

ANDERS DAHL

MASSER AF GRUNDE TIL USIKKER SEX

En undersøgelse af gode forklaringer

De fleste aids-oplysningskampagner bygger på en opfattelse af det enkelte menneske som et rationelt individ, hvilket skulle gøre det muligt at opnå relevante adfærdsændringer gennem oplysning. Det ignoreres, at menneskers adfærd ikke alene er bestemt af viden. Seksuelle, såvel som andre, handlinger bygger også på erfaringer, følelser og på de begrænsninger, forskellige mennesker påføres af deres omgivelser. En sådan antropologisk snarere end sundhedsfaglig tilgang til seksualitet har betydning for de metoder til adfærdsforskning og også de tiltag til adfærdsændringer, der bør tages i brug til forebyggelse af aids. I det følgende vil det blive diskuteret, hvilke erfaringer der er gjort om vanskelighederne ved at dyrke sikker sex. Disse erfaringer udspringer af en undersøgelse gennemført af telefonrådgivningen *AIDS-Linien*. Undersøgelsens erfaringer peger på nye metoder i antropologisk sexforskning, på brugbarheden af begrebet *risikoadfærd* frem for *risikogruppe*, og dermed også på hvordan rådgivning snarere end oplysning på indeværende tidspunkt – efter mere end 10 års oplysningskampagner – bør være strategien i forebyggelsesarbejdet i forhold til aids. Indledningsvis vil jeg skitsere, hvordan viden om seksualadfærd blev indsamlet i starten af 1980'erne i forbindelse med det behov, der opstod for viden om smitteveje og smitterisici, hvordan forebyggelseskampagnerne har været tilrettelagt samt hvilken indflydelse disse har haft på seksualadfærden.

Allerede tidligt i 80'erne blev det klart, at hiv overvejende smitter seksuelt, og der opstod i kølvandet på den globale hiv-epidemi et påtrængende behov for viden om seksualadfærd, det var derfor nødvendigt at generere hurtige data. Af epidemiologiske grunde var det overordnede mål at vide, hvem der primært var smittet med hiv, og hvilke typer af seksualadfærd, der indebar henholdsvis høj og lav smitterisiko. Forskningen fokuserede som følge heraf på højrisikoadfærd og potentiel højrisikoadfærd. Det var medicinere, primært epidemiologer, der forestod undersøgelsesarbejdet og den hyppigst anvendte metode til indsamling af data var spørgeskemaer og – i mindre grad – interviews. På baggrund af denne type surveyundersøgelser blev det hurtigt muligt at opstille en skala for den relative „farlighed“ af forskellige seksualpraktikker (analsex er mere risikabelt end vaginalsex, der igen er mere risikabelt end oralsex), og det blev også muligt at udpege befolkningsgrupper, hvor hiv var mere hyppigt forekommende end i andre grupper. Personer tilhørende disse grupper blev på den ene side anset for at *være i særlig risiko*, samtidig med at det på den anden side også blev formodet, at personer tilhørende disse grup-

per *udgjorde en særlig risiko* for andre mennesker. Det turde være overflødig at nævne, at denne *udpegning* af „risikogrupper“ drejer sig om mænd, der har sex med andre mænd (bøsser og biseksuelle mænd), injektionsbrugende stofbrugere og mennesker fra højendemiske områder (i Danmark har det typisk været afrikanere). Kun i et mindre omfang har blødere været udsat for samme tendens til udpegning. Dette epidemiologiske udgangspunkt for forståelsen af smittespredningen har været centralt siden midten af 1980'erne og har været medvirkende til at udgrænse særlige grupper af mennesker som kilde til videre smittespredning med deraf følgende (mulighed for) stigmatisering.¹ Denne oprindelige udpegning af risikogrupper har haft en afgørende indflydelse, både på det forebyggende arbejde og på seksual- og risikoadfærdsundersøgelser, idet begge dele i vid udstrækning har været koncentreret om disse grupper.

Set ud fra et forebyggelsesperspektiv er den indsamlede viden om seksualadfærd mangelfuld, det hænger sammen med, at overfladiskhed blev prioriteret over kompleksitet, for at citere Bolton (Bolton 1992:128). At undersøge seksualadfærd med spørgeskema og interviews er behæftet med vanskeligheder, når undersøgelsesfeltet omfatter beskrivelse af konkrete handlinger snarere end af holdninger, særligt to forhold gør sig gældende her. Psykologen Paul R. Abramson (1992) har således påvist hukommelsens begrænsninger, når undersøgelserne fokuserer på teknik, detaljer og rækkefølge, og han gør også opmærksom på, at der kan være tendens til at give et svar, der forekommer at være socialt acceptabelt eller ønskeligt, frem for sandfærdigt (hvis den pågældende altså kan huske, hvad der er foregået). Man kan i øvrigt ikke gå ud fra, at de interviewede har en intention om at ville svare sandt og troværdigt på alle stillede spørgsmål, blot fordi de har indvilget i at indgå i en undersøgelse, hvad enten dette har form af et spørgeskema eller et interview. Undersøgelserne viser som hovedregel meget lidt om, hvorfor nogle mennesker i nogle situationer dyrker sikker sex og i andre situationer ikke gør det, den viser heller ikke noget om, hvorfor nogle mennesker oftest eller altid dyrker sikker sex og andre sjældent eller aldrig gør det, og videre, hvad der motiverer disse valg. Det er således vanskeligt at prioritere de forskellige dele af forebyggelsesarbejdet på anden måde end ved at pege på de allerede udpegede grupper – og tilføje disse mere viden. Faktisk synes det vanskeligt at påvise, at den viden, der er indsamlet om seksualadfærd igennem 1980'erne, har haft nogen væsentlig betydning for tilrettelæggelsen af form og indhold af det forebyggende arbejde og dermed for begrænsninger af spredningen af hiv. Undersøgelserne er i det væsentlige alene blevet brugt til at udpege de grupper, som forebyggelsesarbejdet særligt skulle rettes imod. Det er således værd at bemærke sig, at den store adfærdsændring blandt den vestlige verdens bøsser skete, inden hovedparten af disse undersøgelser blev offentliggjort (Bolton 1992:128).

Selvom det som nævnt er forbundet med vanskeligheder at undersøge seksualadfærd, findes der dog en lang række andre situationer uden for rammerne af et spørgeskema eller et forskningsinterview, hvor folk taler om deres seksualadfærd, nemlig når de henvender sig til sundhedsmyndighederne i forbindelse med testning for hiv eller i øvrigt retter henvendelse til de rådgivninger, der er etableret med det formål at oplyse og rådgive om hiv/aids. Mere end 170.000 testes således hvert år for hiv i Danmark, og mellem 30-35.000 mennesker henvender sig årligt til de telefoniske aids-rådgivninger. Den erfaring, der er etableret disse steder, er aldrig systematisk blevet opsamlet på trods af det åbenlyse faktum, at der netop her eksisterer adgang til en viden om vanskelighederne ved at dyrke sikker sex, som vil kunne anvendes i det forebyggende arbejde.

Det forebyggende oplysningsarbejde

Hovedparten af den teori, der handler om sundhedsrelateret adfærd, baserer sig på forestillingen om den individuelle rationalitet, og mennesket ses som et rationelt tænkende og handlende væsen (Ingham et al. 1992). Oplysningskampagner baserer sig i forlængelse heraf på en forestilling om, at det er muligt at *oplyse* sig til relevante adfærdsændringer. Målet med oplysningskampagner er således gennem oplysning at motivere og overtale målgruppen til at ændre adfærd i en relevant retning. Nøgleordene i oplysningskampagner er at skabe opmærksomhed, at formidle viden, at præge holdninger og at ændre adfærd. Forskere er generelt enige om, at massemediekommunikerede budskaber har stor værdi mht. at skabe opmærksomhed, og at de har en såkaldt „dagsordenssættende rolle“, dvs. at de gør det muligt offentligt at tale om og forholde sig til en given problemstilling (DSI/SSF 1996:19). Der findes til gengæld ingen overbevisende dokumentation for, at oplysning kommunikeret gennem massemedierne i sig selv har en direkte adfærdsændrende eller adfærdsmodificerende rolle (ibid.:122-23). Hvis massemediekommunikerede budskaber kombineres med indsatser i lokalsamfundet (boligområder, bydele, arbejdspladser og lign.), kan der dog, hvad angår ryge-, kost- og motionsvaner observeres ændringer i adfærd, mens det synes at være vanskeligere at ændre på alkoholvaner (ibid.).

Erfaringen har vist, at seksualvaner ikke kan ændres alene ved at kombinere centrale massekommunikerede budskaber med traditionelle lokale indsatser. Det er trods alt nemmere at tale om sine ryge-, kost- og motionsvaner på arbejdspladsen, end det er at tale om sine seksualvaner. Det er formentlig af samme grund, at det også er vanskeligt at ændre på alkoholvaner alene med kombinationen af en traditionel central og lokal indsats. Alkohol- og seksualvaner er tabuiserede emner, som de færreste ønsker at debatere offentligt.

Det har vist sig overordentligt vanskeligt at få befolkningen som helhed til at ændre seksualadfærd. Kun blandt mænd, der har sex med andre mænd, kan der konstateres en radikal adfærdsændring (Fouchard 1994). Viden om den øvrige danske befolknings seksualadfærd er spredt og fragmenteret, og det er vanskeligt at finde pålidelige data til vurdering af eventuelle adfærdsændringer. De enkelte undersøgelser er som oftest udført med forskellige parametre, hvad der gør en sammenligning vanskelig (Schnell Nielsen 1991). Der kan i de eksisterende undersøgelser hverken spores tendenser til, at folk med mange skiftende partnere oftere bruger kondom end folk med færre seksuelle partnere (ibid.:16), eller at folk har reduceret antallet af partnere (AIDS-Nyt 1991). Kun blandt unge synes der at være en tendens til i højere grad at anvende kondom end tidligere set – når det vel og mærke er samlejedebut, der undersøges (Wielandt 1994; Rasmussen & Knudsen 1994). Når der spørges til kondombrug ved seneste samleje, er det vanskeligere at påvise ændringer (Rasmussen & Knudsen 1994), ligesom det ser ud som om, at jo mere erfaring de unge får på seksualområdet, jo mindre anvendes der kondom (FKAS 1991:55). Den danske befolkning er som helhed overordentlig veloplyst om risikoen for hiv-smitte og har herudover også kendskab til de elementære beskyttelsesforanstaltninger (kondom ved samleje), så vanskelighederne ved at ændre seksualadfærd grunder sig ikke i en mangel på viden. Det vanskelige består i at omsætte denne viden til handling.

Viden om smitterisiko medfører ikke nødvendigvis en ændret seksualadfærd, fordi menneskers adfærd ikke alene er styret af viden. Seksualadfærd baserer sig i vid udstrækning på personlige og kulturelle erfaringer og på konteksten for seksualiteten; f.eks. på den ene side magtforholdet i den konkrete relation og på den anden side de socio-kultu-

relle normer og strukturer, som er rammer for den enkeltes seksuelle handlinger. Seksualitet forbindes med „følelser og krop“ – hengivelse, forførelse, ophidselse, begær, liderlighed og grænseoverskridelse – ikke med „rationelle handlinger“. I den konkrete situation, hvor den enkelte både skal forhandle med sig selv og med en partner – der muligvis har en anden opfattelse af „fornuftig seksualadfærd“ – spiller alle disse forhold ind. Vidnen om smitterisici er derfor ofte ikke tilstrækkeligt til at motivere adfærdsendring, og det vil i mange tilfælde være nødvendigt at kombinere det vidensformidlende arbejde med en mere direkte holdningsprægende indsats.

Forandringer i dybt forankrede holdninger kræver interpersonelle kanaler (tovejskommunikation) [...] [og] sandsynligheden for accept af budskabet er størst, når kommunikation af et budskab først sker gennem massemedier og dernæst gennem interpersonelle relationer (Thune Jacobsen 1994:39).

Dette holdningsprægende arbejde forstås primært (når der ses bort fra personlige bekendtskaber og kun tænkes i det egentlige forebyggelsesarbejde) af tre parter, der hver for sig har mulighed for en dialog med den enkelte om smitterisiko, seksualvaner og eventuelle vanskeligheder med at ændre disse. Der er tale om de *praktiserende læger*, personalet på de *screeningsklinikker og ambulatorier*, hvor enhver kan blive testet for hiv, og rådgiverne på de til formålet oprettede *telefoniske rådgivninger*.

De praktiserende læger er løbende i kontakt med en meget stor del af befolkningen, og det er i en række situationer (præventionsvejledning og -kontrol, gynækologisk undersøgelse, undersøgelse for seksuelt overførte sygdomme, rejseprofylakse, m.v.) relevant at inddrage spørgsmålet om hiv/aids og sikker sex. Herudover foretager de praktiserende læger ca. to tredjedele af de omkring 170.000 årlige hiv-test.

På screeningsklinikker og ambulatorier foretages ca. 60.000 hiv-test årligt, ligesom en lang række mennesker her testes for andre seksuelt overførte sygdomme. Her er der samme oplagte mulighed for at give de test-søgende en personlig sikker-sex-rådgivning, vejlede om de præcise grænser for sikker sex og diskutere de vanskeligheder, som den enkelte måtte have i forhold hertil.

Landets tre store telefoniske aids-rådgivninger (den landsdækkende AIDS-Linien, AIDS-INFO/Fyn og AIDS-INFO/Århus) har tilsammen ca. 30-35.000 henvendelser årligt. Blandt fordelene ved de telefoniske rådgivninger kan nævnes, at her kan enhver ringe *anonymt* på det tidspunkt, den enkelte selv finder det mest belejligt – om formiddagen, om eftermiddagen eller om aftenen – og at det for mange er nemmere at tale med „ansigtsløse“ rådgivere om ofte tabuiseret seksualadfærd: sidespring, prostitutionsbesøg, analsex etc. Omkring en femtedel af henvendelserne ved disse rådgivninger er således fra mennesker, der ønsker rådgivning i forbindelse med konkret usikker seksuel adfærd.

AIDS-Liniens undersøgelse

Det var på denne baggrund, at det i 1993 på AIDS-Linien blev besluttet systematisk at opsamle den erfaring, som rådgiverne indhøster om de problemer og overvejelser, som de rådsøgende gør sig med hensyn til usikker seksualadfærd. AIDS-Linien modtager årligt ca. 14.000 opkald, hvoraf ca. 20% er fra mennesker, der henvender sig, fordi de har

dyrket usikker sex og efterfølgende er blevet nervøse for de mulige konsekvenser. Rådgivningen har eksisteret i 10 år og består af seks fuldtidsansatte og ca. 50 frivillige rådgivere, som i gennemsnit har været tilknyttet i mere end fire år. Af den samlede stab har næsten hver femte rådgiver været tilknyttet stedet siden åbningen i efteråret 1986. Det er således en overordentlig erfaren rådgiverstab, der er tilknyttet stedet, hvilket betyder at den enkelte har stor erfaring i at tale med andre mennesker om seksuelle spørgsmål.² Da AIDS-Linien er en rådgivningstelefon – og målet ikke er at lave undersøgelser, hverken af de rådsøgendes adfærd eller af baggrunden for adfærden – involverede det en række etiske overvejelser, som jeg senere vil vende tilbage til, at lave en sådan systematisk erfaringsopsamling.

AIDS-Linien havde ikke tidligere lavet systematiske undersøgelser af denne art, og der var heller ikke andre erfaringer, hverken nationalt eller internationalt, at trække på. Der opsamles kun i ringe omfang erfaringer fra aids-rådgivningstelefonerne, selvom disse overalt i den vestlige verden indtager en central plads i det forebyggende arbejde.³

Heller ikke i den antropologiske litteratur var der meget hjælp at hente. Antropologer har nemlig aldrig været overvældende interesseret i rigtig sex. I det omfang antropologer har vist seksualiteten interesse, har det oftest været i sammenhæng med studier af slægtskab, ægteskab, incestforbud, ritualer (og særligt initeringsritualer), symboler, identitet og køn. I talløse monografier om lige så talløse kulturer og samfund kan man lede forges efter en nærmere beskrivelse af *den konkrete, seksuelle praksis*. Eller sagt på en anden måde: hvem har sex med hvem, hvordan, hvor tit og hvorfor. Dette felt har i en årrække været overladt til andre fagfolk, typisk psykologer og sexologer. Der er selvfølgelig undtagelser, men de er få.

Denne udvikling har i stor udstrækning sparet antropologer for – praktisk, metodisk og teoretisk – at beskæftige sig med en adfærd, som det er indlysende vanskeligt at lave observationer af og i øvrigt heller ikke nemt at indsamle troværdig information om (Tuzin 1988:5). Vanskelighederne ved at beskrive seksuelle handlinger synes at være åbenbare. Seksualadfærd er som oftest et privat og personligt anliggende, og et anliggende man ikke gerne taler konkret om. Den konventionelle privathed, som omgærer seksuallivet i den vestlige verden, synes at være universel (ibid.:6). Antropologiske arbejdsmetoder som *observation* og *deltager-observation* synes derfor generelt at have meget begrænsede muligheder som forskningsmetode, når der bortses fra visse dele af den vestlige verdens bøssekultur (og her tænkes på de såkaldte „erotiske oaser“, dvs. mødesteder for anonym sex). Det er således også fra denne del af den seksuelle sfære, at de få og enkelte studier, der trods alt er gennemført (Humphreys 1970; Read 1980; Bolton 1992 m.fl.), har taget sit udspring.

Som tidligere nævnt er der en række metodemæssige problemer i at forske i seksualadfærd, og dét at bruge en telefonrådgivning til indsamling af data indebærer i sig selv en række problematiske metodemæssige forhold. Det er f.eks. ikke muligt at udvælge sine rådsøgende (informanter) således, at de enten udgør et repræsentativt udsnit af befolkningen eller hver for sig repræsenterer særlige problemstillinger, der ønskes nærmere belyst. Data melder så at sige sig selv og repræsenterer kun det, de netop er – de mennesker, der henvender sig om rådgivning i forbindelse med usikker seksualadfærd. Der er derfor heller ikke mulighed for at stille uddybende spørgsmål ved et senere interview, hvis dele af oplysningerne ønskes uddybet. Når indsamlingen af data sker via en rådgivningstelefon, betyder det, at der ikke er mulighed for at *se* og kende informanten i andre

sammenhænge, og at data udelukkende består af de informationer, som den pågældende selv eksplicit sætter i tale.

Indsamling af data via en rådgivningstelefon indebærer dog også en række fordele, frem for en mere traditionel interviewundersøgelse, og der er grund til at bemærke sig en række forhold. Den rådsøgende har selv taget initiativ til samtalen og er altså ikke mere eller mindre tilfældigt blevet bedt om at deltage i en undersøgelse. Den pågældende vil derfor ofte have en selvstændig motivation for at tale om de konkrete handlinger, og det kunne – alt andet lige – betyde en større sandsynlighed for, at den pågældende taler åbent som sit seksualliv. Endvidere er den hændelse, der er årsag til opkaldet, ofte af en relativ ny dato og derfor lettere at kalde frem i erindringen. Herudover er det centralt i en „god“ rådgivningssamtale, at den rådsøgende finder *sine egne* løsninger på de problemstillinger der rejses: „Skal jeg blive testet for hiv“?, „skal jeg fortælle mine partnere, at jeg har sex med andre mænd“?, „skal jeg fortælle min ægtefælle, at jeg har været hos en prostitueret“? Der findes en lang række af spørgsmål, som der ikke er nogen „facitliste“ til – dét, der er rigtigt for én person, er det ikke nødvendigvis for en anden. Når det handler om overvejelserne bag usikker sex, findes der således heller ikke noget „rigtigt“ svar. Det centrale er også her, at den enkelte finder *sine egne* forklaringer, hvis den pågældende næste gang skal være bedre rustet til at håndtere situationen på en anden måde. AIDS-Liniens rådgivere er ikke alene, som tidligere nævnt, trænet i at tale om seksualitet, men også i at overveje sådanne situationer sammen med andre mennesker. Der er derfor grund til at formode, at den tidligere omtalte tendens til at give socialt acceptable svar kun har et minimum af indflydelse. Det må også formodes, at „hukommelsens begrænsninger“ er færre, eftersom undersøgelsens fokus ikke er „teknik, detaljer og rækkefølge“, men de tanker og overvejelser, den enkelte gjorde sig om usikker sex. Den følelse af anonymitet som telefonen giver, fordi samtalepartnerne ikke kan se hinanden, gør det desuden nemmere for de fleste at tale om deres egen seksualitet. Samlet set synes fordelene ved indsamling af data på denne måde derfor rigeligt at opveje ulemperne.

Inden undersøgelsen blev sat i gang, blev en række etiske overvejelser diskuteret, de to væsentligste problematikker er skitseret i det følgende. Først og fremmest var det væsentligt, om dét at fokusere på den enkeltes bevæggrund for at dyrke usikker sex, ville påvirke rådgivningen i en negativ retning. Ét er at lave en generel statistik om de emner, der har været berørt i samtalerne, noget andet er at sætte fokus på bestemte aspekter af den rådsøgendes adfærd, og at rådgiveren prioriterer at sætte udvalgte temaer på dagsordenen. Det er vigtigt, at fokus ikke flytter sig *fra* den rådsøgendes behov for information eller rådgivning *til* rådgiverens behov for en særlig viden. Det andet centrale spørgsmål var, om det var etisk forsvarligt at fokusere på den enkeltes overvejelser om sin seksualadfærd uden at informere om den iværksatte erfaringsopsamling. Det blev nemlig besluttet ikke at oplyse om projektet, dels fordi nogle kunne „fristest“ til at svare det, der forekom socialt acceptabelt, og dels fordi fokus risikerede at flytte fra den rådsøgendes behov for rådgivning til selve undersøgelsens tema.

Svaret på det sidste spørgsmål lå i forlængelse af det første. Så længe interessen for den enkeltes overvejelser ikke påvirkede rådgivningen i en negativ retning, men faldt som en naturlig del af rådgivningen – og det vil sige til afklaring af den enkeltes problemer – forekom det os forsvarligt at gennemføre undersøgelsen (og i første omgang en pilotundersøgelse) på nævnte måde. Endelig har det været et selvfølgeligt krav, at ingen rådsøgende må kunne genkende sig selv i det materiale, der senere måtte blive publiceret.

Der blev indledningsvis gennemført en pilotundersøgelse med deltagelse af udvalgte rådgivere i én måned. Det skulle efter denne måned vurderes, hvorvidt den særlige interesse for den enkeltes overvejelser om sin adfærd havde en negativ indflydelse på selve rådgivningsforløbet. Det blev efter pilotfasen konstateret, at: „... det altovervejende har virket så positivt på selve rådgivningen, at man godt kunne overveje denne særlige registrering *alene* for at kvalificere rådgivningen“ (AIDS-Linien 1993).

Interessen havde altså ikke påvirket rådgivningen i en negativ retning. Tværtimod. Mange mennesker ville gerne tale om disse overvejelser. Det blev derfor besluttet at sætte erfaringsopsamlingen i gang fra 1. april 1993 og tre måneder frem. Ved alle samtaler, hvor den rådsøgendes anledning til opkaldet var usikker seksualadfærd, blev den pågældendes overvejelser om, hvorfor han/hun ikke havde dyrket sikker sex, noteret på et skema, naturligvis kun i det omfang, den rådsøgende ville tale om dette emne. Der blev udarbejdet en grundig instruks, også for hvordan man kunne berøre dette følsomme emne. Indfaldsvinklen vil nu altid afhænge af den konkrete samtale, så der kan ikke laves en „køgebog“ i, hvordan emnet skal bringes på bane. Ét er dog sikkert – kun ganske få rådsøgende bringer selv emnet på bane (se også Silvermann et al. 1992:179).

Der blev ikke anvendt skemaer med forudvalgte afkrydsningsmuligheder (bortset fra køn, skønnet alder, og om den pågældende havde dyrket sex med eget eller modsat køn), men rådgiverne blev opfordret til med egne ord at beskrive den rådsøgendes egen forklaring af motivet for ikke at dyrke sikker sex. Rådgiverne skulle endvidere notere, om dét at tale om baggrunden for den usikre sexadfærd havde haft en negativ eller positiv indflydelse på rådgivningen. Da den enkelte kan have opgivet flere forskellige forklaringer, og der i øvrigt ikke er tale om nogen form for repræsentativ undersøgelse, er begrundelserne i det følgende ikke nævnt i prioriteret rækkefølge. Der blev i løbet af undersøgelsesperioden indsamlet 290 skemaer. 35% af henvendelserne var fra kvinder (alle heteroseksuelle), 51% fra heteroseksuelle mænd, 7% fra mænd, der havde haft sex med andre mænd, og 5% havde haft biseksuel adfærd. De resterende 2% var uoplyste. I mere end 90% af samtalerne var alderen skønnet til at være mellem 20 og 45 år.

Undersøgelsens resultater

Undersøgelsen viste, at kun de færreste tænker på sikker sex som noget, der er svært at praktisere, som noget „man ikke kan finde ud af“. Langt den overvejende del opfatter det, at de har dyrket usikker sex, som en *fejltagelse* eller „en smutter“; ofte siger de pågældende, at det ikke vil ske igen. Mange har formentlig, på baggrund af de sidste ti års massive oplysningskampagner, en intention om at ville dyrke sikker sex, og derfor forstås det at dyrke usikker sex for mange som en fejltagelse. Medmindre man har ganske mange forhold til forskellige partnere, kan det være vanskeligt for den enkelte at se sin egen adfærd som et mønster.

Seksual adfærd adskiller sig på denne måde fra f.eks. tobaksrygning. En ganske stor del af rygerne (50-60%) oplyser i undersøgelser, at de gerne vil holde op med at ryge, og der er udviklet programmer for rygere, der ønsker at stoppe. Der er også etableret en telefonrådgivning – Røgfri-Linien – hvor disse mennesker kan ringe og få gode råd. Det vil være naturligt at ringe til den linie og sige: „Jeg vil gerne holde op med at ryge, men jeg kan ikke finde ud af det“. Det er ikke på samme måde naturligt at ringe til en aids-rådgiv-

ning og sige: „Jeg vil gerne holde op med at dyrke usikker sex, men jeg kan ikke finde ud af det“. Sikker sex forstås nemlig sjældent som noget, der er svært – sikker sex er jo „bare“ at bruge kondom. Men antallet af uønskede graviditeter og tidligere i dette århundrede også illegale aborter vidner om vanskelighederne med at anvende et kondom.

Hvorvidt der i denne undersøgelses materiale reelt er tale om enkeltstående „smuttere“ for de pågældende, eller der snarere for den enkelte er tale om et mønster, er det ikke muligt at afgøre ud fra de indsamlede data. Men med de tidligere omtalte vanskeligheder ved at påvise en egentlig adfærdsændring i store dele af befolkningen, er det ikke utænkeligt, at der for ganske mange er tale om et mønster. For mange er der sandsynligvis tale om, at den intenderede handling er sikker sex, men at *denne gang* havde netop sin særlige forklaring på, at det ikke lykkedes. Det er disse forklaringer, undersøgelsen har forsøgt at afdække. Der kan for den enkelte være forskellige motiver fra gang til gang, eller der kan være et gentaget mønster i begrundelserne – det afslører undersøgelsen ikke. Der er alene fokuseret på den aktuelle episode, der fik den rådsøgende til at ringe.

Et enkelt forhold går igen i mange samtaler, nemlig at den pågældende var beruset på tidspunktet for den usikre seksualadfærd. Det er der for så vidt ikke noget mærkværdigt i, eftersom de fleste møder potentielle seksualpartnere i sammenhæng med, at der bliver drukket; til fester, på diskoteker, på barer, værtshuse osv. Mange opfattede beruselse som forklaringen på, at han/hun ikke havde dyrket sikker sex, mens nogle få ikke brugte beruselse som forklaring. „Det havde jeg nok gjort alligevel“, som en sagde.

I sammenhængen mellem usikker sex og alkohol er det vigtigt at være opmærksom på, at alkohol i stedet for at være årsag til usikker sex kan fungere som den faktor, der gør folk i stand til at praktisere en adfærd, de – bag de fornuftsbetonede intentioner – ønsker (Weatherburn 1992:122). Hvis f.eks. den enkeltes erfaring og den kontekst, seksualiteten udspilles i, konkret gør det vanskeligt for den enkelte at dyrke sikker sex, bliver det at have været beruset i situationen let til den forklaringsmodel, hvormed man selv forstår sin egen „uacceptable“ handling. Det giver mulighed for at forstå og forklare, hvorfor man gjorde noget, man egentlig ikke – før det skete – ønskede at gøre. På denne måde kan beruselse fungere som selvforståelse for den enkeltes adfærd, selvom der „bag“ en sådan forklaring kan være andre barrierer. Og beruselse er ikke alene en „let“ forklaringsmodel, det er også for mange en acceptabel forklaring på usikker seksualadfærd.

For den enkelte kan det være af stor betydning at forstå denne sammenhæng. Hvis der reelt er tale om en mere eller mindre bevidst modstand mod at anvende kondom, er løsningen ikke at drikke mindre (hvad der for mange kan være svært i festlige sammenhænge), men at blive opmærksom på ens egen modstand mod at anvende kondom.

Sammenhængen mellem usikker sex og alkohol har været diskuteret i en række artikler (se f.eks. Temple et al. 1993; Weatherburn et al. 1993), men det er vanskeligt at dokumentere, at beruselse skulle medføre et større omfang af usikker seksualadfærd hos den enkelte, og en WHO-rapport fra en konference om „Alcohol and AIDS“ i 1993, konkluderer også, at: „... det ikke er blevet demonstreret, at individuel risikoadfærd er influeret af indtagelse eller ikke-indtagelse af alkohol ...“ (WHO 1994:10).

En anden type af forklaring på at have dyrket usikker sex var, at den pågældende enten kendte partneren (dvs. som kollega, bekendt, fra venskabskredsen, tidligere kæreste, etc.) eller, at man ikke vurderede, at partneren tilhørte det, som af mange opfattes som værende „risikogrupperne“. ⁴ Denne måde at vurdere sin risiko på er velkendt fra mange, både danske og udenlandske, undersøgelser, men kan være problematisk ud fra et smitte-

spredningssynspunkt. At tale om „risikogrupper“ er for år tilbage forsøgt afløst af den mere præcise benævnelse „risikoadfærd“, men forestillingen om særlige „risikogrupper“ fungerer stadig som mental kategori for mange, når der skal vælges mellem sikker og usikker seksualadfærd. Med denne måde at vurdere risiko på ligger det lige for at afholde sig fra sex med mennesker, man mener tilhører en sådan „risikogruppe“, og dyrke usikker sex med mennesker uden for disse grupper, frem for at dyrke sikker sex i begge tilfælde.

Problemet i en sådan opfattelse afslører sig ved nærmere eftertanke, idet det kan være meget vanskeligt at se på folk (eller i øvrigt vide med nogen form for sikkerhed), om de har mange „løse forhold“, eller om det er mænd, der har sex med andre mænd. På samme måde kan man heller ikke nødvendigvis se på folk, om de er intravenøse stofbrugere, kommer fra højendemiske områder – eller har haft sex med personer fra nogen af de her nævnte grupper. Man skal kende sin partner endog meget godt for at kunne stole på denne måde at vurdere sin risiko på. Og alene dét senere at henvende sig om rådgivning sandsynliggør vel også, at mange bagefter bliver i tvivl om den beslutning, der blev taget, da „fornuften blev slået fra“.

For en række mennesker gjorde det sig gældende, at det af forskellige grunde var svært at anvende kondom. Der kunne bl.a. være tale om mere fysisk betonedede vanskeligheder, som f.eks. rejsningsproblemer eller tørhed i skeden. Det var dog mere almindeligt, at kondomer blev opfattet som forstyrrende for spontaniteten og romantikken i det seksuelle samvær. Det seksuelle samvær fungerer ofte som en ordløs samtale, hvor kroppene så at sige taler deres eget sprog, og hvor „virkeligheden“ (og herunder kondomer og gensidig smitterisiko) er et forstyrrende element – et spring fra hengivelse til selvkontrol, fra følelser til fornuft. Nogle mente, at kondomer forhindrer nærvær – at netop den tæthed med et andet menneske, som de ønsker, forhindres af kondomet.⁵

Undersøgelsen viste også, at det kan være svært at stille krav om, at der skal anvendes kondom. Selvom den enkelte i situationen fandt, at det var relevant at anvende kondom, kunne den pågældende ikke magte at bringe emnet på bane. Her bliver det tydeligt, at sikker sex ikke (nødvendigvis) er én enkelt persons beslutning, men at seksuelt samvær altid er et samspil og en „forhandling“ mellem to (eller flere!) mennesker. Af det indsamlede materiale fremgår det kun undtagelsesvis, at der har været en samtale eller „forhandling“ om sikker sex, og de gange, hvor det har været nævnt, har det ofte været i forbindelse med udlandsrejser, hvor den pågældendes partner har erklæret sig „fri for hiv“.

At dyrke sikker sex er således ikke (altid) en beslutning, den enkelte kan tage for sig selv en gang for alle. Evnen til at stille krav om kondombrug (og sikker sex) vil for mange være forskellig fra den ene situation til den anden og hænger bl.a. sammen med den enkeltes beredskab, selve situationen og den relation, som den pågældende har til partneren.

For en del mennesker er det formentlig lettere at bruge kondom i såkaldt „løse“ forhold end i faste forhold. I hvert fald var der flere der udtalte, at de altid startede med at bruge kondom i et nyt forhold, men at de – når forholdet havde antaget en fast karakter – droppede dette. Enkelte har direkte formuleret, at det var forelskelse, der var årsagen til, at de ikke havde dyrket sikker sex. Det at møde en partner, man tror (og håber), at man skal dele de næste mange år af livet med, kan være en stærk grund til ikke at ville dyrke sikker sex. Både fordi følelsen af at ville dele skæbne med partneren kan være stærk, og fordi kondomet kan synes at skabe en „barriere“ til partneren. Der kan ligge megen kærlighed og længsel bagved risikofyldte sexvaner.⁶ For en række af de rådsøgende handlede opringtonen således om, at de havde dyrket usikker sex i et fast parforhold som nu, på

tidspunktet for opkaldet, var blevet opløst. Dette havde fået dem til at overveje deres reelle kendskab til den tidligere partners seksualadfærd. For mange havde det været svært at diskutere dette, så længe forholdet stod på, og herunder også at bruge eller kræve, at der blev brugt kondom – selv ved mistanke om at partneren havde seksuelle forhold til andre. For mange par er et fast forhold lig med „kondomfri“ sex, og alene det at foreslå brug af kondom er ofte forbundet med en antydning af, at partneren har andre seksuelle forhold, eller at man selv har (eller har haft) det.

Liderlighed og „tæthed“ var også begrundelser, der gik igen. Når lysterne tager over, risikerer de fornuftsbetonede hensigter at træde i baggrunden. Andre sagde, at de „havde glemt alt om kondomer“, men også her er der nok snarere tale om liderlighed end om egentlige hukommelsesbrist! For andre var forklaringen, at de ikke havde været i besiddelse af et kondom, men havde valgt at dyrke sex alligevel. Man kan dog næppe modsætningsvis heraf slutte, at hvis de rent faktisk havde haft et kondom, så ville det være blevet anvendt. Nogle var ganske enkelt ikke vant til at bruge kondom og syntes, det var vanskeligt at „komme i gang“. Der kunne her både være tale om mennesker, som i lang tid (år) ikke havde haft et seksualliv eller om mennesker, som efter et langvarigt parforhold nu var blevet alene og så at sige skulle til at lære nye „adfærdsnormer“. Sikker sex er for mange ikke blot en beslutning, men noget der skal læres.

Som omtalt kan faktorer som det at „kende partneren“ eller være forelsket have indflydelse på den enkeltes seksualadfærd, men også en mere direkte *magtrelation/afhængighedsrelation* kan spille ind. Der tænkes her på forhold som erfaren vs. uerfaren, ældre vs. yngre, mand vs. kvinde, forskel i social eller økonomisk status, uden at der dog samtidig skal antydes en altid gældende over- og underordnet position i denne opremsning af relationer. Der var således i materialet beretninger fra både (hetero- og homoseksuelle) mænd og kvinder, hvor partneren ganske simpelt ikke ville anvende kondom, og også beretninger fra enkelte kvinder, der havde været udsat for voldtægtslignende situationer. Det illustrerer med al ønskelig tydelighed, at sikker sex ikke altid ligger inden for den enkeltes egne handlemuligheder.

Risikoen ved oralsex udgjorde et særligt emne blandt de rådsøgende. Mange var usikre på risikoen ved denne seksualpraktik (men valgte alligevel at praktisere den), mens andre rent faktisk havde et godt kendskab til risikoen, men havde valgt ikke at holde op med at dyrke oralsex. Det er den generelle erfaring på AIDS-Linien, at netop oralsex er et af de områder, hvor der hersker stor usikkerhed hos befolkningen (se også Fouchard 1994:115).

Mere end vidensindsamling

AIDS-Liniens undersøgelse giver et sjældent konkret billede af vanskelighederne ved at dyrke sikker sex. Som tidligere nævnt er det overordentlig vanskeligt at gøre observationer i forbindelse med seksualadfærd, men rådgivningssamtaler af den slags, som gennemføres på AIDS-Linien, giver en mulighed for at få informationer om de situationer, som er vanskelige at observere. Samtidig giver disse samtaler en mulighed for så at sige at komme „ind i hovedet på folk“ og finde ud af, hvad der blev tænkt og overvejet i situationen. Under alle omstændigheder ville hverken observation eller deltager-observation have givet kendskab til disse overvejelser, men alene til selve handlingen – et interview

ville altid være nødvendigt for at blive klogere på motivationen for den enkeltes handling. Og hvis (deltager)observation i forbindelse med seksualadfærd i forvejen er vanskeligt, så er det noget nær umuligt at forestille sig en situation, hvor (deltager)observationen følges op af et interview!

Når hertil lægges, at mange i en rådgivningssamtale reelt er interessede i at finde ud af forklaringen på, hvorfor de gjorde, som de gjorde, så er denne type af samtaler formentlig noget nær det tætteste, man kan komme på andre menneskers seksualadfærd – uden selv at være til stede. Rådgivningssamtaler er dog ikke alene et overordentligt velegnet redskab til at indsamle viden om seksualadfærd og baggrunden for denne. For den enkelte har det formentlig stor betydning for den fremtidige adfærd at få tydeliggjort de overvejelser, han/hun gør sig i disse situationer.

En rådgivningssamtale består som oftest af mange mulige emner, man kan at vælge at sætte fokus på, og overvejelser over baggrunden for den konkrete adfærd er ikke nødvendigvis det tema, der træder umiddelbart i forgrunden. Men det viste sig, at det at interessere sig specielt for dette emne, altovervejende havde en overordentlig positiv indflydelse på selve samtaleforløbet i de situationer, hvor temaet blev ekspliciteret. Netop fordi AIDS-Linien er en rådgivningstelefon, var der som tidligere nævnt stor opmærksomhed over for, hvordan selve rådgivningen blev påvirket, og kun i tre tilfælde blev det noteret, at det at bringe emnet på bane havde haft en negativ indflydelse på samtalen. Pilotfasens konstatering af, at man kunne overveje denne særlige registrering *alene* for at kvalificere rådgivningen, viste sig af holde stik. Der var mange, der gerne ville tale om disse overvejelser, og det gennemsnitlige tidsforbrug for denne type af samtaler steg i den pågældende periode med ca. 30% sammenlignet med de tre foregående måneder.

Hvorvidt det at sætte fokus på overvejelserne om usikker seksualadfærd får nogen betydning for den enkeltes fremtidige handlinger, kan ikke evalueres i en telefonrådgivning. Men hvis det at dyrke usikker sex ikke reelt er en enkeltstående fejltagelse, men har sammenhæng med ikke-erkendte vaner eller mere konkrete vanskeligheder, bliver den enkelte kun bedre rustet til at handle, hvis disse forhold bliver ekspliciteret. En repetition af sikker-sex-regler, og en konkret risikovurdering for den enkelte, gør ingen i stand til at handle anderledes en anden gang. Det kan ikke forventes, at mennesker bliver i stand til at ændre adfærd, hvis ikke de ved, hvori deres problem består. At sætte ord på vanskelighederne er det første skridt i retning af at kunne kæmpe med problemerne.

Dette svarer også til den iagttagelse, som Koch og Bechmann gjorde i forbindelse med en interviewundersøgelse om danske unges seksualadfærd og forhold til hiv og aids. Under temaet om, hvordan de unge selv tror, at deres adfærd kan ændres, skriver de, at:

... mange interviewpersoner føler at samtaler, i lighed med interviewsituationen, kan bruges til at gøre hiv til noget nærværende og betydningsfuldt. Det tror de fleste kan få betydning for deres adfærd fremover. Det er bl.a. betydningsfuldt at blive konfronteret med egen adfærd, at stille spørgsmål og få lejlighed til at formulere tanker og følelser om hiv i sammenhæng. Især afstanden mellem holdning og faktisk handling opleves som forpligtigende og igangsættende i forhold til nærmere refleksion over, hvad man foretager sig (Koch og Bechmann 1991:31).

Undersøgelser, der beskæftiger sig med, hvordan viden om sikker sex omsættes til praktisk handling, er ikke talrige, men netop det at reflektere kritisk over egne bevæggrunde er påpeget i enkelte artikler (se f.eks. Holland et al. 1992). En nylig australsk undersøgelse

se (Gold 1995a, 1995b) synes således også at bekræfte, at netop det at forholde sig til egne argumenter for at indgå i usikker sex, har en *påviselig* virkning på adfærden. Undersøgelsen inddrog en gruppe homoseksuelle mænd, der alle jævnligt dyrkede usikker analsex, og disse blev inddelt i tre undergrupper og bedt om at føre dagbog over deres seksuelle aktiviteter i en 16 ugers periode. Det viste sig efterfølgende, at den første gruppe, der havde skullet forholde sig til egne argumenter for at dyrke usikker sex, havde en mærkbar nedgang i antallet af episoder med usikker analsex, mens der ikke var nogen ændringer i de to andre grupper, der ikke skulle vurdere deres egen adfærd. Dette synes at bekræfte, at hvis sikker sex er vanskeligt, kan det for mange være brugbart at få sat fokus på egne forklaringer for den praktiserede adfærd.

Forebyggelsesindsatsen kan målrettes

Konkluderende kan det siges, at den danske befolkning som helhed er veloplyst om risikoen for hiv-smitte og elementære beskyttelsesmuligheder, men at det samtidig er vanskeligt at påvise ændringer i seksualadfærden, når der ses bort fra bøsserne. Dette har sammenhæng med, at den enkeltes seksualadfærd i langt højere grad er bestemt af individuelle erfaringer, socio-kulturelle normer og den kontekst, den seksuelle handling indgår i, end af faktuel viden om smitterisiko.

Det er blevet vist, at sikker sex for mange synes at være så enkelt og nemt, at usikker seksualadfærd ofte tænkes som en „smutter“ og ikke som konsekvens af en – i virkeligheden for mange – vanskelig måde at praktisere sex på. Det kan derfor ofte være vanskeligt for den enkelte at se sin egen adfærd som et mønster og dermed indse, at „smutterne“ ikke er enkeltstående begivenheder, men netop udgør et mønster. Det er endvidere blevet påpeget, at det kan være centralt for den enkelte at sætte fokus på egne vanskeligheder, for derved at blive bedre i stand til at håndtere sine vanskeligheder i fremtidige situationer. Endelig viste undersøgelsen også, at seksualadfærd og baggrunden for denne ikke nødvendigvis skal undersøges i forhold til de såkaldte „risikogrupper“ – der var intet i undersøgelsen, der tydede på, at mænd, der har sex med andre mænd, havde andre typer af „selvretfærdiggørelser“ end heteroseksuelle mænd og kvinder.

Denne viden stiller krav til grundige overvejelser om forebyggelsesarbejdets udformning og realisering. Traditionelt peges på opmærksomhedsskabende og vidensformidlende materiale, når nye grupper af folk i risiko udpeges. Da det f.eks. blev klart, at mange danskere blev smittet i udlandet, blev der udarbejdet særlige materialer rettet til denne gruppe (forretningsfolk, turister, interrailere, ulandsfrivillige m.v.). Hvorvidt dette har ført til, at danskere i udlandet dyrker mindre usikker sex end tidligere, er dog aldrig blevet undersøgt. Med bevidstheden om at kampagner (og viden) alene ikke har nogen afgørende indflydelse på ændring af seksualadfærd, fordi adfærd som tidligere omtalt bestemmes af en lang række andre faktorer end viden alene, synes det derfor relevant at overveje en prioritering af andre metoder i forebyggelsesarbejdet end det vidensformidlende.

Set ud fra et smittebekæmpelsesperspektiv synes det centralt at sikre en opprioritering af indsatsen over for de personer, hvis risiko for smitteoverførsel er størst, og for hvem sikker sex derfor er mest nødvendig. Denne indsats skal ikke nødvendigvis rettes mod særlige grupper af mennesker (bøsser, udlandsrejsende, intravenøse stofbrugere etc.), men mod enkeltpersoner. Der er ingen erfaring, som peger i retning af, at bestemte

grupper af mennesker har bestemte problemer; snarere forholder det sig sådan, at individuelle personer har individuelle vanskeligheder. Hverken bøsser, udlandsrejsende, stofbrugere eller andre grupper af mennesker har særlige problemer med sikker-sex-adfærd. Hvert enkelt individ har *sine egne* vanskeligheder betinget af individuelle erfaringer, de normer og strukturer, den enkelte handler inden for og den kontekst, den seksuelle handling foregår i. De erfaringer og normer, en bøsse har, vil selvfølgelig ofte være væsentlig forskellige fra f.eks. en stofbrugers, der igen vil adskille sig fra en heteroseksuel kvindelig udlandsrejsendes ditto, men gruppetilhørsforholdet er ikke „den dominerende effekt“, hvormed adfærd kan forklares. Risikoadfærd kan således med fordel både undersøges, beskrives og analyseres – og i sidste ende helst afhjælpes! – på tværs af de oprindeligt udpegede risikogrupper.

Som tidligere omtalt er det i en dialog mellem to mennesker, at muligheden for at ændre dybtliggende holdninger er til stede – det er i en sådan situation, at den enkelte kan bringes til at reflektere over sin egen adfærd. Det bør derfor overvejes, om forebyggelsen kan sættes ind i forbindelse med en dialog med disse „mest udsatte personer“ – som ikke nødvendigvis tilhører de såkaldte „risikogrupper“. Det er oplagt at tage fat på de ca. 170.000 motiverede mennesker, der årligt møder op hos egen læge eller på en screeningsklinik for at blive testet. Det er folk, der selv vurderer, at de har udsat sig for en risiko, og testsituationen er en oplagt mulighed for at tale om seksualadfærd, smitterisici og vanskeligheder ved sikker sex.

Herudover er det også kendt, at personer med en særlig høj risiko for hiv-infektion oftere lader sig teste flere gange (Smith & Rix 1995:6128), ligesom hovedparten af de mennesker, der i dag findes nysmittede, har en selverkendt risikoadfærd (Smith 1995: 95). Dette gælder både for mænd og kvinder, og uanset om risikoen for smitteoverførsel er seksuel eller via sprøjter. Det tyder på en bevidsthed hos den enkelte om, at han/hun har udsat sig for risiko, men også på at denne bevidsthed ikke er tilstrækkelig til at ændre adfærd. Det at blive testet ligner derfor for mange en selvvalgt beskyttelses-strategi uden virkning, og det afspejler mulige mangler i den rådgivning, der gives i forbindelse med testning. Kvaliteten af den rådgivning, der gives i forbindelse med testning (både før og efter testen), er aldrig blevet undersøgt. Til gengæld er de praktiserende lægers rolle i forbindelse med det generelle hiv-forebyggende arbejde blevet undersøgt og viser, at disse kun i begrænset omfang selv initierer samtaler om hiv og smitterisiko på trods af en bevidsthed om vigtigheden heraf (Sandbæk & Kragstrup 1995; Sandbæk 1997). Også for læger er det vanskeligt at ændre adfærd – dvs. tage initiativ til smitteforebyggende samtaler – alene på baggrund af korrekt viden og den rette holdning!

Hverken læger eller sygeplejersker uddannes almindeligvis til at tale om seksualitet, og i forbindelse med en sygdom som hiv, der primært overføres seksuelt, synes det påfaldende – med den store opmærksomhed (også økonomisk) som netop aids-forebyggelsen har – at italesættelsen af seksualitet ikke prioriteres.⁷ AIDS-Liniens undersøgelse viste, at det kan lade sig gøre at sætte et centralt tema i tale. Det synes som om, at alle forventes at kunne tale om seksualitet, men for mange ansatte i sundhedssektoren forholder det sig ikke sådan (se f.eks. Gyrtrup et al. 1993; Gyrtrup et al. 1994; Lindholm & Hansen 1995). Problemet synes at være, at når man ikke har tilstrækkelig erfaring med, træning i og viden til at tale om seksualitet, er det den private og ikke den faglige person, der træder i forgrunden og dermed også de private blufærdighedsgrænser og tabuer. Hvis man vil sikre kvaliteten i rådgivningen, må der løbende udvikles metoder til, hvordan en sådan

bedst gives, og den enkelte rådgiver (læge, sygeplejerske etc.) må tilbydes relevant undervisning og træning. Der eksisterer ikke nogen konsekvent vidensudvikling i rådgivningsarbejdet (Silverman et al. 1992:188), ligesom der heller ikke er kendskab til værdien af den rådgivning, der gives – helt elementært, hvad virker og hvad virker ikke. Udviklingen af rådgivningsarbejdet og vurderingen af effekten er overladt til den enkelte rådgiver eller institution. Dette er ikke særligt for Danmark, men for rådgivningstraditionen overhovedet.

Men det synes åbenlyst, at mennesker, der har vanskeligheder med at dyrke sikker sex, ikke kan forventes at ændre adfærd, medmindre de ved, hvordan de skal forholde sig. En blot og bar repetition af de sikker-sex-regler, alle kender i forvejen, kan ikke forventes at være til hjælp for nogen.

Noter

1. Prostituerede mænd og kvinder udgør i denne forbindelse en særlig interessant gruppe. Prostituerede kvinder omtales ofte som en „risikogruppe“ på trods af, at ingen undersøgelser i Danmark nogensinde har påvist hiv-smitte blandt danskfødte kvindelige prostituerede (når der bortses fra narkoprostituerede, der må formodes smittet via fælles brug af sprøjte). Prostituerede mænd nævnes derimod sjældent på trods af, at der formodes at være relativt mange smittede blandt disse.
2. Jeg skylder de mange rådgivere på AIDS-Linien en stor tak for arbejdet med at indsamle data til denne undersøgelse – og læseren skylder jeg at meddele, at jeg selv har været ansat samme sted siden 1992. For de læsere, der har yderligere interesse i AIDS-Liniens arbejde og arbejdsmetoder, kan det oplyses, at der i 1995-96 er gennemført en ekstern evaluering af rådgivningen. Denne evaluering kan rekvireres ved henvendelse til AIDS-Linien, tlf. 33 91 11 14.
3. Det er dog her interessant at bemærke sig, at en dansk antropolog i Uganda, Lotte Meinert, for at øge kendskabet til befolkningens opfattelse af sundhed og seksualitet bl.a. har analyseret 200 telefonopkald til radioprogrammet „Capital Doctor“. Herom kan læses i *Jordens Folk* 3, 1996 (Meinert 1996).
4. Risikogrupper vil her sige intravenøse stofbrugere, mænd der har sex med andre mænd, mennesker med mange „løse“ forhold eller folk fra højendemiske områder. Man kunne hertil føje blødere og folk, der har rejst i højendemiske områder, men disse grupper nævnes sjældent.
5. Det er her værd at bemærke sig, at prostituerede ofte anvender samme type af forklaring på den konsekvente brug af kondom i samværet med kunder. Kondomet forhindrer en nærhed med kunderne, som den prostituerede ikke ønsker.
6. Denne formulering har jeg „lånt“ af den norske seksualadfærdsforsker Annick Prieur (Skoglund 1991:11).
7. I denne forbindelse skal det også nævnes, at heller ikke rådgivningen af hiv-smittede er blevet evalueret, men de spredte informationer, man kan finde i forskellige rapporter, tyder på, at mange i midten af 1980'erne ikke fik tilstrækkelig information og rådgivning om sikker sex (f.eks. Jensen 1991; Gandil et al. 1991). Hvorvidt dette har ændret sig siden, er ikke påvist.

Litteratur

- Abramson, Paul R.
1992 Sex, Lies, and Ethnography. I: G. Herdt & S. Lindenbaum (eds.): *The Time of AIDS*.
 London: Sage Publications.
- AIDS-Linien
1993 Hvorfor ikke sikker sex? – en pilotundersøgelse. København: AIDS-Linien.

- AIDS-Nyt
1991 April, nr. 46. Sundhedsstyrelsens AIDS-sekretariat.
- Bolton, Ralph
1992 Mapping Terra Incognita: Sex Research for AIDS Prevention – An Urgent Agenda for the 1990s. I: G. Herdt & S. Lindenbaum (eds.): The Time of AIDS. London: Sage Publications.
- DSI/SSF (Dansk Sygehus Institut / Statens Sundhedsvidenskabelige Forskningsråd)
1996 Forebyggelse af livsstilssygdomme. Rapport fra en konsensus-konference 4.-6. marts 1996. København: Dansk Sygehus Institut.
- FKAS (Frederiksberg kommunes AIDS-sekretariat)
1991 Unges seksuelle adfærd. 1. rapport: En beskrivelse. Frederiksberg kommune.
1992 Unges seksuelle adfærd. 3. rapport: Viden, holdninger, sex og aids. Frederiksberg kommune.
- Fouchard, Jan
1994 Seksuel adfærd med risiko for HIV-smitte blandt mænd i Danmark, der har sex med andre mænd. Ph.d.-afhandling, Det Sundhedsvidenskabelige Fakultet, Københavns Universitet.
- Gandil, Paul, Jakob B. Bjørner, Terkel Andersen, Lis Larsen og Anne Birkelund
1991 Blødere & aids – en projektrapport. Danmarks Bløderforening.
- Gold, Ron S.
1995a Rethinking HIV Prevention Strategies for Gay Men. Focus 10(3).
1995b Why We Need to Rethink AIDS Education for Gay Men. AIDS CARE 7(1).
- Gyrtrup, Nina, Rikke Andersen, Birthe Mølsted, Gitte Iversen og Lene Sørensen
1993 Kræft og seksualitet. Speciale, Onkologisk Efteruddannelse, Rigshospitalet.
- Gyrtrup, Nina, Lene Sørensen og Gitte Iversen
1994 For svært at tale om sex. Sygeplejersken 36.
- Holland, Janet, Caroline Ramazanoglu, Sue Scott et al.
1992 Pressure, Resistance, Empowerment: Young Women and the Negotiation of Safer Sex. I: Peter Aggleton et al. (eds.): AIDS: Right, Risk and Reason. London: The Falmer Press.
- Humphreys, Laud
1970 Tearoom Trade. London: Gerald Duckworth & Co. Ltd.
- Ingham, Roger, Alison Woodcock & Karen Stenner
1992 The Limitations of Rational Decision-Making Models as Applied to Young People's Sexual Behaviour. I: Peter Aggleton et al. (eds.) AIDS: Right, Risk and Reason. London: The Falmer Press.
- Jensen, Henning
1991 Bøsser og biseksuelle mænds seksualadfærd og forhold til hiv og aids. Arbejdsrapport nr. 6, Sundhedsstyrelsen.
- Koch, Ida og Torben Bechmann Jensen
1991 Unges seksualadfærd og forhold til hiv og aids. Arbejdsrapport nr. 5, Sundhedsstyrelsen.
- Kuiken, C. L., G. J. P. van Griensven, E. M. M. de Vroome & R. A. Coutinho
1990 Risk Factors and Changes in Sexual Behavior in Male Homosexuals who Seroconverted for Human Immunodeficiency Virus Antibodies. American Journal of Epidemiology 132(3).
- Lindholm, Joan og Birthe Hansen
1995 Sexlivet under kemoterapi. Sygeplejersken 37.
- Meinert, Lotte
1996 Kondomer, konflikter og kompromis'er. Jordens Folk 3:96-102.
- Rasmussen, Kjeld Leisgård og Hans Jørgen Hynding Knudsen
1994 Skoleelevers viden om, behov for og brug af prævention før og efter aids-debatten: Seksuel aktivitet og præventionsvaner. Ugeskrift for Læger 156(10).

- Read, Kenneth E.
1980 Other Voices – The Style of a Male Homosexual Tavern. California: Chandler & Sharp Publ., Novato.
- Sandbæk, Anneli
1997 Referenceprogram og Medical Audit som metoder til at ændre adfærd hos praktiserende læger. Forsøg med kvalitetsudvikling: praktiserende lægers forebyggelse af hiv/aids. Ph.d.-afhandling, Fagområdet og Forskningsenheden for Almen Medicin, Odense Universitet.
- Sandbæk, Anneli og Jakob Kragstrup
1995 Role of Danish General Practitioners in AIDS Prevention. Scandinavian Journal of Primary Health Care 13:307-15.
- Schnell Nielsen, Lena
1991 Undersøgelser af danskernes seksuelle adfærd. Arbejdsrapport nr. 4, Sundhedsstyrelsen.
- Silvermann, David, Robert Bor, Riva Miller & Eleanor Goldman
1992 'Obviously the Advice Is Then to Keep to Safe Sex': Advice-Giving and Advice Reception in AIDS Counselling. I: Peter Aggleton et al. (eds.): AIDS: Right, Risk and Reason. London: The Falmer Press.
- Skoglund, Lotte
1991 Det är inte bristande kunskaper om spridning av hiv-smitta som får människor att utsätta sig själva och andra för risker. Noaks Ark 2.
- Smith, Else
1995 Human Immunodeficiency Virus (HIV) Infection, Sexual Behaviour and Ano-Genital Lesions in Danish Women. Ph.d.-afhandling, Statens Seruminstitut.
- Smith, Else og Bo Andreassen Rix
1995 Hiv-testning i Danmark i 1993: Blev der testet relevant? Ugeskrift for Læger 157(44).
- Temple, Mark T., Barbara C. Leigh & John Schafer
1993 Unsafe Sexual Behavior and Alcohol Use at the Event Level: Results of a National Survey. Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes 6(4).
- Thune Jacobsen, Eva
1994 Sundhedsoplysende kampagner – et litteraturstudie af afsenderperspektivet. København: Dansk Sygehus Institut.
- Tuzin, Donald
1988 Intercourse, Discourse and the Excluded Middle: Sex and the Anthropologist. Paper til 87th Annual Meeting of the American Anthropological Association, Phoenix.
- Weatherburn, Peter & Project SIGMA
1992 Alcohol Use and Unsafe Sexual Behaviour: Any Connection? I: Peter Aggleton et al. (eds.): AIDS: Right, Risk and Reason. London: The Falmer Press.
- Weatherburn, Peter, Peter M. Davis Ford & C. I. Hicksom et al.
1993 No Connection Between Alcohol Use and Unsafe Sex Among Gay and Bisexual Men. AIDS 7.
- WHO
1994 Alcohol and HIV/AIDS: Report on a Consultation. EUR/ICP/GPA 233.
- Wielandt, Hanne B.
1994 Holdning til prævention blandt 16-20-årige. Ugeskrift for Læger 156(10).