivit nekad av sjukvården att få hivtesta mig fast jag har velat
- Jag vet inte var jag kan testa mig
- Mottagningen är inte öppen de tider som jag kan gå och testa mig
- Jag har svårt att ta mig till en mottagning
- Jag litar inte på tystnadsplikten i sjukvården
- Jag är rädd att bli igenkänd av personal eller andra besökare på mottagningen
- Jag vill inte känna till min hivstatus
- Jag är rädd för att bli sjuk
- Det finns ingen bot mot hiv så jag ser ingen anledning att testa mig
- Jag vill inte testa mig på grund av smittskyddslagens regler
- Jag vill inte testa mig på grund av hur den svenska brottsbalken tillämpas på hiv
- Jag är rädd att förlora jobbet
- Jag är rädd att förlora min partner
- Jag är rädd att förlora familj och/eller vänner
- Jag är rädd för att testresultatet skulle påverka mitt sexliv negativt
- Jag är rädd att känna mig misslyckad om jag har hiv
- Jag är rädd att provresultatet skulle påverka om jag får stanna i Sverige eller inte
- Annat:

35. Varför hivtestade du dig vid senaste testtillfället?

(här kan du kryssa i flera svarsalternativ)

- Jag inledde en ny relation
- Jag avslutade en relation
- Jag hivtestar mig med jämna mellanrum
- Jag hade haft oskyddat analt samlag med en ny/tillfällig partner
- Jag hade haft oskyddat oralsex med en ny/tillfällig partner
- Kondomen gled av/gick sönder vid sex
- Jag hade haft sex med någon som jag vet har hiv
- Jag hade symtom på hiv eller annan könssjukdom
- Min partner hade symtom på könssjukdom eller hade haft oskyddat sex med någon annan
- Jag blev kontaktpårad/smittspårad för hiv eller annan könssjukdom
- Hälsundersökning/screening
- Minns inte/vet ej
- Annat:.....

36. Var hivtestade du dig senast?

- På särskild mottagning för män som har sex med män (t.ex. Venhälsan eller Gayhälsan)
- På annan mottagning för sexuellt överförda infektioner
(s.k. köns-, infektions- eller venmottagning)
- CheckPoint (RFSL, Malmö)
- Noaks Ark, Stockholm
- Ungdomsmottagning
- Utomlands
- Självtest/hemtest
- Vårdcentral
- Annat:

37. Fick du vid ditt senaste hivtest något av följande erbjudanden?

Här kan du kryssa i flera svarsalternativ

- Test med svar inom 30 minuter, så kallat snabbsvarstest
- Samtal/rådgivning vid testtillfället
- Provsvar vid testtillfället/vid återbesök på mottagningen
- Test av andra könssjukdomar
- Vaccination mot hepatit (gulsot)
- Fortsatt samtalskontakt
- Inget erbjudande
- Annat erbjudande:.....

38. Vilka av följande sjukdomar har du vaccinerat dig mot?

- Hepatit A (gulsot)
- Hepatit B (gulsot)
- Humant papillomvirus (HPV)
- Ingen av dessa
- Minns inte/vet ej

39. Har du någon gång testat eller undersökt dig för könssjukdomar t.ex. gonorré, klamydia, syfilis, kondylom eller könsherpes?

- Ja för mindre än 6 månader sedan
- Ja för 6-12 månader sedan
- Ja för mer än ett år sedan
- Nej
- Minns inte/vet ej

40. Var testade du dig senast för dessa könssjukdomar?

- På särskild mottagning för män som har sex med män (t.ex. Venhälsan eller Gayhälsan)
- På annan mottagning för sexuellt överförda infektioner (så kallad köns-, infektions- eller venmottagning)
- Ungdomsmottagning
- Utomlands
- Självtest/hemtest
- Vårdcentral
- Någon annanstans:

41. Fick du vid det senaste testet något av följande erbjudanden?

Här kan du kryssa i flera svarsalternativ

- Provtagning i svalg och ändtarm (utöver urinprov)
- Samtal/rådgivning vid testtillfället
- Återbesök för provsvar
- Test av hiv och/eller ytterligare könssjukdomar
- Vaccination mot hepatit (gulsot)
- Vaccination mot humant papillomvirus (HPV)
- Fortsatt samtalskontakt
- Inget erbjudande
- Annat erbjudande:.....

42. Har du under de senaste 12 månaderna fått veta att du har någon av följande könssjukdomar? (här kan du kryssa i flera svarsalternativ)

- Gonorrhé
- Klamydia
- Syfilis
- Kondylom/HPV (könsvärtor)
- Könsherpes
- Hepatit A
- Hepatit B
- Hepatit C
- Lymfogranuloma venereum (LGV)
- Annan könssjukdom:
- Ingen av dessa
- Vet ej
- Vill ej svara

Nu är det bara några få frågor kvar. Först undrar vi om du har nåtts av någon hivförebyggande information de senaste 12 månaderna.

- Ja flera gånger Ja någon gång Nej Minns inte

43A. Har du under de senaste 12 månaderna talat om hiv, könssjukdomar eller säkrare sex med någon som arbetar med hiv, könssjukdomar eller hivtest?

43B. Har du under de senaste 12 månaderna fått gratis kondomer?

(Till exempel på träffställena, av kondomutdelare, när du testat dig eller i gratisutskick med posten hem till dig)

43C. Har du under de senaste 12 månaderna läst på internet/i mobiltelefon om hiv, könssjukdomar eller säkrare sex?

43D. Har du under de senaste 12 månaderna läst om hiv, könssjukdomar eller säkrare sex i en broschyr, en annons i tidning (t ex Kom ut eller QX) eller i någon annan tryckt information?

44. Hur bedömer du att dina kunskaper är inom följande?

- Mycket bra Bra Någorlunda Dåliga Mycket dåliga

- Hiv
- Andra könssjukdomar än hiv
- Hur det är att leva med hiv
- Postexpositionsprofylax (PEP) mot hiv
- Hur olika könssjukdomar överförs
- Hur jag kan ha analt samlag utan att kondomen går sönder
- Hur man berättar för andra att man är homo-/bisexuell
- Hur jag kan tala med en sexpartner om hivstatus
- Hur jag får en relation att fungera bra
- Vilka möjligheter som finns om jag vill ha barn
- Annat:

45. Vilka tjänster vill du ha tillgång till?

JA NEJ VET EJ

- Broschyrer om hiv, könssjukdomar och säkrare sex
- Information på internet/i min mobiltelefon om hiv, könssjukdomar och säkrare sex
- Chatt med en rådgivare på internet om hiv, könssjukdomar och säkrare sex
- Särskild mottagning för sexuell hälsa riktad till män som har sex med män
- Snabbvarstest för hiv som ger provsvar i samband med testtillfället
- Möjlighet att testa sig för hiv och könssjukdomar utanför själva sjukvården, t ex på gayträffställen eller hos ideell organisation.
- Påminnelse via SMS om testning för HIV och andra könssjukdomar, t.ex. var 6:e eller 12:e månad.
- Att få vara anonym vid hivtest
- Få information av en rådgivare om hiv, könssjukdomar och säkrare sex
- Delta tillsammans med andra i en utbildning om hiv, könssjukdomar och säkrare sex
- Vaccination mot hepatit A eller B (gulsot)
- Vaccination mot humant papillomvirus (HPV)
- Få kondomer och glidmedel hem via post
- Kondom- och glidmedelsutdelning på platser där män som har sex med män träffas
- Samtalskontakt med kurator om sexualitet och hälsa
- Samtalsgrupp som behandlar frågor/problem kring sexualitet och hälsa
- Samtal/rådgivning om att få barn
- Annat:

46. När besökte du senast följande mötesplatser:

- () Senaste dygnet
- () Senaste veckan
- () 1-4 veckor sedan
- () 1-6 månader sedan
- () 6-12 månader sedan
- () För mer än 12 månader sedan
- () Har aldrig besökt/minns inte
- Café, bar eller pub som vänder sig till HBTQ-personer
- Festivaler t ex Pride eller gayfilmfestival
- Internetsida/mobiltelefonapplikation (förutom QX Cruiser) som riktar sig till HBTQ-personer
- Nattklubb som vänder sig till HBTQ-personer
- Gaysauna/bastuklubb
- Gaykryssning
- Sexklubb, sexparty eller ett mörkrum (dark room) på en bar
- Privat sexparty i någons hem
- Videoklubb/porrbiograf
- Ragningsplats där män möts för sex (t ex park, strand, bad, offentlig toalett, rastplats) Träffställe för fetisch/S&M/läderintresserad

47. Är du eller har du varit medlem i någon organisation/förening för HBTQ-personer?

- Är medlem
- Har varit medlem
- Har aldrig varit medlem

48. Hur ofta är du inloggad på Qruiser?

- Varje dag
- Några gånger i veckan
- Några gånger per månad
- Mer sällan

Nu följer två avslutande frågor om blodgivning. Precis som alla andra frågor i enkäten är dessa frivilliga att svara på.

49. Skulle du vilja ge blod om du uppfyller kraven i reglerna för blodgivning?

- Ja
- Nej
- Vet ej/vill inte svara

50. Har du någon gång under de senaste 12 månaderna gett blod i Sverige?

- Ja
- Nej
- Vet ej/vill inte svara

Till sist undrar vi:

51. Har du några synpunkter på hur det var att svara på enkäten eller har något du vill tillägga så finns det utrymme för det här. Här får du också gärna ge synpunkter på hur vi kan förbättra det hivförebyggande arbetet.

Rapporten ger en överblick över sexuell hälsa, sexuella handlingar och behov av kunskap och förebyggande insatser bland män som har sex med män, baserat på enkätstudien MSM2013 med 2 373 deltagare. Jämförelser görs med tidigare studier i målgruppen män som har sex med män.

Resultaten visar att majoriteten av männen uppfattar sin hälsa som god eller mycket god. Kunskap kring hiv och sexuell hälsa, sexuella handlingar och erfarenhet av möten med preventionsarbetet varierar dock framför allt utifrån ålder, hivstatus och sexuell identitet. Dessutom har männen olika erfarenheter i samband med hivtestning och kontakt med preventionen samt olika möjligheter till möten med andra män som har sex med män, utifrån var i landet de är bosatta.

Det behövs ett riktat långsiktigt arbete i de verksamheter som oftare än andra möter män som har sex med män. Hälso- och sjukvården och verksamheter inom fältet socialt arbete behöver ha ett inkluderande, intersektionellt arbetssätt och kompetens att möta personer oberoende av hur och med vilka de har sex.

Rapporten riktar sig till dem som arbetar med frågor som har betydelse för folkhälsa i stort och sexuell hälsa och rättigheter specifikt: preventörer i ideella organisationer, folkhälsoplanerare, hälso- och sjukvårdspersonal och tjänstemän på både nationell, regional och lokal nivå.

Folkhälsomyndigheten är en nationell kunskapsmyndighet som arbetar för en bättre folkhälsa. Det gör myndigheten genom att utveckla och stödja samhällets arbete med att främja hälsa, förebygga ohälsa och skydda mot hälsohot. Vår vision är en folkhälsa som stärker samhällets utveckling.



Folkhälsomyndigheten